

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
U.M.A.E. PEDIATRÍA  
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE  
GUADALAJARA, JALISCO

Facultad de Medicina



**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO, DIFICULTADES EN EL APEGO  
Y RIESGO VINCULAR EN LAS MADRES DE LOS RECIÉN NACIDOS  
EGRESADOS DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL”**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER LA SUBESPECIALIDAD EN  
**NEONATOLOGÍA**

PRESENTA:

**OLIVER JOVAN LÓPEZ RODRÍGUEZ**

DIRECTOR DE TESIS

**MARTA PATRICIA SALINAS LÓPEZ**

Guadalajara, Jalisco, Febrero 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios*

*A mi esposa Yozi, a mi hijo Ian y a mis futuros bebés*

*A mis padres y familia*

*A mi directora de tesis, revisores y profesores*

*A los recién nacidos y sus familias*

---

---

## ÍNDICE

Datos de identificación	1
Resumen	2
Antecedentes	
El recién nacido de alto riesgo	5
La depresión postparto	12
El Apego	55
Planteamiento del problema	89
Justificación	91
Objetivos	94
Material y métodos	95
Resultados	100
Discusión	107
Conclusiones	126
Referencias bibliográficas	127
Anexos	
Cronograma de actividades	140
Carta de consentimiento informado	141
Operacionalización de variables	142
Instrumento de recolección de datos	146

---

## **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

### **Título**

Frecuencia de Depresión Postparto, Dificultades en el Apego y Riesgo Vincular en las Madres de los Recién Nacidos egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

### **Identificación de los investigadores**

Dra. Marta Patricia Salinas López

Jefa del servicio de Neonatología y Terapia Intensiva Neonatal

Profesora titular del curso de especialización en Neonatología, Universidad Nacional Autónoma de México

U.M.A.E. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente

Belisario Domínguez 730, Colonia Independencia, CP 44340

Guadalajara, Jalisco, México

Tel: (33) 36 17 00 60, extensiones 31730 y 32660

E-mail: marta.salinas@imss.gob.mx

Dr. Oliver Jovan López Rodríguez

Pediatra

Residente de Neonatología, segundo año

U.M.A.E. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente

Belisario Domínguez 935, Colonia Independencia, CP 44340

Guadalajara, Jalisco, México

Celular: (044) 33 34 96 52 05

E-mail: oliverlopez13@hotmail.com

---

## RESUMEN

### *Título.*

Frecuencia de Depresión Postparto, Dificultades en el Apego y Riesgo Vincular en las Madres de los Recién Nacidos egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

### *Nombre y adscripción del investigador responsable y del investigador asociado.*

Dra. Marta Patricia Salinas López, Jefa del servicio de Neonatología y Terapia Intensiva Neonatal, Profesora titular del curso de especialización en Neonatología, U.M.A.E. Hospital de Pediatría del C.M.N.O. IMSS.

Dr. Oliver Jovan López Rodríguez, Pediatra, Residente de Neonatología, U.M.A.E. Hospital de Pediatría del C.M.N.O. IMSS.

### *Antecedentes.*

La morbilidad y mortalidad perinatal tienen una gran importancia y son indicadores de las condiciones de salud de una población, de la calidad de la atención médica y del estado de desarrollo de una nación. Las afecciones perinatales representan la primera causa de mortalidad infantil en México.

Aunque con el paso de los años los avances médicos y tecnológicos y la fundación de centros de referencia regionales han permitido que un mayor número de recién nacidos críticamente enfermos sobrevivan, muchos de ellos son egresados con problemas no resueltos y secuelas asociadas a los cuidados recibidos.

La depresión postparto es una condición seria, frecuente y con efectos negativos a corto y largo plazo sobre todos los miembros de la familia. Su prevalencia más alta se encuentra entre madres adolescentes, 28 – 48%; mujeres en pobreza, 38%; y madres de recién nacidos hospitalizados en terapia intensiva neonatal, 28– 70%.

Las dificultades en el apego pueden definirse como la falta de sentimientos maternos, irritabilidad, hostilidad o agresividad, pensamientos patológicos y rechazo del bebé. Los hijos de madres con depresión postparto y dificultades en el

---

apego desarrollan con mayor frecuencia trastornos conductuales y sufren más accidentes, ingresos hospitalarios y abuso infantil.

*Objetivo general.*

Describir la frecuencia de depresión postparto, dificultades en el apego y riesgo vincular en las madres de los recién nacidos egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

*Material y métodos.*

Diseño Transversal, observacional, descriptivo. Muestreo no probabilístico que incluyó a todas las díadas que se encontraban hospitalizadas del 1 de enero al 15 de febrero de 2012 y que cumplieron con los criterios de inclusión. A las madres que aceptaron participar se les solicitó consentimiento informado y se les aplicaron los siguientes cuestionarios y escalas: 1) hoja de registro de variables sociodemográficas (auto-reporte), 2) hoja de registro de las condiciones al egreso de los recién nacidos hospitalizados (aplicado), 3) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en el módulo sobre Episodio Depresivo Mayor (aplicado), 4) versión mexicana de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (auto-reporte), 5) Escala de Apego Madre-Hijo (auto-reporte) y, 6) Escala de Observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN (aplicado). Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, las variables cualitativas se expresaron en porcentajes.

*Resultados.*

Se incluyeron en el estudio 48 díadas. El 44% de los recién nacidos eran prematuros y el 56% de término. Los diagnósticos más frecuentes entre los prematuros fueron sepsis, dismetabolias e ictericia; para los de término malformaciones gastrointestinales y dismetabolias. La estancia hospitalaria promedio fue de 19.5 días (2 a 117 días). Más de la mitad de los recién nacidos de término fueron egresados a su domicilio, y solo el 15% de los prematuros. El resto fueron trasladados a una unidad de segundo nivel para continuar su tratamiento. Se presentaron 3 defunciones. Los diagnósticos al egreso más frecuentes fueron

---

retinopatía y hemorragia intraventricular para los prematuros, y postquirúrgico de malformaciones gastrointestinales para los de término. Fueron egresados 42 recién nacidos de alto riesgo (88%), 21 prematuros y 21 de término. Solamente 3 recién nacidos egresados no fueron de alto riesgo.

La mayoría de las madres tenían de 20 a 30 años de edad, con secundaria terminada, católicas, casadas, dedicadas al hogar y de buena situación económica. La vía principal de nacimiento fue la cesárea en dos terceras partes de los casos. Casi la mitad tuvo embarazos complicados principalmente con amenaza de aborto. Se encontró depresión postparto en 53% y dificultades en el apego en 8% de las madres, no se encontró riesgo vincular en ninguna de las díadas evaluadas. De las 4 madres con dificultades en el apego, 2 estaban deprimidas y 2 no lo estaban.

#### *Conclusiones.*

Aunque se trata de una muestra pequeña consideramos que es representativa de la población atendida habitualmente en la UTIN y refleja el perfil de enfermedades que afectan a los recién nacidos en nuestra institución. La gran mayoría de los recién nacidos egresaron de nuestra unidad fueron de alto riesgo, por lo que recomendamos establecer un programa de seguimiento integral para estos niños y sus familias. Más de la mitad de las madres de los recién nacidos egresados tuvieron depresión postparto y el 8% tuvieron dificultades en el apego, por lo que recomendamos el uso de la Escalas de Depresión Postparto de Edimburgo y la Escala de Apego Madre-Hijo en todas las madres de recién nacidos hospitalizados como parte del tamizaje psicológico recomendado en los estándares de certificación de hospitales. Por último recomendamos la integración de un equipo de Psicología perinatal y Psiquiatría al trabajo diario de la UTIN para evaluar los riesgos psicosociales a los que están expuestos nuestros pacientes y satisfacer las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales de los padres.



---

## ANTECEDENTES

### El recién nacido de alto riesgo

Nuestro país es un país de jóvenes donde la tercera parte de la población es menor de 15 años. La tasa de natalidad es de 20.48 por 1000, por lo que cada año hay más de 2 millones de nuevos mexicanos.

La atención del neonato que se brinda en nuestro país está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

La morbilidad y mortalidad perinatal tienen una gran importancia y son indicadores de las condiciones de salud de una población, de la calidad de la atención médica y del estado de desarrollo de una nación.

Las afecciones perinatales (del recién nacido hasta el primer mes de vida extrauterina) representan la 7ª causa de mortalidad general y la primera de mortalidad infantil en México.

Pediatría etimológicamente significa “la medicina del niño”, y en su definición es la rama de la medicina que estudia al ser humano durante sus etapas de crecimiento somático y de desarrollo funcional, psicológico y social, siempre correlacionados con el ambiente en el que se desenvuelve.

El desarrollo científico y tecnológico han permitido el surgimiento de subespecialidades pediátricas, como la neonatología, que constituye la rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sano o enfermo. Se relaciona directamente con la obstetricia por su dedicación al cuidado del binomio madre – hijo e incluye un alto contenido de puericultura enlazado a aspectos tecnológicos de alta sofisticación.<sup>1</sup>

Su origen se remonta a 1892, cuando el médico francés Pierre Budin reunió en un libro sus observaciones y consejos para el manejo de neonatos enfermos nacidos de partos prematuros<sup>2</sup> y fue reconocida como especialidad médica en 1960.<sup>3</sup>

Durante el siglo pasado, la atención de los recién nacidos de alto riesgo, especialmente los prematuros, evolucionó grandemente: desde las incubadoras agrícolas adaptadas para los bebés, pasando por la primera incubadora para

---

bebés exhibida en la Feria Mundial de 1939 en Nueva York, la sobrevivencia ocasional de algunos prematuros y la creación de las primeras unidades de bebés prematuros en los años 20 y 30's. Con estos antecedentes no es sorprendente que los primeros años de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) fueran vistos con gran escepticismo. Es más, ocurrieron terribles desastres como los primeros casos de recién nacidos que usaron ventilación mecánica, la epidemia de ceguera producto de la administración indiscriminada de oxígeno suplementario, las secuelas neurológicas cuando se dejó de usar dicho oxígeno y cuando no se prestaba la atención adecuada a la ictericia, la nutrición y las infecciones. También se cometió el error de aislar a los bebés de sus madres por tiempos prolongados, causando problemas permanentes en la interacción diádica. Mientras la Neonatología se desarrollaba como una subespecialidad de la Pediatría y sus prácticas eran refinadas, se prestaba atención a la evolución de los bebés egresados de la Terapia Intensiva Neonatal. Los primeros reportes en los años 30, 40 y 50's mostraron que 2 de cada 3 de los supervivientes presentaban alguna discapacidad.<sup>4</sup>

Aunque con el paso de los años los avances médicos y tecnológicos y la fundación de centros de referencia regionales han permitido que un mayor número de recién nacidos críticamente enfermos sobrevivan, la morbilidad permanece muy alta, lo que impone una gran carga emocional y económica para las familias, los sistemas de salud y la sociedad.<sup>5,6</sup>

Los estudios de seguimiento de estos recién nacidos han ayudado a identificar un gran número de secuelas asociadas a los cuidados recibidos en la UTIN, como la parálisis cerebral, el retraso mental, la sordera, la ceguera y los problemas de conducta y aprendizaje.<sup>7</sup>

Con el incremento de la sobrevida de los recién nacidos críticamente enfermos, muchos de ellos son egresados con problemas médicos no resueltos. Estos niños requieren a su egreso cuidados y seguimiento especiales. Se han definido 4 categorías de recién nacidos de Alto riesgo: 1) los prematuros; 2) los que tienen necesidades especiales o dependientes de tecnologías; 3) los que tendrán una muerte anticipada; y 4) los que tienen condiciones familiares adversas.<sup>8</sup>

---

*Los recién nacidos prematuros.*

Las estadísticas actuales estiman que el 13% de los recién nacidos son prematuros y de estos el 2% son menores de 32 semanas. La prematurez es la segunda causa de muerte neonatal después de las malformaciones congénitas. Aunque la sobrevivencia y la evolución a largo plazo han mejorado dramáticamente en las últimas décadas, la morbilidad aún es significativa, y lo es más en los países en desarrollo. Estos recién nacidos están expuestos a problemas de crecimiento, desarrollo y problemas médicos complejos.<sup>9</sup>

Los prematuros son dados de alta en base a criterios fisiológicos y no solamente con base en el peso. Las tres competencias fisiológicas reconocidas como esenciales antes del egreso hospitalario del prematuro son: alimentación oral suficiente para mantener el crecimiento, la capacidad de mantener la temperatura corporal y el control de la respiración.

*Los recién nacidos con necesidades especiales o dependientes de tecnologías.*

En años recientes hay un gran número de recién nacidos con problemas médicos no resueltos que requieren cuidados especiales, y que a su egreso requieren alguna forma de tecnología de soporte, como la nutrición enteral por sonda o por gastrostomía, el apoyo respiratorio con oxígeno en puntas nasales, traqueostomía o ventilador mecánico, medicaciones intravenosas, alimentación parenteral a domicilio, cateterización vesical, cuidados de estomas y terapia de sustitución renal, entre otros.

*Los recién nacidos que tendrán una muerte anticipada.*

Para muchos recién nacidos con enfermedades incurables el mejor lugar para pasar sus últimos días o semanas es el hogar. En estas situaciones la familia proporciona la mayoría de los cuidados, apoyados por personal de salud y de la comunidad. Todos los esfuerzos deben encaminarse a mantener la calidad de vida del bebé y su familia.

---

*Los recién nacidos que tienen condiciones familiares adversas.*

El ambiente en la UTIN es estresante para los padres y puede entorpecer el desarrollo de un apego sano. Otros factores reconocidos como estresores familiares y factores de riesgo para disfunción familiar, trastornos en la interacción diádica y abuso infantil son: el parto prematuro, la hospitalización prolongada, los defectos al nacimiento, el bajo nivel educativo materno, la falta de apoyo social, la inestabilidad marital, el mal control prenatal, el abuso de sustancias por parte de los padres, la historia familiar de abuso infantil o descuido, la enfermedad mental de alguno de los padres, la carencia de un hogar fijo, historia de violencia doméstica y ser madre adolescente. Cuando se identifica alguno de estos factores el egreso debe ser postpuesto hasta que se resuelva o se halla establecido un plan para salvaguardar la integridad del recién nacido. Ha sido difícil identificar estrategias efectivas para proteger a estos recién nacidos en riesgo, pero la mayoría de las intervenciones se han enfocado en equipos multidisciplinarios que proporcionan seguimiento a las familias de riesgo, incluso visitas domiciliarias y en ocasiones el uso de hogares temporales mientras se rehabilitan las familias.<sup>10,11</sup>

El egreso de un recién nacido después de una estancia en la UTIN es un tema complejo. El acortar la estancia hospitalaria puede beneficiar al bebé y a su familia al disminuir el periodo de separación y la exposición al ambiente hospitalario. Por otra parte, el egresar a un recién nacido antes de que alcance su madurez fisiológica puede incrementar la morbimortalidad, lo que se demuestra por la alta tasa de readmisión hospitalaria durante el primer año después del egreso de la UTIN.

El momento apropiado para el egreso es cuando el recién nacido demuestra la madurez fisiológica necesaria, se ha establecido un plan de seguimiento y los padres han adquirido el conocimiento y habilidades esenciales para su cuidado. En ocasiones el recién nacido es transferido a un hospital de menor complejidad y más cercano a su casa para que pueda completar su maduración y pueda ser atendido por los padres más fácilmente.<sup>8,10</sup>

---

Los programas de seguimiento neonatal tienen 3 objetivos:<sup>12</sup>

- Proporcionar la continuación del manejo especializado para los recién nacidos egresados de la UTIN. Algunos objetivos específicos son la identificación de desviaciones en el crecimiento, neurodesarrollo y conducta y la facilitación de las intervenciones necesarias.
- La investigación en el área.
- La educación continua para médicos, residentes, enfermeras y estudiantes de medicina. Ya que estos programas proporcionan la oportunidad para participar en entrevistas a los padres, evaluar el crecimiento y los requerimientos nutricionales, manejar condiciones crónicas y evaluar patrones de desarrollo normales y atípicos.

La Academia Americana de Pediatría ofrece las siguientes recomendaciones como guía para egresar a un recién nacido de alto riesgo en las mejores condiciones posibles. Para esto, la familia y la comunidad deben estar preparadas para cuidar a los bebés egresados de la UTIN. Es importante que cada institución establezca sus propios lineamientos de acuerdo a las características de su población.<sup>8</sup>

*Condiciones del recién nacido al egreso.*

Cuando a juicio del médico tratante el recién nacido cumpla con las siguientes condiciones:

- Ganancia ponderal sostenida
- Mantenimiento de la temperatura corporal arropado y a temperatura ambiente
- Competencia en la alimentación al seno materno o con biberón sin mostrar compromiso cardiorrespiratorio
- Madurez fisiológica del sistema cardiorrespiratorio
- Inmunizaciones al corriente
- Tamizaje metabólico realizado
- Valoración del estado hematológico y tratamiento apropiado si es necesario

- 
- Valoración nutricional y modificaciones dietéticas necesarias
  - Evaluación de la audición
  - Evaluación oftalmológica en caso necesario
  - Valoración del neurodesarrollo
  - Instalación del asiento para auto apropiado
  - Revisión de la evolución clínica hospitalaria, identificación de los problemas no resueltos y planificación del tratamiento y seguimiento especializado
  - Establecimiento de plan de cuidado en casa

*Condiciones familiares y del ambiente.*

Se recomienda la evaluación de las siguientes características de los cuidadores y el ambiente:

- Identificación de al menos 2 cuidadores motivados y capacitados
- Evaluación psicológica de los padres
- Evaluación presencial del hogar
- Revisión de los recursos financieros de la familia

Como preparación para los cuidados de los recién nacidos dependientes de tecnologías es esencial confirmar la disponibilidad de acceso telefónico, electricidad, agua y control térmico ambiental las 24 horas. También es importante la valoración de las condiciones financieras de la familia.

Los padres y los cuidadores deben haber demostrado las habilidades necesarias para proporcionar los cuidados necesarios, lo que incluye:

- Alimentación, ya sea seno materno o fórmula con biberón
- Cuidados básicos como: baño, cuidados de la piel, muñón umbilical y genitales, medición de la temperatura, vestido y confort
- Evaluación del estado clínico y detección de señales de alarma
- Medidas de seguridad, como posición correcta para dormir y uso apropiado de asientos para auto
- Cuidados específicos de la vía aérea artificial, alimentación con sonda, estomas, bombas de infusión y cualquier otro dispositivo mecánico o protésico

- 
- Administración de medicamentos: su almacenamiento, dosis, horario y reconocimientos de efectos tóxicos potenciales
  - Operación de equipos, mantenimiento y resolución de problemas
  - Técnica apropiada para los procedimientos necesarios: cuidados de catéteres, estomas intestinales, heridas quirúrgicas, aspiración de secreciones y terapia física

*Condiciones de la comunidad y los sistemas de salud.*

Se debe establecer un plan de emergencia que incluya transportación e identificación de los servicios de salud apropiados.

Las necesidades de seguimiento han sido determinadas, se ha identificado a los médicos apropiados y se ha compartido la información necesaria, lo que incluye:

- Un médico pediatra que acepte responsabilizarse del seguimiento y cuidados generales
- Programación de seguimiento por subespecialistas pediátricos o quirúrgicos
- Seguimiento del neurodesarrollo y referencia a servicios especializados de terapia física y rehabilitación
- Programación de visitas por enfermeras especialistas, para vigilancia y apoyo a los cuidadores
- Asesoría sobre lactancia materna

Entre las condiciones familiares que se han identificado como adversas para los recién nacidos, especialmente para los de alto riesgo destacan dos condiciones que por su frecuencia y su relevancia merecen ser abordadas de manera particular y extensa: la Depresión Postparto (DPP) y los Trastornos en el Apego.

---

## La depresión postparto

Dentro de la clasificación de los trastornos mentales, la depresión se ubica como una alteración del estado de ánimo o un trastorno afectivo. El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión IV, considera varios tipos de depresión, en función de la gravedad y cronicidad de sus manifestaciones sintomáticas (episodio depresivo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados).

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiere tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.<sup>13</sup>

Los desórdenes depresivos afectarán al menos al 20% de las mujeres y al 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, además de que los síntomas generalmente se incrementan con la edad. Los trastornos afectivos constituyen el segundo grupo de desórdenes más comunes dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad.<sup>14</sup>

En las mujeres las causas más comunes de Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos son la depresión y la diabetes con más de 6% cada una de ellas. En hombres la depresión es la causa número 9 de AVISA, afectando al 2.6% de los hombres.<sup>15</sup>

En general, la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. De hecho, mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral.<sup>16</sup>

En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de



---

muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de AVISA perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

En nuestro país también se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio. Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres. En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres.<sup>17</sup>

En datos más recientes, la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003 reportó que la prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5%. Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación

---

superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres. La prevalencia de depresión no se ve fuertemente afectada por el tamaño de la localidad de residencia. En el caso particular de las mujeres, el porcentaje se modifica de 5.9% en las áreas rurales a 5.7% en las zonas metropolitanas; sin embargo, llama la atención que la prevalencia de depresión en hombres es más alta en comunidades rurales que en zonas urbanas.

La prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y el Estado de México, con 8.1%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%. De acuerdo con los datos de la encuesta, la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2 500 000. De estas mujeres, sólo 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, poco más de 800 000 mayores de 18 años de edad en el país habían padecido depresión en el último año. En este caso, el porcentaje de afectados que contaban con diagnóstico médico fue de 19 y el de individuos con tratamiento de 6.1.<sup>17</sup>

Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. Es importante definir cuáles son los síntomas de la depresión, no solo para llevar a cabo un buen diagnóstico, sino para diferenciarla de la tristeza que puede acompañar a todo ser humano en cualquier momento de su vida.

Los criterios para el Episodio Depresivo Mayor según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DMS-IV) son:<sup>18</sup>

---

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante al menos 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previo; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad de placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
2. Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi día a día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o una tentativa o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento), o una enfermedad médica

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses, se caracterizan por una acusada incapacidad

---

funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma.

Como puede observarse, la depresión como episodio y como trastorno es una entidad clínica claramente delimitada que para su tratamiento y diagnóstico requiere de una cuidadosa evaluación de la sintomatología, anamnesis e historia del paciente.<sup>13</sup>

#### *Los estados depresivos de la mujer.*

Las mujeres son más propensas que los varones a presentar depresión mayor en cualquier período de sus vidas en una proporción de 2:1 y esta es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años en todo el mundo. Cada año, entre 7% y 13% de las mujeres experimenta depresión mayor, especialmente en los años reproductivos.<sup>19</sup>

Se ha descrito mayor incidencia de cuadros depresivos entre mujeres jóvenes en la etapa del ciclo vital que corresponde a la crianza de los hijos, lo que pudiera explicarse por el aumento creciente de la presión sobre la vida de las familias a través del incremento del trabajo y la desaparición gradual de la familia extendida, restando apoyo a la vida familiar.<sup>20</sup>

El periodo perinatal (desde el embarazo y hasta un año postparto) es un tiempo vulnerable en la vida de las mujeres en que deben enfrentar eventos vitales importantes como los cambios físicos y de roles.<sup>20,21</sup> Lo anterior las pone en riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, así del 50 al 90% de las mujeres experimentan, en el postparto, diferentes grados de desórdenes afectivos, entre los que incluye “baby blues” y la depresión postparto.<sup>22</sup>

Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo.

---

Contrariamente a las imágenes idealizadas de la paternidad, los meses inmediatamente siguientes al nacimiento de un hijo se caracterizan por importantes episodios de patología mental y filicidios. En el puerperio se ha producido ya un gran cambio en la situación personal de la mujer y se precisa una readaptación psicológica ante esta nueva etapa, de forma que no es raro que se produzca una crisis de identidad asociada a esta nueva maternidad. Estos cambios son más aparentes en un primer embarazo, si bien no son exclusivos del mismo y pueden reproducirse en cierta medida ante cada nuevo embarazo. Por otro lado, no cabe duda de que el nacimiento de un hijo trae consigo una carga afectiva muy importante que se une a la situación física y biológica en que se encuentra la mujer ante su nuevo estado. En ocasiones esta carga afectiva no es perfectamente canalizada y en otras asienta sobre una situación psicológica previamente alterada, lo que da lugar a reacciones psicopatológicas de mayor o menor gravedad. Así, no debe olvidarse que el postparto es un período en el que existe un riesgo excepcionalmente elevado de recurrencia de depresión, manía u otras psicosis en mujeres con trastornos bipolares sobre todo, pero también con cualquier otra alteración psicológica o psiquiátrica. Muchas de estas alteraciones presentan elevado riesgo a largo plazo.<sup>23</sup>

Mientras que la incidencia de trastornos psiquiátricos desciende de forma significativa durante el embarazo, el riesgo durante el período postparto aumenta notablemente y a menudo obliga a tratamiento farmacológico durante el puerperio y, como consecuencia, durante la lactancia.

Las alteraciones psiquiátricas que se producen durante el embarazo o el puerperio pueden darse como la primera manifestación o como una reagudización de una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.<sup>23</sup>

En los últimos tiempos se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individuales y grupales.<sup>24</sup>

---

El tercer trimestre de la gestación humana se caracteriza por una hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HHA) debido probablemente al progresivo aumento de niveles circulantes de Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH) placentaria y el gradual descenso de proteína ligada a CRH. El postparto, por otro lado, se caracteriza por un aumento de la vulnerabilidad a las manifestaciones psiquiátricas, un fenómeno compatible con la supresión hipotalámica de la secreción de CRH, que podría explicar por sí solo el aumento de vulnerabilidad a trastornos del afecto observados en este período.<sup>23</sup>

Como se señaló, la CRH está implicada en la fisiopatología de la depresión. El incremento en la producción placentaria de CRH activa el eje HHA. El efecto a corto plazo de esta activación es el incremento en la actividad cardiovascular y metabólica, lo que tiene efectos positivos en el desarrollo del embarazo. Normalmente, el incremento en la producción de cortisol regula la respuesta al estrés por mecanismos de retroalimentación negativa, pero ante la presencia de estrés crónico hay evidencia de que estos mecanismos están alterados.

La CRH también está involucrada en la producción de neurotransmisores. La CRH estimula la enzima tirosina hidroxilasa, encargada de sintetizar norepinefrina, que participa en la regulación del afecto. La relación entre el eje HHA y el sistema serotoninérgico es compleja, se ha encontrado que cuando se incrementan las concentraciones de CRH y cortisol también hay cambios en los receptores para serotonina que afectan el humor y las emociones. Los inhibidores de la recaptura de serotonina actúan indirectamente modulando la actividad de CRH.<sup>25</sup>

El concepto de depresión perinatal describe el fenómeno que padecen un gran número de mujeres, y que consiste en una fuerte vulnerabilidad a la depresión que empieza de manera importante antes del parto y se extiende poco después de las 6 semanas postparto.

La depresión perinatal se divide en 4 episodios depresivos que se pueden presentar en el transcurso del periodo perinatal.<sup>20</sup>

1. Depresión crónica perinatal: se trata de aquellas mujeres que padecen de depresión crónica y que prevalece en el embarazo y en el postparto.

- 
2. Depresión gestacional: es la que aparece en el embarazo, sobre todo en las semanas previas al parto.
  3. Reacción depresiva puerperal: estado depresivo que se presenta al cuarto día postparto y termina alrededor de las 4 semanas posteriores.
  4. Depresión postparto: estado depresivo que aparece a partir de la cuarta semana de postparto, se asemeja al criterio de depresión mayor.

#### *Depresión gestacional.*

La depresión durante el embarazo ha sido mucho menos estudiada que la depresión postparto, a pesar de que hay evidencias que sugieren que ésta es parte de un continuo que tiene su inicio durante el embarazo.<sup>26,27,28</sup>

En México, la prevalencia de depresión (probable episodio depresivo) en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron a su control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), fue de alrededor de 17%. Estas muestras fueron evaluadas a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo. La prevalencia de depresión fue aún mayor, cuando la evaluación se realizó mediante una entrevista clínica estructurada (como el SCID I) con el fin de confirmar el diagnóstico de trastorno depresivo.<sup>16</sup>

La depresión durante el embarazo incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para su hijo, es decir, se asocia a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales). De la misma forma, el trastorno depresivo mayor en gestantes es un factor de riesgo para intento de suicidio y suicidio consumado. Así mismo, la presencia de este trastorno en el embarazo aumenta el riesgo de presentar preeclampsia, partos prematuros y productos de bajo peso al nacer. Además, representa para la gestante un riesgo elevado de presentar un episodio depresivo durante el posparto. Finalmente, se observa que las madres con un menor apego a los hijos son aquellas que informaron más síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo.<sup>16,21,28,29</sup>

---

### *Reacción depresiva puerperal.*

Muchas madres de recién nacidos se sorprenden de lo débiles, solas y angustiadas que se sienten después de dar a luz. Estos sentimientos no parecen ir a la par con los sentimientos que deben tener. Se preguntan, “¿por qué me siento deprimida?”. Muchas temen que estos sentimientos significan que son malas madres. A los 2 ó 3 días después de dar a luz comienzan a sentirse deprimidas, ansiosas y angustiadas. Sin ningún motivo evidente sienten enojo con el nuevo bebé, sus parejas o con los otros hijos. También pueden llorar sin ningún motivo obvio, tener dificultad para dormir, comer y tomar decisiones, casi siempre se cuestionan si pueden cuidar de un bebé.

La reacción depresiva puerperal, también llamada melancolía postparto o “baby blues” es común y afecta del 30 al 80% de las mujeres que acaban de tener un hijo. Hay dos hipótesis principales que intentan explicar este fenómeno. La primera es la que relaciona la supresión hormonal abrupta. Se conoce que el gran cambio hormonal presente en todas las mujeres durante este periodo y en especial el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona, puede asociarse con los síntomas. Estas sustancias poseen gran afinidad a los receptores GABA siendo esta la razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos. Se ha observado que las mujeres con baby blues presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo, y durante el posparto presentan una mayor disminución de este nivel y de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos que también se han asociado con cambios en el ánimo. La segunda hipótesis se relaciona con la activación del sistema biológico mamífero que relaciona la madre y su hijo y que está regulado por la oxitocina. Este mecanismo en situaciones normales produce una mejor relación entre la madre y su hijo; sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental puede relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos, en especial en mujeres más sensibles al estrés psicosocial.<sup>30</sup>

El pico de estos síntomas ocurre generalmente entre el tercero y el quinto día posparto y su duración generalmente es corta y autolimitada, pero puede durar



---

varios días, incluso semanas. La proclividad para presentar estos síntomas no está relacionada con la historia personal psiquiátrica, los estresores ambientales, la lactancia o la paridad; sin embargo, estos factores pueden influir en el inicio de una depresión postparto posterior a una reacción depresiva puerperal, situación que ocurre hasta en el 20 por ciento de los casos. Los síntomas más importantes de este fenómeno depresivo son: llanto, tristeza, irritabilidad, ansiedad, confusión. No requiere de tratamiento específico más allá de la educación y el apoyo. Es importante remarcar que este episodio depresivo desaparece espontáneamente después de 1 mes.<sup>20,31,32</sup>

#### *La psicosis postparto.*

La psicosis postparto afecta cerca de una de cada 1000 mujeres. El antecedente de trastorno bipolar existe en muchos de los casos. La psicosis usualmente ocurre durante las primeras cuatro semanas del parto. Estas mujeres pueden tener paranoia, cambios de carácter, alucinaciones visuales, olfativas y hápticas, labilidad afectiva, desorientación y confusión, además, estos síntomas son oscilantes.

Se han realizado diferentes estudios tratando de establecer la etiología de este fenómeno y se ha encontrado que las mujeres con alto riesgo de psicosis postparto tienen una respuesta aumentada de la hormona de crecimiento a la aplicación de apomorfina durante el cuarto día posparto (antes del inicio del episodio), demostrándose a su vez, que las mujeres que tienen episodios recurrentes durante los siguientes postpartos poseen una respuesta aún mayor que las que presentan un solo episodio y que el grupo control. Esto se puede explicar debido a que la hormona del crecimiento se puede usar para medir la respuesta de las neuronas hipotalámicas o de otras áreas cerebrales, sensibles a la dopamina durante la supresión de estrógenos del posparto.

