

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Selva Valentina Casal Cesarini

**Depresión materna perinatal y su relación con trastornos externalizantes
en la primera infancia en Uruguay**

Montevideo

2021

Selva Valentina Casal Cesarini

**Depresión materna perinatal y su relación con trastornos externalizantes
en la primera infancia en Uruguay**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde. Cooperação Internacional entre Fundação Oswaldo Cruz e a Universidad de la República, Uruguay.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha.

Montevideo

2021

Título do trabalho em inglês: Maternal perinatal depression and its relationship with externalizing disorders in early childhood in Uruguay.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C335d Casal Cesarini, Selva Valentina.
Depresión materna perinatal y su relación con trastornos externalizantes en la primera infancia en Uruguay / Selva Valentina Casal Cesarini. — 2021.
68 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Mariza Miranda Theme Filha.
Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) –
Fundação Oswaldo Cruz, Montevideu-UY, 2021.

1. Psicopatologia. 2. Criança. 3. Depressão. 4. Assistência Perinatal.
5. Depressão Pós-Parto. 6. Saúde Materno-Infantil. 7. Fatores de Risco.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.9201

Selva Valentina Casal Cesarini

**Depresión materna perinatal y su relación con trastornos externalizantes
en la primera infancia en Uruguay**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde. Cooperação Internacional entre Fundação Oswaldo Cruz e a Universidad de la República, Uruguay.

Data de Aprovação: 5 de marzo de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Simone Assis

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profa. Dra. Andrey Moreira Cardoso

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha.(Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Montevideo

2021

AGRADECIMIENTOS

A comienzos del año 2018 en el departamento de Medicina preventiva y social nos proponen a los docentes la oportunidad de realizar una maestría en epidemiología en nuestro país con una formación en conjunto de la Udelar con la Fundación Oswaldo Fiocruz de Brasil. Un área aún en descubrimiento para mí. Me generaba mucha ilusión saber más de ella y poder vincular la epidemiología a mi pasión que es la salud mental de niños y adolescentes. Es así que, motivada por docentes del departamento, por mis referentes en la carrera de medicina y psiquiatría que empiezo a soñar que era posible empezar este nuevo camino para mí, todo un nuevo desafío. En otro idioma, con clases extensas e intensas donde por momentos se hacía cuesta arriba seguir con las rutinas y sumarle este mundo nuevo. Pese a los contratiempos y varios cambios de planes, fue tomando forma. Gracias a mi grupo de compañero/as que hicieron más llevadero el trabajo día a día, apoyándonos cada semana, en cada etapa desde nuestras fortalezas y debilidades. Tuve la suerte de hacer amigos, conocer grandes personas y profesionales durante este proceso de aprendizaje. Gracias al apoyo y guía de los docentes de maestría, cada uno en su área se entregó al máximo para que pudiéramos aprovechar cada minuto y el conocimiento que nos brindaban en cada instancia. Gracias a mi orientadora la profesora Mariza Theme quien me acompañó, enseñó y me supo comprender en muchos momentos en los que sentía que era imposible seguir. Pensando juntas alternativas y soluciones a los problemas que surgían, por estar en cada detalle con la mejor predisposición. Por la infinita paciencia en cada tropiezo, que hicieron parte de este camino en varias momentos. Estoy agradecida por la oportunidad de ser su alumna, sé que fui muy afortunada por el destino que nos cruzó. Me llena de satisfacción haber tenido la posibilidad de realizar este trabajo y haber podido llevar a cabo el proceso. Agradezco a la Fundación Oswaldo Cruz – FIOCRUZ y a La Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca –ENSP- Agradezco a la Universidad de la República Udelar, al Departamento de salud preventiva y social, a su profesora Marisa Buglioli, a la docente adjunta Alicia Alemán quienes propiciaron esta maestría y en todo momento nos apoyaron motivándonos a seguir el camino. A mis docentes, jefes y compañeras en otros trabajos, en la residencia de psiquiatría, que comprendieron mis ausencias y el cansancio que a veces implicaba hacer varias cosas a la vez. A mis amistades y mi familia que me apoyaron y sostuvieron aceptando postergar momentos y tiempo con ellos para cederle tiempo y dedicación a mi trabajo. Gracias por permitirme con esta maestría enriquecer mi mirada para ver más allá de la realidad que mi carrera y mi corta experiencia me habían mostrado hasta ahora. Por permitirme intentar ver

la realidad desde otra perspectiva y saber que hay mil cosas por aprender y áreas apasionantes aún por descubrir.

RESUMEN

El estudio de la psicopatología materna y su asociación con trastornos en la infancia ha sido muy estudiado, así como su asociación con otros determinantes. Sin embargo, son escasos los estudios que valoran el efecto causal de la depresión materna para trastornos mentales en niños de edad preescolar. Pretendiendo realizar aportes al conocimiento sobre el tema, dada su importancia a nivel de la salud pública es que mediante el presente trabajo se evaluó la relación entre sintomatología depresiva materna perinatal y la psicopatología en niños. Dada la complejidad del abordaje y los múltiples factores influyentes es que se realizó un modelo de análisis multivariado, cuya identificación del conjunto mínimo de variables para el control de posibles factores de confusión se realizó a través de un Diagrama Acíclico Dirigido (DAG). En el mismo se incluyen posibles factores de riesgo basándonos en la literatura existente. El DAG es una herramienta que codifica gráficamente los determinantes causales de la relación entre las diferentes variables, a través de la conexión de flechas, permitiendo construir un modelo teórico-conceptual para describir la relación causal entre depresión materna perinatal y trastornos externalizantes de la primera infancia en Uruguay. Los datos fueron obtenidos de la encuesta realizada en la primera y segunda ola de ENDIS (Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud) desarrolladas durante los años 2013 y 2015, respectivamente. Fueron incluidas en el estudio las diadas madre-hijo, quienes fueron entrevistados en la primera y segunda ola que fueron respondidas por la madre niño/as a las que se les aplicó el cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL) durante la segunda ola. El CBCL, clasifica según su resultado a los niños en normales, borderline y clínico para los trastornos internalizantes y externalizantes. Nuestro estudio tuvo por objetivo evaluar la relación entre la patología depresiva perinatal materna y el desarrollo de trastorno externalizantes en la primera infancia de Uruguay. Se incluyeron los datos de 2239 niños y niñas encuestados en la primera y segunda ola donde la entrevista fue respondida por la madre del niño. Se llevó a cabo un análisis multivariable mediante modelos de regresión logística binomial, para estimar el Odds Ratio ajustado por las covariables seleccionadas en el DAG y disponibles en la base de datos de la ENDIS, con sus respectivos IC al 95%. En suma, del análisis bruto y ajustado, se observa una asociación estadísticamente significativa entre depresión materna perinatal y desarrollo de trastornos externalizantes en niños de 3 a 6 años, con un OR de 2,48 y 2,27 respectivamente. Confirmando que la psicopatología perinatal materna es un factor de peso para el desarrollo de la psicopatología infantil.

Palabras-clave: psicopatología infantil, depresión perinatal, depresión materna, trastornos externalizantes, primera infancia.

ABSTRACT

The study of maternal psychopathology and its association with disorders in childhood has been extensively studied, as well as its association with other determinants. However, few studies assess the causal effect of maternal depression for mental disorders in preschool-age children. Aiming to make contributions to knowledge on the subject, given its importance at the public health level, is that through this work the relationship between maternal perinatal depressive symptoms and psychopathology in children was evaluated. Given the complexity of the approach and the multiple influencing factors, a multivariate analysis model was carried out, whose identification of the minimum set of variables to control possible confounding factors was carried out through a Directed Acyclic Diagram (DAG). It also includes possible risk factors based on the existing literature. The HGD is a tool that graphically encodes the causal determinants of the relationship between the different variables, through the connection of arrows, allowing the construction of a theoretical-conceptual model to describe the causal relationship between maternal perinatal depression and externalizing disorders of early childhood in Uruguay. The data were obtained from the survey carried out in the first and second wave of ENDIS (National Survey of Child Development and Health) developed during the years 2013 and 2015, respectively. The mother-child dyads were included in the study, who were interviewed in the first and second waves, who were answered by the mother of children who were given the Child Behavior Checklist CBCL questionnaire during the second wave. The CBCL classifies children according to their outcome as normal, borderline, and clinical for internalizing and externalizing disorders. Our study aimed to evaluate the relationship between maternal perinatal depressive pathology and the development of externalizing disorders in early childhood in Uruguay. The data of 2239 children surveyed in the first and second waves were included where the interview was answered by the child's mother. A multivariate analysis was carried out using binomial logistic regression models, to estimate the Odds Ratio adjusted for the covariates selected in the DAG and available in the ENDIS database, with their respective 95% CI. In sum of the crude and adjusted analysis, a statistically significant association is observed between perinatal maternal depression and the development of externalizing disorders in children aged 3 to 6 years, with an OR of 2.48 and 2.27 respectively. Confirming that maternal perinatal psychopathology is a weighty factor for the development of child psychopathology.