La supresión de la melatonina, que tiene efecto antidopaminérgico, se ha asociado también con los síntomas psicóticos posparto. Se cree que la melatonina actúa como un antipsicótico endógeno bloqueando la liberación límbica presináptica de dopamina y su supresión durante este periodo puede relacionarse con la

---

presencia de los síntomas, por aumento de la actividad dopaminérgica. La psicosis postparto requiere atención inmediata especialmente debido a la alta tasa de infanticidio y de suicidio en estas pacientes.<sup>32,33</sup>

Si el episodio se trata adecuadamente y con éxito no se relaciona con un aumento del riesgo de psicopatología en el recién nacido, pero se ha evidenciado una alta probabilidad de que las mujeres presenten nuevos episodios, en especial si no reciben tratamiento de mantenimiento.<sup>30</sup>

#### *La depresión postparto (DPP).*

Según el DSM-IV un episodio depresivo se considera postparto si se inicia dentro de las 4 primeras semanas después del parto, más frecuentemente en la segunda y tercera semana, además de que causa alteraciones significativas en el funcionamiento diario que pueden durar hasta un año. Aunque los investigadores de estudios epidemiológicos han definido como DPP a la que inicia en los 3 primeros meses posteriores al parto.<sup>33,34,35,36</sup>

Por definición, la depresión debe estar presente por más de dos semanas para ser distinguida del baby blues.<sup>37</sup>

Las mujeres con DPP frecuentemente tienen otras condiciones comórbidas, entre las más comunes están los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias. Brockington y colaboradores en 2006 reportaron que 27% de las mujeres con DPP tenían al menos otras dos condiciones comórbidas.<sup>34</sup>

La DPP es un problema de percepción: es el resultado del ejercicio de la maternidad en un contexto familiar, social y económico que la madre vive como hostil y difícil de rebasar.<sup>20</sup>

Respecto a una etiología específica que explique el inicio de un trastorno psiquiátrico durante el posparto, únicamente recibe consenso la hipótesis de que probablemente la causa resida en una combinación de factores biológicos, endocrinos y psicosociales.

La DPP puede considerarse como el resultado de un proceso que se produce después del parto, donde la mujer se encuentra con un organismo debilitado por el

---

esfuerzo que supone el parto y por el reajuste fisiológico posterior, y con unos cambios hormonales que facilitan la inestabilidad emocional.<sup>38</sup>

El significado que el embarazo desempeña en la vida de una mujer desde el aspecto psicológico se ha interpretado fundamentalmente desde dos supuestos. Una línea interpretativa entiende el embarazo como una crisis, un estado de salud anormal que tras el parto y período posterior de recuperación, se vuelve a la normalidad. El otro punto de vista concibe el embarazo y el parto como un estadio más del desarrollo normal de la mujer, una etapa madurativa, de similar importancia a las de la adolescencia y la menopausia, y en la que también tienen lugar cambios endocrinos y en la imagen corporal, y el consiguiente trabajo psíquico de adaptación, primero a los cambios que supone el embarazo y después a la nueva situación de ser madre. En cualquier caso, llegar a ser madre significa una cierta modificación de la identidad, proceso que ocurre de forma paulatina, influido por factores muy diversos, muchos de los cuales han sido estudiados y son, en buena medida, responsables del grado de éxito o fracaso de la experiencia vital de la madre y el hijo.<sup>39</sup>

Durante el embarazo y tras el nacimiento de un hijo(a), la madre atraviesa una etapa única en su vida en la que experimenta nuevas sensaciones, fantasías, temores y deseos. Esta reorganización de la vida mental, ha sido denominada “constelación maternal”.<sup>39</sup>

Se cree que la disminución rápida en el nivel de hormonas que ocurre después del parto contribuye al desarrollo de la depresión en las mujeres susceptibles. Un estudio donde se provocó un estado de hipogonadismo en un grupo de mujeres con el uso de leuprolida, seguido de la administración de dosis suprafisiológicas de estradiol y progesterona y por último la suspensión de ambas hormonas demostró que en 5 de 8 mujeres con antecedentes de DPP hubo cambios en el humor, lo que no sucedió en 8 mujeres que no tenían dicho antecedente. Los síntomas de las mujeres con DPP son similares a los que sufren las mujeres con depresión en otros momentos de la vida.<sup>31,40</sup> Los más comunes son: sentirse triste la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro (“todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena

---

madre”, etc.). Puede tener también pensamientos de auto-reproche (“debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido”, etc.).

La mujer puede expresar sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo o no poder cuidar al bebé. Ocasionalmente siente que no podrá hacer frente a todas estas nuevas responsabilidades y se siente aterrada de estar sola con el niño en la casa, temiendo no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo, etc.) y se siente paralizada. La mujer deprimida puede sentirse muy triste, no estar animada con nada, no tener deseos de salir ni de arreglarse, tener mucha dificultad para moverse y salir de la cama, sentirse cansada todo el tiempo o dormir muchas horas. A veces, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente, que pierda el apetito y que no pueda dormir al irse a acostar o que se despierte muy temprano en la mañana sin poder volverse a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé, que la aterran, como temer que podría dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él o ella.

Se cree que en las culturas menos “verbales”, donde las personas no están tan acostumbradas a hablar de sus sentimientos, puede no haber manifestaciones como los autorreproches ni sensación de culpa intensa. Entonces la depresión se puede manifestar más bien por un gran “cansancio” o sentir agotamiento constante. En algunos grupos sociales se utilizan palabras como “agotamiento” o “estar cansada” para indicar el equivalente de un estado depresivo. La mujer más bien siente que con frecuencia le duele la cabeza, la espalda, que no tiene energía y puede haber sentimientos de sospecha y recelo hacia los demás (que no la quieren, que hablan mal de ella, que le tienen envidia, que tramán algo en su contra, etc.). Se han hecho investigaciones en Estados Unidos con mujeres latinas provenientes del medio rural, y se ha observado que si se les pregunta si se

---

sienten deprimidas pueden decir que no, pero si se pregunta por los síntomas psicossomáticos que suelen acompañar a la depresión, es mucho más fácil que admitan tener esos síntomas.

En el caso de que la familia sea de tipo nuclear, la mujer puede no contar con el apoyo de su familia extendida y sólo tratar de hablar con su marido respecto a sus sentimientos. A veces la respuesta es muy positiva y de apoyo. Por desgracia, frecuentemente el marido o compañero no sabe cómo responder ante estas verbalizaciones de frustración, tristeza o miedo y en vez de escuchar a su mujer, sólo trata de tranquilizarla indicando que “no hay razón” para sentirse así y que debería tratar de sentirse más contenta.

En la DPP puede haber algunas manifestaciones adicionales. Cuando la depresión es grave, puede tener una sensación de futilidad y sentir que no vale la pena vivir, y que por lo tanto, ayudaría a su niño si éste muriera junto con ella. Puede pensar que no valió la pena traerlo al mundo a sufrir. Los casos de infanticidio son raros cuando la mujer está deprimida solamente (y no psicótica) pero es algo que el clínico debe tener en mente como una posibilidad.

Algunas mujeres se sienten tan ansiosas que son incapaces de lograr una proximidad física con su hijo. También se puede producir un alejamiento de sus hijos mayores e irritación y resentimiento con su pareja, o bien, apenadas con su pareja y familiares por sentirse inadecuadas y fracasadas como madres. Con respecto a otras madres, sienten que las señalan por no poder enfrentar adecuadamente la maternidad y no sentirse felices. Así mismo, cuando tienen la fuerza necesaria para hablar de sus dificultades y emociones, muchas veces la pareja o la familia tiende a silenciarlas o rechazarlas. Sienten que sus peticiones o quejas son frecuentemente ignoradas, por lo que las mujeres tienden a aislarse aún más.<sup>20</sup>

Otra característica de este cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y marido.

La DPP es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías

---

obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. Esto es lamentable porque se deja de ayudar a mujeres que sufren intensamente en una fase crítica de la vida.<sup>41</sup>

La DPP no debe ser considerada únicamente como un abatimiento o disminución en la energía o del estado de ánimo, sino que se trata, en gran medida, de una entidad diagnóstica claramente identificable que responde a diversos diagnósticos diferenciales y que debe ser atendida por los servicios de salud.<sup>30</sup> La confusión diagnóstica de dicha entidad patógena puede traer consecuencias considerables a la madre y al hijo. Como se sabe, los diversos medicamentos antidepresivos, en su generalidad, están contraindicados durante el embarazo y la lactancia. Por lo que, si una madre es mal diagnosticada, será sometida a un tratamiento farmacológico innecesario, por lo que tendrá que suspender la lactancia de su hijo a cambio de un tratamiento injustificado. Ésta y otras razones, tales como la elevada prevalencia que se ha informado de dicho diagnóstico en estudios en el mundo, hacen que este padecimiento deba ser estudiado en forma cuidadosa.<sup>13</sup>

La DPP es una condición seria, frecuente, con repercusiones no sólo a corto plazo. La mayoría de las mujeres padece la enfermedad por más de 6 meses, y si no son tratadas, 25% puede persistir con síntomas aun al año de evolución. Además, tendrán un mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes (1:3 a 1:4), incluso más severos.<sup>16, 43</sup>

#### *Prevalencia de la depresión postparto.*

La DPP es un importante problema de salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados.<sup>20,26,42</sup>

Los avances en la medicina han permitido la reducción en la morbilidad y mortalidad obstétricas, pero la frecuencia de DPP ha permanecido sin cambios con el paso del tiempo y actualmente es la complicación más común que sufren las mujeres en el postparto.<sup>37</sup>

En Chile de 106 mujeres estudiadas, el 32,1% presentó depresión según los criterios diagnósticos de la décima revisión de la Clasificación Internacional de

---

Enfermedades (CIE-10). Logsdon y Cox encontrando un 37% de síntomas de DPP entre las 4 y 6 semanas y un 53,6% al año postparto, respectivamente en puérperas adolescentes. Schimdt siguió durante cuatro años a madres adolescentes, observando un 36,7% de síntomas depresivos a los 3 meses posparto y 21,1% a los 48 meses. Figueredo en Portugal, comparó a puérperas adultas y adolescentes, encontrando una tasa de 9,3% en las primeras y 25,9% en las segundas. Piyasil, en Tailandia hizo esta misma comparación encontrando una prevalencia de DPP de 23 y 12,9%, respectivamente. La prevalencia encontrada en mujeres árabes por Gubash y Abou-Saleh en 1997 fue de 15.8%, en tanto que Nhiwatiwa en 1998 informó que 16% de las mujeres de Zimbabwe tienen dicho padecimiento. Cooper en 1999, por su parte, refiere una prevalencia de 34.7% en las mujeres sudafricanas. En tanto que Lee en 2001 refiere una cifra de 11.2% en mujeres chinas; Yoshida en 2002 informa una prevalencia de 17% en mujeres japonesas y Patel en 2002 en Goa, India, informa una prevalencia de DPP de 23%.<sup>18,26,44</sup>

En México en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), en una muestra con 97 mujeres se obtuvo una prevalencia de DPP de 14.3%, a las seis semanas posparto. Al subdividir este grupo de mujeres, se encontró que: ocho mujeres estuvieron deprimidas, tanto en el embarazo como el postparto; otras 12 estuvieron deprimidas durante su gestación pero se lograron recuperar en el posparto; por el contrario, seis mujeres no estuvieron deprimidas durante el embarazo, pero se deprimieron en el posparto, y 71 mujeres no manifestaron síntomas de depresión en el embarazo ni en el posparto. En el mismo hospital, Ortega en 2001 obtuvo una prevalencia de 21.7%. La prevalencia más alta se encuentra entre madres adolescentes, 28 – 48%; mujeres en pobreza, 38%; y madres de recién nacidos hospitalizados en terapia intensiva neonatal, 28–70%.<sup>25,45,46</sup>

Estos hallazgos exigen que los servicios de salud mental desarrollen los instrumentos diagnósticos que proporcionen la sensibilidad y especificidad para un adecuado diagnóstico.<sup>13</sup>

---

### *Factores asociados a la depresión postparto.*

La madre, después del parto, tiene un exceso de actividad que incrementa su estado de fatiga, alteraciones en los patrones de sueño, un estado de alerta constante para cuidar al bebé y, como ya se ha mencionado, la influencia de los factores fisiológicos que de manera importante modulan su comportamiento. Además de esta situación, las relaciones interpersonales, sexuales y el ocio pueden haber sufrido cambios importantes<sup>26</sup>. Hay que tener presente que pueden existir circunstancias que se viven como adversas y que no ayudan a reforzar la conducta de la madre, por ejemplo, que el niño tenga problemas de salud o de alimentación, o que el funcionamiento del niño no corresponda con el comportamiento de la madre, que la pareja presente discrepancias en cuanto al cómo cuidar de los hijos que a su vez conlleva a discusiones, o que la pareja se sienta relegada a segundo plano. Si por el contrario, las circunstancias son positivas, tanto por parte del hijo como de la pareja, la madre seguirá manteniendo la conducta de cuidado sin sufrir de depresión.

Se cree que el descenso rápido en los niveles de hormonas reproductivas que ocurre después del parto contribuye al desarrollo de depresión en mujeres susceptibles. Aunque resulta tentador atribuir la DPP al descenso hormonal, muchos otros factores pueden predisponer a las mujeres a esta condición.

Un gran número de estudios ha examinado los factores asociados con el desarrollo de DPP.<sup>14,24,25,37,40,42,47,48,49</sup> Desafortunadamente, muchos de estos estudios tienen limitaciones metodológicas (muestras pequeñas y por conveniencia) por lo que no se pueden establecer con certeza los factores de riesgo.<sup>34</sup>

Para su clasificación los factores asociados con la DPP pueden agruparse en biológicos, psicológicos y familiares y sociodemográficos.

### *Factores biológicos.*

Se ha sugerido que en algunas mujeres, la presencia de anticuerpos antitiroideos puede contribuir a una baja de hormona tiroidea en la sangre y en consecuencia,



---

producir una disminución del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio. Se han identificado dichos anticuerpos hasta en el 10% de las mujeres.

En cuanto a la progesterona, se ha observado que tiene efectos sedantes en varios animales y puede que esto ocurra a través de facilitar la función del sistema GABAérgico en el Sistema Nervioso Central. Es importante señalar que durante el embarazo, la cantidad de progesterona y estrógenos es varias veces mayor que después de éste; y que en el postparto hay una súbita caída en la cantidad de estas hormonas. Se cree que el descenso rápido en los niveles de hormonas reproductivas que ocurre después del parto contribuye al desarrollo de depresión en mujeres susceptibles. El entusiasmo por el uso de progesterona para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo postparto no ha sido respaldado por ensayos clínicos que comprueben su eficacia. No se ha podido demostrar una clara asociación entre la tristeza postparto y los cambios en el estradiol sanguíneo.<sup>4,22</sup> Por otra parte, los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo postparto, por lo que se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés, producen un rápido declive en su prolactina y podrían tener una mayor incidencia de DPP, lo anterior ha llevado a considerar a la lactancia materna como un factor protector contra el desarrollo de depresión en el puerperio.<sup>14</sup>

Se ha hipotetizado, en base a estudios observacionales, que la DPP sería una consecuencia de la depleción de ácido docosahexaenoico (DHA) en la madre, pues tiene que transferirle gran cantidad de este ácido graso al feto para la formación del Sistema Nervioso Central, por lo tanto este proceso fisiológico produce una depleción de DHA en la madre. Un estudio retrospectivo evaluó la presencia de depresión en 112 mujeres y además se les midió DHA y el ácido graso omega-6 docosapentanoico (DPA). Se demostró que las pacientes depresivas presentaron una disminución significativa de la razón DHA/DPA. Lo que se produce por una disminución efectiva de los ácidos grasos omega-3. En otro estudio se incluyeron 48 mujeres embarazadas y se les siguió después del parto, entrevistándolas tres meses después del evento para diagnosticar depresión. Diez mujeres desarrollaron DPP, y comparadas con mujeres no

---

deprimidas presentaron una disminución de DHA y aumento de las razones omega-6/omega-3. Una cohorte de 380 mujeres fue evaluada 6 meses postparto y se les midió el DHA plasmático. Un análisis de regresión logística indicó que un aumento de un 1% de DHA plasmático se asoció con una reducción del 59% en el reporte de síntomas depresivos. En 2003, se reportó por primera vez el tratamiento de un episodio de depresión mayor en una mujer embarazada de 34 años que a las 28 semanas de gestación se negaba a tomar antidepresivos por el temor a dañar a su bebé, se le administró un suplemento de ácidos grasos omega 3 y mostró mejoría en el ánimo depresivo, en los sentimientos de autoestima, desesperanza y culpa a la semana 4 y desaparición de ideación suicida a la semana 6, el examen físico del recién nacido fue normal.<sup>26</sup>

También se ha demostrado una relación entre ciertos problemas médicos de la madre y del feto con la aparición de la DPP. En este sentido, se encontró que las mujeres que padecieron alguna patología durante el embarazo, como la preeclampsia, presentaron 66.6% mayor posibilidad de presentar DPP en comparación a un grupo sin patología en el embarazo, diferencia que resultó ser significativa.<sup>44</sup> Específicamente, madres que han presentado varios síntomas físicos (como dolores de cabeza, de espalda o sangrado vaginal) o limitaciones físicas para bañar o alimentar al bebé y que además reportan que su bebé tiene cólicos, tuvieron mayor riesgo de presentar DPP. Un estudio reveló que el incremento en el número de días de licencia por enfermedad y un número más alto de visitas prenatales al médico fueron los mejores predictores de DPP. Además, los problemas médicos del infante, como la prematurez o el bajo peso para su edad gestacional, parecen incrementar el riesgo de la madre de depresión.<sup>44</sup> También se observó que en mujeres con hijos que estuvieron hospitalizados durante el periodo de recién nacidos o lactantes, el 60% se deprimió posteriormente en comparación con las mujeres que no tuvieron hijos hospitalizados.<sup>50</sup>

---

### *Factores psicológicos y familiares.*

Se han encontrado numerosos factores psicológicos que de una manera u otra, pueden influir de manera importante en el desarrollo de depresión en la mujer.

Hay eventos que ocurren en la infancia y/o en la adolescencia de las personas, que pueden influir decisivamente en su vida adulta. Por ejemplo, se ha visto una relación entre el hecho de que la mujer haya tenido pérdidas tempranas con el desarrollo de depresión; esto puede involucrar la pérdida de uno de los padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono, separación o divorcio. Pero además, no solo causa depresión el haber perdido uno o ambos padres, sino también el haber establecido una mala relación con ellos.<sup>18,34</sup> Se ha documentado que una mujer que ha tenido una mala relación con sus padres, cuando ella misma está a punto de hacer la transición a volverse madre, puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida; también cuando la mujer ha tenido que cuidar de sus hermanos menores, siendo ella una niña, sin tener los recursos psíquicos para hacerlo (haber sido “una pequeña madre”).<sup>30</sup> Asimismo, haber sido objeto de maltrato físico, emocional o sexual en la infancia, son experiencias que predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. En realidad, no se trata de fenómenos que sean raros, ya que alrededor de 15 a 20% de mujeres han sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta. Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional importante que predispone a depresión en la mujer adulta. En el INPerIER, se encontró que haber estado expuesta a tres o más tipos de experiencias adversas, incrementaba la posibilidad de desarrollar un trastorno límite de la personalidad y/o depresivo en la vida adulta. Otro factor de riesgo es el ser madre soltera, así como el no haber deseado ni planeado el embarazo.<sup>16</sup> Aunque hay estudios que encontraron que el estado civil no es un factor de riesgo.<sup>44</sup> Asimismo, si ya hay varios niños antes del presente embarazo y estos son pequeños, la mujer puede deprimirse, pues todos requieren de cuidados.

La violencia conyugal en cualquiera de sus modalidades o bien tener una pareja que brinde apoyo emocional son factores de riesgo.<sup>34</sup> Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su

---

mujer habla de sentirse triste, abrumada, incierta sobre cómo cuidar un bebé o dice que tiene miedo al futuro, etc.<sup>16</sup> Esto se añade a la frustración que ella ya está sufriendo, pues se siente incomprendida y es incapaz de sólo con “fuerza de voluntad” no sentirse ya deprimida.<sup>34</sup>

Por si fuera poco, si la pareja está deprimida, también aumenta el riesgo de depresión en la mujer.<sup>37</sup>

Se ha encontrado que los altos niveles de ansiedad durante el embarazo son un predictor de DPP. Otros estudios encontraron que tener una historia personal de depresión o algún trastorno psiquiátrico predispone a desarrollar DPP. También, una historia familiar de trastornos psiquiátricos, entre ellos los trastornos depresivos, se relaciona con la DPP.<sup>16,18,34,44</sup> En este sentido, un estudio demostró que existen 5 factores que pueden considerarse como marcadores de riesgo para DPP: desempleo, historia de depresión en partos anteriores, historia de depresión en general, partos pretérmino y discontinuar la lactancia materna durante el primer mes por razones no médicas.<sup>37</sup>

Ya se ha mencionado que el estado de ánimo de la mujer en el postparto está en gran medida determinado por el estado de ánimo durante el embarazo, al menos en su último trimestre. Esta es la variable que afecta con más intensidad al estado de ánimo que la mujer experimenta entre el tercer y el quinceavo día después del parto. De la misma manera, éste último se constituye en la variable que ejerce más influencia sobre el estado de ánimo medido dos meses después de dar a luz. La segunda variable que parece relacionada en términos de mayor importancia y que también ya se ha mencionado, es el ajuste marital. En este sentido, parece favorecer la DPP la percepción de poco afecto y cohesión de la pareja.<sup>48</sup>

Otros factores psicológicos de importancia en estos casos son: condiciones de aislamiento social por migración, cambio de residencia, carencia de una red de apoyo, establecimiento de vínculos adictivos, trastornos de autoestima y vulnerabilidad a las pérdidas, embarazo en edades extremas, actitud negativa hacia el embarazo, dificultad en la lactancia e historia de disforia premenstrual.<sup>16,24,41,42,51,52</sup> Además, la ideación o intento de aborto, los abortos espontáneos previos, los embarazos complicados o de alto riesgo o un bebé del

---

sexo no deseado o con alguna malformación congénita son factores identificados como factores de riesgo.<sup>18</sup>

La personalidad altamente neurótica, la tendencia a la introversión y presentar el “baby blues” también se han asociado a la aparición de depresión después del parto.

Se ha señalado que las adolescentes presentan más depresión que las mujeres mayores,<sup>44</sup> puesto que ciertos factores desmoralizadores como el entorno social y las experiencias pasadas, vuelven a la adolescente más vulnerable. Sin embargo, otros autores han expresado que la prevalencia de depresión mayor aumenta con la edad, en las mujeres adultas pudiese ser mayor la frecuencia de DPP debido a que también pueden ser recaídas de una depresión previa desencadenada por los cambios hormonales producto del parto y los factores socio-culturales relacionados con la llegada de un nuevo hijo.<sup>14</sup>

#### *Factores socio-demográficos.*

Los factores sociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la DPP, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de DPP.<sup>42</sup>

Entre los factores de tipo social se encuentra la pobreza o vulnerabilidad social, las dificultades económicas que no permiten pagar los diversos servicios esenciales (luz, renta, etc.) o acceso a servicios médicos de calidad. Asimismo, la mujer puede experimentar un alto grado de estrés al vivir en un medio habitacional difícil, peligroso, de violencia, aunado a pocas oportunidades de recreación, placer y entretenimiento. En diversos estudios se muestra la interacción de los diversos factores sociales con la DPP; se encontró que las mujeres con este trastorno tenían una historia de haber tenido mayores dificultades ocupacionales incluyendo desempleo, menor ingreso económico e insatisfacción con el trabajo que realizaban.<sup>16,25</sup>

En países con población multi-racial, se ha visto que las madres de origen hispano y las afroamericanas tienen mayor riesgo de padecer DPP que las madres caucásicas.<sup>34</sup>

---

Además, el número de niños nacidos en un solo parto, parece estar también asociado al desarrollo de depresión.<sup>25</sup> Investigaciones han mostrado una alta prevalencia de depresión entre madres de partos múltiples, o incluso entre madres de niños que se llevan muy poco tiempo entre sus nacimientos. De las madres de gemelos, el 34% de ellas se encontraban deprimidas incluso después de 5 años del parto. La prevalencia más alta estaba entre las madres que habían perdido alguno de los gemelos. En un estudio no publicado, se encontró que las madres de trillizos o más, tuvieron el doble de síntomas de DPP que los que reportaron las madres de gemelos, así como significativamente mayor aislamiento. Los factores que pudieran aumentar el riesgo de depresión en madres de embarazos múltiples incluyen: la deprivación de sueño, las demandas físicas y emocionales de cuidar a varios bebés, mayor tasa de nacimientos pretérmino, incremento del aislamiento social después del parto y los cambios hormonales ya descritos.<sup>34</sup>

No obstante, hay estudios, como uno realizado en Nueva York en 2002, que no han encontrado una relación significativa entre la presencia de DPP y edad, paridad, estatus marital, raza, historia de violencia doméstica, el vivir con el papá del bebé, ayuda doméstica, uso de alcohol, tabaco o drogas, nivel de educación, lugar de atención del parto o problemas médicos recurrentes.<sup>33</sup> Las diferencias encontradas pudieran deberse a diferencias culturales.

Investigaciones han mostrado que la falta de confianza en las habilidades de cuidado materno se ha asociado con incremento del riesgo de DPP.<sup>34</sup>

Otro factor social importante lo representa el rol de género, ya que muchas mujeres viven condiciones de discriminación ya sea en el trabajo o en su propia casa.<sup>49</sup>

Por último, aunque no menos importantes, se encuentran las variables relacionadas directamente con el bebé. La más importante, si el bebé recién nacido presenta alguna enfermedad. Se midió el estrés parental y la ansiedad en 212 padres mientras sus hijos se encontraban en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Encontraron que la variable más poderosa asociada con puntuaciones de estrés era el cómo los padres perciben la severidad de la enfermedad de su hijo. En otro estudio donde se evaluaron el estrés familiar, las

---

estrategias de afrontamiento, la percepción de la salud del bebé y las alteraciones de ánimo en las familias con hijos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales que nacieron antes de las 31 semanas de gestación, se encontraron niveles altos de síntomas de depresión en el 53% de la muestra. Los niveles más altos de síntomas de depresión se asociaron con estrategias de afrontamiento menos efectivas, mayor estrés de los padres y una percepción negativa del rol de padres<sup>25</sup>. Ya se mencionó anteriormente que la prevalencia de DPP en madres con hijos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales aumenta notablemente en relación a aquellas cuyos hijos nunca han estado en ese ambiente.<sup>25,45,46</sup>

#### *Diagnóstico de la depresión postparto.*

La mayoría de las ocasiones, la depresión en la etapa perinatal se concibe socialmente como “algo normal”, como un estado por el que toda mujer tiene que pasar durante y después del embarazo y por lo tanto, no es cuestionable, preocupante y mucho menos atendida. En términos de salud, esto es delicado, puesto que esta percepción de normalidad lleva a no preocuparse por las consecuencias sociales y de salud que pueda causar la depresión y mucho menos, a proponer opciones preventivas y de tratamiento.<sup>53</sup>

Algunas implicaciones que tendría el tomar como normal a la DPP son:<sup>53</sup>

1. La negación de la depresión como una enfermedad grave
2. No permitir un “sano” desarrollo en el infante
3. En el caso de la madre, seguir en estado de depresión
4. Que las posibilidades de búsqueda de ayuda y atención sean mínimas

El período de mayor riesgo para sufrir DPP es durante los días 10 a 19 después del parto.<sup>21,42</sup> El tamizaje de depresión debe seguirse con la regla “2 semanas, 6 semanas y 6 meses”. Además, el tamizaje también debe hacerse 1 año después del parto para identificar a las madres que continúan enfermas después de los 6 meses del nacimiento de su hijo.<sup>21</sup> Por otro lado, es importante una adecuada evaluación que permita identificar si existen patologías psiquiátricas comórbidas a la DPP.<sup>34</sup>

---

Las mujeres con bebés en la terapia intensiva neonatal tienen un alto riesgo para padecer depresión, y la falla en identificar y tratar a estas mujeres está asociada con una mayor duración de la depresión. La depresión materna puede no ser identificada antes del parto y los infantes pueden permanecer en terapia intensiva neonatal por un periodo significativamente largo, por lo que es razonable considerar la implementación de un programa universal de tamizaje para identificar depresión en terapia intensiva.<sup>25</sup>

El tamizaje de depresión cumple los criterios requeridos para que un programa de tamizaje sea practicable. En primer lugar, la depresión es un trastorno bien definido y el diagnóstico puede hacerse usando criterios diagnósticos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DMS-IV). En segundo lugar, la incidencia de depresión en madres con infantes en la Terapia Intensiva es alta y la historia natural de la depresión es razonablemente bien conocida. En tercer lugar, las mujeres que tienen depresión pueden no ser identificadas rápidamente y pueden no recuperarse de manera espontánea. En cuarto lugar, los bebés de mujeres deprimidas están en muy alto riesgo de tener trastornos conductuales, cognitivos y de vínculo con la madre. Y finalmente, la depresión es tratable.<sup>25</sup>

Se han identificado tres tipos de barreras para el diagnóstico de la DPP:<sup>25</sup>

*Barreras centradas en la mujer.*

Una barrera común es la incapacidad de la mujer para comunicar sus sentimientos, barrera que se encuentra reforzada por la renuencia de los miembros de la familia, e incluso del médico, de responder a las necesidades de la mujer. Otras barreras son la falta de conocimiento o aceptación de padecer DPP, el estigma social que esto representa y el acceso a los servicios de salud. Proveer de información pertinente de manera anticipada acerca de la depresión para todas las mamás, puede ayudar a “normalizar” los sentimientos que ellas puedan tener, ofrecer una oportunidad para la discusión de lo que sienten y ayudarlas a disminuir el estigma social asociado con las enfermedades mentales. Desgraciadamente, el



---

costo y el acceso al tratamiento seguirán siendo barreras para gran cantidad de mujeres.

*Barreras centradas en los médicos.*

Los pediatras, ginecobstetras y médicos generales están muy cerca de las mujeres en el periodo de mayor riesgo para presentar DPP, pero refieren falta de tiempo para identificar y tratar la depresión materna y que no están familiarizados con los instrumentos de tamizaje. Las mismas barreras se oponen para incluir el tamizaje de depresión materna en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). La falta de tiempo es menos importante porque los bebés pueden estar internados por periodos prolongados y otros profesionales de la salud pueden encargarse del tamizaje. Además, la familiaridad con la DPP y los instrumentos de tamizaje puede solucionarse a través de la educación y capacitación.

*Barreras de los Sistemas de Salud.*

Estas pueden incluir la disponibilidad y el acceso a los recursos de salud mental. Muchos hospitales tienen un departamento de salud mental y conductual que puede estar interesado en desarrollar relaciones con la UTIN y facilitar los procesos de tamizaje de depresión. Es más, muchos hospitales han integrado un equipo de psicología perinatal de planta exclusivo para la UTIN. Algunos podrán argumentar que el tamizaje de la depresión materna en la UTIN está más allá del ámbito de sus competencias y responsabilidades. Sin embargo, la salud mental de la madre debe considerarse tan importante como cualquier otro factor ambiental que tenga un potencial efecto en el desarrollo y salud del neonato.

En la práctica clínica, la DPP suele ser subdiagnosticada y subtratada. Las razones son variadas, pero se plantea que las expectativas sociales y familiares hacen reticentes a las madres a hablar de sus sentimientos. Por otro lado, el traslape sintomático que se produce entre los síntomas depresivos y los puerperales también contribuyen a dificultar el diagnóstico.<sup>18,41</sup>

Llama la atención el hecho de que la DPP sea habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, ya que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas como la preeclampsia, parto

---

prematureo y diabetes gestacional. Se cree que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión en el puerperio no obtienen ayuda profesional y que casi el 50% no obtiene ayuda de los familiares ni de los amigos.<sup>14,41</sup> El personal de atención primaria (médico familiar, enfermera, ginecólogo y pediatra del niño), están en condiciones de detectar la depresión, ya sea en forma sistemática o cuando observan signos de “alarma”, pero no lo hacen.<sup>16</sup>

Por todo lo anterior, es necesario que todas las madres, especialmente aquellas con factores de riesgo, se sometan a pruebas de tamizaje de DPP durante el embarazo y durante el primer año postparto. Existen varios instrumentos de tamizaje validados y centrados específicamente en la depresión durante el periodo postparto. Aunque estas medidas estandarizadas están disponibles, el tamizaje para DPP no se practica de rutina a las madres en Estados Unidos.<sup>34</sup> En México, quizá existan menos instrumentos validados que en otros países, pero los que hay, no se utilizan de rutina para evaluar si las mujeres en el embarazo o en el puerperio están deprimidas.