Keywords: infantile psychopathology, perinatal depression, maternal depression, externalizing disorders, early childhood.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1- Variables de la madre. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). Uruguay, 2013/2015.....	23
Tabla 2 – Variables del niño/a. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). Uruguay, 2013/2015.....	45
Tabla 3 - Efecto de la depresión materna perinatal en el desarrollo de trastornos externalizantes en niños de 3 a 6 años. Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) – Uruguay, 2013 / 2015.....	47

SUMARIO

1 INTRODUCCIÓN	12
2 MARCO TEÓRICO	16
2.1 DEPRESIÓN MATERNA POST PARTO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD MATERNA Y DE LOS NIÑOS	16
2.2 DEPRESIÓN PERINATAL	16
2.3 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO	18
2.4 LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA	19
2.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA.....	21
2.6 SISTEMA DE EVALUACIÓN EMPÍRICA ASEBA	24
2.7 EVALUACIONES PREESCOLARES - INSTRUMENTO CBCL (EDADES 1½-5)...	25
2.8 FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS EXTERNALIZANTES EN NIÑOS	30
2.9 EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS EXTERNALIZANTES EN NIÑOS	34
3 JUSTIFICACIÓN	37
4 OBJETIVOS	38
4.1 OBJETIVO GERAL.....	38
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
5 METODOLOGIA	39
5.1 POBLACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA - ENDIS	39
5.2 PRIMERA RONDA	40
5.3 SEGUNDA RONDA.....	40
5.4 TRABAJO DE CAMPO DE LA ENDIS	41
5.5 METODOLOGÍA DE ESTE ESTUDIO.....	42
5.6 ANÁLISIS DE DATOS	45

6 RESULTADOS	47
7 DISCUSIÓN	52
8 CONSIDERACIONES FINALES.....	57
REFERENCIAS.....	588

1 INTRODUCCIÓN

El desarrollo del psiquismo en el ser humano se encuentra íntimamente condicionado por las primeras experiencias y sus primeros vínculos. La infancia es un período crítico para la adquisición de aspectos emocionales y cognitivos que permitirán la estructuración del sujeto. Estas primeras bases del conocimiento en el campo de la salud mental de los niños han sido ampliamente estudiadas por varios autores. Como es el caso de La teoría del apego desarrollada por Bowlby, durante los años 1969 a 1980, esta teoría describe el efecto que producen las experiencias tempranas de los sujetos y la relación del recién nacido con la primera figura vincular en su desarrollo. Para Bowlby (1988) de las experiencias del individuo con esas figuras significativas (habitualmente los padres) dependerá su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos a lo largo de su vida. Afirmaba que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en la vida del niño se verá influenciada y en cierto modo determinada también, por el patrón de apego desarrollado. Dicha teoría tiene actualidad hasta el día de hoy y es considerada uno de los más revolucionarios conceptos de los últimos 60 años acerca del desarrollo de los niños (Bowlby, 1988)(2).

De igual forma otros autores como Winnicott, (1991) les otorgan importancia a los primeros años de vida. Es precisamente en este periodo del desarrollo cuando la privación resulta más nociva, logrando generar una interrupción en el proceso de socialización, y con él la capacidad del niño para lograr ponerse en la situación de otra persona, es decir empatizar con otro (3)(4).

Los patrones de apego también fueron descritos por Mary Ainsworth en base a su estudio longitudinal emblemático de Baltimore, en el que ella y sus alumnos observaron la interacción del infante y su madre, el comportamiento de apego de los niños, durante el primer año de vida (5).

Es sabido que todos los niños necesitan un ambiente seguro, con cuidadores afectuosos que brinden protección física, además del sentimiento de seguridad física y emocional ofreciéndole a éste los cuidados necesarios para su desarrollo. El crecimiento se ve influenciados por múltiples factores epigenéticos, es decir la interacción entre factores genéticos y ambientales que determinarán su evolución. Durante los primeros años de vida se sientan las bases de los soportes neuronales, así como de los procesos psicomotores,

cognitivos, comunicacionales y emocionales que se desarrollan completamente a lo largo de la infancia y la adolescencia. Estas bases no quedan totalmente consolidadas durante los primeros años de vida, aunque el auge y varios factores determinantes se dan en ese período, luego en el transcurso de la segunda infancia continúa el proceso y se hace más complejo modificarlas (6).

Las experiencias negativas durante los primeros años de vida pueden tener consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Cuando los niños están sometidos a un estrés prolongado y severo sus niveles de cortisol permanecen elevados durante largos períodos de tiempo. El estrés, durante extensos períodos no es lo normal y resulta tóxico para el organismo, pudiendo actuar a nivel genético, activando o desactivando genes específicos, así como también generando cambios más profundos, en la estructura cerebral. En muchas ocasiones el impacto ante los eventos adversos puede ser minimizado. Cuando las figuras de apego, sus cuidadores principales logran brindarle una adecuada contención, acorde a las necesidades del niño. Este rol de cuidado juega un papel crítico, no solo en la respuesta conductual visible, sino también en la regulación de las respuestas hormonales al estrés. Es así, que los niños que experimentan un apego seguro tienen respuestas hormonales al estrés más reguladas, logrando que la reacción sea de menor intensidad y más adecuada. Lo contrario ocurre en los niños en que sus vínculos de apegos han sido inseguros o desorganizados (7)(2).