Algunos de los instrumentos de tamizaje que han sido utilizados para detectar depresión son las escalas autoaplicadas, como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Hamilton para la Depresión, la Escala Zung de Depresión y la Escala del Centro Epidemiológico de Estudios de Depresión (CES-D por sus siglas en inglés).<sup>16,34</sup>

Otra estrategia de tamizaje es la “prueba de dos preguntas” que consiste simplemente en preguntar a la paciente si en las últimas dos semanas se ha sentido con ánimo triste, deprimido y sin esperanza, y si ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas. Esta sencilla prueba ha mostrado tener una sensibilidad de 96% con una especificidad de 57% en Estados Unidos, pero puede ser una opción útil para el personal que está muy ocupado.<sup>21</sup>

Es importante recalcar que un tamizaje positivo no hace el diagnóstico, solo indica que es necesaria una evaluación posterior más profunda para determinar el diagnóstico y si es necesario, indicar el tratamiento.<sup>21</sup> No obstante, aun cuando se identifican mujeres en necesidad de una evaluación posterior, muchas de ellas no están de acuerdo y ya no regresan a evaluaciones posteriores. Idealmente, todas

---

las pacientes deprimidas deben ser identificadas durante su primera visita al médico después del parto.<sup>33</sup>

La entrevista en base al DSM-IV, se ha considerado por mucho tiempo el “estándar de oro” para el diagnóstico de la depresión. La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-IV (SCID por sus siglas en inglés), es ampliamente usada y aceptada para el diagnóstico de depresión. Sin embargo, se necesita personal entrenado, además de que requiere de tiempo para llevarse a cabo.<sup>36</sup>

También existen escalas específicas para evaluar DPP. Una de ellas es la Escala de DPP de Edimburgo (EPDS por sus siglas en inglés).<sup>34</sup> Esta escala es un cuestionario de 10 ítems, con un puntaje que va de 0 a 30, es autoaplicada, requiere únicamente de cinco minutos para ser respondida y ha sido ampliamente aceptada por las mujeres en diversos ámbitos, ya sea en el hogar, en estudios de comunidad o bien en clínicas, hospitales y centros de desarrollo infantil.<sup>13,27,37</sup> Fue desarrollada para ayudar en el tamizaje de DPP en las primeras 6 semanas después de dar a luz, aunque se ha validado para ser usada desde los primeros 3 a 5 días postparto.<sup>37</sup> Posteriormente se determinó su validez en las semanas 28 a 34 de gestación,<sup>13</sup> y por último, su uso se ha extendido hasta casi 4 años postparto.<sup>55</sup>

La EPDS ha sido traducida y validada en varios idiomas, incluido el español. En el año 2000, fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología<sup>55</sup> y en 2006 se validó una versión mexicana adaptada de la versión internacional en español. La versión mexicana tomando como punto de corte un puntaje de 11/12 en las primeras 4 semanas postparto tuvo una sensibilidad de 75%, una especificidad de 93%, un área bajo la curva de 0.84, un valor predictivo positivo de 50% y un valor predictivo negativo de 97.6%.<sup>56</sup> Además se cuenta con el Postpartum Depression Screening Scale (PDSS; Escala de Tamizaje de DPP), que es un instrumento que mide la DPP en una forma corta y fácil, que además informa de la severidad y tipo de síntomas depresivos. Es un cuestionario autoaplicable y posee 35 reactivos tipo Likert con puntajes que van desde uno a cinco; donde uno es “completamente en desacuerdo” y cinco

---

“completamente de acuerdo”. Los puntajes finales van de 35 a 175. Los autores del PDSS recomiendan aplicar el cuestionario entre las dos a seis semanas postparto. Una de las principales ventajas de este instrumento es su multidimensionalidad, con la cual mide DPP ofreciendo 7 subescalas: a) trastornos del sueño y alimentación, b) confusión mental, e) pérdida del yo, f) culpabilidad/vergüenza y g) pensamientos suicidas. La forma corta del PDSS no es un instrumento separado, sino que consiste en las primeras siete preguntas del original. Puede ser completado en un mínimo de tiempo que va de uno a dos minutos y sirve principalmente para determinar si la mujer necesita o no ser referida a un especialista. Esta versión corta tiene un puntaje que va de 7 a 35 puntos, donde de 7 a 13 representa un ajuste normal y de 14 a 35 puntos refleja síntomas de DPP. El PDSS fue traducido al español, con punto de corte de  $\leq 59$  como ajuste normal y  $\geq 60$  con síntomas significativos.<sup>57</sup>

El diagnóstico de la DPP puede ser realizado en dos etapas: rastreo con un test de auto-aplicación, seguido de entrevista diagnóstica en casos positivos. Para la etapa de rastreo el uso de la Escala de DPP de Edimburgo (EPDS) ha mostrado su utilidad en estudios realizados en varios países, por lo que debe ser considerada su inclusión en todos los servicios de salud que atienden a puérperas. La introducción de esta escala de rápida y fácil aplicación, puede hacer visible un contingente de mujeres que sufren sin ningún auxilio en esta etapa crucial de sus vidas.<sup>41</sup>

Considerando que la DPP ocasiona consecuencias personales y familiares negativas, uno de los hechos que más ha llamado la atención a quienes han investigado el tema, es que los profesionales de salud no diagnostiquen este trastorno a pesar del contacto regular que tienen con las madres. Resulta fundamental detectar a tiempo los casos de DPP, ya que el pronóstico mejora cuando ésta es tratada a tiempo.<sup>47</sup>

La DPP comúnmente no es detectada en los servicios de atención primaria. Las madres hacen visitas frecuentes al obstetra, pediatra y médico familiar, quienes no hacen la conexión entre la prevalencia de depresión materna y su inadecuado manejo con todos los problemas que manifiesta la madre. Estas visitas suelen ser

---

el único contacto con el sistema de salud y son una oportunidad para manejar la DPP. De hecho, las madres reportan estar receptivas a recibir cuidados de salud mental en estos niveles de atención. Pero a pesar de esto, el diagnóstico no ocurre y hay poca investigación acerca de por qué pasa esto. Una razón puede ser la falta de entrenamiento, pues al preguntar a médicos residentes, 60% reportaron que su entrenamiento en el diagnóstico y tratamiento de la DPP fue muy poco o nunca lo recibieron. No obstante, también reportan estar abiertos a recibir entrenamiento en esta área. Además, la implementación de protocolos de tamizaje disponibles para los médicos de atención primaria, puede ser una manera potencialmente efectiva de diagnosticar e iniciar el tratamiento lo más pronto posible.<sup>58</sup>

En otro estudio, aunque la mayoría de pediatras estaba de acuerdo en la importancia del tamizaje para depresión perinatal, pocos de ellos se sentían con la responsabilidad de realizar el diagnóstico y el manejo de este trastorno. Además, la mayoría reportó haber tenido que hacer breves intervenciones en casos de depresión y dijeron tener insuficiente preparación para diagnosticar y tratar la depresión materna.<sup>32</sup>

El tamizaje, la valoración y el tratamiento de la DPP debe ser un objetivo de salud a nivel nacional. En un estudio en Estados Unidos donde se evaluaron familias para observar el efecto de la intervención en la depresión materna en la conducta de los niños a las edades de 3 a 4 años, los investigadores concluyeron que la disminución de la depresión en la madre mejoraba los problemas de conducta de los niños.<sup>32</sup>

#### *Prevención de la depresión postparto.*

El período prenatal y el puerperio temprano son teóricamente los momentos más propicios para la prevención de la DPP debido al frecuente contacto con los profesionales de la salud. Es posible ofrecer estrategias de prevención a todas las mujeres o sólo a quienes presenten mayor riesgo (por ejemplo mujeres con DPP previa). La estrategia centrada en los grupos de alto riesgo puede no tener mucha repercusión sobre la incidencia de la DPP en la población, pero puede ser el único

---

abordaje realista, en particular cuando se consideran los efectos adversos potenciales de la profilaxis con antidepresivos, que puede ser necesario iniciar durante el embarazo, y por consiguiente, tener algún efecto sobre el feto además de la madre. No obstante, la identificación de los factores que definen a las mujeres con alto riesgo de depresión ha resultado decepcionante, con bajas fracciones de la población a quienes pueden atribuirse factores de riesgo independientes, como el embarazo no planificado y el desempleo<sup>59</sup>. La falta de intervenciones de prevención también reduce la probabilidad de recibir tratamientos y puede incrementar el costo futuro del cuidado de las mujeres deprimidas.<sup>60</sup>

Por otra parte, no todas las mujeres con factores de riesgo desarrollarán depresión, por lo tanto, no puede justificarse la prevención farmacológica para todas estas mujeres. Las decisiones en cuanto al uso de fármacos profilácticos durante el embarazo deben considerar su efecto potencial sobre el feto. Existe información limitada sobre los riesgos inmediatos de los antidepresivos para el feto y se conoce muy poco acerca de los riesgos potenciales a largo plazo. Por ello, las intervenciones psicosociales pueden resultar más apropiadas para prevenir la DPP.<sup>59</sup>

Efectivamente, algunos estudios han demostrado que la intervención psicosocial, como los programas de apoyo dirigidos a disminuir la depresión en mujeres embarazadas, tiene un efecto positivo. Se ha comprobado que la psicoterapia en el embarazo tiene mayor eficacia, pero desafortunadamente, es menos accesible para la mayor parte de la población. Los grupos de apoyo también han mostrado disminuir significativamente los síntomas depresivos e incrementar la autoestima, así que además de ser eficaces, los grupos son un tipo de tratamiento económicamente más accesible.<sup>49</sup>

En países como Reino Unido, Australia, Estados Unidos y México, se han llevado a cabo estudios donde se implementan grupos de prevención e intervención de depresión perinatal. En estos estudios se identificó que las mujeres con bajo nivel de escolaridad y las amas de casa fueron las más difíciles de retener en los grupos.<sup>60</sup>

---

### *Tratamiento de la depresión postparto.*

Lamentablemente, la mayoría de las mujeres deprimidas no reciben tratamiento. El tratamiento de la depresión tanto en el embarazo como en el puerperio debe ser multidisciplinario y basado en el modelo biopsicosocial. Debe incluir educación para la madre y su pareja, psicoterapia individual, de pareja y/o familiar. Si se decide usar psicofármacos, hay que tomar en cuenta el riesgo de teratogenicidad y de afectación de la lactancia.<sup>51</sup>

La gravedad de los síntomas determinará la modalidad terapéutica a utilizar, considerando que los mejores resultados se obtienen del manejo combinado de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

### *Tratamiento psicosocial.*

Para los factores psicológicos es útil la psicoterapia, individual o grupal, que en muchos casos deberá incluir a la pareja o familia de la mujer. La terapia de grupo permite trabajar en la psicoeducación, fomentar el apoyo entre mujeres que se encuentran viviendo situaciones similares, así como explorar la red social y comunitaria, ya que en muchos casos se requiere la derivación a servicios de asistencia social y/o judiciales específicos.<sup>18</sup>

La psicoterapia debería ser el tratamiento de primera línea para mujeres con depresión de leve a moderada, incluso para las mujeres que desean evitar el uso de medicamentos. Existen diferentes tipos de psicoterapia, como la terapia interpersonal, la terapia grupal, la cognitivo-conductual, la psicodinámica, la de pareja, la terapia bebé-padres o bebé-madre, además de los grupos de apoyo. Cada tipo de psicoterapia tiene sus ventajas y se han reportado diferentes grados de efectividad, aunque no hay muchos estudios confiables disponibles.<sup>16,21,35</sup>

No necesariamente hay que acudir al psicólogo o al psiquiatra para obtener apoyo psicológico. Toda mujer deprimida o triste puede beneficiarse de un mayor nivel de apoyo interpersonal; este apoyo puede óptimamente ser brindado por la madre, alguna hermana, su marido o compañero, amigas o parientes, tales como la suegra o una cuñada que esté cercana emocionalmente. Hay que indicar a la nueva madre que los sentimientos de tristeza sobre el haber dejado de estar

---

embarazada y que su bebé ya no está dentro de ella son normales y que en esta etapa vulnerable, es natural que se necesite más ayuda, compañía y apoyo.<sup>26</sup>

Muchos profesionales de atención primaria, como obstetras, enfermeras y pediatras, hacen intervenciones de “salud mental” al escuchar y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes, es muy importante ser escuchadas y sentir que alguien entiende por lo que están pasando. Esto en sí, ya es un elemento terapéutico. Esta forma de apoyo tendrá como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacerle frente. Un elemento importante es “normalizar” sus sentimientos, es decir, que no se sienta como una persona fracasada, sino señalarle que muchas mujeres enfrentan un problema similar. Es necesario escuchar los sentimientos, temores y fantasías de la futura o nueva madre y no darle la sensación de que “debería sentirse” de otro modo. Es importante que la o el profesional “contenga” las emociones y pensamientos de la mujer, aunque éstos consistan en sentimientos de ambivalencia hacia el bebé, resentimiento por todo lo que su presencia provoca y sensación de impotencia al no poder hacer frente a la situación. Es útil que el profesional, como ya se mencionó, ayude a la futura o nueva madre a no estar aislada de la compañía de las personas queridas, parientes o amigos, es decir, a establecer vínculos con sus redes de apoyo social. Es necesario que ella tenga alguien con quien hablar de sus sentimientos, experiencias, temores e incertidumbres, sin ser criticada o juzgada como una persona mala. De hecho, podría decirse que la mujer embarazada o recién parida necesita de un grado de “maternaje”, es decir, recibir cuidados que semejen los que una madre proporciona a su hijo. El clínico puede llamar al marido o compañero y explicar que la paciente está sufriendo de depresión, informar de los síntomas y sugerir formas concretas de apoyo. Muchos de ellos, al pedirles su ayuda, no dudarán en proporcionarla.<sup>16,35</sup>

Se ha observado que algunas prácticas como los cursos prenatales y postnatales, visitas domiciliarias, seguimiento temprano posterior al parto, continuación de los modelos de atención, el interrogatorio psicológico intrahospitalario y la psicoterapia interpersonal han resultado efectivas cuando son combinadas y que incluso pueden servir de prevención de la depresión.



---

Finalmente, se cree que las intervenciones que tienen como objetivo a las madres “en riesgo” pueden ser más benéficas que las que incluyen a la población materna general.<sup>61</sup>

*Tratamiento farmacológico.*

Los factores biológicos se manejan fundamentalmente a través de la promoción del descanso, el buen dormir y la farmacoterapia, cuya elección depende fundamentalmente de los antecedentes depresivos previos y si la madre está o no amamantando.<sup>18</sup>

Si la mujer no responde con tratamientos psicológicos, en el caso de la depresión grave o cuando hay frecuentes pensamientos de muerte o sentimientos de impotencia, insomnio grave o incapacidad de funcionar y atender al bebé, es necesario recomendar el uso de fármacos.<sup>21</sup> Siempre será preferible, si esto es posible, evitar el uso de antidepresivos durante el primer trimestre del embarazo.<sup>16</sup>

Con respecto a la indicación de psicofármacos en la lactancia, aún no se cuenta con suficiente evidencia de sus efectos, no ha podido comprobarse que sean totalmente inocuos para el bebé. Se estudió la concentración en leche materna de algunos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS): citalopram, sertralina, paroxetina y fluoxetina y de la venlafaxina en 25 pacientes, considerando el tipo de metabolismo (lento o rápido) de la madre y el bebé. La sertralina y la paroxetina fueron indetectables; citalopram se encontró en baja concentración y la fluoxetina y la venlafaxina fueron detectables, por lo que no se consideran del todo seguros. Se han realizado estudios controlados en DPP con fluoxetina o paroxetina, terapia cognitiva y la asociación de ambas, encontrándose que ambas son eficaces de manera significativa. No se incrementó la eficacia con la asociación en ninguno de los dos estudios. Estudios abiertos en el posparto realizados con sertralina, venlafaxina e ISRS vs. Antidepresivos tricíclicos mostraron que todos fueron eficaces. Sin embargo, alrededor de 40 estudios que se han centrado en la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en la lactancia, demuestran que tienen efectos secundarios; los más estudiados son la amitriptilina, desipramina, nortriptilina y amoxapina. Hasta ahora no se ha

---

demostrado que la exposición del bebé en útero o a través de la leche materna a medicamentos tricíclicos o ISRS, afecte el cociente intelectual (CI), el desarrollo del lenguaje o la conducta. Numerosos estudios parecen coincidir con estos hallazgos.<sup>62</sup>

Por otro lado, existen dos casos reportados con bupropión, que no fue detectable en leche materna ni produjo efectos adversos, sin embargo, no se recomienda cuando el bebé o la madre presentan crisis convulsivas.<sup>62</sup> Con los antipsicóticos típicos no se observó reacciones adversas en la mayoría de 28 bebés estudiados, ni en otros estudios, inclusive un estudio con quetiapina. De las benzodiazepinas no se mostraron reacciones adversas con lorazepam y clonazepam; el diazepam produjo sedación. La excreción de las benzodiazepinas por leche materna es baja. Solo hay reportes de casos con estabilizadores del ánimo, pero ningún ensayo controlado. Los datos son escasos sobre anticonvulsivantes y provienen de comunicaciones de mujeres tratadas por epilepsia. También se han realizado estudios sobre la eficacia de los estrógenos en el tratamiento de la depresión y la psicosis posparto. Algunos estudios mostraron resultados positivos para el tratamiento de la depresión. En la psicosis posparto los resultados fueron controvertidos. Los estabilizadores del ánimo resultaron más eficaces que los estrógenos para la profilaxis de la depresión y de la psicosis posparto.<sup>16,40,45,63</sup>

Sin embargo, según algunos estudios, si se usan los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (IRSS) durante el embarazo y la lactancia pueden ocasionar cólicos, malformaciones congénitas, complicaciones perinatales y toxicidad, síndrome de abstinencia en el neonato, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, bajo peso al nacer, Apgar bajo, así como efectos en el neurodesarrollo a largo plazo. Existen muchos estudios que analizan ciertos efectos negativos en el feto y el neonato con el uso de todos los medicamentos mencionados anteriormente, pero también hay estudios que demuestran no haber encontrado efectos. De todas maneras, es importante y necesaria la observación del neonato los primeros días de vida para detectar cualquier efecto negativo.<sup>16,21,40</sup>

---

En cuanto a los antidepresivos atípicos, se encuentra la mirtazapina, cuya estructura es diferente a la de los ISRS, por lo que produce menos efectos adversos. Sin embargo, tiene potentes propiedades sedantes y es común su uso como inductor del sueño además de antidepresivo. La toxicidad sobre el bebé es mínima. Por otro lado se encuentra la trazodona, que ha sido estudiada en madres en periodo de lactancia. No se encontraron efectos adversos en los infantes. La nefazodona, es otro antidepresivo atípico que produce mareos, letargia, retraso en el desarrollo en los infantes alimentados con leche materna, por lo que se recomienda precaución al usar este medicamento.<sup>62</sup>

También hay que tomar en cuenta los efectos secundarios que los medicamentos suelen tener. Una vez que la DPP es diagnosticada, los antidepresivos a elegir son los ISRS como primera opción, ya que han mostrado mayor eficacia, rapidez, producen menos toxicidad y son más seguros en la lactancia.<sup>21,40,62</sup> Sus efectos secundarios sobre los bebés incluyen irritabilidad, sedación o problemas con la alimentación. Pero es esencial también tener en cuenta los efectos de la depresión materna no tratada.<sup>45</sup>

Las mujeres que han dado a luz recientemente son comúnmente más sensibles a los efectos secundarios de los medicamentos. Por esa razón es importante comenzar con dosis bajas e ir haciendo incrementos pequeños según la tolerancia, hasta que se logre la remisión total. Además, estos incrementos pequeños de dosis ayudan a manejar los efectos secundarios. Se recomienda que después de la remisión, la mujer siga tomando la misma dosis del mismo medicamento por un mínimo de 6 meses para prevenir las recaídas. Si no hay mejoría después de 6 semanas con la farmacoterapia o si la paciente presenta respuesta pero luego tiene recaídas, se debe considerar referirla al psiquiatra.<sup>41</sup>

De acuerdo a la hipótesis donde la depresión está asociada con la depleción de ácido docosahexaenoico (DHA), sería conveniente suplementar a las embarazadas con este ácido graso, ya sea con cápsulas, jarabes o fomentando el consumo de alimentos que los contengan. La suplementación puede ser útil para prevenir la aparición de la depresión y como coadyuvante terapéutico una vez que ella se manifiesta. Además presenta las ventajas de que puede ser administrada

---

durante el embarazo y la lactancia, es bien tolerada oralmente, no presenta reacciones adversas ni efectos secundarios. Adicionalmente a sus efectos antidepresivos, es transferido de la madre al feto durante la gestación y a través de la leche materna, favoreciendo el desarrollo del sistema nervioso central del bebé.<sup>26</sup>

En la mujer con una depresión muy grave o que esté en estado suicida, puede ser necesario utilizar terapias adicionales como la electroconvulsiva.<sup>16</sup>

#### *Otras estrategias terapéuticas.*<sup>16</sup>

Es cierto que para la mayoría de estas estrategias de intervención no se puede afirmar científicamente que sean eficaces, debido a la escasez de estudios de tratamiento y grupos control con asignación al azar, y otros requisitos metodológicos. Sin embargo, varios métodos han mostrado ser promisorios en los estudios que existen hasta ahora.

#### *Masajes.*

Tienen efectos terapéuticos tranquilizantes y produce cambios bioquímicos que pueden aliviar la depresión. Pueden ser practicados por un masajista o en su defecto por el esposo, la madre u otra persona adulta, que puede ser entrenada brevemente para tal propósito. Se han mostrado los efectos benéficos del masaje en otros problemas, tales como los trastornos de ansiedad y también lo han utilizado con éxito en los bebés. Se ha demostrado que practicar el masaje en el bebé ayuda también a la madre, en términos de aumentar su nivel sérico de algunas endorfinas, lo cual tendría un efecto tranquilizador en ella. Hay evidencia de que la terapia de masaje produce cambios bioquímicos importantes, asociados con un menor nivel de estrés y depresión, por ejemplo una baja del nivel de cortisol sérico, aumento de la concentración de serotonina y dopamina. Un estudio con 84 mujeres embarazadas deprimidas, asignó al azar a las mujeres a un grupo de control, uno de relajación muscular y uno de masaje. El masaje era administrado por el compañero de la embarazada. Duró 16 semanas y se practicó por veinte minutos dos veces por semana. El mismo horario se mantuvo para el

---

grupo con relajación muscular. Al final de las 16 semanas había menos síntomas de depresión y ansiedad en el grupo del masaje, con menor frecuencia asimismo de dolor de espalda y de piernas. Estas mujeres tenían niveles séricos más bajos de cortisol y noradrenalina, y más altos de serotonina y dopamina. Sus bebés, cuando nacieron, tuvieron una mejor calificación en la evaluación neonatal de Brazelton.

#### *Acupuntura.*

Ésta es otra terapia alternativa, sobre cuya eficacia hay una evidencia limitada con mujeres embarazadas y deprimidas. Se estudiaron un grupo de 61 mujeres embarazadas y deprimidas. Se asignaron 20 a un grupo de terapia de acupuntura activa, 21 a otro grupo de acupuntura no activa (falsa acupuntura, aunque las mujeres no sabían si la acupuntura era real o falsa) y a 20 se les proporcionó masaje. La acupuntura se administró por ocho semanas durante el embarazo. Los resultados mostraron que hubo una mayor remisión de los síntomas de depresión en las mujeres que tuvieron la acupuntura activa.

#### *Fototerapia.*

Otra intervención que puede ser útil en la depresión es la fototerapia, cuya eficacia para la depresión estacional ha sido demostrada empíricamente. La depresión “estacional” es aquella que tiende a recurrir cada invierno todos los años; al revisar la evidencia de la fototerapia con luz brillante para la depresión no estacional; se ha demostrado su eficacia, que es semejante a la del uso de medicamentos antidepresivos. La fototerapia se puede intentar con cualquier mujer que esté deprimida, aunque la depresión no sea de tipo estacional y puede ser una alternativa útil en la embarazada y en la etapa posparto. La estimulación luminosa puede producir cambios bioquímicos en el cerebro que aumentan el nivel de neurotransmisores que elevan el estado de ánimo. Suele ser necesaria una lámpara de suficiente intensidad y luz blanca. Se realizó un estudio abierto con mujeres embarazadas (sólo 16) que tenían depresión según la escala de depresión de Hamilton. Después de estar expuestas a luz blanca intensa durante la mañana (todos los días), por un periodo de tres a cinco semanas, mejoraron en

---

un 49% su nivel de depresión. Este estudio utilizó una lámpara fluorescente sin rayos ultravioleta de luminosidad de 10000 lux a 33 cm de la cabeza de la paciente durante al menos 60 minutos, e iniciada 10 minutos después de despertarse. También puede ser útil una exposición durante dos horas con una intensidad de 2500 lux, todos los días durante la mañana.

*Los hijos de las madres deprimidas.*

En la DPP, no solo se ve afectada la madre, también hay un impacto negativo en la relación madre-hijo y en el desarrollo emocional, cognitivo y de relación del niño con su entorno.<sup>64</sup>

Los recién nacidos, hijos de madres con diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo, como la DPP, de acuerdo con diversos estudios, manifiestan déficit en el desarrollo de habilidades para organizar su conducta. Se cree que estos recién nacidos presentan desde el periodo neonatal un perfil de desajuste caracterizado por:<sup>65</sup>

- Reactividad deficiente ante la Escala de Evaluación de Conductas Neonatales de Brazelton
- Hipersomnia indeterminada
- Niveles elevados de hormonas asociadas al estrés (norepinefrina y cortisol)
- Signos electroencefalográficos de activación de la zona frontal derecha
- Déficit en la reactividad a la expresión facial
- Tono vagal menor que implica la no reactividad de la respuesta simpática
- Indicios de retardo neurológico a los seis meses
- Menor interacción social hacia los nueve meses
- Conductas exploratorias y de juego deficientes evaluadas por medio de la Escala de Desarrollo de Bayley
- Retardo en el crecimiento, detectable a los 12 meses

Se ha visto que la depresión y la ansiedad materna se asocian con una elevación del nivel sérico de cortisol y alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas. Todos estos efectos son negativos para el

---

funcionamiento del feto y se han relacionado con efectos indeseables, como una mayor frecuencia de prematuridad, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal. Otros estudios han reportado menor tono muscular en el neonato y mayor irritabilidad.<sup>65</sup>

Las madres deprimidas presentan dos estilos de interacción predominantes, ambos negativos: la intrusión y el aislamiento hacia el recién nacido, debidos a la estimulación inadecuada y a la deficiente modulación emocional por parte de la madre deprimida.

Se ha mostrado que los bebés de tres meses de edad son capaces de detectar el estado de ánimo de sus madres y de modificar sus propias respuestas de acuerdo con ellos. Mientras que las habilidades cognitivas, el desarrollo del lenguaje expresivo y la atención han sido influidas negativamente por la DPP, también se ha informado de que los hijos de mujeres deprimidas tienen de dos a cinco veces más probabilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo.<sup>61</sup>

La sintomatología depresiva posnatal predice una baja percepción de eficacia materna a las 6 semanas y a los 4-6 meses posparto, lo que indica que su efecto es más crónico y por lo tanto, más nocivo que el de los otros factores.<sup>54</sup>

La relación madre-hijo es fundamental en los primeros años de vida de cualquier persona; cuando existe una buena respuesta de la madre a las necesidades de acercamiento del hijo, esto le proporciona protección y seguridad, con lo que se va formando una relación emocionalmente saludable. Pero dicha respuesta puede alterarse por el estado de ánimo de la mujer, el cual contribuirá al tipo de acercamiento que entablará la madre con depresión con su hijo y afectará la calidad de convivencia entre ambos.<sup>53</sup> En un estudio realizado en mujeres primíparas en interacción con sus bebés, se encontraron claras diferencias dependiendo de si la depresión había durado los primeros seis meses de la vida del bebé o no. Se evaluó la relación entre la madre y el bebé en interacción cara a cara, durante el juego y en la situación de alimentación. En los primeros dos a tres meses no hubo diferencias entre mujeres deprimidas y no deprimidas, cuando sus videograbaciones fueron calificadas por personas que no sabían quién era deprimida y quién no. A los seis meses sí hubo diferencias: las mujeres

---

deprimidas tuvieron menos interacciones positivas con el niño. Los niños tenían menos manifestaciones de alegría. Hay que señalar también que no se encontraron signos de hostilidad abierta. Más bien se halló que a pesar de su depresión, muchas mujeres podían arreglárselas para responder a sus bebés y tener interacciones positivas con ellos, mientras que otras, parecían tener muy poca energía para hacer esto. En otro estudio, se evaluaron a 49 mujeres que tenían historia de trastorno depresivo en el primer año postnatal y las compararon con 49 mujeres sin ningún trastorno. En el seguimiento de 19 meses después del nacimiento del niño, se examinaron en forma ciega, las interacciones entre madre e hijo o hija. Hubo una clara diferencia en la calidad de las interacciones. Los niños de las madres deprimidas tenían menos capacidad para mostrar sus estados de ánimo y menos sociabilidad inicial con los extraños. Las madres parecían tener más dificultad para facilitar las interacciones y exploraciones de sus hijos. Esto era válido aun si la mujer en ese momento ya se había recuperado de su depresión. Hay que mencionar que estas mujeres suelen tener también mayores dificultades matrimoniales y esto confunde el efecto de la depresión por sé.<sup>15,16</sup>

Se ha descrito que los niños a partir de los 4 meses, cuando su madre está deprimida, aparecen también con expresión facial deprimida o triste. El niño se voltea y evita la mirada de su madre más frecuentemente, está más irritable e incluso, interactúa así cuando está frente a un extraño. Se considera que las madres deprimidas son más indecisas respecto a qué hacer con su bebé. Manifiestan menos tendencia a sostener cadenas largas de interacciones con éste. También suelen usar lenguaje más simple al hablar con el bebé y en general interactúan por menor tiempo. El niño necesita emplear métodos más intensos o directos para lograr respuestas de su madre. Las interacciones placenteras se interrumpen más fácilmente. Los niños hablan menos y hacen hablar menos a su mamá. Hay tendencia en los niños a llorar por periodos más prolongados. Las mujeres tienden a estar más preocupadas y ensimismadas. Por otro lado, las madres deprimidas tienden a ignorar las recomendaciones de la medicina preventiva, no llevan a sus hijos al pediatra, tienen problemas para que sus hijos



---

usen inhaladores adecuadamente u olvidan darles los medicamentos con las dosis correctas.<sup>25</sup>

En el largo plazo, la DPP de la madre puede afectar el lenguaje, las habilidades sociales, el desarrollo afectivo e intelectual, problemas de conducta, pobre control de sí mismo y baja autoestima en el niño.<sup>15,16,46</sup>

Las madres deprimidas tienden a manipular menos a sus bebés, parecen ser incapaces de satisfacer sus necesidades sociales y emocionales. Más aún, se ha observado que las madres deprimidas al interactuar con sus hijos muestran un afecto más triste e irritable, son menos positivas, más punitivas y rencorosas; asimismo, exhiben comportamientos de mayor enojo, más intrusivos, hostiles y conflictivos.<sup>15,65</sup> Además, las madres deprimidas suelen percibirse a sí mismas como incapaces de ser buenas madres, se sienten ineptas y piensan que ejercen una mala influencia. Ante esta situación de estimulación insuficiente e inadecuada, los bebés duermen un mayor número de horas y se muestran poco reactivos ante la interacción social.<sup>65</sup>

La depresión materna podría considerarse el primer evento negativo en la vida del bebé. En un estudio reciente, que abarcó a 80 mujeres embarazadas en el periodo de parto (26 semanas de embarazo) y en el posparto inmediato, el efecto de la depresión materna en el bebé fue decididamente negativo. Se evaluó el ánimo y las características bioquímicas de la madre, las características bioquímicas y el electroencefalograma del bebé a la semana de edad. Ya a la primera semana del nacimiento los bebés de madres con depresión pre y posparto evidenciaron un aumento de los niveles de cortisol y de noradrenalina, una disminución del nivel de dopamina y asimetrías electroencefalográficas frontales derechas.<sup>66</sup> Además, estudios demuestran que niños con un familiar con depresión mayor que inició antes de los 30 años, son de 3 a 5 veces más propensos a desarrollar este trastorno.<sup>32</sup>

La DPP se ha asociado también a varios efectos a corto y largo plazo sobre la interacción entre la madre y el niño. Investigadores evaluaron la calidad de las interacciones madre adolescente-hijo, encontrando que a mayor sintomatología depresiva durante el primer año posparto, existían menos interacciones recíprocas

---

positivas entre la díada a los 20 meses. Al medir a los mismos niños en la etapa preescolar, vieron que aquellos con madres deprimidas en el posparto presentaban más problemas conductuales. Asimismo, se encontró una correlación negativa entre síntomas depresivos y la calidad de la interacción diádica entre las 4 y 6 semanas posparto.<sup>18</sup> Además, se ha visto que un infante que vive en un ambiente de negligencia, lo que es común con madres deprimidas, pueden tener cambios adversos en el cerebro visibles en resonancia magnética.<sup>32</sup> A la edad de dos meses, los bebés miran menos a sus madres, muestran menos interés en los objetos, juegan menos, tienen menos expresiones faciales de alegría, menos conductas de imitación y tienen un bajo nivel de actividad, tienen retrasos en su crecimiento y trastornos en el apego; además de que las madres reportan que sus hijos son de temperamento difícil y podrían tener mayor riesgo de presentar psicopatologías en edades posteriores.<sup>25,45</sup>

Los hijos de madres con DPP desarrollan relaciones de apego inseguro con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres sin depresión, una mayor frecuencia de trastornos conductuales, de accidentes, de ingresos hospitalarios y un mayor riesgo de conductas de abuso hacia sus hijos.<sup>21,39,43</sup>

---

## El Apego

La teoría del apego ha sido un acercamiento para entender el desarrollo socioemocional y la personalidad a edades tempranas. La premisa central en la teoría del apego es la necesidad de contacto humano, tranquilidad y comodidad cuando hay enfermedad, daños o amenazas. Esta necesidad es especialmente prominente en el desarrollo temprano cuando la supervivencia física y emocional del bebé depende de los cuidados maternos.