Al analizar la literatura latinoamericana, podemos observar que son escasos los trabajos de investigación dedicados exclusivamente a la salud mental de los niños durante la primera infancia. Sabemos que el área psiquiatría infantil es bastante reciente en nuestra región, siendo probable que responda en parte al lento desarrollo de la especialidad. A pesar de ello, sabemos que la salud mental es un constructo y que éste comienza a desarrollarse desde el primer día de vida. Haciendo que el observar y saber en detalle minuciosamente sea una necesidad fundamental para los resultados posteriores. Los factores que pueden actuar como desencadenantes que aumentan el riesgo y/o protección son necesarios para poder realizar acciones de promoción, prevención y atención ya desde pequeños. El conocer, nos permitirá actuar de manera eficaz, eficiente y dirigida, focalizándonos en lo determinante. Basarse en la evidencia científica, en lo que se ha demostrado tener efectos positivos. La creación de programas de salud y políticas públicas adecuadas, serán relevantes a corto plazo en el individuo, permitiendo su adaptación al entorno y mejorando su calidad de vida. La

prevención logra disminuir el riesgo y/o repercusiones de la patología mental crónica en la vida adulta, ya que la psicopatología de inicio infantil genera en muchas ocasiones deterioro crónico, continuando en la vida adulta. (8) Para valorar los problemas conductuales en los preescolares es necesario tener en cuenta múltiples informantes, por ejemplo: los padres, los educadores de centros académicos y así como los referentes en diferentes ámbitos en que se desempeñen. Es importante tener presente que la diversidad de contextos genera diversidad de conductas siempre, así como las perspectivas de los informantes según su rol en la vida del niño.(4) Los diferentes puntos de vista, están atravesados por la variabilidad en pautas de crianza, la ética, la moral con las normas sociales del lugar, los valores y la historia personal.(9) La perspectiva de los adultos varía e influirá en lo que se considere problemático o no, respecto a las conductas del niño(10).

Al hablar de los problemas de salud mental en la infancia, no podemos disociarlo de la salud materna, la díada madre- hijo. En una madre con patología psiquiátrica puede existir una menor sensibilidad, disponibilidad y capacidad de respuesta para con las necesidades de su hijo involuntariamente y por tanto podría darse una menor capacidad de cuidado. (11)La patología mental materna es compartida en muchas ocasiones con los padres de los niños, en mayor o menor medida, sobre todo en el período perinatal, provocando un efecto dominó y afectando la crianza (12)(13)Los síntomas depresivos se correlacionan significativamente entre madres y padres dentro de las parejas, percibiendo en ocasiones el temperamento de su hijo entre los 3 y 18 meses como más difícil de lo que pueden percibir padres que no presentan síntomas depresivos (14). A su vez, coincide con la evidencia que en estos casos, hay mayores tasas de problemas de conducta en los niños pequeños con entornos familiares afectados. (14)(15)(16)

Los datos sugieren que, en los países de bajos y medianos ingresos, los efectos negativos de los trastornos mentales maternos en el crecimiento y desarrollo de los lactantes y niños se ven fuertemente influenciados por la pobreza, la desnutrición y la adversidad social crónica (17). En los países de altos ingresos, se calcula que alrededor del 10% de las mujeres embarazadas y un 13% de las mujeres que acaban de dar a luz atraviesan algún un trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes la depresión o la ansiedad. Sin embargo revisiones han indicado que las tasas más altas de trastornos mentales perinatales se dan en mayor medida en las mujeres de países de bajos y medianos ingresos. Se encontró que la prevalencia

media ponderada de estos trastornos era del 15,6% (IC 15,4–15,9) en mujeres embarazadas y 19,8% (IC 95%:19,5–20,0) en mujeres que habían dado a luz recientemente (18).

2 MARCO TEÓRICO

2.1 DEPRESIÓN MATERNA POST PARTO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD MATERNA Y DE LOS NIÑOS

El embarazo y el nacimiento de un bebé induce cambios repentinos e intensos, en lo físico, en lo social, con una mujer con un nuevo rol y nuevas responsabilidades. Este período representa un momento de mayor vulnerabilidad ante la aparición de trastornos mentales provocados por la vorágine de sucesos estresantes, propios del periodo. Al hablar de la depresión durante el puerperio, se puede clasificar en tres categorías: la tristeza posparto o baby blues, la psicosis y la depresión posparto.