La representación del recién nacido ha cambiado a lo largo del tiempo. Pero la imagen que ha durado es la de que es como la cera virgen, es una pasta que se puede modelar y los sucesos y las diferentes experiencias por las que pasa dejarán poco a poco su impronta. También se ha definido como un ser no acabado, sin forma, sin sustancia. Ahora, en la época actual, el recién nacido es objeto de innumerables estudios y se van conociendo muchos aspectos de su desarrollo y de la importancia que tienen los primeros vínculos afectivos para el posterior desarrollo de su personalidad.<sup>67</sup>

Para la Academia de la Lengua Española el apego es la afición o inclinación hacia alguien o algo, es decir, un vínculo emocional hacia alguien o hacia algo, sea éste un objeto o sujeto. Por eso es que en la primera infancia concierne a los padres procurar a sus hijos un ambiente acogedor que nutra al niño de cálidas emociones en su fugaz vida de lactante y para continuar su exploración y conocimiento del estrecho mundo que en él habita, bajo la cercana observación de sus figuras de apego.<sup>68</sup> De hecho, se considera que la formación del apego entre los padres y el niño podría empezar desde antes del nacimiento. Los estudios clásicos basados en el comportamiento animal (Etología) afirman la existencia de un periodo crítico para el apego, tal como fue observado por Lorenz y Bowlby quienes asumieron que en el ser humano también existe este periodo.<sup>69</sup>

El concepto de apego se originó de la investigación realizada en los 70's por dos pediatras norteamericanos. La teoría del apego descansa en la premisa de que el vínculo madre-hijo es un proceso biológicamente determinado y que se despliega de manera espontánea en un ambiente natural. Y como ya se mencionaba antes,

---

esta teoría postula que existe un periodo crítico de las primeras horas y los primeros días después del nacimiento durante el cual, la madre y el hijo deben tener un contacto cercano y continuo para que posteriormente se desarrolle un vínculo sano.<sup>70,71,72</sup>

La teoría del apego considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente en el recién nacido y manteniéndose en la edad adulta y hasta la vejez. Mary Ainsworth (1913-1999) define el apego de la siguiente manera: es el lazo afectivo que existe entre una persona y otra, un lazo que les une en el espacio y perdura a través del tiempo. El objetivo comportamental del apego es obtener y mantener un cierto grado de proximidad con la figura de apego, que puede variar desde un contacto físico intenso, bajo ciertas circunstancias, a una interacción o comunicación distante bajo otras.<sup>67</sup>

Ainsworth diseñó una situación experimental, “la Situación del Extraño”, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. La Situación del Extraño es una situación de laboratorio de unos veinte minutos de duración con ocho episodios. La madre y el niño son llevados a una sala de juego en la que se incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña. Como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y sobre todo, cuando salía la madre. A partir de estos datos, quedó claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias. Además, Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos:<sup>73</sup>

---

*Niños de apego seguro.*

Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Cuando Ainsworth examinó las observaciones que había realizado en los hogares de estos niños, encontró que sus madres habían sido calificadas como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban. En cuanto a los niños, lloraban poco en casa y usaban a su madre como una base segura para explorar. Ainsworth creía que estos niños mostraban un patrón saludable en sus conductas de apego. La respuesta positiva diaria de sus madres les había dado confianza en ellas como protección, por lo que su simple presencia en la Situación del Extraño les animaba a explorar los alrededores. Al mismo tiempo, las respuestas a su partida y regreso revelaban la fuerte necesidad que tenían de su proximidad.

*Niños de apego inseguro-avoidante.*

Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la Situación del Extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño en principio su conducta podría interpretarse como saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales, su desapego era semejante al mostrado por niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las observaciones en el hogar apoyaban esta interpretación, ya que las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y rechazantes. Los

---

niños se mostraban inseguros y en algunos casos, muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación. La interpretación de Ainsworth era que cuando estos niños entraban en la Situación del Extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Habiendo sufrido rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones.

*Niños de apego inseguro-ambivalente.*

Estos niños se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación y ante su regreso, se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitaban.

Los tres tipos de apego descritos por Ainsworth han sido considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego. Sin embargo, más recientemente se ha propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado inseguro desorganizado/desorientado, que tiene muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos y que inicialmente se consideraban no clasificables. Se trata de los niños que muestran la mayor inseguridad. Cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias. Por ejemplo, pueden mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por la madre o se acercan a ella con una expresión monótona y triste. La mayoría de ellos se ven desorientados, algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

---

Si una persona durante su infancia, tuvo un apego seguro con sus padres u otras personas significativas que se mostraron sensibles y consistentes, en su vida posterior tendrán una actitud básica de confianza en las personas con las que establezca sus relaciones. Por el contrario, si alguien ha tenido experiencias negativas con sus figuras de apego, tenderá a no esperar nada positivo, estable o gratificante de las relaciones que pueda establecer en su vida adulta. Como siempre, esperará rechazos o falta de respuesta empática. Algunos autores han comprobado la importancia del apego para el establecimiento de relaciones amorosas en la vida adulta. Según sus estudios, las personas que tienen una mejor historia de apego es más probable que tengan relaciones amorosas más satisfactorias y estables y confíen más en la pareja. Esta influencia es justificable, ya que es en la relación con la figura de apego cuando se aprende a tocar y ser tocados, mirar y ser mirados, etc. Es decir, se aprende a comunicar de manera íntima y lúdica, algo que será esencial en las relaciones amorosas.<sup>73</sup>

George, Kaplan y Main diseñaron en 1985 un cuestionario, el Adult Attachment Inventory (AAI; Inventario de Apego Adulto), que sirve para evaluar el modelo interno activo de las personas adultas. En este cuestionario se pregunta a la persona por el recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia así como por la valoración de estas experiencias. No se trata de evaluar las experiencias objetivas del sujeto, sino la interpretación y elaboración que hace de las mismas. A través de este procedimiento se obtienen cuatro tipos distintos de modelos internos activos:<sup>73</sup>

*Padres seguros o autónomos.*

Que muestran coherencia y equilibrio en su valoración de las experiencias infantiles, tanto si son positivas como si son negativas. Ni idealizan a sus padres, ni recuerdan el pasado con ira. Sus explicaciones son coherentes y creíbles. Estos modelos se corresponderían con el tipo de apego seguro encontrado en niños. Estos padres suelen mostrarse sensibles y afectuosos en sus relaciones con sus hijos, que suelen ser clasificados como seguros en la Situación del Extraño.

---

*Padres preocupados.*

Que muestran mucha emoción al recordar sus experiencias infantiles, expresando frecuentemente ira hacia sus padres. Parecen agobiados y confundidos acerca de la relación con sus padres, mostrando muchas incoherencias y siendo incapaces de ofrecer una imagen consistente y sin contradicciones. Estos padres se muestran preocupados por su competencia social. En su relación con sus hijos muestran unas interacciones confusas y caóticas, son poco responsivos e interfieren frecuentemente con la conducta exploratoria del niño. No es extraño que sus hijos suelen ser considerados como inseguros-ambivalentes.

*Padres rechazados.*

Estos padres quitan importancia a sus relaciones infantiles de apego y tienen a idealizar a sus padres, sin ser capaces de recordar experiencias concretas. Lo poco que recuerdan lo hacen de una forma muy fría e intelectual, con poca emoción. El comportamiento de estos padres con sus hijos, que son generalmente considerados como inseguros-evitativos suele ser frío y a veces, rechazante.

*Padres no resueltos.*

Que serían el equivalente del apego inseguro desorganizado/desorientado. Se trata de personas que presentan características de los tres grupos anteriores y que muestran desorientación y confusión en sus procesos de razonamiento a la hora de interpretar distintas experiencias de pérdidas y traumas.

Los resultados de estos estudios ponen de relieve la transmisión generacional del tipo de apego entre padres e hijos, que tendría lugar a través de los modelos internos activos construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente. Sin embargo, lo importante no es el tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con las figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias, que es lo que en realidad evalúa el AAI. Por otro lado, el hecho de que la transmisión generacional sea bastante frecuente, no debe llevarnos a pensar que se trata de un hecho inevitable. Aunque los modelos



---

representativos del tipo de apego parecen mostrar cierta estabilidad, ciertos acontecimientos pueden provocar su cambio.<sup>73</sup>

En un estudio, se encontró que el 41% de las madres sentían amor por sus hijos durante el embarazo, el 24% justo al nacimiento, el 27% durante la primera semana y el 8% después de la primera semana. Se ha encontrado que el 40% de las mujeres que han buscado ayuda en unidades psiquiátricas, mostraron sentimientos de indiferencia hacia el recién nacido en el nacimiento, mientras que 12% mostraron sentimientos ambivalentes; el resto de mujeres mencionaron sentir un afecto y un agrado inmediato por sus bebés. Las razones por las que una madre se siente atraída hacia su bebé de inmediato, mientras que otras no, no están claras. Algunas de las razones de la falta de afecto materno postparto, pueden ser los partos difíciles y la separación del recién nacido.<sup>72,74</sup>

Ya se ha mencionado también que los niños de madres con problemas mentales están en riesgo de padecer psicopatologías en el futuro y pobre funcionamiento cognitivo.<sup>75</sup> También se ha visto una mayor frecuencia de apego inseguro en los niños,<sup>16</sup> aunque haya estudios que indican lo contrario.<sup>75</sup> La evidencia sugiere que en el contexto de una psicopatología severa y prolongada, especialmente cuando está asociada a otros factores de riesgo, los niños son más vulnerables a desarrollar un apego inseguro o desorganizado.<sup>75</sup>

Tres importantes autores, Bowlby, Winnicott y Mahler, han estudiado en profundidad las características del vínculo normal, sus alteraciones y repercusiones en el desarrollo psicoafectivo.<sup>76</sup>

#### *Teoría del apego según Bowlby.*

John Bowlby (1907-1990) considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre. Una relación en la que ambos encuentren satisfacción y goce. La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar. El padre aporta la determinación de la estabilidad

---

emotiva de la madre y la ayuda a mantenerse en el estado de euforia que constituye el mejor clima moral para el desarrollo del niño. Para Bowlby, la ausencia de esa relación materno-filial se llama privación materna, término muy amplio que comprende varias situaciones. Se considera que un niño sufre esta privación cuando vive en el mismo hogar de su madre y ésta es incapaz de proporcionarle el cuidado amoroso que necesita o cuando por cualquier motivo se separa de su madre,<sup>76,77</sup> como cuando ésta se encuentra deprimida y no le presta atención ni los cuidados que necesita.<sup>25</sup>

Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad y conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente. La perturbación en la organización psíquica resultante de esos estados genera una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad.

En resumen, las nociones centrales expuestas por Bowlby son tres:<sup>76</sup>

1. Existe un comportamiento instintivo que evoluciona durante el ciclo vital y no se hereda, destinado a la conservación del individuo. Lo que se hereda es el código genético que permite desarrollar sistemas de comportamiento o estrategias.
2. El concepto de vinculación que consiste en la capacidad de la madre para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y que ocurre en la interacción madre-hijo. El vínculo cumple una doble función: una función de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño y una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto con su madre si lo desea y en el momento que lo desee, y llegar a ser capaz de explorar su entorno.
3. Debe establecerse una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad con la edad, aunque, ante

---

una amenaza de pérdida se crea la angustia y ante una pérdida real aparece la aflicción e incluso, la depresión.

Para Bowlby, esta angustia vinculada al miedo a la pérdida forma parte del desarrollo normal y sano de cada individuo. Sin embargo, el autor señala situaciones en las que se presenta lo que él llama “vinculación angustiante”. Es el caso de una madre presente físicamente pero insensible a las necesidades de su hijo; una madre ausente, a veces de manera temporal, con duración soportable acorde con la edad y a veces definitiva como ocurre en el duelo o en las situaciones en las que la madre amenaza con el rechazo, el abandono y la deserción de la familia. El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes es un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado puede afectar el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación social. Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas importantes.<sup>76</sup>

En la teoría del apego de Bowlby, el apego se refiere a algo propio de la relación madre-hijo que se desarrolla durante el primer año de vida,<sup>74,75</sup> el cual describe un conjunto de conductas adaptativas en el infante que a su vez, le proporcionarán una “base segura”. De esta manera, Bowlby clasifica las conductas de apego en los siguientes tipos:<sup>63</sup>

1. Vínculo afectivo de seguridad
2. Vínculo afectivo de evitación
3. Vínculo afectivo ambivalente o resistente
4. Vínculo afectivo desorganizado-desorientado

Los lazos formados en la niñez pueden persistir en forma de modelos en el mundo representacional del adulto. Estos modelos se comienzan a formar en los primeros meses de vida y son enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital. A estos modelos Bowlby los denominó internal working models, o modelos operativos internos.<sup>39</sup>

---

Los modelos operativos internos (MOI) son definidos como una representación mental del sí-mismo, así como una representación del sí-mismo interactuando con una figura de apego en un contexto o entorno con carga emocional. Estas representaciones consideran creencias complementarias y expectativas sobre la disponibilidad física y psicológica del cuidador y su nivel de responsividad, así como si uno mismo es merecedor de atención o cariño. Algunos autores extendieron esta definición y agregaron el sentido de aceptación, la creencia de que uno es amado, valorado y aceptado por otros significativos. Para estos autores la relación entre apego y apoyo social es fundamental. Las personas con MOI autónomo tienen la percepción de contar con un alto apoyo social y a la vez con una mayor habilidad de dar apoyo a otros, lo cual mejora las habilidades para desarrollar y mantener relaciones adultas satisfactorias, manejar experiencias estresantes y contar con un mejor ajuste general.<sup>39</sup>

Estos modelos operativos internos de los adultos se han clasificado en cuatro categorías, correspondiéndose con los patrones de apego seguro, inseguro ansioso-ambivalente, inseguro evitativo y desorganizado de la infancia: autónomo, preocupado, rechazante y no resuelto.<sup>39</sup>

Estas categorías se manifiestan en los siguientes estilos de maternidad y paternidad: el estilo autónomo corresponde a adultos que se muestran accesibles a sus hijos o hijas, sensibles a sus necesidades, que favorecen el contacto cuando éstos o éstas lo necesitan y que a la vez estimulan y permiten la autonomía. Ellos tienen una mayor probabilidad de tener hijos con patrón de apego seguro. El estilo preocupado corresponde a adultos que se muestran ambivalentes e imprevisibles ante las posibilidades de acceder a ellos cuando sus hijos muestran necesidad de contacto, lo cual llevaría a desarrollar con mayor probabilidad en los infantes un patrón de apego ansioso-ambivalente. El estilo rechazante se aprecia en adultos que se muestran insensibles y tienden a impedirles a sus hijos el acceso al contacto cuando los necesitan. Ellos tienen una mayor probabilidad de tener niños con patrón de apego evitativo. Finalmente, el estilo no resuelto corresponde a adultos que se muestran desorientados y confusos en la manera en que se

---

relacionan con sus hijos y otras personas, característica del contacto que llevaría a que sus niños o niñas desarrollen un patrón de apego de tipo desorganizado.

Los MOI son estructuras con tendencia a la estabilidad y la autoperpetuación, pero tienen a la vez amplias posibilidades de cambiar durante el desarrollo y la vida adulta hacia un patrón más autónomo, en la medida en que la persona va teniendo nuevas experiencias gratificantes y seguras con figuras de apego seguras, o también cuando se vive algún proceso de redefinición, tal como el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, una experiencia positiva del embarazo, la maternidad y paternidad, o una experiencia psicoterapéutica satisfactoria. Asimismo, estudios han demostrado que cuando la situación familiar no se mantiene estable, la estabilidad temporal del apego es baja.<sup>39</sup>

Por otro lado, aunque Bowlby admitió que el niño puede llegar a establecer vínculos afectivos con distintas personas, pensaba que los niños estaban predispuestos a vincularse especialmente con una figura principal y que el apego con esta figura sería diferente cualitativamente del establecido con otras figuras secundarias. Sin embargo, no parece que existan datos empíricos en favor de esta teoría. Parece incuestionable que los niños son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, siempre que éstas se muestren sensibles y cariñosas con el bebé. Además, la existencia de varias figuras de apego puede resultar muy conveniente para el niño, facilitando la elaboración de los celos, el aprendizaje por imitación, la estimulación rica y variada. Incluso es una garantía para los casos de accidente, enfermedad o muerte de alguna de las figuras de apego.<sup>61</sup>

La teoría del apego formulada por Bowlby y Ainsworth tenía una supuesta validez universal como consecuencia de sus raíces biológicas: las conductas de apego manifestadas por el bebé y las correspondientes conductas maternas de cuidados tienen la función de garantizar la supervivencia del bebé. Sin embargo, esta supuesta validez universal de la teoría estaba fundamentada en un modelo teórico más que en resultados de investigaciones. Este modelo no tenía en cuenta el factor cultural y se basaba en estudios etológicos y primatológicos, según los cuales el apego tiene un claro valor adaptativo, ya que los sujetos que manifiestan estas conductas tienen más posibilidades de sobrevivir. Desde un punto de vista

---

antropológico es razonable pensar que en distintas culturas, que representan distintos ambientes de adaptación, habrá diferencias entre las prácticas de crianza consideradas más adecuadas, por lo que variarán los comportamientos y reacciones de los padres ante las llamadas y señales de sus hijos. Estas prácticas y las interacciones establecidas con los niños, que se considerarán correctas desde el punto de vista de la cultura de pertenencia, no tienen por qué ser compatibles con los principios de adaptación filogenética o individual.

*Winnicott y su punto de vista del vínculo madre-hijo.<sup>76</sup>*

Donald Winnicott (1896-1971) definió las características de la salud mental con un nombre clave: dependencia. En este sentido, este autor estima que el potencial innato de un niño sólo puede convertirse en niño si tiene los cuidados maternos, ya que le proporciona un ambiente favorable para su desarrollo. Al comienzo, son necesarios unos cuidados suficientemente buenos, que despierten en el bebé el placer de vivir, que susciten el placer de las sensaciones y que logren la identificación de la madre con su hijo lactante. Considera que la madre cumple un papel de espejo para el niño, se trata de la función de apoyo que la madre aporta al niño. Para muchas madres no es fácil hacer esto, ya que la madre refleja su propio estado de ánimo e incluso, no responde a lo que el bebé necesita. Por lo tanto, se atrofia la propia capacidad creativa del niño, que no tiene ningún reflejo de sí mismo, haciendo difícil el comienzo de un intercambio con el mundo exterior. Winnicott señala que, paralelamente a los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, aparece la capacidad de estar solo. Es la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado. Así, el niño puede descubrir su vida personal. Más adelante, el niño progresa hacia la independencia y su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia de las relaciones interpersonales.

---

*El concepto de fases del desarrollo de Mahler.<sup>76</sup>*

Margaret Mahler (1897-1985) propone tres grandes etapas sucesivas del desarrollo, que son: la fase autista, la fase de simbiosis normal y la fase del proceso de separación e individuación. La fase autista, cuya duración sería de 4 semanas según la autora, da lugar al proceso de maternaje que favorecerá gradualmente el desplazamiento de la energía desde el interior del cuerpo del bebé (sobre todos los órganos abdominales) hacia la periferia, aumentando la sensibilidad a los estímulos exteriores. En el siguiente periodo, el simbiótico, madre e hijo forman una unidad dual. Durante esta fase se realiza la transición de una organización biológica a una psicobiológica. Finalmente, se pasa a la fase de separación e individuación. La separación implica la evolución hacia la diferenciación, el distanciamiento, la formación de límites y la desvinculación con la madre. La individuación da cuenta de las funciones autónomas como percepción, memoria y capacidades cognitivas. La garantía para que este proceso ocurra es el medio representado por la madre, cuya disponibilidad física y emocional debe adaptarse perfectamente a la evolución del niño. Según Mahler, cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única, cuya especificidad está determinada por las características de la interacción madre-hijo. En este periodo el niño se separa físicamente de su madre, pero siempre sujetándose. Luego evoluciona libremente de pie y sin apoyo. De esta manera, se establece la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar el mundo permaneciendo próximo a su madre. El niño modifica gradualmente su comportamiento en función de su madre, a la cual éste se ajusta. Si tenemos una madre ansiosa, inconstante e imprevisible, el niño en vías de individualización no podrá hacer contrapruebas perceptivas y emocionales tranquilizantes y la estructuración de su personalidad puede perturbarse gravemente.

Las teorías mencionadas coinciden en que los patrones de apego se desarrollan en la temprana infancia y están directamente relacionados con la historia de

---

interacciones entre el bebé y sus cuidadores, en cuanto a la satisfacción o no de los requerimientos de cercanía y protección frente al temor, dolor y fatiga.<sup>39</sup>

*El apego en recién nacidos hospitalizados.*

La ciencia y la tecnología ofrecen en la actualidad mayores expectativas de vida a niños cada vez más inmaduros o enfermos. Ello implica mayor mortalidad o secuelas con prolongados periodos de hospitalización. La displasia broncopulmonar y el daño neurológico severo, complicaciones frecuentes de la prematuridad extrema, predicen un futuro con reiteradas consultas médicas, extensas terapias de rehabilitación, infecciones recurrentes, hospitalizaciones frecuentes, etc., lo que ocasiona gran desgaste económico y emocional en el grupo familiar.<sup>69,78</sup>

Los padres, desde el primer momento en que saben que su hijo recién nacido está enfermo y requiere hospitalización, inician un camino salpicado de angustia, temor e incertidumbre. El cuidado hacia el hijo hospitalizado puede ser ambivalente, lo maltratan y abandonan o lo sobreprotegen. Se deteriora la imagen de sí mismo, la relación de pareja y la interacción con los otros hijos, lo que muchas veces culmina en ruptura matrimonial. Los conflictos emocionales, a veces inician desde el embarazo, con síntomas de aborto u hospitalizaciones repetidas que certifican la condición de riesgo del bebé. Ello se ve reflejado a través de fuertes sentimientos de rabia, culpa y angustia que perduran a lo largo de toda la hospitalización.

El vínculo con un recién nacido se construye ya desde el embarazo y forman parte de él las relaciones previas con un hijo imaginario y con el feto en desarrollo que ha formado parte del mundo de los padres durante nueve meses. Las fuerzas biológicas y ambientales que llevan a hombres y mujeres a desear tener hijos y las fantasías que estos deseos suscitan, pueden considerarse como la prehistoria del vínculo.

La tarea más inmediata de la mujer en el embarazo es aceptar este “cuerpo extraño” ahora implantado en ella. Así como su cuerpo va disminuyendo sus defensas contra este “cuerpo extraño” y pasa a aceptarlo y albergarlo, también la



---

madre debe llegar a experimentar al futuro hijo como una parte benigna de ella misma. En el quinto mes del embarazo, al empezar a moverse el bebé, se inicia el vínculo más temprano, puesto que ahora hay un ser separado y, por tanto, la posibilidad de una relación. En este periodo la madre tiene aprensiones de tener un niño que no sea perfecto y se preocupa por todos los problemas que pueda tener.<sup>67</sup>

Sin embargo, el verdadero sufrimiento comienza después del parto, cuando pierden las esperanzas de tener un hijo sano. La mayoría de las madres se sienten sorprendidas, culpables e impotentes frente a la prematurez o la enfermedad de su hijo<sup>78</sup> y también decepcionadas por su falta de éxito en todo el esfuerzo que han realizado durante el embarazo.

La madre ya ha movilizadofuerzas que le obligan a luchar contra el problema, pero debe afrontar el dolor de perder al bebé perfecto con el que soñó como recompensa de su trabajo. Se tienen que adaptar a un nuevo ser, que provoca sentimientos de extrañeza. Llorar al hijo imaginario y adaptarse a las características del hijo real. Luchar contra el temor de dañar al bebé indefenso. Aprender a tolerar y disfrutar de las nuevas exigencias que le impone la total dependencia del bebé y gratificar sus apetencias orales, satisfaciéndolas con su propio cuerpo.

El inicio y la duración del establecimiento del apego puede ser difícil de valorar porque el proceso puede no ser evidente. El apego no es un proceso simple, es multifactorial. Estos factores pueden estar relacionados tanto con los padres como con el infante. Algunos factores pueden ser vistos como positivos porque facilitan el apego, mientras que otros son vistos como negativos porque dificultan el proceso. Por ejemplo, en estudios se ha visto que el hecho de permitir a las madres ver y tocar a su hijo inmediatamente al nacimiento, facilita el apego. El apego inmediato ocurre si los sentimientos de la madre son positivos hacia el bebé. Por ejemplo, las madres admiten que el apego ocurre inmediatamente después del nacimiento del bebé y pudieron verlo. En cambio, un retraso en el apego puede ocurrir cuando el bebé es prematuro, ya que la apariencia de éste puede no ser de acuerdo a las expectativas asociadas con un bebé saludable. Por

---

ejemplo, una madre comentó “el bebé se veía tan pequeño y frágil que no parecía mío”. Un bebé prematuro puede tener una conducta desorganizada (bebé que no sonrío, que no mira a su madre, que solo está dormido) que puede interrumpir la interacción con la madre, lo que puede ser agravado por ventilación prolongada, terapia intravenosa y administración de medicamentos. Por otro lado, la pobre salud materna también puede retrasar que ésta vea y cargue a su bebé, lo que también retrasa el apego.<sup>67,69</sup>

Todo esto representa un importante trastorno psicológico. Es como si la nueva madre sufriera una total conmoción, todo en ella está sujeto a cambios. Al nacer un niño con problemas aparecen una serie de sentimientos y emociones que van a dificultar la relación afectiva con ese niño y la aparición de la vinculación. Además, tiene gran importancia este período ya que aquí se inicia un proceso de aceptación del hijo con problemas, que puede durar mucho tiempo e incluso toda la vida.<sup>67,78</sup>

De manera general se puede describir el proceso de duelo materno de la siguiente manera:<sup>67</sup>

*a) La noticia: choque emocional y desconcierto.*

Muchas veces el niño precisa de cuidados inmediatos y se le traslada rápidamente a una incubadora sin que lo haya visto la madre, por lo que hay desconcierto. Sin embargo, es el primer error en el proceso. Es importante que, al producirse el nacimiento, la madre vea a su hijo, ya que se establece el primer contacto afectivo. Muchas veces la información que se da a los padres respecto a lo que sucede al bebé es completa y acertada, otras no, pero los padres siempre la viven como incompleta y errónea. Inicialmente, los padres se encuentran en estado de shock, aterrorizados, confundidos e incapaces de concentrarse y de recibir mucha información. No se les da suficiente tiempo para asimilarla ni se les apoya en estos momentos. Este sería el segundo error que se comete. La manera en que se comunica la noticia debe ser, según la opinión de los propios padres, de la siguiente manera: lo más pronto posible, estando los dos padres presentes y en

---

algún sitio donde puedan estar sentados y tranquilos, con tiempo por delante para preguntar las dudas y preocupaciones que surjan.

*b) Sentimientos: pérdida del hijo deseado.*

Todas las ilusiones del embarazo se desmoronan cuando nace el bebé y los padres experimentan un sentimiento de duelo por su hijo, en el que se habían puesto una serie de expectativas, objeto de sus fantasías que ha muerto y en su lugar, aparece un niño que les cuesta amar. Luego aparece el miedo, especialmente a la muerte; no pueden establecer un vínculo emocional con sus hijos (ello intensificado por la incapacidad de la madre de poder establecer apego), se sienten débiles, frágiles e incompetentes.

*c) Mecanismo de negación.*

No se puede asumir el diagnóstico de la patología y los padres piensan que el médico está equivocado y emprenden una serie de acciones cuyo fin es conseguir otro diagnóstico más favorable. Se acude a otros médicos, otros hospitales, curanderos, muchos exámenes médicos, etc. La serenidad no aparecerá en la familia. Si esta etapa es larga se perderá un tiempo precioso en el tratamiento, en el establecimiento del apego y en la ayuda que puedan recibir los padres.

*d) Culpabilidad y búsqueda de la causa.*

La culpa sobreviene en forma inevitable, se deteriora la autoestima. El sentimiento de culpa puede entorpecer el diálogo entre los padres, así como estorbar y retrasar el inicio del tratamiento. Se busca un culpable de una u otra forma, tratando de encontrar cuál ha sido la causa del problema del recién nacido.

*e) Deseos inconscientes de muerte.*

Es un deseo que aparece en cuanto se conoce el diagnóstico, casi siempre de forma velada y poco consciente, que se rechaza. La muerte del bebé es una liberación y proporciona una huida del problema. Está presente cuando el niño sufre alguna enfermedad grave o cirugía y también cuando tiene que permanecer hospitalizado por mucho tiempo. Luego aparece la depresión, se tornan tristes, apesadumbrados, desesperanzados, con constante temor a la muerte. Al no poder

---

modificar la condición en que se encuentra su bebé, aparece la rabia, se vuelven agresivos y fuera de control con el equipo de salud, consigo mismos, incluso con Dios. Finalmente, y en forma solapada, aparece el celo y la rivalidad: el equipo de salud les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé, y es por ello que muchas veces se sienten minusválidos y extraños frente a sus hijos. La negación es un mecanismo de defensa del inconsciente y es posible encontrarla acompañando a cualquiera de las etapas anteriores.

En todas estas etapas, es necesario que los padres tengan apoyo profesional, sin embargo, es difícil que los mismos médicos y enfermeras se encarguen de dar este apoyo, ya que su tiempo se consume en atender a los bebés. Incluso, después de haber pasado por la experiencia de la enfermedad de su recién nacido, los padres siguen teniendo cierto tipo de sentimientos que también es necesario apoyar psicológicamente:

*a) Temor a no poder querer a su hijo.*

Al principio, al pensar en él se les vienen a la cabeza imágenes monstruosas que han visto alguna vez. Dudan de sus sentimientos maternos y paternos, de no ser capaces de ver a su hijo en aquel otro ser que temen les produzca rechazo e incluso asco.

*b) Invalidez para engendrar un hijo sano.*

Se produce en madres que tienen su primer hijo. También en las madres que han tenido hijos sanos antes, hay un temor grande a no poder volver a tener otro hijo sano. Este sentimiento de invalidez puede tener dos consecuencias. En algunos casos se vuelven a quedar embarazadas muy rápidamente para demostrar fehacientemente su validez y en otros, renuncian a futuras maternidades, con lo que se cierra el círculo alrededor del niño y su problemática.

*c) Agresividad, tristeza e ira.*

Son sentimientos que se desarrollan ante la clase médica generalmente; ante la familia, en algunos casos, por haber ayudado poco al principio; frente a la sociedad, por no disponer de recursos suficientes o por marginarlos; frente a los

---

centros de atención temprana, por no atenderlos bien, no saber bastante o no trabajar con técnicas tan modernas como en el extranjero. A veces, en familias religiosas, hay una ira contra Dios y un abandono de las prácticas religiosas. Aunque en otros casos, el sentimiento religioso se afianza y puede ayudar mucho en esos momentos. Hay también episodios de tristeza y depresión que suelen ir desapareciendo poco a poco, pero que resurgen cuando aparece algún otro problema del niño.

*d) Autocompasión y baja autoestima.*

Los padres no pueden volcarse en el hijo y amarlo, sólo pueden ver la desgracia que representa para ellos y la carga futura que les supone.

*e) Pérdida de confianza en sí mismos.*

También muy unido a lo anterior. Se manifiesta en las madres a la hora de cuidar a su bebé y de establecer con él los adecuados ritmos biológicos. Existe el peligro de pasar a depender totalmente de los profesionales que les están orientando en el cuidado de su bebé.

*f) Ansiedad por su salud.*

En los primeros momentos se dan tantas indicaciones acerca de los problemas de salud, se habla o se lee tanta información sobre los riesgos de enfermedad, que los padres lo viven y lo cuidan como si fuera un niño enfermo. Además, hay otros sentimientos más profundos y contradictorios que desencadenan en una serie de cuidados excesivos.

*g) Aislamiento y dificultad de transmitir el diagnóstico.*

A veces, los primeros días, el diálogo de la pareja se rompe al recibir la noticia y tener cada miembro de la pareja que soportar una carga abrumadora de sentimientos contradictorios que no pueden ordenar ni transmitir. Deben comentarlo a sus otros hijos y al resto de la familia, explicarles desde el principio claramente el problema de su hijo a pesar de la vergüenza y el dolor.

---

*h) Preocupación por su futuro.*

Es una de las primeras angustias de los padres. El desvalimiento del bebé les hace preguntarse qué va a ser de él el día de mañana. El futuro es incierto para todos. Es importante que los padres tengan apoyo para que puedan planear y fantasear sobre ese futuro, sin tristeza y con el mayor realismo posible.

*i) Reorganización.*

A lo largo del primer año y siempre que los padres hayan podido recibir apoyo y asesoramiento, los sentimientos van amainando, el equilibrio vuelve y la familia se reorganiza. Los padres encaran la responsabilidad de los problemas de su hijo, apartan su propia culpabilidad y se apoyan mutuamente en las tareas.

Con todo lo anterior, es de esperarse que una de las dificultades que experimentan especialmente las madres de recién nacidos hospitalizados es la incapacidad de poder establecer apropiadamente un vínculo afectivo. En la primera semana de vida, 30% de las madres refieren estar incapacitadas para tomar contacto inmediato con su bebé posterior al parto, sea por la prematurez y labilidad de éste o por sus propias condiciones de salud. Ello hace imposible el apego y dificulta las visitas posteriores (18% de las madres no logra ver ni tocar a su bebé antes del tercer día de vida). En el caso especial de los prematuros, los vínculos afectivos continúan entorpeciendo dada la inmadurez neurológica de éstos al no poder girarse, abrir los ojos o sonreír frente a los estímulos de sus padres, lo que crea la sensación de no ser correspondido y genera en las madres sentimientos de tristeza y soledad, especialmente durante la primera semana de vida. Si a lo anterior agregamos un entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que entorpecen aún más el contacto físico con el bebé, es posible entender por qué solo el 44% de las madres se sientan agradecidas y felices de poder interactuar con su hijo en la primera semana de vida.<sup>57,66</sup>

Otro problema al que se enfrentan los padres de niños hospitalizados es la falta de comunicación. El complejo lenguaje médico crea un abismo entre ellos y el equipo de salud. Muchas madres se quejan de que la información médica es confusa,

---

compleja y contradictoria. Por si fuera poco, cuando no se comprende lo que ocurre con el bebé, crece el temor a la muerte y las secuelas, se fortalece la desesperanza, la inseguridad, se inhibe el deseo de saber, ya que suponen que no comprenderán la respuesta. A medida que la hospitalización avanza, las madres experimentan un cambio de emociones. Si bien el recuerdo del embarazo y parto siempre evoca incertidumbre, tristeza e impotencia, el fuerte sentimiento de culpabilidad sobresaliente en la primera semana de vida se reduce a 12%, más allá de la tercera semana; sin embargo, cabe destacar que no se extingue. Se percibe una postura ante la vida más optimista, si el bebé muestra signos de mejoría, cosa que no siempre sucede.<sup>78</sup>

La naturaleza del apego es compleja. Usualmente es percibida como una relación que ocurre entre madre e hijo, sin embargo, en la UTIN la situación es diferente. La presencia de una enfermera vuelve la relación diádica, en una triádica, lo que puede alterar el proceso de apego mientras se comparten los cuidados del bebé entre la madre y la enfermera. Al mismo tiempo, la enfermera puede propiciar el apego, ayudando a incrementar el contacto físico y psicológico entre la madre y el bebé, lo que puede actuar como facilitador del proceso de apego.<sup>69</sup>

Otras circunstancias como la salud de la madre y los antecedentes culturales de la familia, pueden influir en la situación. La disponibilidad de redes de apoyo social y económico, modifican la habilidad de la madre para tener un papel activo en el cuidado del niño y establecer apego con él. Ya que no siempre se cuenta con familia dispuesta a apoyar en el cuidado de los demás hijos o con la solvencia económica para pagar gastos médicos y dejar el trabajo para dedicarse por completo al cuidado del neonato. El proceso de apego establecido en la UTIN debe ser considerado un proceso individualizado, en el que influye la enfermera para facilitarlo, así como la red de apoyo social que disponga la madre.<sup>69</sup>

#### *Evaluación del Apego.*

La evaluación de la relación madre-hijo es una prioridad por muchas razones: el apego es vital para el desarrollo físico y psicoafectivo del niño y la detección temprana de dificultades en el proceso de apego, permite intervenir rápidamente.<sup>79</sup>

---

La evaluación del apego es importante porque debe incluir un plan de tratamiento. Esto sería de mucha ayuda en pacientes deprimidas porque permite que la madre se mantenga optimista y así facilitar el proceso de apego.<sup>68</sup> Con esto, también se está ayudando al bebé a que tenga un adecuado desarrollo.

El objetivo de evaluar el apego es identificar trastornos en este proceso. Los trastornos del apego pueden definirse como la falta de sentimientos maternales, irritabilidad, hostilidad o agresividad, pensamientos patológicos y rechazo del bebé. Para otros autores, los trastornos del apego no forman una entidad única, sino un estado clínico con varios elementos mórbidos. La prevalencia de trastornos del apego en la población general es muy difícil de evaluar. Los trastornos del apego se asocian comúnmente con alteraciones psiquiátricas, sobre todo, con depresión. Sin embargo, en el 20 al 30% de los casos, los trastornos del apego no se deben a un contexto psiquiátrico, lo que realza la importancia de una evaluación temprana.<sup>79</sup>

Las conductas de apego son valoradas típicamente usando métodos observacionales, como con el Índice CARE o el Test de la Situación del Extraño. El apego también puede ser valorado durante una entrevista o con cuestionarios.<sup>52,74,77</sup>

Tanto en investigación como en la valoración clínica el “estándar de oro” para evaluar el apego es la observación directa.<sup>81,82</sup> Cualquier medida de apego entre madre e hijo debe tomar en cuenta las expectativas de la madre, las prácticas culturales y las creencias locales, ya que no pueden usarse instrumentos que son de una cultura diferente<sup>70</sup>. Sin embargo, existen instrumentos diseñados específicamente para este fin.

Por ejemplo, el Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ; Cuestionario Postparto de Apego) propuesto por Brockington en 2001, es una escala de 25 ítems que refleja los sentimientos o actitudes de la madre hacia su bebé durante la primera semana de admisión hospitalaria. Se trata de una escala tipo Likert que tiene respuestas que van desde “siempre” a “nunca” en una escala de 0 a 5, considerando las notas más bajas como un buen apego. El PBQ tiene cuatro



---

subescalas que reflejan: 1, el apego dañado; 2, rechazo y enojo; 3, ansiedad por el cuidado; y 4, riesgo de abuso. Los puntos de corte sugerido son 12 para la subescala 1, 17 para la 2, 10 para la 3 y 3 para 4. El uso del PBQ permite al clínico identificar desórdenes en las relaciones madre-hijo y su severidad.<sup>74,80,81,83,84</sup>

El Maternal Attachment Inventory (MAI; Inventario de Apego Materno) también es otro instrumento para evaluar apego. El MAI es un cuestionario autoaplicable que se usa para madres con bebés mayores de un mes. Tiene 21 ítems y se ha comparado con el PBQ, con la ventaja de que es más corto.<sup>79</sup>

También se encuentra el Postpartum Maternal Attachment Scale (Escala de Apego Maternal Postparto) propuesto por Nagata en 2000, desarrollado en Japón y que consiste en una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, con 21 ítems en total. Este cuestionario es similar en construcción y contenido al PBQ.<sup>81,85</sup>

El Bethlem Mother-Infant Interaction Scale (Escala de Interacción Madre-Infante de Bethlem) propuesto por Kumar en 1996, fue validado para población psiquiátrica.<sup>86,87</sup> Se considera útil para evaluar la capacidad de la madre con enfermedad psiquiátrica para atender a su bebé.<sup>88</sup>

El Maternal Postpartum Attachment Scale (Escala de Apego Materno Postparto) propuesto por Condon en 1998, se deriva de diez entrevistas no estructuradas y probadas en una muestra de 65 mujeres en periodo postparto. Contiene 19 ítems y cada uno tiene dos, cuatro o cinco opciones de respuesta. Para asegurar la igualdad en todas las preguntas, todas las opciones de respuesta representan una puntuación de 1 (apego bajo) a 5 (apego alto). La escala se compone de tres factores: 1) el deseo de proximidad e interacción con el bebé, 2) la falta de resentimiento y sentimientos negativos hacia el bebé y 3) un sentido de seguridad y satisfacción de ser madre.<sup>84</sup>

El Mother to Infant Bonding Scale (MIBS; Escala de Apego Madre-Hijo) propuesto por Taylor en 2005, fue desarrollado para detectar dificultades en el apego madre-hijo.<sup>52,74</sup> Un estudio comparó el MIBS con el PBQ y se encontró una correlación significativa entre ellas.<sup>79</sup>

El MIBS consiste en 8 enunciados que describen una respuesta emocional en una

---

escala tipo Likert de cuatro opciones que van desde muchísimo a nada en absoluto. Cinco ítems describen respuestas emocionales negativas. Puntuaciones iguales o mayores de 2 indican dificultades en el apego con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 80%.<sup>74,77</sup> El MIBS puede considerarse como un instrumento de tamizaje, especialmente para los primeros días postparto, por su brevedad y porque es muy sencillo y rápido.<sup>84</sup>

La Escala de observación del vínculo madre–bebé internado en UCIN fue elaborada en Argentina y comprende 5 funciones:<sup>89</sup>

*Función de Acercamiento:* contempla la posición y distancia que adoptan ambos miembros de la díada para la interacción. Esta función contiene ítems referentes a la combinación de la posición adoptada por la madre y el bebé para el desarrollo de la interacción diádica, en relación a la distancia física entre la madre y la incubadora donde se encuentra su hijo. Ejemplo: La madre se para al lado de la incubadora donde se encuentra su hijo a una distancia menor de 30 cm entre el cuerpo de la madre y la incubadora. El bebé se encuentra de frente a la madre.

*Función Corporal:* se refiere a conductas de contacto corporal y táctil entre ambos miembros de la díada. Incluye ítems referentes a la ausencia de contacto corporal directo entre la mamá y el bebé, tales como: la madre apoya sus manos en el plástico de la incubadora donde se encuentra su hijo; así como también conductas de contacto corporal entre la madre y su hijo, por ejemplo; la madre acaricia la mano del bebé y el bebé acepta este contacto corporal por parte de su mamá.

*Función Visual:* contempla conductas de contacto visual y de miradas entre ambos miembros de la díada. Los ítems de esta función evalúan conductas visuales de ambos miembros de la díada, la distancia entre ambos al realizar las mismas; y a su vez incluyen una distinción cualitativa dentro de las miradas. Por ejemplo: la madre mira alejada al bebé (a una distancia mayor de 30 cm entre el rostro de la madre y el del bebé), su mirada recorre el cuerpo del bebé. El bebé acepta la mirada de la madre recorriendo su cuerpo.

*Función Verbal:* se refiere a conductas de contacto verbal, vocal y de sonidos comunicativos. Esta función contiene ítems que discriminan las conductas vocales comunicativas y la distancia entre la madre y su bebé al realizar dichas conductas.

---

Por ejemplo: la madre le habla al bebé a una distancia menor de 30 cm. El bebé responde al estímulo verbal cercano.

*Función Postural:* se refiere a la modificación de la postura corporal inicial adoptada en la interacción y la consecuente modificación, o no, de la postura corporal del otro miembro de la díada, como respuesta al cambio introducido. Esta función contiene ítems dinámicos de acercamiento y alejamiento para ambos miembros de la díada: contempla la modificación de la postura corporal inicial y la modificación de la postura corporal como respuesta. Se refiere a las maniobras que realiza la madre con su cuerpo para acercarse o alejarse de la incubadora donde se encuentra su hijo. De parte del bebé, la función postural es el cambio de posición del cuerpo dentro de la incubadora, de manera que esté más cerca o más lejos del plástico de la incubadora donde se encuentra su mamá. Por ejemplo: el bebé gira todo su cuerpo hasta tocar el plástico de la incubadora al lado del cual se encuentra su madre. La madre inclina su cuerpo, se agacha, de manera tal de estar más cerca al bebé.

La escala clasifica a las díadas en una de las siguientes dos categorías: “Riesgo vincular” o “Buen vínculo” En el primer grupo se incluyen aquellos casos en que es necesario un trabajo de intervención para prevenir patologías vinculares posteriores. En el segundo grupo se incluyen los casos en que se observa una buena vinculación madre–bebé e interacciones diádicas recíprocas y contingentes y no se observa ningún signo de riesgo y el desarrollo natural del vínculo es adecuado.

La sensibilidad de la prueba es de 75%, la especificidad de 100%, el valor predictivo positivo de 100% y el valor predictivo negativo de 84%.<sup>89</sup>

Aunque los métodos observacionales son insustituibles, la valoración del afecto y la actitud de la madre es importante como precursor del desarrollo del apego. Instrumentos como el PBQ y el MIBS proveen una evaluación sencilla y útil tanto para propósitos clínicos y de investigación.<sup>74</sup> Es importante detectar a aquellas madres en necesidad de atención particular por alguna experiencia negativa, como el hecho de tener DPP o que su hijo haya nacido enfermo, ya que se pueden ver en dificultades para establecer apego adecuado con su bebé.<sup>67</sup>

---

Todos los instrumentos mencionados han sido desarrollados para apoyar a los obstetras, pediatras y profesionales de la salud para detectar los trastornos de apego entre madre e hijo,<sup>77</sup> ya que ellos son los primeros con posibilidad de detectar algún problema de este tipo y no tienen el tiempo de hacer observaciones o entrevistas extensas.

Evaluar para después intervenir en casos donde no hay un adecuado proceso de apego es importante porque no hacerlo puede tener consecuencias graves a largo plazo, como se verá a continuación.

*Efectos del apego seguro e inseguro.*

La naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es de fundamental significado en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo.<sup>66</sup>

Numerosos estudios han mostrado los efectos positivos de un contacto cercano entre la madre y su hijo inmediatamente después del nacimiento: cuando un recién nacido yace cerca de la madre después de haber nacido, el bebé intenta encontrar el pecho y comienza a succionar, la temperatura corporal del niño es constante y llora menos que los neonatos que son puestos en incubadora. Los altos niveles de oxitocina de la madre facilitan la conducta maternal y el apego, además de que tiene efectos ansiolíticos y sedantes. La separación después del nacimiento produce ansiedad en el bebé, comienza a llorar y deja de hacerlo cuando está con su madre. De manera similar, experimentos en animales han mostrado que aquellos con contacto cercano a la madre son más sociales, tienen menores niveles de estrés y presión sanguínea también más baja. Por otro lado, se ha observado en países subdesarrollados que si se lleva al bebé con su madre inmediatamente después de nacer se reduce el abandono infantil.<sup>71</sup>

Los bebés prematuros o con bajo peso al nacer tienen un mayor riesgo de desarrollar alguna alteración motora, cognitiva o conductual.<sup>90</sup> Por lo tanto, un apego seguro es especialmente importante para estos bebés prematuros, ya que diversos estudios muestran diferencias en el desempeño cognitivo y las conductas

---

de apego a la edad de cuatro años en estos niños, así como menos trastornos de conducta. Un apego inseguro incrementa el riesgo de déficit de atención e hiperactividad. Si una madre ve a su hijo inmediatamente después de haber dado a luz, puede desarrollar más fácilmente apego maternal y tomar ventaja del período crítico para que este apego comience<sup>71</sup> y tendrá mayores posibilidades de que su hijo muestre menos problemas cognitivos, conductuales, socioemocionales y escolares.<sup>91</sup>

La separación física de los padres significa un importante estrés psicológico para los niños pequeños, muchas veces con consecuencias para el desarrollo de su futura personalidad. Pero no sólo la separación física, sino también la falta de contacto emocional y afectivo profundo pueden dejar severas huellas en el niño. Una madre emocionalmente ausente debido a cualquier causa, depresión, preocupación por otras cuestiones ya sea económicas, de enfermedad, afectivas, también es un factor de estrés en la crianza de ese niño.

Mucha de la psicopatología que hoy en día se observa en niños y en adultos, está relacionada con la problemática del abandono espiritual-socio-emocional de los niños, por ejemplo delincuencia, psicopatía, trastornos psicosomáticos, ataques de pánico, fobias, depresiones, etc., que cada vez son un motivo más frecuente de consulta al médico en general y al psiquiatra. El interés desmedido por los bienes materiales, la insaciable ansia de poder, la codicia, tan frecuentemente observados en nuestra sociedad actual, objeto de gran preocupación de filósofos y pensadores, muchas veces remite a la fase de desapego antes mencionada.<sup>92</sup>

Con un cuidado sensible y cariñoso del bebé se logra un apego seguro, lo que promueve un óptimo desarrollo, mientras que los tipos de apego inseguro (de evitación, ambivalente o desorganizado), se producen por menor sensibilidad y cariño del cuidador o cuidadores hacia el bebé.<sup>75</sup> Precisamente, se observa que las madres con un menor apego a los hijos son aquellas que informaron más síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo.<sup>29</sup>

Se puede concluir junto con Bowlby que: “Ser un padre exitoso implica un duro trabajo. Cuidar a un bebé o a un niño que empieza a caminar es un trabajo de veinticuatro horas diarias, durante los siete días de la semana... Actualmente para

---

la gente ésta es una verdad desagradable. Dedicarles tiempo y atención a los niños significa sacrificar otros intereses y actividades... Diversos estudios indican que los adolescentes y adultos jóvenes, sanos, felices y seguros de sí mismos son el producto de hogares estables en los que ambos padres dedican gran cantidad de tiempo y atención a los hijos..." Por razones políticas y económicas diversas la sociedad no les brinda a los padres esta posibilidad".<sup>92</sup>

*Depresión postparto y Dificultades en el Apego.*

Las dificultades en el apego pueden ligarse a la DPP. Aunque varias investigaciones han mostrado el impacto negativo de la depresión en la interacción madre-hijo y en el proceso de apego, solo pocos estudios han explorado la relación entre síntomas depresivos y el apego de la madre hacia su hijo en el periodo postparto temprano.<sup>72</sup>

Se ha visto que las interacciones y el contacto físico de la madre deprimida con su hijo son menos frecuentes y su interdependencia y reciprocidad son menos marcadas.<sup>77</sup> Los bebés de madres deprimidas tienen más probabilidad de un apego inseguro y de un retraso en su desarrollo cognitivo,<sup>37,82,88</sup> ya que estas madres han mostrado tardar más tiempo en desarrollar una actitud amorosa hacia sus hijos.<sup>77</sup>

En la actualidad existe considerable evidencia de que cuando una madre tiene DPP, tiene mayor probabilidad de que su hijo tenga problemas cognitivos y emocionales durante el desarrollo.<sup>77</sup>

Las mujeres con síntomas depresivos y de ansiedad más fuertes reportaron menos sentimientos de apego hacia sus hijos, como ya se ha mencionado. Específicamente, estas mujeres reportaron más sentimientos de hostilidad, rechazo, ansiedad e insatisfacción de su relación con su recién nacido. Estos hallazgos fueron corroborados con escalas como el PBQ y el MIBS. No obstante estas correlaciones fueron moderadas, por lo que se puede sugerir que la pérdida de sentimientos positivos hacia el bebé no es solo una parte inherente a la DPP, sino un fenómeno que puede ser específico por sí solo.<sup>72</sup> Pero también se puede afirmar que la DPP puede causar el deterioro de las interacciones entre la madre y

---

el recién nacido, además de percepciones negativas del comportamiento del niño, las cuales han sido vinculadas a la inseguridad, al retraso en el desarrollo cognitivo y a las dificultades sociales y de interacción observadas después.<sup>61</sup>

Por todo lo anterior, la detección y el tratamiento tempranos de la DPP y los trastornos del apego son de vital importancia porque sus efectos van más allá de afectar solo a la madre. El tratamiento y la psicoterapia pueden prevenir problemas posteriores tanto de la madre como del bebé.<sup>93</sup>

#### *Estrategias para promover el buen Apego.*

Actualmente, existen programas de intervención enfocados a los padres que tienen bebés en la UTIN para reducir su estrés y desarrollar percepciones saludables, así como patrones de interacción positivos con su bebé. Las intervenciones tempranas pueden ser clave para los programas exitosos con padres de bebés prematuros, pues se reconoce que una vez que se inicia una trayectoria de interacción negativa en la UTIN entre padres y bebés, cambiar estas interacciones resulta ya muy difícil. Existe evidencia que apoya el hecho de que las madres que se comprometen rápidamente en el cuidado de los neonatos en la UTIN tienden a ser más sensibles a las señales del bebé y tienen mejores relaciones con ellos en años posteriores. Se ha comprobado que las intervenciones de este tipo en la UTIN resultan en: menor estrés maternal dentro de la UTIN, fuertes creencias de parentalidad, interacciones más positivas padre/madre-hijo, menor ansiedad materna y síntomas depresivos después de la hospitalización y una reducción de la estadía en UTIN de los bebés prematuros.<sup>94</sup>

Por lo general, se tiende a pensar que no se debe sostener o abrazar a un bebé muy enfermo o muy pequeño. Sin embargo, se sabe que los bebés y sus madres se benefician del contacto cercano.<sup>95</sup> Por eso, una opción de tratamiento, es el Cuidado de Mamá Canguro (CMC), que fue originalmente sugerido en 1978 por el Dr. Edgar Rey en Colombia. Inicialmente fue desarrollado como una manera de compensar la falta de recursos y de personal en hospitales al cuidado de bebés con bajo peso al nacer. El término CMC se deriva de la práctica similar de los marsupiales al cuidar a sus crías. Se hipotetiza que este tipo de cuidado promueve

---

la estabilidad fisiológica y mejora la relación madre/padre-hijo. En base a la teoría del apego, se sugiere que el CMC crea una atmósfera familiar en la cual, los padres experimentan un cuidado del bebé más sensible. En teoría, el CMC se basa en la idea de que el efecto del apego se induce con el contacto piel con piel entre el bebé y su cuidador, además de promover el abrazo y el contacto visual.<sup>96</sup>

El CMC tiene tres componentes. El primero de ellos es la posición de canguro, en la que una vez que el bebé se ha adaptado a la vida extrauterina y puede ser alimentado, se coloca en posición vertical sobre el pecho materno, con contacto directo piel con piel. Otros familiares pueden compartir la posición con la madre. El segundo componente del CMC es la nutrición. Aunque la leche materna es la principal fuente de nutrición, los bebés reciben fórmula y suplementos vitamínicos cuando es necesario. El tercer componente es la monitorización: se vigilan las constantes vitales y el incremento de peso.<sup>84</sup> Además, las madres que proveen a sus hijos con contacto piel a piel, producen más leche y experimentan menos estrés fisiológico y psicológico. Con el CMC, el equipo de la UTIN, ya no ve a los padres como visitantes, sino como proveedores esenciales de estabilidad fisiológica para el bebé.<sup>83</sup> Claro está que se pueden aprovechar las ventajas del CMC para ayudar a establecer un apego seguro.

Los padres son las personas más importantes en el mundo para su bebé. Aunque éste se encuentre en la UTIN, existen muchas maneras de amar, cuidar y hacer conexión con él todos los días. De hecho, los padres son miembros esenciales del equipo de la UTIN, pues diversos estudios han mostrado que los niños que pasan tiempo en UTIN pueden tener un apego de la misma manera que lo hacen los niños que nunca estuvieron hospitalizados. El estar al lado del bebé es lo mejor que los padres pueden hacer por él. Pero también está bien no ir a la UTIN en algunas ocasiones, para descansar. Cuando los padres no pueden ir a la UTIN, pueden dejar fotos de la familia o una grabación de ellos hablándole suavemente. Cuando los padres están junto al bebé, pueden aprender mucho acerca de él solo con mirarlo.<sup>97</sup>

- Cómo muestra que está alerta y listo para interactuar
- Qué es lo que lo molesta y lo abruma



- 
- Cómo calmarlo
  - Cuándo es que no se siente bien o algo anda mal
  - Cuándo necesita descansar de interactuar
  - Cómo le gusta que lo abracen y lo alimenten
  - Cómo le gusta dormir

Observar al bebé ayuda a los padres a comprender qué es lo que trata de decirles. Una vez que los padres están conscientes de las señales del bebé, el siguiente paso es responder de una manera sensible. Algunas de las cosas que los padres pueden hacer son:<sup>97</sup>

- Hablarle y cantarle en una voz suave y calmada
- Leer quedamente un libro o una carta escrita para él
- Darle al bebé un dedo para que lo sostenga
- Abrazar al bebé, si es posible
- Descansar su mano suavemente en alguna parte del cuerpo del bebé
- Darle al bebé una bufanda o prenda que hayan usado los padres (de manera que tenga su olor)
- Apoyar los esfuerzos del bebé para calmarse a sí mismo
- Envolverlo en mantas
- Intentar maneras diferentes de sostenerlo y abrazarlo
- Darle algo para que sostenga o succione
- Observar signos de sobre-estimulación, como voltearse, cambios en la respiración, escupir, arquear la espalda, hipo o fruncir el ceño y disminuir las interacciones
- Esperar a que el bebé desee nuevamente la interacción. Puede hacer contacto visual
- Intentar que solo sea un grupo pequeño de cuidadores los que se hagan cargo del bebé. Si esto no es posible, encontrar maneras de compartir información y establecer rutinas predecibles
- Estar al tanto de los ciclos de sueño, notar patrones
- Observar si hay actividades que el bebé disfrute más que otras

- 
- Hablar con el equipo médico para ver cómo le va al bebé y si es que ha habido cambios desde la última vez que fue visto
  - Hacer las preguntas que necesite para comprender los procedimientos de salud que el bebé está enfrentando
  - Hablar de las necesidades del bebé
  - Discutir con el equipo médico si hay algo que puedan hacer para ayudar mientras se encuentren en la UTIN
  - Disfrutar y celebrar cada momento con el bebé. Llevar una cámara, pero tener cuidado con el flash
  - Participar en el cuidado diario del bebé, como tomarle la temperatura, pesarlo, cambiarle la cama, los pañales, bañarlo, etc.
  - Tratar de alimentar al bebé siempre que sea posible, aún si no se le puede amamantar
  - Establecer rutinas en la medida de lo posible

*El papel del personal de Salud.*

Es importante que el pediatra y el neonatólogo asuman su papel como puericultor, aconsejando a los padres sobre la manera de proporcionar a sus hijos un ambiente de cariño y los cuidados y alimentación que aseguren su crecimiento, a la vez que tomen medidas preventivas para evitar que enfermen o puedan tener algún accidente en su hogar. Por esta razón es deseable que cuando los padres recurran al médico para iniciar el seguimiento clínico de su hijo y para saber de los cuidados que deben prodigarle en el primer año de vida, el pediatra no sólo se limite a tratar de evitar que los padres cometan errores que pongan en peligro a su bebé, si no que inculque en ambos padres la importancia de alimentar a la vez el cuerpo y el naciente espíritu del pequeño ser.<sup>68</sup>

Es posible contribuir a mejorar el mundo afectivo de los padres mediante dos posturas:<sup>78</sup>

a) *Modificando la estrategia de comunicación:* enriqueciendo las instancias de diálogo al adaptar el contenido y la forma del lenguaje a la etapa afectiva en que se encuentra la madre. Es recomendable anticipar la muerte solo si esta es

---

inminente, ya que cuando el bebé sobrevive, el juicio al respecto permanece vigente en los padres por mucho tiempo. Así se explica el constante temor a la muerte y la elaboración de un duelo anticipado, vale decir, antes que el bebé fallezca. Se ayudaría más a las madres escuchándolas y respondiendo a sus necesidades en lugar de satisfacer los propios intereses comunicacionales. En ocasiones basta un gesto amable o una sonrisa oportuna.

*b) Integrando a la madre en el cuidado y apoyo sensorial de su hijo:* al ofrecer mayores oportunidades de contacto físico madre-hijo, se fortalecen los vínculos afectivos y la madre se muestra optimista, agradecida y valorada. Si se complementa lo anterior con una estrategia de apoyo motor orientada a facilitar la integración neurosensorial del bebé (reducción de la luz y los ruidos, el respeto del horario de sueño, corrección de la postura, empleo de mecanismos de contención pasiva, etc.), la madre podría convertirse en una valiosa herramienta terapéutica. Es fundamental, sin embargo, sensibilizar primero al equipo de salud respecto de estas nuevas tendencias terapéuticas.

En muchos países del mundo, incluido México, desde hace algunas décadas, se ha incorporado al trabajo diario el apoyo psicológico profesional obligatorio (psiquiatras y psicólogos) a las terapias intensivas neonatales con el objetivo de acompañar, contener, colaborar y sostener a todos los actores involucrados en el proceso de gestación, desarrollo y nacimiento de un niño. Pero sostiene y cuida no solo a la madre, al bebé y su familia, sino que a su vez pugna por el “cuidado de los cuidadores”, todos aquellos profesionales del equipo de salud que se encuentran comprometidos a su vez, en este proceso de atención y acompañamiento de la madre y su hijo.

El trabajo cotidiano de este equipo consiste en acompañar diariamente la guardia neonatológica y obstétrica en un trabajo interdisciplinario, cuyo objetivo es incluir la dimensión psicológica en el abordaje de la problemática de la madre y el bebé, y ayudar a la madre en esta etapa de crisis y vulnerabilidad. Las intervenciones del equipo operan sobre las alteraciones que pueden producirse en el proceso de embarazo, parto, puerperio y en los primeros tres años de vida.

---

El rol del psicólogo en un servicio de neonatología consiste en ser facilitador del desarrollo de las personas que atraviesan una situación compleja, como lo es un embarazo de riesgo o la llegada prematura de un hijo, con todas las complicaciones que ésta pueda acarrear.

Particularmente, sus intervenciones preventivas cuando el bebé se encuentra aún en la UTIN se despliegan en dos vías principales: intentando ayudar al niño a tener experiencias positivas compensadoras (succión no nutritiva, estimulación táctil placentera, contacto visual o auditivo con los padres, etc.). A su vez se trata de minimizar las experiencias negativas o dolorosas, tales como despertarlo arbitrariamente para hacerle procedimientos o inyectarlos. En cuanto a los padres, se les brinda apoyo emocional e información acerca del estado de su bebé, invitándolos a participar de los cuidados de su hijo como miembros de un equipo, en donde su participación es valiosa en tanto esto promueve el apego temprano de los padres hacia el bebé.

El cuadro que ilustra el ámbito donde se desarrolla la práctica del psicólogo en este campo no es de sencillo abordaje. Tan solo imaginemos por un momento cruzar las puertas de una UTIN. Allí, muchas mamás y papás junto a las incubadoras sufren generalmente por la dificultad de pensar a su bebé. ¿Qué estará sintiendo? ¿A quién se parece? En esta imposibilidad de decir, muchas veces las lágrimas o un silencio profundo los paraliza, quedando acorralados entre el saber médico, el duelo del final del embarazo y los riesgos reales de muerte de ese hijo.

Es de fundamental importancia para estos equipos lograr conservar para el niño, por más débil, pequeño o enfermo que se encuentre, su estatuto de sujeto y de interlocutor. Acompañar a los padres a ser sus padres a pesar de todo diagnóstico y pronóstico, y fundamentalmente no permitir que la familia ni que el personal confunda a ese niño con la máquina, olvidándose de que ese sujeto incipiente porta una historia.<sup>98</sup>

---

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los recién nacidos egresados de las unidades de terapia intensiva neonatal son un grupo especialmente vulnerable que presenta condiciones médicas no resueltas y secuelas que requieren de tratamiento y vigilancia especializada por tiempo prolongado. A los riesgos derivados de su enfermedad se les suman los riesgos relacionados con condiciones familiares adversas. El ingreso y la permanencia de los recién nacidos en las unidades de terapia intensiva neonatal pueden favorecer en los padres la presencia de depresión y trastornos en el apego, problemas que pueden continuar por tiempo indefinido y que afectan la salud y la calidad de vida de los recién nacidos de alto riesgo.