La tristeza posparto o también llamada baby blues, tiene una incidencia de 300–750 casos por cada 1000 madres en todo el mundo. A diferencia de otras emociones, este sentimiento de tristeza que acompaña los primeros días del nacimiento se puede resolver en unos días a una semana, generando poca repercusión. Para lo que es necesaria la contención y un entorno tranquilo para cada integrante del núcleo priorizando el binomio madre-hijo.

La prevalencia global de la depresión posparto, se estima en 100 a 150 casos por 1000 nacimientos (19).

En general, la depresión posparto (DPP) se define como la que ocurre entre las 4 a 6 semanas después del parto. Si bien en estudios australianos se han reportado la persistencia de síntomas depresivos maternos más allá del primer año posparto, con madres que informan más síntomas depresivos a los 4 años de seguimiento, que en los primeros 12 meses posparto (20). Los síntomas persisten desde el embarazo hasta los 4 años posparto en una de cada once mujeres (21) y los síntomas persisten desde el primer año a 6–7 años posparto en una de cada seis mujeres (22).

2.2 DEPRESIÓN PERINATAL

La definición de este trastorno ha variado con los años, en la penúltima versión en el manual de trastornos mentales (DSM-IV), la Asociación Psiquiátrica Americana estipulaba que se podía incluir dentro del trastorno depresivo un especificador del comienzo de la depresión denominado "postparto". Actualmente en la última versión (DSM-V) de 2013, se reemplazó el nombre del especificador por el de "periparto", pudiendo aplicarse a todo episodio depresivo de

comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. La razón de este cambio es la constatación de que el 50% de los episodios de depresión postparto comienza en realidad durante el embarazo, lo que da cuenta de la continuidad de los problemas del humor perinatales.(23)(24)

Los especialistas en psiquiatría perinatal designan con el nombre de “**Depresión Perinatal**” a los cuadros depresivos que se inician durante el embarazo o hasta un año después del parto, con este criterio se pretende no limitar la depresión a las primeras cuatro semanas del puerperio. El término Depresión perinatal, se justifica sobre todo por las necesidades específicas en este periodo tanto en las embarazadas como en las puérperas que cursan depresión y por los potenciales efectos que pueden causar en la descendencia (25).

Los síntomas son similares a un episodio depresivo mayor, con pérdida de interés o placer en las actividades, trastornos y alteraciones del sueño, trastornos del apetito, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, menor capacidad de la concentración, irritabilidad, ansiedad y pensamientos de autodestrucción.

La prevalencia de DPP varía según el país, según las herramientas de diagnóstico utilizadas y el período durante el cual se determina la prevalencia(26).

Para evaluar la magnitud y los factores de riesgo asociados con esta afección, se realizó una revisión sistemática, de un total de 203 artículos entre 2005 y 2014. Se encontró variaciones, en los países en desarrollo del 5,2 al 74,0% (Pakistán y Turquía, respectivamente) y en los desarrollados, entre el 1,9 y el 82,1% (Alemania y Estados Unidos, respectivamente) (27).

La DPP no tratada puede tener consecuencias muy negativas y riesgos tanto para los bebés como para las mamás. Problemas tales como, un funcionamiento cognitivo deficiente, alteraciones del comportamiento, desajustes emocionales con conductas violentas, trastornos externalizantes, como otros trastornos psiquiátricos y médicos crónicos.

Slomian et.al (2019)(28) realizó una revisión del tema donde expuso algunas de las consecuencias más relevantes de la depresión postparto, tanto para la madre como para el niño, en diferentes áreas o categorías. Aunque aún no hay pruebas suficientes para decir que la depresión postparto empeore el estado físico en sí mismo, se observó que las madres con depresión realizaban más consultas a emergencia. En el área psicológica se encontró una tendencia hacia la sintomatología ansiosa y depresiva mayormente. Siendo el estado de ánimo deprimido un predictor significativo de salud mental a futuro del binomio. Se demostró que el comportamiento de las mujeres con puntajes altos en las escalas de depresión, presentaba niveles

significativamente más altos de ira, así como mayor dificultad en el control de las emociones negativas, propio de los trastornos del humor.

Las madres que padecen depresión presentan mayor riesgo a padecer trastornos de ansiedad en general. En la depresión diagnosticada los días posteriores al parto, se demostró que la severidad e intensidad de los síntomas es de mayor dentro de las primeras 6 semanas, luego la sintomatología va disminuyendo intensidad con el tiempo.(29)

En la población que presenta DPP la calidad de vida y la percepción subjetiva de la misma, en todos los casos se ve afectada, generando repercusiones en sus vínculos sociales, los cuales se reducen y restringen. Presentan mayores dificultades en el vínculo de pareja y el funcionamiento del hogar que también se ve afectado por la patología materna.

Las mujeres que presentan depresión son más vulnerables frente a las conductas de riesgo, como lo es el consumo de sustancia y las adicciones en general. Otras conductas de riesgo como la ideación suicida se ve profundizada en las madres que presentan sintomatología de humor en menos, con mayor predisposición a pensamientos autodestructivos, así como la idea e intención de dañar a sus hijos que también fue encontrada. Se cree que las intenciones de infanticidio muchas veces se ven encubiertas por la ideación suicida (30)(31)(28).

Durante el desarrollo se ven cambios en el comportamiento de los niños, se ha demostrado el efecto significativo de los síntomas depresivos maternos, demostrándose respuestas negativas en los lactantes. Se ha descrito un aumento en los problemas del comportamiento en los niños a los 2 años, con trastornos del estado de ánimo, temperamento difícil, problemas internalizados y dificultad en la regulación de sus emociones. Se demostró que la depresión podría explicar una porción significativa del comportamiento de los niños, su búsqueda de afecto y la atención de sus madres, sobre todo en los hijos de madres adolescentes (32). Los bebés de madres deprimida, tuvieron un puntaje ante el miedo significativamente mayor y niveles más altos de trastornos emocionales como la ansiedad, respecto a los bebés de madres no deprimidas (13).

2.3 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO

Son múltiples los factores de riesgo que predisponen a padecer depresión postparto (DPP), estos van desde factores socioeconómicos, familiares e individuales. Es en estas situaciones donde las redes de apoyo a las familias juegan un rol determinante, el entorno más próximo de la puérpera y su bebé puede disminuir o favorecer la morbilidad (33).

La predisposición biológica es más importante cuando hay antecedentes de depresión materna previa y / o depresión durante el embarazo, además de las desventajas socioeconómicas y la falta de contención (34)(24).

Es llamativo que a pesar de las diferentes culturas, los factores de riesgo parecen ser bastante estables en todas. Como es el caso de los determinantes de riesgo entre países de bajos y medianos ingresos, siendo el riesgo socioeconómico, problemas previos de salud mental, las malas relaciones intrafamiliares y los eventos reproductivos adversos, como categorías clave para llevar en registro(18).

Trabajos de revisión realizados por Aliane y colaboradores en el año 2011, de un total de 35 artículos, se destacaron 70 factores de riesgo para DPP, que se agruparon en ocho categorías: por un lado la genética (1 factor), el factor hormonal (1 factor), obstétricos (2 factores), psicológicos / psiquiátricos (25 factores), la salud del bebé (3 factores), la salud materna (9 factores), lo socioeconómico / cultural (15 factores) y apoyo social / relaciones interpersonales (14 factores). Coincidiendo con la evidencia previa, de ser los antecedentes patológicos mentales previos y el medio los de mayor peso (11).

2.4 LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA

Los trastornos mentales representan alrededor del 16% de la carga mundial de enfermedades y de las lesiones en personas de 10 a 19 años. Se ha descrito que la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años de edad, siendo de estos en su mayoría casos no diagnosticados, ni tratados de manera adecuada hasta edades adultas o nunca (35).

Los datos sugieren que un número cada vez mayor de niños, incluso en países de altos ingresos, comienzan la vida en peores condiciones que sus pares, con desventaja (padecen trastornos mentales y /o están expuestos a múltiples factores de riesgo), porque no reciben la atención oportuna y necesaria para su óptimo desarrollo. Aún es insuficiente lo que se hace a nivel mundial para disminuir riesgos en los primeros años de la vida, ya que es el momento en que la plasticidad cerebral y oportunidades de cambio son aún mayores(36)(37).

A su vez, dentro de los problemas de salud mental en niños, los trastornos del comportamiento infantil son la sexta causa principal de carga de enfermedad entre los adolescentes y niños del mundo, están presentes entre un 2% y un 8% de los niños y adolescentes (38).

Según datos nacionales, en Uruguay, un 19 % de niños entre 6-11 años son portadores de Problemas Externalizados y un 13,5% se encuentran en una zona de riesgo para padecer algún tipo de trastorno mental (39).

Los problemas conductuales pueden describirse como el conjunto de comportamientos no esperables para la edad, que se manifiestan en diferentes conductas de los niños y las niñas. Estas alteraciones en la conducta suelen generar dificultades en el relacionamiento con sus pares, padres/o cuidadores. A modo de simplificación estos pueden ser clasificados en dos grandes dominios y/o dimensiones: por un lado los problemas internalizantes y por otro los externalizantes.