La depresión es un trastorno que tiene efectos negativos en la vida de las personas y es importante que los servicios de salud tomen las medidas necesarias para su prevención, diagnóstico y tratamiento. También es necesario prestar atención a la depresión postparto, ya que puede causar dificultades en un momento de la vida en que la mujer debiera sentirse plena y feliz. La depresión postparto es una condición seria, frecuente y con efectos negativos a corto y largo plazo sobre todos los miembros de la familia. La mayoría de las mujeres que la padecen persisten con sintomatología por más de 6 meses, y si no son tratadas, 25% pueden persistir con síntomas después de un año. Además tendrán un mayor riesgo de recurrencia en embarazos subsecuentes, incluso con cuadros más severos.<sup>43</sup>

Por otra parte, el recién nacido acaba de abandonar el vientre materno para llegar a un mundo lleno de cosas nuevas y extrañas, por lo que necesita más que nunca que su madre lo cuide y lo proteja. Pero si la madre presenta depresión, con los síntomas que este trastorno implica, el apego madre-hijo puede verse seriamente afectado.<sup>99</sup>

En la UTIN de la U.M.A.E. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente se egresan al año entre 500 y 600 niños, muchos de ellos de alto riesgo. Actualmente no se conoce la frecuencia de la depresión postparto. De igual manera se ignora la calidad del apego que se establece entre las madres y sus

---

bebés, y por último, no se conoce la manera en que todo lo anterior afecta la evolución de los bebés durante su estancia en el servicio, por no decir en su vida futura al ser egresados de la sala en condiciones muchas veces adversas.

Ya que hasta el momento no se han establecido programas enfocados a abordar estos problemas, y que el personal que trabaja en la Unidad no ha tomado conciencia de la importancia de estos temas y que muchas veces, aunque de manera inconsciente se convierte en un obstáculo en lugar de un punto de apoyo, surgieron las siguientes preguntas: ¿Con qué frecuencia se presenta la depresión postparto en las madres de los niños hospitalizados en la UTIN?, ¿Cuántas de estas madres tienen dificultades en el apego?, ¿Cómo se refleja este apego en las relaciones que establecen las madres con sus bebés durante las visitas?, y por último, ¿Cuáles son las condiciones al egreso de los recién nacidos hospitalizados que los hace especialmente vulnerables?

---

## JUSTIFICACIÓN

La salud de la niñez es una prioridad para todos los gobiernos y organismos internacionales de protección a la salud. La mortalidad y morbilidad en este grupo etario son indicadores del bienestar y desarrollo de una sociedad.

En México las afecciones originadas en el periodo perinatal son la primera causa de mortalidad infantil en México. Los recién nacidos de alto riesgo egresados de las unidades de cuidados intensivos neonatales representan una gran carga emocional y económica para las familias, la sociedad y los sistemas de salud.<sup>5,6</sup>

Por otra parte, los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de las personas, las familias y la sociedad. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.<sup>29</sup> La depresión es uno de esos trastornos. La prevalencia de depresión en mujeres es mayor que en los hombres. Lo anterior podría relacionarse con experiencias que los hombres jamás experimentarán, como la maternidad.

Tener un bebé es un acontecimiento feliz para la mayoría de las mujeres. Muchas otras, sin embargo, se sienten tristes, temerosas, enojadas o ansiosas después de dar a luz. La mayoría de las madres de recién nacidos pueden presentar estos sentimientos en un grado leve y pasajero, sin embargo, otras madres presentan un problema más grave que se denomina depresión postparto. Ésta dura más tiempo, es más intensa y a menudo requiere asistencia psicológica y tratamiento farmacológico. Es la complicación más frecuente de la etapa postparto y tiene un gran impacto en la salud de la mujer, en la relación familiar y de pareja, y en el desarrollo cognitivo y psicoafectivo del bebé.<sup>32,37</sup>

La teoría del apego describe que existe un período crítico en el desarrollo de los bebés en el que la madre debe adoptar conductas de cuidado con el fin de satisfacer sus necesidades biopsicosociales para asegurar su adaptación y supervivencia. La depresión postparto puede producir una alteración en el establecimiento del apego madre-hijo, con posibles consecuencias negativas en el comportamiento futuro del infante.<sup>99</sup>

---

Las condiciones actuales en la gran mayoría de las unidades de terapia intensiva neonatal, donde se privilegia la atención a los problemas médicos de los recién nacidos enfermos sobre el bienestar afectivo de los padres y los bebés, pueden favorecer primero, la presencia de depresión postparto en más de la mitad de las madres, y segundo, el fracaso en el establecimiento de un apego sano que favorezca el desarrollo armónico de los bebés y les evite problemas de salud, cognitivos, conductuales y escolares.

Se han desarrollado programas de intervención enfocados a los padres que tienen bebés hospitalizados para reducir su estrés y desarrollar percepciones saludables, así como patrones de interacción positivos con su bebé. La más grande oposición al éxito de estos programas tal vez venga del propio personal de salud, quienes pueden no conocer o subestimar la importancia que tiene el bienestar mental de la diada mamá-bebé en la evolución clínica del bebé tanto durante su estancia hospitalaria como en su vida en casa.

A pesar de que existen instrumentos para detectar depresión postparto, dificultades en el apego materno y riesgo vincular en la diada mamá-bebé, no se aplican de manera rutinaria en nuestra unidad. Es importante señalar que en el apartado del Estándar de Evaluación de Pacientes (AOP 1.2) del Consejo de Certificación de Hospitales se contempla que el paciente tenga una evaluación psicológica de tamizaje, además de otras de orden social, cultural y económico, que permitan identificar factores que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

Si se aplicaran estos instrumentos, nos proporcionarían información valiosa que permitiría justificar la aplicación de programas que han probado ser exitosos en otras unidades de terapia intensiva neonatal, como el programa de mamá canguro, donde la madre se convierte en una valiosa herramienta terapéutica, la creación de ambientes saludables (reducción de la luz y los ruidos, el respeto del horario de sueño, corrección de la postura, empleo de mecanismos de contención pasiva) y la formación de un equipo de salud mental perinatal que brinde apoyo a los padres durante la hospitalización y les dé seguimiento al egreso de la UTIN a



---

las díadas de alto riesgo: aquéllas con depresión postparto, dificultades en el apego, riesgo vincular y con bebés en condiciones vulnerables.

---

## OBJETIVOS

### *Objetivo general:*

Describir la frecuencia de depresión postparto, alteraciones en el apego y riesgo vincular en las madres de los recién nacidos egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

### *Objetivos específicos:*

Establecer la frecuencia con que los recién nacidos de alto riesgo son egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Identificar la frecuencia de depresión postparto en las madres de los recién nacidos hospitalizados en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Conocer la frecuencia de dificultades en el apego materno en las madres de los recién nacidos hospitalizados en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Buscar la frecuencia de riesgo vincular en las díadas madre-bebé hospitalizado en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

### *Clasificación del estudio.*

Observacional, descriptivo y transversal.

### *Lugar donde se desarrolló el proyecto.*

Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de la U.M.A.E. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco que cuenta con capacidad para 32 pacientes, 16 de terapia intensiva y 16 pacientes de terapia intermedia y que brinda servicios de salud de tercer nivel para los recién nacidos derechohabientes del IMSS de los estados de Jalisco, Michoacán, Colima y Nayarit, con un promedio de ingresos de 500 a 600 recién nacidos al año. Además participa en la formación de médicos especialistas en Pediatría y Neonatología y personal de enfermería con especialización en Pediatría y Cuidados Intensivos.

### *Universo de trabajo / Grupo de estudio.*

La totalidad de las díadas madre-hijo que se encontraron en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de la U.M.A.E. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco.

### *Muestra y sistema de muestreo.*

El muestreo fue de tipo no probabilístico e incluyó a todas las díadas que se encontraban hospitalizadas del 1 de enero al 2012 al 15 de febrero de 2012. El sistema de muestro fue por casos consecutivos de las díadas que cumplieron los criterios de inclusión.

### *Criterios de inclusión.*

Para la variable depresión postparto se tomaron dos grupos:

Grupo 1: recién nacidos  $\geq$  de 14 días de vida.

Grupo 2: recién nacidos que tuvieron entre 3 y 13 días de vida para la fecha de su egreso.

Para el resto de las variables se tomaron los mismos criterios:

Que fueran las madres biológicas.

---

Que las madres asistieran a la visita.

Que las madres supieran leer y escribir.

Que las madres después de haber sido informadas consintieran participar y firmaran la hoja de consentimiento.

*Criterios de no inclusión.*

Ninguno.

*Criterios de exclusión.*

Las madres que después de haber aceptado participar decidieron retirarse del estudio.

Las díadas madre-hijo que no completaron los cuestionarios y evaluaciones que se les asignaron.

*Procedimiento.*

Se seleccionó la díada madre-hijo que cumpliera con los criterios de inclusión.

Se solicitó consentimiento informado por escrito a la madre para participar en el estudio.

Una vez que aceptó participar se le aplicaron los cuestionarios y escalas a la madre o a la díada madre-hijo, según correspondía.

*Instrumentos.*

La hoja de registro de variables sociodemográficas elaborada por los investigadores (auto-reporte).

La hoja de registro de las condiciones al egreso de los recién nacidos hospitalizados elaborada por los investigadores (aplicado por el entrevistador).

La MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (versión en español 5.0.0) en el módulo sobre Episodio Depresivo Mayor, tomando como depresión mayor si se presentan 5 o más respuestas afirmativas, para las madres de los bebés que tengan más de 14 días de vida (aplicado por el entrevistador).<sup>37,100</sup>

La versión mexicana de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, tomando como punto de corte  $\geq 11$  para definir sospecha de depresión postparto para las madres de los bebés que vayan a ser egresados antes de cumplir los 14 días de

---

vida (auto-reporte).<sup>37,56</sup> Consideramos útil el identificar la sospecha de depresión en este grupo de madres en las que no podemos establecer el diagnóstico de depresión postparto de acuerdo a los criterios del DMS-IV, pero que representan un porcentaje importante de los casos vistos en nuestra unidad, donde la estancia promedio es de 11 a 13 días.

La Escala de Apego Madre-Hijo (Mother to Infant Bonding Scale), con puntuaciones  $\geq$  de 2 que indican dificultades en el Apego (auto-reporte),<sup>77</sup> para esta escala no existe una versión validada en español, por lo que se realizó una primera fase de adaptación transcultural que consistió en la traducción al español con ayuda de 2 médicos bilingües, que de manera independiente realizaron su traducción del inglés al español. Las traducciones independientes fueron comparadas y se generó la primera versión de la escala en español, que fue entregada a otros 2 médicos bilingües quienes emitieron sus opiniones y sugerencias, realizándose las modificaciones necesarias que generaron la versión final del cuestionario en español, luego se evaluó el cuestionario para ver si parecía adecuado para medir apego materno y si los ítems que lo componen eran atingentes con lo que se quería medir (apariciencia), después se evaluó si el cuestionario tomaba en cuenta todos los aspectos o dimensiones del apego materno (contenido). Por último, se realizó una prueba piloto con 20 mujeres puérperas donde se terminó de ajustar el instrumento.<sup>101</sup>

La Escala de Observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) (aplicado por entrevistador). Esta escala clasifica a las díadas en dos grupos: “con riesgo vincular” y “con buen vínculo”. Se tomará como “con riesgo vincular” cuando tengan  $< 7$  en el puntaje diádico total. Este puntaje será aplicado a las díadas en las que no esté afectado el desarrollo natural de la interacción madre – bebé (sedación, sueño profundo, ojos tapados por la fototerapia, encefalopatía hipóxico-isquémica u otras encefalopatías, estado epiléptico, entre otras). Aunque esta escala no fue diseñada para aplicarse en díadas en las que sí está afectada la interacción madre – bebé, consideramos importante evaluar las conductas maternas en estos casos, por lo que se tomará de manera arbitraria un puntaje materno total de  $< 3$  como indicador de riesgo

---

vincular. La observación se iniciará en el momento en que la madre se acerca a la incubadora/cuna donde se encuentra su hijo, hasta el fin de la visita o hasta transcurridos 5 minutos – lo que suceda primero. Durante este lapso se observarán las conductas realizadas por ambos miembros de la díada y se registrará la presencia de las mismas en el protocolo de la escala. La observación será no participante. El observador no dará consignas ni estímulos a la madre, sino que se observará el desarrollo natural de la interacción de la díada.<sup>89</sup>

*Variables de estudio (ver anexo).*

*Análisis estadístico.*

Las variables cuantitativas se expresaron en promedios y rango, las variables cualitativas se expresaron en porcentajes.

Para el análisis estadístico se usaron los programas Microsoft Excel de Microsoft Office 2007 y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS para Windows versión 15 (2006)).

*Aspectos éticos.*

Se elaboró un consentimiento informado para ser firmado por las madres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de la U.M.A.E. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco.

Este protocolo estuvo de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. También se respetaron los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

---

*Recursos.*

Los recursos humanos para la recolección, captura y análisis de la información fueron los propios investigadores. El material de computo, papelería y consumibles fueron costeados con recursos propios de los investigadores.

---

## RESULTADOS

### Los recién nacidos

Durante el tiempo de estudio se obtuvieron los datos completos de 48 díadas. El 44% de los recién nacidos eran prematuros y el 56% eran de término (Tabla 1).

**Tabla 1. Descripción de los recién nacidos al ingreso**

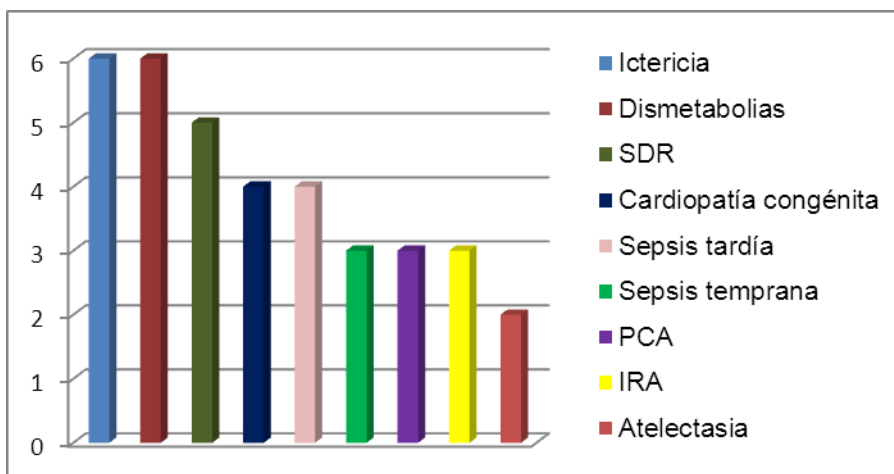
	Prematuros	De término
<i>n</i>	21	27
Género (femenino:masculino)*	6:15	15:12
Edad gestacional (semanas)**	33 (26-36)	40 (37-41)
Peso al nacer (gramos)**	1784 (970-3075)	3222 (2000-4525)
Bajo peso al nacer ( <i>n</i> )	3	2

\*  $p = 0.062$

\*\* Resultados expresados como promedio (rango)

Para los prematuros los diagnósticos más frecuentes fueron sepsis, dismetabolias (hipo o hiperglucemia e hipocalcemia) e ictericia (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Diagnósticos de ingreso más frecuentes en prematuros**



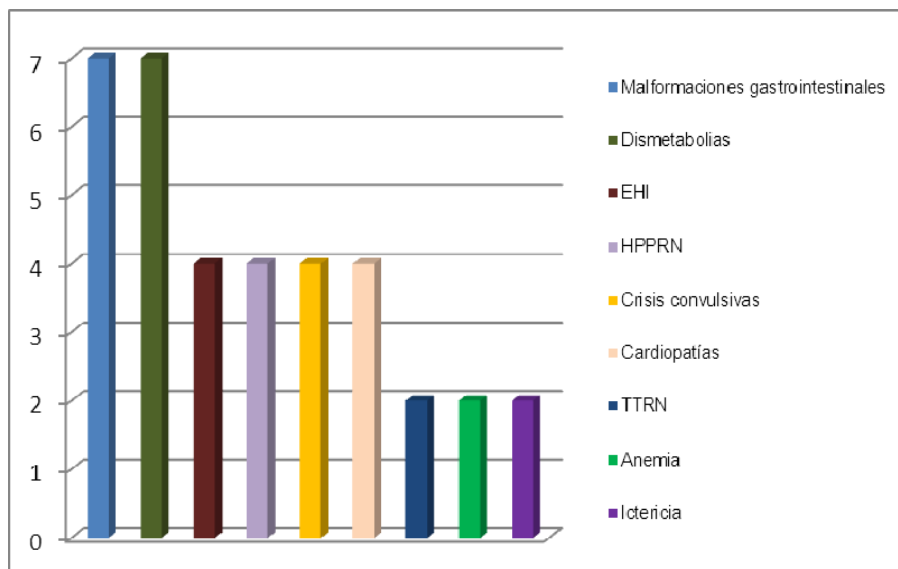
SDR: síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido; PCA: persistencia del conducto arterioso; IRA: insuficiencia renal aguda



---

Por su parte los diagnósticos más frecuentes de los recién nacidos de término fueron malformaciones gastrointestinales y dismetabolias (hipo o hiperglucemia e hipocalcemia) (Gráfica 2). Cada recién nacido podía tener más de un diagnóstico de ingreso.

**Gráfica 2. Diagnósticos de ingreso más frecuentes en recién nacidos de término**



EHI: encefalopatía hipóxico isquémica; HPPRN: hipertensión pulmonar persistente del recién nacido

La estancia hospitalaria promedio fue de 19.5 días (2 a 117 días). Siendo un poco más prolongada en los prematuros que en los de término. Más de la mitad de los recién nacidos de término fueron egresados a su domicilio, pero sólo el 15% de los prematuros pudieron irse a casa. El resto fueron trasladados a una unidad de segundo nivel para continuar su tratamiento. Se presentaron 3 defunciones. Los 3 eran recién nacidos de término y las causas de muertes fueron sepsis relacionada a inmunosupresión por quimioterapia para leucemia y neuroblastoma neonatales y coartación e hipoplasia del arco aórtico (Tabla 2).

**Tabla 2. Descripción de los recién nacidos al egreso**

	Prematuros	De término
<i>n</i>	21	27
Edad gestacional corregida(semanas)*	37 (32-44)	42 (37-54)
Peso (gramos)*	2066 (1250-3493)	3482 (2460-5240)
Estado de nutrición**	-----	
Normal		81%
Desnutrición Leve		11%
Desnutrición Moderada		4%
Desnutrición Severa		4%
Peso bajo para la edad gestacional***	52%	-----
Estancia hospitalaria (días)	21 (2-69)	18 (3-117)
Egreso a su domicilio****	15%	54%
Traslado a segundo nivel****	85%	35%
Defunciones	0	11%

\* Datos expresados como promedio (rango)

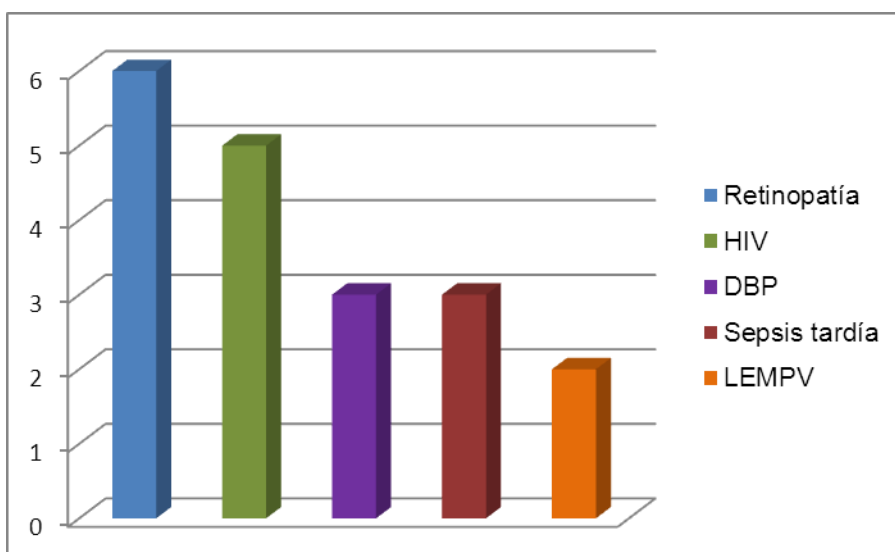
\*\* Aplica solo para los bebés de término

\*\*\* Aplica solo para los bebés prematuros de acuerdo a la edad gestacional corregida

\*\*\*\*  $p < 0.05$

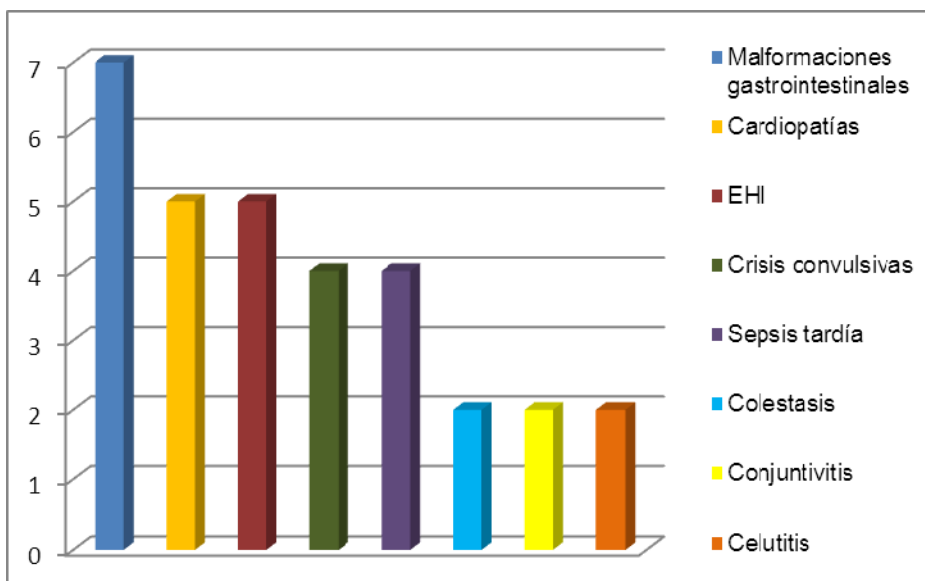
Los diagnósticos de egreso más frecuentes fueron retinopatía y hemorragia intraventricular para los prematuros (Gráfica 3), y postquirúrgico de malformaciones gastrointestinales para los de término (Gráfica 4).

**Gráfica 3. Diagnósticos de egreso más frecuentes en prematuros**



HIV: hemorragia intraventricular; DBP: displasia broncopulmonar; LEMPV: leucoencefalomalacia periventricular

**Gráfica 4. Diagnósticos de egreso más frecuentes en recién nacidos de término**



EHI: encefalopatía hipóxico isquémica

Fueron egresados 42 recién nacidos de alto riesgo (88%), 21 prematuros y 21 de término (Tabla 3). Solamente 3 recién nacidos egresados no eran de alto riesgo.

**Tabla 3. Descripción de las condiciones de alto riesgo al egreso**

	Prematuros	De término
<i>n</i>	21	27
Alto riesgo neurológico	71%	44%
Uso de anticomiciales*	----	22%
Uso de oxígeno suplementario*	62%	30%
Alimentación por sonda*	71%	19%
Retinopatía del prematuro*	24%	----
Evacuación por estomas	5%	11%
Traqueostomía	----	7%
Ventilación mecánica	----	15%
Enfermedad y uso de medicamentos		
Cardiológicos	19%	4%
Válvula de derivación		
Ventriculoperitoneal	----	4%

\*  $p < 0.05$

---

Al momento de ser egresados los prematuros fueron enviados a seguimiento más frecuentemente a los servicios de oftalmología y medicina familiar.

Por su parte los recién nacidos de término fueron enviados a cirugía pediátrica, medicina familiar y rehabilitación física. (Tabla 4).

**Tabla 4. Seguimiento por consulta externa**

	Prematuros	De término
<i>n</i>	21	27
Cirugía plástica	10%	----
Cirugía pediátrica	10%	26%
Neurología	5%	11%
Neurocirugía	----	7%
Oftalmología	38%	----
Rehabilitación física	10%	19%
Neumología	10%	7%
Neonatología	5%	4%
Cardiología	19%	4%
Hematología	----	7%
Endocrinología	5%	4%
Nefrología	10%	4%
Urología	10%	----
Genética	5%	4%
Gastroenterología	5%	----
Pediatría	5%	----
UMF	29%	26%

UMF: unidad de medicina familiar

## Las madres

La mayoría de las madres en este estudio eran mujeres de 20 a 30 años, con secundaria terminada, católicas, casadas, dedicadas al hogar y de buena situación económica. La vía principal de nacimiento fue la cesárea en dos terceras partes de los casos (Tabla 5).

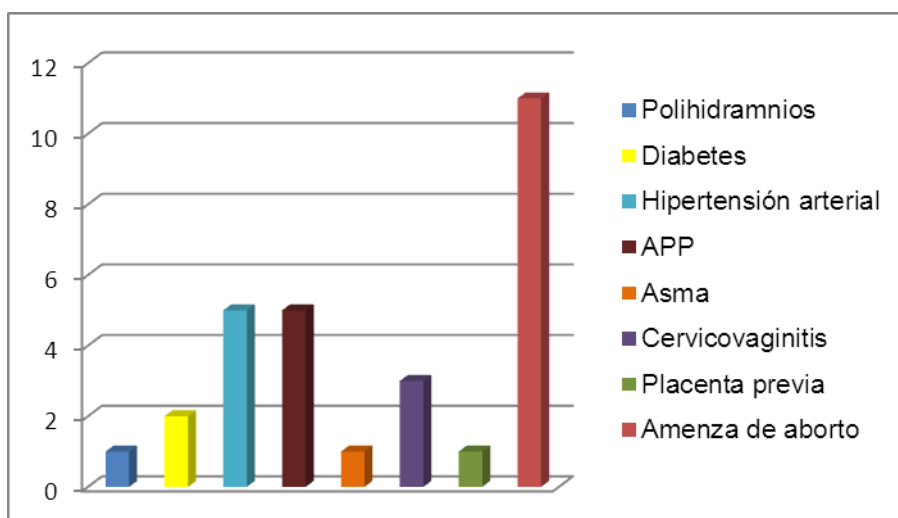
**Tabla 5. Descripción de las madres**

<i>n</i>		48
Edad (años)*		27 (17-41)
Gesta*		2 (1-5)
Escolaridad	Primaria	10%
	Secundaria	46%
	Bachillerato	31%
	Profesional	13%
Estado civil	Soltera	10%
	Casada	60%
	Unión libre	27%
	Separada	3%
Situación laboral	Ama de casa	54%
	Trabajadora	40%
	Estudiante	6%
Situación económica	Buena	67%
	Mala	33%

\* Datos expresados como promedio (rango)

Casi la mitad habían tenido embarazos complicados principalmente con amenaza de aborto. Solamente una madre refirió haber presentado hemorragia e infección puerperal (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Complicaciones durante el embarazo**



APP: amenaza de parto pretérmino

---

## **Depresión postparto, dificultades en el apego y riesgo vincular**

Se encontró depresión postparto en 20 madres de las 38 a las que se aplicó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (53%). Diez eran madres de prematuros y 10 eran madres de recién nacidos de término ( $p > 0.05$ ). A estas mismas madres se les aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, encontrando 14 madres con sospecha de depresión (37%).

Para las madres en las que no se aplicó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional por tener menos de 14 días de postparto se determinó el riesgo de depresión con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, encontrando 5 casos de riesgo en 10 madres evaluadas (50%).

La muestra incluyó 5 madres adolescentes, 4 presentaron depresión postparto (80%).

Fueron identificadas dificultades en el apego en 4 madres (8%) y no se encontró riesgo vincular en ninguna de las díadas evaluadas. De las 4 madres con dificultades en el apego, 2 estaban deprimidas y 2 no lo estaban.

---

## DISCUSIÓN

### **Los recién nacidos de alto riesgo.**

La creación de unidades de terapia intensiva neonatal en nuestro país es la respuesta a los cambios epidemiológicos que han ocurrido en la morbimortalidad infantil en las últimas décadas donde las patologías en el periodo neonatal representan la primera causa de muerte.<sup>102,103,104,105</sup>

La unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN) donde se realizó este estudio recibe recién nacidos enfermos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) provenientes de 4 estados del occidente del país y no cuenta con unidad de Tococirugía en sus instalaciones. Está ubicada en un hospital pediátrico y cuenta con médicos neonatólogos los 365 del año y con todas las especialidades médicas y quirúrgicas de la Pediatría.

La población que recibe es de lo más variada, con enfermedades de diversa gravedad y con morbilidades agregadas por manejo tardío y condiciones de traslado inadecuadas.<sup>11</sup> Los pacientes prematuros en esta muestra representaron poco menos del 50% de los casos, lo que contrasta con otras unidades que por tener unidad de Tococirugía pueden tener hasta 80% de ocupación por prematuros.<sup>106</sup>

La edad gestacional, peso al ingreso y los diagnósticos de ingreso en los casos de prematuros fueron similares a los descritos en otras unidades de terapia intensiva en el país y en el extranjero.<sup>102,103,106</sup> La ictericia multifactorial fue una condición común en los prematuros, se presentó casi siempre en grados leves a moderados y fue sensible a tratamiento con fototerapia. La hipo o hiperglucemia y la hipocalcemia fueron diagnósticos comórbidos en la mayoría de los prematuros enfermos y requirieron de monitorización y tratamiento oportunos. En tercer lugar de frecuencia estuvo el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido que en nuestra unidad tiene la particularidad de recibir tratamiento tardío por el retraso en la administración del surfactante en las unidades médicas de envío, también se está realizando un estudio retrospectivo sobre el uso de surfactante de rescate en

---

nuestra unidad. Las cardiopatías congénitas de diversos grados de complejidad fueron tratadas con cirugías paliativas o correctivas y en ocasiones solo con cuidados paliativos cuando estaban fuera de manejo quirúrgico. La sepsis de presentación temprana o nosocomial representaron un motivo frecuente de ingreso y de alargamiento del tiempo de hospitalización. La persistencia del conducto arterioso, que puede estar presente en el 45 a 80% de los prematuros según su edad gestacional, fue tratada en esta UTIN mediante cirugía, primero porque no se tiene disponible indometacina o ibuprofeno intravenosos, segundo porque muchos casos fueron referidos tardíamente y ya no eran candidatos a manejo farmacológico, es importante mencionar que actualmente se desarrolla en la UTIN un protocolo con ibuprofeno oral para cierre del ducto arterioso. Los casos de insuficiencia renal ocurrieron como complicación de enfermedades sistémicas o de malformaciones congénitas genitourinarias y fueron manejados médicamente y con diálisis peritoneal de manera temporal. Las atelectasias por intubaciones prolongadas y/o displasia broncopulmonar fueron manejadas en conjunto con neumología, teniendo acceso a broncoscopía, y en pocos casos con otorrinolaringología para realización de traqueostomía. Otros diagnósticos reportados con menos frecuencia fueron gastrosquisis, hipospadias, conjuntivitis, neumonía, anemia, hemorragia intraventricular y apneas. A su ingreso el 14% de los prematuros tuvieron un peso considerado bajo para la edad gestacional, a diferencia de otras series en el país que muestran hasta 56% de prematuros con peso bajo en madres sin seguridad social y probablemente de menor nivel socioeconómico y con control prenatal irregular.<sup>103</sup>

En los recién nacidos de término las patologías más frecuentes estuvieron relacionadas con malformaciones congénitas gastrointestinales (atresia intestinal, vólvulo, gastrosquisis, estenosis hipertrófica de píloro, atresia de esófago y ano imperforado), cardíacas (comunicación interventricular, coartación aórtica, atresia pulmonar) y neurológicas (hidrocefalia, mielomeningocele). Todos estos casos fueron manejados en conjunto con cirugía pediátrica, cardiocirugía y neurocirugía. Al igual que en el grupo de prematuros, las dismetabolias que acompañan a



---

muchas patologías neonatales estuvieron presentes de manera importante. La encefalopatía hipóxica participó del 15% de los casos, siendo imposible un tratamiento ideal y oportuno que redujera el riesgo de secuelas debido a la necesidad de trasladar a los pacientes. Las enfermedades respiratorias fueron otra causa importante de hospitalización (taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de aspiración de meconio, neumonía e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido) teniendo acceso a ventilación de alta frecuencia oscilatoria y terapia con óxido nítrico inhalado. Se tuvieron dos casos oncológicos poco frecuentes, uno de leucemia mieloblástica en un bebé con trisomía 21 y un caso de neuroblastoma torácico, ambos pacientes fallecieron como consecuencia de sepsis nosocomial por neutropenia posterior a quimioterapia.