Las dificultades como la ansiedad, miedo, retraimiento y timidez se encuentran dentro de los problemas internalizantes, mientras que los externalizantes incluyen comportamientos agresivos, exteriorizados y en casos graves pueden surgir conductas antisociales.

Los trastornos de conducta provocan un gran malestar en los niños, sus familias y sus establecimientos educativos, se asocian en muchos casos con dificultades en las habilidades sociales, problemas de atención, así como también en un gran porcentaje presentan dificultades en los aprendizajes. Debido a la gran repercusión que pueden y generan los trastornos del comportamiento es muy relevante la identificación precoz de los niños en riesgo, para el desarrollo de los emocionales y conductuales, evitando una mala evolución del problema y las posibles repercusiones (10).

Al momento de establecer la evolución de los trastornos en niños, algunos autores plantean que las primeras alteraciones emocionales y conductuales en los niños en la primera infancia (0-3 años) serían transitorias, basándose en los múltiples cambios madurativos y dinámicos que engloba esta etapa. Otros autores por el contrario plantean que los problemas emocionales y del comportamiento tempranos pueden ser estables en el tiempo, lo que no implicaría que siempre configuren un trastorno psiquiátrico grave a futuro, pero si, es probable que en los casos más vulnerables la intervención precoz podría mejorar y hasta revertir la sintomatología presente. La persistencia en el tiempo es más frecuente en los casos con problemas de tipo externalizantes, que los de tipo internalizantes. Además se destaca que los problemas tienden a persistir cuanto más graves e intensos son sus síntomas, así como dependiendo del ambiente familiar y las características de sus cuidadores que ejercerán gran influencia en la permanencia o no de los mismos (40).

Los niños en edad preescolar son una buena oportunidad para abordar los problemas de comportamiento disruptivo desde el principio. A esta edad se exteriorizan las conductas, como la agresión y la impulsividad, formas comunes de desajuste y expresión en los niños más pequeños. Es mediante estos desajustes que reflejan sus limitadas habilidades de autorregulación propias de esta etapa, las que luego comenzarán a desarrollar a lo largo de su transición por la etapa escolar. Los niños en edad preescolar con altos niveles de comportamiento de externalización, se encuentran en un nivel de riesgo elevado de una amplia gama de problemas posteriores, es decir repercusiones del agravamiento como pueden ser; el fracaso académico, las habilidades sociales deficientes, el rechazo de sus compañeros, mayores niveles de conflictos familiares y la delincuencia juvenil.(3)(41) La presencia de múltiples factores de riesgo ambientales se han relacionado fuertemente con los problemas persistentes del comportamiento de inicio temprano (42).

Se ha descrito en la literatura que los niños con trastornos externalizantes severos pueden presentar cambios en la respuesta de su sistema nervioso. Es decir, ha sido demostrado que estos chicos presentan una disminución de la reactividad electro dérmica, generada por las glándulas sudoríparas, que están inervadas por componentes del sistema nervioso simpático (SNS) y del sistema nervioso autónomo (SNA). El SNS es el encargado de activarse frente a una situación detectada como amenazante, permitiendo al sujeto desencadenar las respuestas de "lucha o huida". A su vez de manera concomitante hay un aumento la secreción de las glándulas sudoríparas, un aumento tanto de la frecuencia cardíaca como del flujo de oxígeno a nivel sistémico.

En cambio en los pacientes con afectación grave de sus conductas, se ha comprobado lo inverso, hay una baja activación del SNS frente a situaciones que serían consideradas de estrés, presentando una menor respuesta fisiológica ante un mismo estímulo estresante para un chico sin patología. Se ha observado que niños con trastornos externalizantes, caracterizados por conductas agresivas, presentan menor inhibición conductual frente a situaciones adversas. Pudiendo facilitarlas "menor miedo", ya que hay una menor percepción y respuesta desde el punto de vista biológico ante situaciones de riesgo o amenazantes (43)(44)(45)

2.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA

Es importante destacar que las clasificaciones de las patologías en psiquiatría si bien son

incómodas por el temor genuino a la estigmatización de los individuos, sabemos que son necesarias. Con la finalidad de sistematizar su estudio y mejorar los abordajes, estas deben ser flexibles en cierta medida, sobretodos en los niños, donde el seguimiento evolutivo es determinante. Uno de los principales es el objetivo debe ser lograr mediante una denominación concreta, ejecutar el mejor abordaje terapéutico posible para el paciente en ese momento. Es fundamental valorar la patología psiquiátrica en su evolución, en su más amplio concepto bajo la influencia de factores de índole, social, cultural, étnicos y biológicos.