La estancia hospitalaria en promedio fue de 19.5 días, siendo un poco más para los prematuros, pero sin tener significancia estadística. En otras series en México se han reportado estancias de 20 a 24 días en promedio<sup>106</sup> y en otros países de 14 hasta 59 días,<sup>107</sup> esto está en relación con la gravedad de los casos y la calidad de la atención otorgada. El rango de días de estancia fue muy amplio, yendo de 2 a 117 días, el primero para un paciente con tronco arterioso que no fue candidato a cirugía urgente y fue trasladado a una unidad de menor complejidad, el segundo para el caso de una bebé con apneas probablemente secundarias a hipoventilación alveolar congénita que permaneció en el servicio hasta que se consiguió un ventilador para continuar su manejo en otra área del mismo hospital.

Los diagnósticos de egreso para los prematuros, similar a lo reportado en la literatura, fueron patologías relacionadas con su prematurez.<sup>8,9,106,107</sup> La retinopatía de la prematurez puede ocurrir en el 65% de los prematuros menores a 1250 gramos y en el 80% de los menores de 1000 gramos, los recién nacidos de riesgo fueron valorados de manera oportuna por un oftalmólogo especializado en retina que tiene acceso a tratamiento con fotocoagulación con láser y Bevacizumab intraocular que se ha usado para casos severos de retinopatía con buena respuesta. La hemorragia intraventricular y la leucoencefalomalacia periventricular son la causa más frecuente de alteraciones cognitivas,

---

conductuales, motoras y sensitivas en los menores de 32 semanas de edad gestacional. La displasia broncopulmonar obligó al uso de oxígeno suplementario por tiempo prolongado a la vez que incrementa el riesgo de hospitalizaciones y muerte por infecciones respiratorias durante el primer año de vida y la disminución de la capacidad funcional pulmonar a largo plazo. Otros diagnósticos de egreso en prematuros fueron apneas, hernia inguinal, colestasis relacionada con nutrición parenteral, osteopenia y anemia del prematuro.

En el caso de los recién nacidos de término, los diagnósticos más comunes fueron postquirúrgicos de diversas malformaciones congénitas, que podían requerir alimentación por sonda, evacuación o micción por estomas, dilataciones periódicas, cuidados de válvulas de derivación ventriculoperitoneal y heridas quirúrgicas y uso de medicamentos de manera crónica. El segundo diagnóstico en orden de frecuencia fueron las secuelas de encefalopatía hipóxico isquémica originada en el periodo perinatal pero también como complicación del manejo del paciente grave sometido a hipoxia por patologías pulmonares o cardíacas.<sup>105</sup>

Un hallazgo importante es que al egreso más de la mitad de los prematuros y uno de cada 5 de los recién nacidos de término se encontraron con algún grado de desnutrición. Es sabido que las enfermedades en la etapa neonatal, especialmente en prematuros, producen interrupción del crecimiento y la maduración de todos los sistemas corporales, incluido el sistema nervioso central. El pobre crecimiento postnatal especialmente del perímetro cefálico se ha asociado con el incremento del riesgo de presentar retardo psicomotor y cognitivo.<sup>9,103</sup>

El sistema de referencias y contra-referencias del IMSS permite que los recién nacidos que ya no requieren tratamiento en un hospital de alta complejidad pueden ser enviados a sus hospitales generales donde terminan el tratamiento y la recuperación de sus padecimientos a cargo de pediatras, estando más cerca de su hogar y su familia. Casi la totalidad de los prematuros egresados en nuestra serie fueron trasladados a otros hospitales quedando pendiente lograr el destete

---

de oxígeno y aprender el proceso de succión-deglución. Por otra parte, más de la mitad de los recién nacidos de término fueron egresados a sus hogares. Esta situación resultó con significancia estadística, lo que se explica por la inmadurez generalizada y las complicaciones propias de la prematuridad.<sup>8</sup>

Se ha demostrado que la atención de los partos prematuros en hospitales de tercer nivel se asocia a la disminución de la morbimortalidad en los menores de 1500 gramos. Un meta-análisis reciente de la sección Perinatal de la Academia Americana de Pediatría demostró que la mortalidad en menores de 1500 gramos nacidos en hospitales de tercer nivel era de 21% comparada con 36% si nacían en hospitales de segundo nivel; para los menores de 1000 gramos la mortalidad era de 32% en tercer nivel comparada con 59% en hospitales de menor complejidad. Los autores recomiendan que en los hospitales de primero y segundo nivel los médicos refieran a las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro a hospitales de tercer nivel, asumiendo que las condiciones del traslado sean seguras para la madre y el feto y que el nacimiento no vaya a ocurrir durante el mismo.<sup>11</sup> Desafortunadamente siguen naciendo prematuros en hospitales de segundo nivel, quienes son trasladados de manera urgente o después de varios días a nuestra unidad.

En nuestra serie, las 3 defunciones (6%) ocurrieron en recién nacidos de término y no en prematuros, a pesar de que casi la mitad de los prematuros eran menores de 1500 gramos. En otras unidades de cuidados intensivos neonatales en México se ha reportado mortalidad en prematuros del 24 al 47%, siendo las principales causas de muerte sepsis, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, neumonía, hemorragia intraventricular e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.<sup>102,103,104,105</sup>

La calidad de la atención otorgada en nuestra UTIN ha permitido reducir la mortalidad en los prematuros, quienes después de varias semanas o incluso meses son egresados con una serie de padecimientos crónicos y complicaciones,

---

y con alto riesgo de ser hospitalizados nuevamente en los siguientes meses o incluso de morir.

La sobrevivencia de los prematuros en los países en vías de desarrollo como el nuestro implica un gasto de recursos enorme, los sistemas de salud en estos países deben tomar conciencia de que deben priorizar el gasto en programas básicos de salud materno infantil que impacten más en la mortalidad neonatal, como lo son la nutrición y control prenatal de las mujeres embarazadas, la atención correcta del trabajo de parto en unidades de salud equipadas, la capacitación en reanimación neonatal básica para todos los médicos y enfermeras y la promoción de la lactancia materna.<sup>108</sup>

La Academia Americana de Pediatría ha clasificado a los recién nacidos egresados de las unidades de terapia intensiva neonatal en 4 grupos de alto riesgo: 1) los prematuros; 2) los que tienen necesidades especiales o son dependientes de tecnologías; 3) los que tendrán una muerte anticipada; y 4) los que tienen condiciones familiares adversas. Estos niños requieren a su egreso cuidados y seguimiento especiales.<sup>8</sup> De acuerdo con esta clasificación, durante el tiempo de estudio el 88% de los egresos correspondieron a recién nacidos de alto riesgo: 21 prematuros, que además tuvieron necesidades especiales como uso de oxígeno suplementario, alimentación a través de sonda orogástrica y evacuación por estomas. De 27 recién nacidos de término, 21 resultaron de alto riesgo por condiciones como crisis convulsivas, uso de oxígeno suplementario, alimentación por sonda, evacuación por estomas, traqueostomía, necesidad de ventilación mecánica, uso de medicamentos cardiológicos e hidrocefalia con uso de sistema de derivación ventrículo-peritoneal.

Mención especial requiere la condición de alto riesgo neurológico al egreso, definida como los casos de prematuros menores de 1500 gramos, 32 semanas de gestación, con antecedente de asfixia perinatal, peso bajo para la edad gestacional, necesidad de ventilación mecánica por más de 36 horas, hemorragia intraventricular, crisis convulsivas, hidrocefalia, meningoencefalitis, infección del grupo TORCHS, anomalías cromosómicas, cirugía cardíaca con circulación

---

extracorpórea y exangioneotransfusión.<sup>109</sup> Dos de cada 3 prematuros y uno de cada 2 recién nacidos de término en nuestro estudio fueron clasificados como de alto riesgo neurológico. Los estudios de seguimiento en recién nacidos egresados de las terapias intensivas neonatales han puesto énfasis en la prevalencia de discapacidades mayores como retardo mental, sordera, ceguera, parálisis cerebral infantil y epilepsia, encontrando que los prematuros pueden presentarlas en 6 a 25% de los casos de acuerdo al peso al nacer y los recién nacidos de término en 5%. Últimamente se ha dado mayor relevancia a disfunciones leves pero más prevalentes (50-70%) que pueden ocurrir principalmente en prematuros como son problemas de aprendizaje y lenguaje, coeficiente intelectual bajo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, autismo, déficit en la integración visual-motriz y de funciones ejecutivas y problemas de comportamiento, entre otros.<sup>7,11,107</sup>

La historia de los programas de seguimiento neonatal se remonta a los años 50's cuando se describió la presencia de alguna discapacidad en el 56% de los sobrevivientes de un grupo de prematuros en la ciudad de Chicago. En estudios posteriores se encontró la relación entre algunas intervenciones y resultados desfavorables, como la fibroplasia retrolental y la administración de oxígeno (1956), y la disminución en el aporte de oxígeno y el aumento de las secuelas neurológicas. Todo lo anterior contribuyó al reconocimiento de la necesidad de monitorizar las intervenciones hechas en la UTIN y evaluar su impacto a corto y largo plazo. Desde entonces se han estructurado programas de seguimiento neonatal, principalmente en los centros formadores de médicos especialistas en neonatología. La misión de los programas de seguimiento neonatal es dar continuidad al manejo especializado que requieren los recién nacidos de alto riesgo, detectando desviaciones en su crecimiento, desarrollo y estado de salud. También deben servir de marco para la realización de protocolos de investigación y por último, para el aprendizaje de médicos residentes, enfermeras y estudiantes de medicina. La conformación de un equipo de seguimiento neonatal incluye a múltiples disciplinas entre las que se encuentran: un director (médico o psicólogo), neonatólogos, pediatras especializados en desarrollo, psicólogos, psicometristas,

---

enfermeras, terapistas físicos, ocupacionales y de lenguaje, nutriólogos, trabajadoras sociales, terapistas respiratorios, capturistas y analistas de datos, entre otros.<sup>12</sup>

La decisión de dar de alta a un recién nacido de alto riesgo es compleja, se basa principalmente en el estado médico del bebé y la capacidad de los cuidadores para atenderlo. Los recién nacidos de alto riesgo en comparación con niños de término sanos tienen una tasa mayor de rehospitalización y muerte en el primer año, por lo que deben egresarse bajo un programa de seguimiento neonatal bien organizado.<sup>8,12,78,110,111</sup>

En nuestra unidad para que los recién nacidos de alto riesgo sean egresados, deben cumplir una serie de requisitos, como lo son la ganancia ponderal sostenida, el mantenimiento de la temperatura corporal, la alimentación establecida o en proceso de establecerse por succión o con sonda, la madurez del sistema cardiorrespiratorio, valoración del estado hematológico, evaluación oftalmológica en caso necesario, evaluación de la evolución clínica, identificación de problemas no resueltos y planificación del tratamiento y seguimiento especializados, capacitación de al menos 2 cuidadores motivados en temas de alimentación, cuidados básicos, detección de señales de alarma, medidas de seguridad, cuidados de sondas, heridas y estomas, administración de medicamentos, aspiración de secreciones y terapia física.

El servicio al que más prematuros fueron enviados a su egreso fue el de oftalmología, lo que va de acuerdo con las guías de seguimiento. Para los pacientes con diagnósticos relacionados con los servicios de cardiología, hematología, endocrinología, neumología, nefrología, urología, genética, gastroenterología y cirugía pediátrica se les aseguró la cita de seguimiento de manera correcta. Dos recién nacidos fueron enviados a cirugía plástica, uno para seguimiento de calcinosis cutis y otro por necrosis del tabique nasal por el uso de CPAP nasal. Aunque la mayoría de los pacientes egresados fueron de alto riesgo neurológico, solamente el 30% fueron referidos a neurología y el 26% a rehabilitación física, se espera que sean vistos por estos servicios de sus

---

hospitales de segundo nivel, de igual manera solo se mandó un recién nacido a la consulta pediátrica de su hospital general de zona, esperando que a través de sus médicos familiares o a su egreso del hospital de segundo nivel sean citados a pediatría, desafortunadamente esto no siempre ocurre. Solamente dos pacientes fueron citados a la consulta de neonatología, con lo que se afecta a los recién nacidos de alto riesgo y se pierde la oportunidad para los neonatólogos de retroalimentar su trabajo, para los residentes de neonatología de aprender del seguimiento del neonato de alto riesgo y realizar protocolos de investigación y para la jefatura de servicio para coordinar el trabajo en el contexto de un programa de seguimiento estructurado de seguimiento a recién nacidos de alto riesgo.<sup>8</sup>

En nuestra unidad no se cuenta con un programa de seguimiento neonatal bien estructurado. Al comparar nuestras prácticas actuales con las recomendaciones emitidas por la Academia Americana de Pediatría en 2008 para el egreso de los recién nacidos de riesgo encontramos varias deficiencias,<sup>8</sup> unas podrían ser resueltas con la mejor utilización de los recursos disponibles y la capacitación del personal, pero otras requerirían de la adquisición de equipamiento, la contratación de nuevo personal y la educación a los padres, además de la coordinación entre diferentes unidades médicas, que por la estructura del IMSS, deberían prestar atención médica a estos recién nacidos de alto riesgo.

Algunas de las prácticas que no se realizan en nuestra UTIN como lo señalan las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría son:

No se vacuna a los recién nacidos de alto riesgo al egreso, delegando esa responsabilidad a las unidades de medicina familiar.

No se realiza tamiz metabólico neonatal en las unidades de envío porque muchos son trasladados de urgencia, ni tampoco se indica durante la estancia en UTIN.

No hay servicio de nutrición para dar seguimiento a los desnutridos y de bajo peso.

No se realiza tamiz auditivo, ni referencia de casos de riesgo.

No se ofrece inmunización pasiva para el virus sincitial respiratorio (VSR) en los recién nacidos de alto riesgo.

---

No se supervisa la disponibilidad del asiento para auto apropiado al egreso a casa.  
No se valoran las condiciones psicológicas, sociales y económicas de los padres y la red de apoyo familiar ni hay un programa de psicología de apoyo.

No se tiene un programa de visitas domiciliarias.

No se tiene un programa de capacitación para padres en resucitación cardiopulmonar básica.

No se tiene un programa de educación especial para padres de recién nacidos prematuros.

No se establece un plan para emergencias que incluya modo de transporte e identificación de la unidad médica apropiada y notificación a la misma.

No se identifica un grupo de pediatras de atención primaria que acepten responsabilizarse del caso y con los que se establezca un sistema de referencia y contra referencia estrecho.

No hay un programa de seguimiento del neurodesarrollo que incluya pediatras adiestrados, neurólogos, rehabilitadores y psicometristas.

No hay un programa que estimule la lactancia durante la hospitalización y al egreso.

No hay un sistema de captura y análisis de la información epidemiológica de la UTIN.

### **Las madres de los recién nacidos.**

Hablando de las madres de los recién nacidos hospitalizados se encontró una edad promedio de 27 años, con solo 10% de madres adolescentes, lo que contrasta con 15 a 20% de madres adolescentes reportado en otras series en México.<sup>112</sup> El 90% de las madres habían terminado la educación básica y casi la mitad tenían estudios de bachillerato o profesional. Nueve de cada 10 mujeres tenían pareja y más de la mitad eran casadas. Siete de cada 10 consideraban tener ingresos adecuados a sus necesidades. Todo lo anterior podría indicar que las mujeres derechohabientes a diferencia de las mujeres sin seguridad social tienen circunstancias de vida favorables y un nivel cultural que las llevó a tener



---

embarazos deseados, con control prenatal regular y las predispone a la adquisición de actitudes favorables en pro de su salud y de la de sus bebés.<sup>102</sup>

Durante el embarazo la mitad de las madres tuvieron alguna complicación, la principal fue la amenaza de aborto, la otra mitad cursó con embarazos al parecer no complicados. Se debe reforzar la práctica de un buen control prenatal, donde se prevengan y traten enfermedades maternas, se diagnostiquen prenatalmente malformaciones congénitas y se refiera a las mujeres con embarazo de alto riesgo para que sus bebés nazcan en centros de tercer nivel.

Los nacimientos de los recién nacidos hospitalizados fueron en su mayoría por vía cesárea (66.7%), lo que es mayor al promedio nacional que es de 40%, también es mayor al promedio reportado para el IMSS que es de 50.7% y casi igual para lo reportado por los hospitales particulares que es de 68%. Algunas razones médicas para este incremento podrían ser el tratarse de embarazos de alto riesgo o urgencias obstétricas; pero también puede haber razones que no están justificadas como la idea de que se trata de un procedimiento más seguro, la disminución de las habilidades para atender un parto, la creciente edad de las madres y diversos intereses económicos. La norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993 sugiere un máximo de 15% de cesáreas para segundo nivel y 20% para tercer nivel, por lo que los obstetras deben evitar cesáreas innecesarias que implican riesgos para la madre (infecciones, placenta previa, placenta acreta, desprendimiento prematuro de placenta, dolor postquirúrgico y convalecencia más prolongada, menores grados de satisfacción con el parto, mayores dificultades en iniciar la lactancia, dificultades en el apego) y el bebé (adaptación pulmonar retardada, taquipnea transitoria del recién nacido).<sup>113</sup>

Afortunadamente el estado de salud de las madres en el puerperio fue bueno y les permitió acudir pronto y de manera constante a las visitas mientras duró la hospitalización.

Encontramos que el 53% de las madres de los recién nacidos hospitalizados tenían depresión postparto (DPP), como era esperado su frecuencia fue mayor que el 10 a 15% reportado para la población general de mujeres postparto,<sup>16,56</sup> y

---

similar a otras muestras de madres de alto riesgo (prematuros y recién nacidos hospitalizados en UTIN) que es de 28 a 70%.<sup>25,45</sup> En una serie de 153 madres de recién nacidos en UTIN en Japón se encontró una frecuencia de 61.8%.<sup>85</sup> En Estados Unidos en una serie de 102 madres de bebés prematuros se encontró DPP en 63%. En ese mismo país en otra muestra de 142 madres de prematuros se encontró DPP en 28%. Un estudio de seguimiento a un año en Brasil encontró depresión en 20% de 36 madres con antecedente de recién nacidos hospitalizados en UTIN. En Australia se estudiaron 62 madres de prematuros menores de 32 semanas y se encontró DPP en 40%. En Italia de 44 madres de prematuros menores de 1500 gramos 23% estaban deprimidas.<sup>46</sup>

Otro grupo con alto riesgo de presentar DPP son las madres adolescentes, en nuestra serie encontramos 80% de depresión postparto en las madres adolescentes incluidas.<sup>25</sup>

En la mayoría de los estudios sobre DPP se ha utilizado como estándar de oro la entrevista basada en los criterios del DSM-IV. Esto acarrea problemas potenciales como tener que contar con personal entrenado para la realización de una entrevista formal de más de una hora de duración, lo que incrementa los costos, también se favorece la pérdida de casos probables porque las madres no asisten a la entrevista, o porque durante la entrevista no se logra obtener la información que apoye el diagnóstico.<sup>36</sup> En este estudio se estableció el diagnóstico de DPP a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión en español 5.0.0 (MINI) que ha sido comparada con la entrevista estructurada obteniendo una puntuación de validez y confiabilidad alta, pero con la ventaja de ser de corta duración.<sup>37</sup>

Se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) con dos objetivos, primero como prueba de tamizaje para las madres a las que después se les aplicó la MINI, donde tomando como punto de corte  $\geq 11$  para definir sospecha de depresión postparto, la prueba fue positiva en 37% de los casos. Hay estudios que señalan que en madres de riesgo el disminuir el punto de corte a  $\geq 9$ , incrementa la sensibilidad de la prueba, si aplicamos  $\geq 9$  como punto de corte, la prueba fue positiva en 44% de las madres. El segundo objetivo era

---

identificar el riesgo de depresión postparto en las madres a las que no se podía aplicar la MINI porque tenían menos de 2 semanas de postparto, en este grupo de madres encontramos positividad de la prueba en el 50%. Es evidente que una prueba de tamizaje positiva no hace el diagnóstico, solo indica la necesidad de una valoración más profunda, pero ya que la EPDS ha mostrado su utilidad en estudios realizados en varios países, debe ser considerada su inclusión en todos los servicios de salud que atienden a puérperas.<sup>41</sup>

Se han descrito múltiples factores asociados con el desarrollo de la depresión postparto. No se encontró aumento en la frecuencia de depresión postparto en las madres de prematuros, tampoco se encontró relación entre depresión postparto y ninguna variable materna como escolaridad, estado civil, situación laboral, situación económica ni embarazo complicado. Creemos que el factor que más influyó en su depresión es que sus bebés estaban hospitalizados, pero no fue la intención del estudio identificar otros factores asociados con DPP.

Desde los años 70's muchos estudios se han enfocado en el apego y sus dificultades ya que los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento son fundamentales en su salud física y mental. Un apego seguro es especialmente importante para los bebés prematuros, ya que diversos estudios muestran diferencias positivas en el crecimiento, desarrollo y conducta de los niños con apego seguro. En un estudio en Suiza con 43 madres de bebés prematuros se observaron las interacciones mamá-bebé a los 6 meses de vida y se encontró que los bebés prematuros de las díadas en las que la madre se mostraba sensible y el bebé cooperador mostraron a los 18 meses conductas similares a niños de término en áreas de sueño, alimentación, comportamiento y emociones. Por su parte los bebés de las díadas con mamá controladora y bebé impulsivo o sumiso tuvieron problemas en la alimentación, el desarrollo del lenguaje y la interacción social.<sup>91</sup>

Se ha planteado la hipótesis de que la crisis actual que atraviesa nuestro país, en la que ha aumentado la pobreza, la desintegración familiar, el embarazo en adolescentes, la delincuencia y el desempleo, con miles de adolescentes y

---

jóvenes sin valores, está relacionada con dificultades en el apego originadas en la infancia.<sup>68</sup>

Desafortunadamente es más difícil lograr un apego sano con los bebés hospitalizados, sean prematuros o de término. Muchas veces sus madres se sienten culpables e impotentes frente a la situación de su hijo, a quien perciben como pequeño y deforme. Los vínculos afectivos continúan entorpeciendo dada la inmadurez neurológica de los prematuros al no poder girarse, abrir los ojos o sonreír frente a los estímulos de su madre, lo que crea la sensación de no ser correspondida y genera sentimientos de tristeza y soledad. A lo anterior agregamos un entorno inhóspito, ruidoso, sin privacidad y rodeado de máquinas que limita aún más el contacto con el bebé y produce estrés en la madre.<sup>114</sup> También el personal médico y de enfermería puede contribuir a producir estrés en la madre, como se demostró en un estudio en el que aunque las madres se encontraban agradecidas con los médicos, estaban descontentas con sus intervenciones, con el lenguaje técnico usado en los informes y con los horarios restringidos de visita.<sup>78</sup>

Para evitar lo anterior se han propuesto varias estrategias que dotan a la madre de herramientas para compensar la falta de participación de su bebé prematuro en lograr un buen apego. Un ejemplo de esto es propiciar el contacto físico entre la madre y su bebé en las primeras horas de vida, lo que mejora el apego medido a los 12 y 18 meses de vida.<sup>71</sup> Otra manera de propiciar el contacto físico durante la hospitalización es a través del programa de mamá canguro, en los lugares donde se ha aplicado se ha observado un cambio positivo en la percepción que tienen las madres sobre sus bebés y un mayor grado de aceptación de la enfermedad, aunque también ha favorecido que la madre se sienta sola y con menos apoyo por parte del personal médico.<sup>96</sup> Un estudio en Chile encontró que el 79% de las madres se sentían reconfortadas al participar en los cuidados de rutina de los bebés hospitalizados.<sup>78</sup> También se ha considerado como positiva la intervención de un psicólogo perinatal y la integración de los padres a grupos de apoyo durante la hospitalización y después.<sup>11,79,114</sup> La mayoría de los padres se muestran

---

receptivos a aprender sobre el cuidado de su bebé, se sugiere que cada UTIN establezca un programa de enseñanza a los padres que incluya temas de nutrición, cuidados generales, manejo de estomas y sondas, resucitación cardiopulmonar, cuidados del recién nacido prematuro, entre otros. Para lograr esto se cuenta con abundante material educativo (revistas, libros, trípticos y videos), aunque existe la desventaja de que la mayoría de la información está en inglés y deben hacerse las traducciones adecuadas de los materiales.<sup>11,110</sup> En unidades donde se han establecido programadas de educación para padres, donde se les enseña sobre las características particulares de los prematuros y cómo tratarlos, se ha visto reducción en los niveles de estrés, depresión y ansiedad en las madres, además se han observado más interacciones positivas con los bebés y los padres se sienten más seguros de su rol como padres y sobre las actitudes y características que pueden esperar de sus bebés. Por su parte los bebés tienen estancias hospitalarias más cortas.<sup>94</sup>

Para este estudio tomamos como dificultades en el apego a la ausencia de sentimientos maternos positivos, con presencia de sentimientos negativos como irritabilidad, hostilidad, agresividad y rechazo por parte de la madre hacia su bebé. Estos sentimientos pueden ser normales durante los primeros días y semanas después del nacimiento del bebé en el 10 a 40% de las madres y tienden a resolverse.<sup>79</sup> Un estudio en Chile mostró que solo 44% de las madres se sentían felices por su bebé durante la primera semana y después de 3 semanas, 80% reportaron sentirse felices.<sup>78</sup> Un estudio en Inglaterra reportó que el 40% de las madres sentían indiferencia al abrazar a sus bebés en los primeros 4 días de vida, en estas mismas madres se encontraron dificultades en el apego en el 9.4% de las madres inmediatamente después del nacimiento y en el 5.3% de las mismas 4 días después.<sup>74</sup> Otros autores han estimado una prevalencia de dificultades en el apego de 6 a 7% en las primeras dos semanas del postparto, los casos más severos que implican un rechazo total al recién nacido pueden presentarse en el 0.5 a 1% de las díadas.<sup>79</sup>

Algunos de los factores relacionados con la presencia de dificultades en el apego son la multiparidad y el nivel educativo alto de la madre, esto podría explicarse

---

porque estas mujeres son más realistas y están preocupadas por los cambios que producirá en su vida el nacimiento de un bebé, además las madres de nivel educativo alto podrían ser más honestas en sus respuestas. También se ha descrito que las madres que durante el embarazo evitaron fantasear sobre su bebé y su papel como madre presentan más dificultades en el apego.<sup>84</sup>

Para el diagnóstico integral de dificultades en el apego se debe practicar una entrevista psiquiátrica junto con una observación estructurada de la interacción diádica. Estos métodos consumen mucho tiempo y son difíciles de aplicar en el ambiente ocupado de una UTIN.<sup>79</sup> En un estudio en 263 madres en Bélgica se compararon la confiabilidad y validez de 3 instrumentos de auto-reporte para valorar dificultades en el apego, la Escala de Apego Madre-Hijo (MIBS, del inglés Mother to Infant Bonding Scale) resultó ser un buen indicador de dificultades en el apego, además de ser breve y sencilla de entender, por lo que debe ser considerada como un instrumento de tamizaje.<sup>84</sup>

En un estudio en Francia con 78 madres de bebés hospitalizados en cunero se encontraron dificultades en el apego en 13% de ellas a través del uso de la escala MIBS, reportándose para esta prueba una sensibilidad de 90%, especificidad de 80%, valor predictivo positivo de 41% y valor predictivo negativo de 98.1% al usar el punto de corte de  $\geq 2$ , comparada con la entrevista psiquiátrica.<sup>79</sup> Otro estudio en Inglaterra encontró dificultades en el apego con el uso de MIBS en 25% de un grupo de 144 madres a los 3 días de postparto, cuando se aplicó el mismo instrumento 12 semanas después la frecuencia de dificultades en el apego había disminuido a 14.5%.<sup>77</sup>

No existe una versión validada en español de la escala MIBS, por lo que para aplicarla realizamos una primera fase de adaptación transcultural. Con este instrumento identificamos dificultades en el apego en 4 de las madres (8%), lo que es similar a lo reportado en la literatura. También encontramos que 73% de las madres tuvieron 0 puntos en la escala MIBS.

Debemos tomar estos resultados con reserva, ya que está bien descrito que los cuestionarios de auto-reporte están sujetos a sesgos de respuesta, ya que las personas tienden a contestar de la manera que puede ser mejor vista por otros,

---

esto ha demostrado ser más común en las personas de origen latino.<sup>79,115</sup> Las madres más seguras de sí mismas están más dispuestas a confesar sus debilidades, por el contrario las madres inseguras tienen dificultades para percibir y confesar sus emociones negativas. Un puntaje de 0 que debería resultar tranquilizador, puede indicar que la madre está evadiendo la realidad.<sup>79</sup>

Lo anterior resalta la importancia de evaluar el apego de una manera más global que incluya la observación de la interacción diádica para identificar dificultades que la madre no puede o no quiere expresar.

Para valorar la interacción diádica utilizamos la Escala de Observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) que fue diseñada en Argentina por una psicóloga perinatal para identificar riesgo vincular con una sensibilidad de 75%, especificidad de 100%, valor predictivo positivo de 100% y valor predictivo negativo de 84%.<sup>89</sup> No encontramos riesgo vincular en ninguna de las díadas evaluadas, a pesar de que incluimos a las díadas en las que los recién nacidos no podían interactuar. Este instrumento fue diseñado para díadas en las que el recién nacido se encontraba en incubadora, pero en nuestra unidad la mayoría de recién nacidos se encuentran en cuna abierta lo que podría facilitar la cercanía con el bebé y la interacción diádica.

Tratamos de relacionar la presencia de depresión postparto con la presencia de dificultades en el apego o riesgo vincular en las madres estudiadas, tal y como se ha demostrado en otros estudios. Un estudio en Alemania en madres deprimidas encontró que éstas perciben su apego de una manera negativa, se expresan más negativamente de sus bebés, interrumpen de manera abrupta una situación de juego o de estimulación, sienten más enojo y rechazo y responden menos a las necesidades básicas de sus bebés. Por su parte, sus bebés tendían más a evitar el contacto visual.<sup>83</sup> Otro estudio en Japón encontró que era más probable que una madre deprimida tuviera dificultades en el apego que una madre sin depresión.<sup>85</sup> Un estudio en Inglaterra encontró que 29% de las madres que tenían depresión postparto también tenían dificultades en el apego.<sup>80</sup> Otro estudio reportó que las madres deprimidas pueden presentar falta de afecto, odio, rechazo,

---

descuido y agresividad hacia sus bebés.<sup>77</sup> De las 4 madres con dificultades en el apego que encontramos, 2 estaban deprimidas y 2 no lo estaban.

Los médicos pediatras y neonatólogos tenemos una oportunidad única para identificar la depresión materna y las dificultades en el apego en las madres de los recién nacidos hospitalizados.<sup>116</sup> Las pruebas de tamizaje empleadas por nosotros pueden ser incorporadas al expediente clínico de todos los recién nacidos hospitalizados. Para los casos sospechosos se debe establecer un sistema de referencia al servicio de psicología y psiquiatría de nuestra unidad hospitalaria.

La presencia de DPP y las dificultades en el apego ensombrecen más el panorama para los recién nacidos de alto riesgo egresados de la UTIN, otros factores psicosociales reconocidos como factores de riesgo son el bajo nivel educativo materno, la falta de apoyo social, la inestabilidad marital, el abuso de sustancias por parte de los padres, la historia familiar de abuso infantil o descuido, la enfermedad mental de alguno de los padres, la carencia de un hogar fijo, la historia de violencia doméstica y ser madre adolescente. En la UTIN tenemos la obligación de identificar estos factores y si alguno está presente, posponer el egreso hasta que se resuelva o se haya establecido un plan para salvaguardar la integridad del recién nacido.<sup>8</sup>

Aunque la mayoría de los miembros del equipo médico estamos preparados para satisfacer las necesidades médicas y fisiológicas de los recién nacidos, no estamos preparados para satisfacer las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales de los padres. Tampoco estamos preparados para evaluar los riesgos psicosociales a los que están expuestos nuestros pacientes. La presencia de un grupo de psicología perinatal en nuestra UTIN complementarían el trabajo en esas áreas.

Como médicos, debemos establecer una comunicación con los padres eficiente, pero a la vez compasiva. Debemos evitar la jerga médica y usar palabras apropiadas al nivel de entendimiento de los padres. Cuando tengamos que dar malas noticias, debemos usar mucho tacto, pero de ninguna manera omitir información para evitar a los padres tristeza y enojo, ya que luego estos podrían



---

quejarse de que no estuvieron bien informados. Lo anterior incluye el riesgo neurológico que debemos explicar claramente, para que los padres mejor informados participen activamente en el tratamiento necesario. Cuando los padres presenten negación o expectativas poco realistas, debemos orientarlos con el mismo tacto, sin despreciarlos ni ridiculizarlos.

Una limitación en nuestro estudio fue el pequeño tamaño de la muestra, sin embargo consideramos que es un reflejo de las condiciones habituales de la población que se atiende en la UTIN.

Los resultados obtenidos resaltan las fortalezas de nuestra UTIN pero también exponen nuestras faltas y nuestras áreas de oportunidad. Por último, representan también un reto para que de manera coordinada, empezando por directivos, pasando por médicos, residentes y enfermeras y terminando por los padres, ofrezcamos una atención integral y de acuerdo con la normativa internacional a los recién nacidos de alto riesgo que tenemos el privilegio de servir.

---

## CONCLUSIONES

Aunque se trata de una muestra pequeña consideramos que es representativa de la población atendida habitualmente en la UTIN y refleja el perfil de enfermedades que afectan a los recién nacidos en nuestra institución.

La gran mayoría de los recién nacidos egresaron de nuestra unidad fueron de alto riesgo, por lo que recomendamos establecer un programa de seguimiento integral para estos niños y sus familias.

Más de la mitad de las madres de los recién nacidos egresados tuvieron depresión postparto y el 8% tuvieron dificultades en el apego, por lo que recomendamos el uso de la Escalas de Depresión Postparto de Edimburgo y la Escala de Apego Madre-Hijo en todas las madres de recién nacidos hospitalizados como parte del tamizaje psicológico recomendado en los estándares de certificación de hospitales.

Por último recomendamos la integración de un equipo de Psicología perinatal y Psiquiatría al trabajo diario de la UTIN para evaluar los riesgos psicosociales a los que están expuestos nuestros pacientes y satisfacer las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales de los padres.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en neonatología. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7588.pdf> Consultado Diciembre 7, 2011.
2. Jasso L. Consecuencia de la introducción de nuevos tratamientos en neonatología. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 59-64.
3. Martínez J. Historia de la neonatología y los desafíos del siglo XXI. *Rev Méd Clín Condes* 2008; 19:152-157.
4. Sauve R, Lee SK. Neonatal follow-up programs and follow-up studies: Historical and current perspectives. *Paediatr Child Health* 2006; 11:267-270.
5. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, Stone PW, Small L, Tu X, Gross SJ. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 118:1414-1427.
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Committee on Fetus and Newborn. The role of the primary care pediatrician in the management of high-risk newborn infants. *Pediatrics* 1996; 98:786-788.
7. Klassen AF, Lee SK, Raina P, Chan HW, Matthew D, Brabyn D. Health status and health-related quality of life in a population-based sample of neonatal intensive care unit graduates. *Pediatrics* 2004; 113:594-600.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* 2008; 122:1119-1126.
9. LaHood A, Bryant CA. Outpatient care of the premature infant. *Am Fam Physician* 2007; 76:1159-1164.
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stays for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010; 125:405-409.

- 
11. Medscape Reference. Follow-up of the NICU Patient. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1833812-overview#showall>  
Consultado Diciembre 7, 2011.
  12. Vohr B. Neonatal Follow-up Programs in the New Millennium. *NeoReviews* 2001; 2:241-248.
  13. Espíndola J, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18:179-186.
  14. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de DPP en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75:312–320.
  15. Conroy S, Marks M, Schacht R, Davies H, Moran P. The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45:285–292.
  16. Lartigue T, Maldonado M, González I, Saucedo J. Depresión en etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22:111-31.
  17. Belló M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex* 2005; 47:S4-S11.
  18. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. DPP en el embarazo adolescente; análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74:151–158.
  19. Luna ML, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26:310–314.
  20. Arranz L, Gaviño S, Escobedo F. DPP en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2005; 10:71-73.
  21. Dosset E. Perinatal depression. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008; 35:419–434.

- 
22. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a DPP en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Perú Epidemiol* 2008; 12:1-5.
  23. Gómez M. Patología psiquiátrica en el puerperio. Psicosis puerperal. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2002; 65:32-46.
  24. Alvarado R, Rojas, M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000; 38:84-93.
  25. Mounts K. Screening for Maternal Depression in the Neonatal ICU. *Clin Perinatol* 2009; 36:137–152.
  26. Tapia A. Ácidos grasos omega-3 para la prevención y tratamiento de las depresiones en el embarazo y postparto. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69: 399-403.
  27. Picech A, Flores L, Lanser R, Elizalde M. Depresión y embarazo. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* 2005; 145:5-8.
  28. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51:1087-1093.
  29. Campo A, Ayola C, Peinado H, Amor M, Cogollo, Z. Escala de Edinburg para DPP: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007; 58(4): 277-283.
  30. Serrano SJ. Trastornos afectivos postparto. *Med UNAB* 2004; 7:134-139.
  31. Romero A, Carrillo A. Alteraciones psiquiátricas en el posparto. *JANO Medicina y Humanidades* 2002; 1449:1-4.
  32. Earls M. Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics* 2010; 126:1032-1039.
  33. Morris J, Comerford M, Bernstein P. Sondeo de la DPP en una zona urbana. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 1 88:1217-1219.
  34. LaMonde L. A comprehensive review of postpartum depression (PPD) for healthcare providers. *Supertwins* 2006; 1 6:1-25.

- 
35. Arranz L, Aguirre W, Ruiz J, Gaviño S, Cervantes J, Carsi E, Camacho M, Ochoa M. Enfoque multidisciplinario en la DPP. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76: 341-8.
  36. Gjerdingen D, McGovern P, Center B. Problems with a diagnostic depression interview in a postpartum depression trial. *J Am Board Fam Med* 2011; 24:187-193.
  37. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Coccioni X, Goudemand M. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006; 93:169–176.
  38. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Perrero J, Barreto P. La DPP: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2001; 6:37-48.
  39. Farkas C, Santelices, M, Aracena M, Pinedo J. Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psykhé* 2008; 17: 65-80.
  40. Wisner K, Parry B, Piontek C. Postpartum depression. *Engl J Med* 2002; 347:194-199.
  41. Moreno A, Domingues L, França PS. DPP: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69:209-213.
  42. Pérez R, Saez K, Alarcón L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a DPP, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007; 67:187-191.
  43. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de DPP a través de un instrumento de tamizaje, la escala de DPP de Edimburgo. *Rev Méd Chile* 2008; 136:851-858.
  44. Evans G, Vicuña M, Marín R. DPP realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68:491-494.
  45. Hatters S, Nagle S, Parsons S, Amin J. Maternal mental health in the Neonatal Intensive Care Unit. *NeoReviews* 2011; 12:85-93.

- 
46. Magistris A, Coni E, Puddu M, Zonza M, Fanos V. Screening of postpartum depression: comparison between mothers in the neonatal intensive care unit and in the neonatal section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23:101–103.
  47. Póo A, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la DPP en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile* 2008; 136:44-52.
  48. Horta E, Guàrdia J, Però M, De la Fuente I, Jarne A. Un modelo clínico para la DPP: aproximación mediante modelos de ecuaciones estructurales. *Revista de Psicología General y Aplicada* 2009; 62:231-243.
  49. Chávez M, Hernández A, Arce E, Bolaños I, González I, Lartigue T. Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22:270-278.
  50. Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K, Rusca F, Valdivia J, Samané J, Medina E, Mego A, Merino G, Meza P, Miró J, Montoya C, Villa A. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Rev Perú Pediatr* 2007; 60:140-149.
  51. Rondón M. Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Médica Peruana* 2005; 22:15-18.
  52. Condon J, Corkindale C. The assessment of parent-to infant attachment: development of a self report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol* 1998; 16:57-76.
  53. Chávez M, González I. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología* 2008; 4:101-111.
  54. Navarro C, Navarrete L, Lara M. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud Mental* 2011; 34:37-43.

- 
55. Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008;22:195-202
56. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C, Martínez-García S. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of puerperal women in Mexico. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; 2:33.
57. Quelopana A, Champion J. Validación del cuestionario "Postpartum Depression Screening Scale" versión en español en mujeres de Arica, Chile. *Cienc Enferm* 2010; 1: 37-47.
58. Leifferman J, Dauber S, Scott K, Heisler K, Paulson J. Predictors of maternal depression management among primary care physicians. *Depress Res Treat* 2010; 2010:1-7.
59. Howard L, Hoffbrand SE, Henshaw C, Boath L, Bradley E. Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2.
60. Lara M, Navarro C, Navarrete L, Le H. Retention rates and potential predictors in a longitudinal randomized control trial to prevent postpartum depression. *Salud Mental* 2010; 33:429-436.
61. Dennis CL, Hodnett ED. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.
62. Hale TW. Pharmacology review: drug therapy and breastfeeding: antidepressants, antipsychotics, antimanic and sedatives. *NeoReviews* 2004;5:451-456
63. Moizeszowicz J. Psicofarmacología psicodinámica IV. Actualizaciones 2003. 1ª. ed. Buenos Aires: el Autor; 2006. 188 p.
64. Ceballos I, Sandoval L, Jaimes E, Medina G, Madera J, Fernández Y. Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (1): 71-74.



- 
65. Vázquez M, Lartigue T, Cortés J. Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo. *Salud Mental* 2005; 28(5): 11-19
66. Moizeszowicz J, González F. Evaluación interactiva de evidencias psicofarmacológicas, para un tratamiento adecuado de los riesgos médicos de la depresión y la ansiedad. En: Moizeszowicz J. ed. *Psicofarmacología psicodinámica IV*. 1ª ed. Buenos Aires: 2006. pp. 11-42.
67. Zulueta MI. La relación madre-hijo. Fundación Síndrome de Down en Madrid. Disponible en: [http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad\\_ydi/07\\_relacion.pdf](http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/07_relacion.pdf). Consultado Diciembre 5, 2011.
68. Vega L. Importancia de fomentar el vínculo de apego en la infancia. *Rev Mex Pediatr* 2010; 7:103-104.
69. Bialoskurski MA, Cox CL, Hayes JA. The nature of attachment in neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs* 1999; 13:66-77.
70. Bhakoo O, Pershad D, Mahajan R, Gambhir S. Development of mother-infant attachment scale. *Indian Pediatr* 1994; 31:1477-1482.
71. Mehler K, Wendrich D, Kissgen R, Roth B, Oberthuer A, Pillekamp F, Kribs A. Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants? *J Perinatol* 2011; 31:404-410.
72. Edhborg M. Postpartum depressive symptoms in family perspective: some indicator experiences and consequences [tesis]. Estocolmo: Karolinska University; 2004.
73. Delgado O. Estado actual de la teoría del apego. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adol* 2004; 4:65-81.
74. Wittowski A, Wieck A, Mann S. An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:171-175.

- 
75. Wan M, Green J. The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:123-134
  76. Betancourt L, Rodríguez M, Gempeler J. Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Univ Méd Bogotá Colombia* 2007; 48:261-276.
  77. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Gloven V. A new mother-to-infant bonding scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8:45–51.
  78. Rossel K, Carreño T, Maldonado M. Afectividad en madres de niños prematuros hospitalizados. Un mundo desconocido. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73:15.21.
  79. Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie J, Franc N, Combes C, Daudé H, Picaud J, Rideau A, Cambonie G. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity Ward. *Early Hum Dev* 2011; 87:281–287.
  80. Klier CM. Mother–infant bonding disorders in patients with postnatal depression: The Postpartum Bonding Questionnaire in clinical practice. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:289–291.
  81. Brockinton F, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation study. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:233–242.
  82. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Arch Womens Ment Health* 2001; 3:133–140.
  83. Hornstein C, Villalba T, Hohm E, Rave E, Wortmann S, Schwarz M. Maternal bond and mother–child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Arch Womens Ment Health* 2006;9:279–284.
  84. van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13:373-84.

- 
85. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Honjo S. Depression in the Early Postpartum Period and Attachment to Children – in Mothers of NICU Infants. Disponible en:  
<http://ir.nul.nagoyau.ac.jp/jspui/bitstream/2237/9350/5/Depression%20in%20the%20Early%20Postpartum%20period.pdf>.  
Consultado Diciembre 5, 2011.
86. Kumar R, Hipwell A. Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. *Br J Psychiatry* 1996; 169:18-26.
87. Stocky A, Tonge B, Nunn R. The reliability and validity of the Bethlem Mother-Infant Interaction Scale. *Br J Psychiatry* 1996; 169:27-29.
88. Hipwell A, Kumar R. Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *Br J Psychiatry* 1996; 169:655-661.
89. Santos M. Construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN: resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación. Buenos Aires: Facultad de Psicología –UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XV; 2008.
90. Spittle A, Orton J, Doyle L, Boyd R. Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2.
91. Forcada M, Perrethumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 2006; 118:107-114.
92. Garelli JC, Montuori E. Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. *Arch Arg Pediatr* 1997; 95:122-125.
93. Noorlander Y, Bergink V, Van den Berg MP. Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Arch Womens Ment Health* 2008;11:49-56

- 
94. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, Stone PW, Small L, Tu X, Gross SJ. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 118:1414-27.
95. Browne J. New perspectives on premature infants and their parents. *Zero to Three* 2003; Nov:4-12.
96. Tessier R, Cristo M, Velez S, Girón M, Figueroa Z, Ruiz-Paláez JG, Charpak, Y, Charpak N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics* 1998; 102:1-8.
97. Goldberg S, DiVitto, B. Parenting children born preterm. En: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting: Vol. 1: Children and parenting*. Mahway NJ: Erlbaum; 2005, pp. 209-231.
98. Racciati M. La Psicología Perinatal en movimiento. Aproximación a sus desarrollos en Francia, Argentina y México. Disponible en: [www.seadpsi.com.ar/congresos/cong.../iv/.../trabajo\\_64\\_559.pdf](http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong.../iv/.../trabajo_64_559.pdf) Consultado Diciembre 5, 2011.
99. Guendelman S. Neurobiología interpersonal: la depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. *Rev GPU* 2008;4:454-461.
100. Sheehan D, Lecrubier Y. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. Ferrendo L, Bobes J, Gilbert J. Madrid: Instituto IAP. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Geoffrey C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal Clinical Psychiatry* 1999; 59:22-33.
101. Garrido C, Espinoza I, Romo F. Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84:409-416.

- 
102. Miranda H, Cardiel L, Reynoso E, Oslas L, Acosta Y. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2003;66:22-8.
  103. Mendez L, Martínez M, Bermúdez J. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en Recién Nacidos Prematuros. *Acta Universitaria* 2007;17:46-51.
  104. Rivera M, Hernandez M, Hernandez G, Llano I, Castro P, Yllescas E, Canales R, Ahued J. Análisis de la mortalidad neonatal precoz en el Instituto Nacional de Perinatología (1999-2001). *Perinatol Reprod Hum* 2005;19:13-21.
  105. Murguía M, Lozano R, Santos J. Mortalidad perinatal por asfixia en México: problema prioritario de salud pública por resolver. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2005;62:375-83.
  106. Rincón R, Aranda C. Morbilidad de los recién nacidos prematuros en el Servicio de Neonatología. *Rev Mex Pediatr* 2006; 73;215-9.
  107. Cust AE, Darlow BA, Donoghue DA; Australian and New Zealand Neonatal Network (ANZNN). Outcomes for high risk New Zealand newborn infants in 1998-1999: a population based national study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003; 88:15-22.
  108. Eidelman AI. The role of the NICU in developing countries. *J Perinatol* 2002; 22:1.
  109. Secretaria de Salud. Hospital General de México. Guías diagnósticas de Medicina Física y Rehabilitación. Disponible en: [www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/rehabili/retraso\\_psico\\_motor.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/retraso_psico_motor.pdf) Consultado Febrero 16, 2012
  110. National Center for Infants, Toddlers and Families. Zero to Three. Folleto: Early Arrival. Finding the Magic of Everyday Moments With Your Baby in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Washington, 2006.
  111. Moddemann D, Shea S. The developmental paediatrician and neonatal follow-up. *Paediatr Child Health* 2006; 11:295.

- 
112. Díaz SV. El embarazo adolescente en México. *Gac Med Mex* 2003;139:S23-5.
113. Diario de Salud Medicina Digital. Alerta reporte sobre aumento de las cesáreas en México.  
Disponibile en: [www.medicinadigital.com/index.php/cirug%C3%ADa/17015-alerta-reporte-sobre-aumento-de-las-cesareas-en-mexico.html](http://www.medicinadigital.com/index.php/cirug%C3%ADa/17015-alerta-reporte-sobre-aumento-de-las-cesareas-en-mexico.html)  
Consultado Febrero 19, 2012.
114. Montiroso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R; NEO-ACQUA Study Group. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatr* 2012; 101:136-42.
115. Hopwood CJ, Flato CG, Ambwani S, Garland BH, Morey LC. A comparison of Latino and Anglo socially desirable responding. *J Clin Psychol* 2009; 65:769-80.
116. Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, Garner AS, McGuinn L, Pascoe J, Wood DL, Brown RT, Kupst MJ, Martini DR, Sheppard M, Cohen GJ, Smith KS. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2010; 126:1032-9.

---

## ANEXOS

---

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Octubre 2011	Noviembre 2011	Diciembre 2011	Enero 2012	Febrero 2012
Revisión bibliográfica					
Registro de protocolo					
Aplicación de los instrumentos					
Captura de resultados					
Análisis de resultados					
Presentación de tesis					





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:**  
Frecuencia de Depresión Postparto, Dificultades en el Apego y Riesgo Vincular en las Madres de los Recién Nacidos egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

**Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número: R-2011-1302-24**

**El objetivo del estudio es:**  
Describir la frecuencia de depresión postparto, dificultades en el apego y riesgo vincular en las madres de los recién nacidos egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

**Se me ha explicado que mi participación consistirá en:**  
Responder a los cuestionarios que se me presenten y permitir la observación de las visitas que yo realice a mi bebé. Me ha quedado claro que a mi bebé no le harán ninguna prueba o tratamiento distinto del que se requiera para su atención médica.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.  
El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.  
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.  
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 33 34 96 52 05 (Dr. Oliver López)

\_\_\_\_\_  
Testigo  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo  
Nombre y firma

**Clave: 2810-009-013**

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Codificación	Tipo de variable
Sospecha depresión postparto para las madres de los bebés que vayan a ser egresados antes de cumplir los 14 días de vida	La presencia en la versión mexicana de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo de $\geq 11$ puntos	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
Depresión postparto para las madres de los bebés que tengan más de 14 días de vida	La presencia en la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional de $\geq 5$ respuestas afirmativas en el módulo relacionado a Episodio Depresivo Mayor	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
Dificultades en el apego materno	El puntaje en la Escala de Apego Madre-Hijo $\geq 2$	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
Riesgo vincular para las díadas en las que no esté afectado el desarrollo natural de la interacción madre – bebé	El puntaje total diádico en la Escala de Observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) $< 7$	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa

Riesgo vincular para las díadas en las que si esté afectado el desarrollo natural de la interacción madre – bebé	El puntaje total materno en la Escala de Observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) < 3	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
<b>Variables sociodemográficas</b>				
Edad materna	El tiempo que ha vivido una persona medido en años	Número de años cumplidos		Discreta, cuantitativa
Número de embarazos	La cantidad de veces que la madre ha estado embarazada, incluidos recién nacidos vivos, abortos y óbitos	Número de embarazos		Discreta, cuantitativa
Escolaridad	El conjunto de cursos completos que un estudiante ha seguido	Primaria Secundaria Bachillerato Profesional	Primaria = 0 Secundaria = 1 Bachillerato = 2 Profesional = 3	Ordinal, cualitativa
Religión	La pertenencia a una organización religiosa	Católica Cristiana Otra	Católica = 0 Cristiana = 1 Otra = 2	Nominal, cualitativa
Estado civil	La situación en que se encuentra alguien en relación al matrimonio civil	Soltera Casada Unión libre	Soltera = 0 Casada = 1 Unión libre = 2	Nominal, cualitativa
Situación laboral	La actividad a la que la madre dedica la mayor parte de su tiempo fuera de las actividades de la maternidad	Ama de casa Trabajadora Estudiante Desempleada	Ama de casa = 0 Trabajadora = 1 Estudiante = 2 Desempleada = 3	Nominal, cualitativa

Buena situación económica	La percepción de la madre de sus ingresos como adecuados a sus necesidades o suficientes con algún problema ocasional	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
Antecedente de embarazo complicado	La presencia durante el embarazo de alguna condición patológica que pone en riesgo la salud de madre e hijo	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
Complicación durante el embarazo	La condición patológica que aparece durante el embarazo	Nombre de la complicación		Nominal, cualitativa
Antecedente de complicaciones maternas en el parto y postparto	La presencia de enfermedades materna en el parto y postparto	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
Complicación materna en el parto y postparto	La presencia de enfermedades maternas durante el parto y el puerperio	Nombre de las enfermedades		Nominal, cualitativa
Nacimiento por cesárea	La presencia de nacimiento por vía abdominal	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
Hospitalización prolongada	La estancia por más de un mes en la UTIN	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
<b>Variables de condiciones al egreso</b>				
Diagnósticos de egreso	Las condiciones clínicas que presenta el bebé durante su estancia en la UTIN	Nombre de la enfermedad		Nominal, cualitativa

---

Egreso en condiciones de alto riesgo	El egreso del recién nacido prematuro, con necesidades especiales o dependientes de tecnologías, los que tendrán una muerte anticipada y los que tienen condiciones familiares adversas	Si No	Si = 0 No = 1	Nominal, cualitativa
--------------------------------------	---	----------	------------------	-------------------------

---

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente, U.M.A.E. Hospital de Pediatría, Guadalajara, Jalisco.

Proyecto: Frecuencia de Depresión Postparto, Dificultades en el Apego y Riesgo Vincular en las Madres de los Recién Nacidos egresados de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Dirigido por: Dr. Oliver Jovan López Rodríguez, Residente de Neonatología. U.M.A.E. Hospital de Pediatría, Guadalajara, Jalisco. Correo electrónico: oliverlopez13@hotmail.com

No. Folio: \_\_\_\_\_

El objetivo de este cuestionario es conocer lo que usted piensa. Toda la información obtenida será anónima y confidencial. Gracias por su participación.

A. A continuación se presentan distintas preguntas, en unas le pedimos que anote los datos que correspondan y en otras que marque con una X la opción que considere la más apropiada.

	Cod.
1. Edad: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
2. Número de veces que ha estado embarazada: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
3. Último grado escolar cursado: <input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>	
4. Religión: <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	
5. Estado civil:	
Soltera <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> Casada <input style="width: 80px; height: 20px;" type="checkbox"/> En unión libre <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Separada <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> Divorciada <input style="width: 80px; height: 20px;" type="checkbox"/> Viuda <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
6. Situación laboral actual:	
Ama de casa <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/> Estudiante <input style="width: 60px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Trabajadora <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/> Desempleada <input style="width: 60px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
7. ¿Cómo percibe su situación económica actual?	
Tengo los ingresos adecuados a mis necesidades <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Tengo ingresos suficientes con algún problema ocasional <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Tengo ingresos que apenas me alcanzan y me causa algunos problemas <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
Tengo problemas económicos <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/>	
8. ¿Tuvo complicaciones durante su embarazo?	
Sí <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/> No <input style="width: 100px; height: 20px;" type="checkbox"/>	

---

9. ¿Cuáles?

10. ¿Tuvo complicaciones durante y después del nacimiento de su bebe?

Si

No

11. ¿Cuáles?

12. Tipo de nacimiento:

Parto

Cesárea

13. ¿Cuántos días de vida tiene su bebé?

14. ¿Cuánto tiempo de hospitalización tiene su bebé?

B. Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo

Sí, la mayor parte del tiempo

No, no muy a menudo

No, en absoluto

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

Tanto como siempre

Algo menos que antes

Definitivamente menos que antes

No, nada

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:

Sí, la mayoría de las veces

Si, algunas veces

No muy frecuentemente

---

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- No, nada
- Rara vez
- Sí, a veces
- Sí, muy frecuentemente

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- Sí, muy frecuentemente
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Las cosas me han estado agobiando:

- Sí, casi siempre
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

- Sí, casi siempre
- Sí, a veces
- No muy frecuentemente
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- Sí, casi siempre
- Sí, muy frecuentemente
- No muy frecuentemente
- No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, casi siempre
- Sí, muy frecuentemente
- Sólo ocasionalmente
- No, nunca



10. He pensado en hacerme daño a mi misma:

- Sí, muy frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

(A completarse por el aplicador) Total

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-786.

C. El siguiente cuestionario trata sobre los sentimientos que las madres tienen sobre sus bebés. Las palabras escritas a continuación describen algunos de los sentimientos que las madres tienen sobre sus bebés durante las primeras semanas de vida. Le pedimos que para cada palabra marque con una X la opción que describa mejor como se siente usted sobre su bebé. **No deje palabras sin contestar, pero solo marque una opción para cada una.**

**Ejemplos:**

Me siento:	Muchísimo	Mucho	Un poco	Nada
Preocupada por mi bebé			X	
Quiere decir que usted se siente un poco preocupada por su bebé.				
Me siento:	Muchísimo	Mucho	Un poco	Nada
Quiere decir que usted se siente mucho muy nerviosa por su bebé.				

Me siento:	Muchísimo	Mucho	Un poco	Nada
Con resentimiento hacia mi bebé				
Indiferente hacia mi bebé				
Alegre por mi bebé				
Con desagrado de mi bebé				
Protectora de mi bebé				
Decepcionada de mi bebé				
Agresiva con mi bebé				


(A completarse por el aplicador) Total

Modificado de: Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. Arch Womens Ment Healt 2005;8:45-51.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI).

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de protocolo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora en que inició la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Hora en que terminó la entrevista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Duración total: \_\_\_\_\_

A. Episodio depresivo mayor					
A1		¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimida o decaída la mayor parte del día, casi todos los días?	No	Si	1
A2		¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	No	Si	2
		¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	No	Si	
				Si	
A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>				
	a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	No	Si	3
	b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormida, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	No	Si	4
	c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieta o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	No	Si	5
	d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigada o sin energía?	No	Si	6
	e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	No	Si	7
	f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	No	Si	8
	g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerta?	No	Si	9
		¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	No	Si	
<b>Episodio Depresivo Mayor Actual</b>					

Scheehan, D.V., & Lecrubier, Y. (1999). M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. Ferrando, L., Bobes, J. M., Gilbert, J. Madrid: Instituto IAP. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Geoffrey, C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal Clinical Psychiatry*, 59 (20): 22 – 33.

Escala de Observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

Para las díadas en las que no esté afectado el desarrollo natural de la interacción madre – bebé.

Folio \_\_\_\_\_

• Función de Acercamiento

Puntaje	Posición de la mamá		Posición del bebé	
0	Alejada de la incubadora/cuna (a + de 30 cm de la incubadora/cuna)		De espalda ó De frente a la mamá	
1	Cercana a la incubadora/cuna ( a - de 30 cm de la incubadora/cuna)		De espalda a la mamá	
2	Cercana a la incubadora/cuna (a - de 30 cm de la incubadora/cuna)		De frente a la mamá	
3	Apoiada en la incubadora/cuna		De frente a la mamá	

• Función Corporal

Puntaje	Mamá		Bebé	
0	No toca la incubadora/cuna			
1	Toca la incubadora/cuna			
2	Introduce la mano en la incubadora/cuna sin tocar al bebé			
3	Toca al bebé: Mano / Pie		Acepta que la mama lo toque: Mano / Pie	
4	Toca al bebé: Ropa		Acepta que la mama lo toque: Ropa	
5	Toca al bebé: Cara / Cuello		Acepta que la mama lo toque: Cara /Cuello	
6	Acepta ser tocada por el bebé		Busca tocar a la mama	

• Función Visual.

Puntaje	Mamá		Bebé	
0	La madre no mira al bebé			
1	Desde Lejos: La madre mira al bebé alejada (a + 30 cm. del bebé) Cualidad de mirada: A. Recorre el cuerpo del bebé con la mirada B. Mira el rostro del bebé		El bebé acepta la mirada de la madre desde lejos (a +30 cm. del bebé) Cualidad de mirada: A. Recorriendo su cuerpo B. mirando su rostro	
2	Desde cerca: La madre mira al bebé a través del plástico de la incubadora/cuna (a - 30 cm. del bebé) Cualidad de mirada: A. Recorre el cuerpo del bebé con la mirada B. Mira el rostro del bebé		El bebé acepta la mirada de la madre desde cerca (a - 30 cm. del bebé) Cualidad de mirada: A. Recorriendo su cuerpo B. mirando su rostro Cualidad	
3	Sin barreras: La madre mira al bebé a través de la incubadora/cuna abierta (a - 30 cm. del bebé) Cualidad de mirada: A. Recorre el cuerpo del bebé con la mirada B. Mira el rostro del bebé		El bebé acepta la mirada de la madre sin barreras (a - 30 cm. del bebé) Cualidad de mirada: A. Recorriendo su cuerpo B. mirando su rostro	
4	La madre acepta la mirada del bebé		El bebé mira a la mamá	
5	La madre busca que el bebé la mire		El bebé responde	
6	La madre responde		El bebé busca que la mamá lo mire	

• Función Verbal

Puntaje	Mamá		Bebé	
0	No le habla			
1	Le habla alejada del bebe (+ de 30 cm)		Responde al estímulo verbal	
2	Le habla cercana al bebe (- de 30 cm)		Responde al estímulo verbal	
3	Realiza algún sonido vocal para llamar la atención del bebé		Responde: presta atención a su madre	
4	Le canta al bebé		Responde al canto de su madre	

• Función Postural

Marca con una X			Respuesta del otro miembro de la díada		
			Responde acercándose	Responde alejándose	Acepta
Modificación de postura	Mamá	Se acerca			
		Se aleja			
	Bebé	Se acerca			
		Se aleja			
No hay modificación de la postura inicial					

Puntaje total diádico	
-----------------------	--

Santos M. Construcción de una Escala de Observación del Vínculo madre-bebé internado en UCIN: Resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología – UBA, Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones; 2008. (Escala registrada en la Dirección nacional del derecho de autor. Expediente N° 645961).

---

Escala de Observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

Para las díadas en las que si esté afectado el desarrollo natural de la interacción madre – bebé.

Folio \_\_\_\_\_

• Función de Acercamiento

Puntaje	Posición de la mamá	
0	Alejada de la incubadora/cuna (a + de 30 cm de la incubadora/cuna)	
1	Cercana a la incubadora/cuna ( a - de 30 cm de la incubadora/cuna)	
2	Cercana a la incubadora/cuna (a - de 30 cm de la incubadora/cuna)	
3	Apoyada en la incubadora/cuna	

• Función Corporal

Puntaje	Mamá	
0	No toca la incubadora/cuna	
1	Toca la incubadora/cuna	
2	Introduce la mano en la incubadora/cuna sin tocar al bebé	
3	Toca al bebé: Mano / Pie	
4	Toca al bebé: Ropa	
5	Toca al bebé: Cara / Cuello	

• Función Visual.

Puntaje	Mamá	
0	La madre no mira al bebé	
1	Desde Lejos: La madre mira al bebé alejada (a + 30 cm. del bebé) Calidad de mirada: A. Recorre el cuerpo del bebé con la mirada B. Mira el rostro del bebé	
2	Desde cerca: La madre mira al bebé a través del plástico de la incubadora/cuna (a - 30 cm. del bebé) Calidad de mirada: A. Recorre el cuerpo del bebé con la mirada B. Mira el rostro del bebé	
3	Sin barreras: La madre mira al bebé a través de la incubadora/cuna abierta (a - 30 cm. del bebé) Calidad de mirada: A. Recorre el cuerpo del bebé con la mirada B. Mira el rostro del bebé	

• Función Verbal

Puntaje	Mamá	
0	No le habla	
1	Le habla alejada del bebe (+ de 30 cm)	
2	Le habla cercana al bebe (- de 30 cm)	
3	Realiza algún sonido vocal para llamar la atención del bebé	
4	Le canta al bebé	

Puntaje total	
---------------	--

Modificada de: Santos M. Construcción de una Escala de Observación del Vínculo madre-bebé internado en UCIN: Resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología – UBA, Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones; 2008. (Escala registrada en la Dirección nacional del derecho de autor. Expediente N° 645961).

---

Condiciones al egreso de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de la U.M.A.E. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, Jalisco.

Folio: \_\_\_\_\_

Diagnósticos al ingreso	
Diagnósticos al egreso	
Edad gestacional al nacer	
Edad gestacional corregida al egreso	
Peso al nacer	
Peso al egreso	
Días de estancia en UTIN	
Días de estancia totales	
Egreso a domicilio	
Egreso a segundo nivel	
Necesidad de oxígeno suplementario domiciliario	
Alto riesgo neurológico	
Uso de medicamentos anticonvulsivos	
Alimentación por sonda orogástrica o gastrostomía	
Enfermedad cardiológica y uso de medicamentos relacionados	
Evacuación o micción por estomas	
Retinopatía del prematuro	
Intestino corto	
Válvula de derivación ventriculoperitoneal	
Necesidad de ventilación mecánica	
Necesidad de traqueostomía	
Otras	