Los diagnósticos en salud mental infantil se han modificado en su descripción y categorización a lo largo de los años. Para comprender en que se basan debemos dividirlos en dos grandes grupos o modelos taxonómicos, por un lado el modelo categorial y por otro el modelo dimensional.

La taxonomía categorial es la más extendida en psicopatología y utilizada en la investigación como en la clínica, es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).El DSM organiza los trastornos en categorías, subdivididas en subtipos, dentro de un mismo trastorno se presentan diferentes especificadores, siguiendo el modelo biopsicosocial para las mismas.

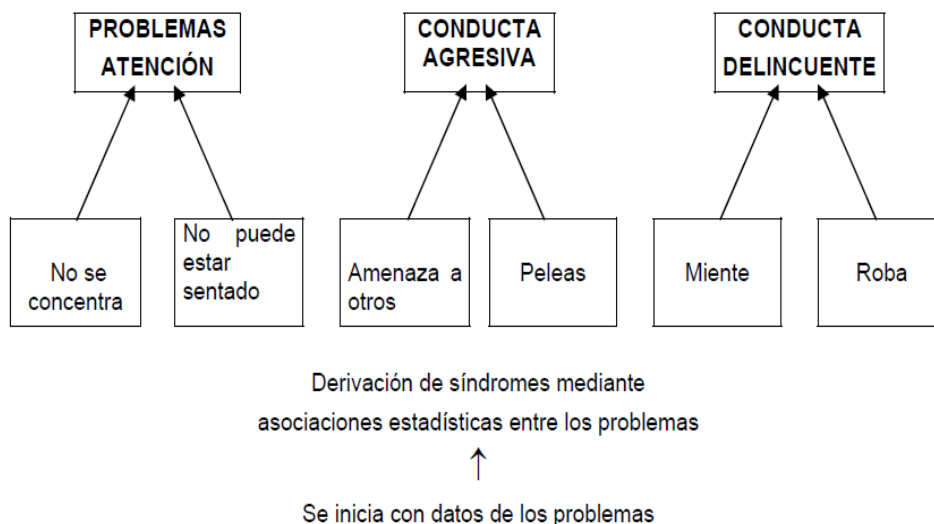
En un comienzo la psicopatología infanto-juvenil contaba con poca representación en dicho manual, el que en las nuevas ediciones ha ido en aumento su representación(46).

Otra clasificación muy utilizada en el ámbito médico es la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE), la cual abarca todas las enfermedades médicas, contando con un apartado para las patologías mentales y de la conducta. Ambas clasificaciones coinciden en gran medida en las categorías y sus códigos por lo cual en algunos casos son utilizadas en conjunto.

La taxonomía dimensional a diferencia de la categorial, clasifica los problemas siguiendo una estrategia empírica, cuantificando las conductas, en una visión longitudinal del individuo, acompañando su historia y desarrollo, no como sucesos o síntomas aislados. Se realiza una agrupación de síntomas en dimensiones, valorando luego la intensidad del problema.

En la década de 1960 con el objetivo de mejorar la nosología en la psicopatología infanto-juvenil, investigadores desarrollan la descripción de los síndromes más frecuentes. Algunos síndromes, representan problemas, mientras que otros, muestran rasgos y características para percibir o afrontar diferentes situaciones. (47) Achenbach (2001) describe esta manera de construcción sindromática a partir de los síntomas como “Bottom up”.(35)(48)

ENFOQUE BOTTOM-UP PARA PSICOPATOLOGÍA



Diversos autores utilizaron el listado de síntomas con el objetivo de realizar agrupaciones sindromáticas. Uno de los pioneros en esta línea de investigación fue Peterson (1961) quien formuló la primera clasificación de problemas del comportamiento, creando dos grandes categorías: conducta (agresividad) y personalidad (retraimiento).

Luego Achenbach y su equipo, a lo largo de varias décadas elaboró nuevos modelos de clasificación, en los cuales luego de diferentes propuestas se evidencia la presencia de dos dimensiones principales en varios estudios. La dimensión de trastornos exteriorizados (hiperactividad, agresividad y delincuencia) y trastornos interiorizados (timidez, ansiedad y depresión).

En la evaluación dentro del modelo dimensional, se busca generalmente obtener puntuaciones cuantitativas de los síndromes empíricos, mediante escalas de evaluación estandarizadas. Con el fin de obtener datos normativos que permitan sacar conclusiones más claras en cuanto a sintomatología y gravedad de la misma. Se pretende evaluar al niño en todos sus contextos, generando inventarios para cada caso, ej: maestros, padres, niños. Mediante las evaluaciones se realizan perfiles psicopatológicos y se establecen puntos de corte para lograr diferenciar individuos sin patología, de individuos que se encuentran en el rango clínico o patológico.

El objetivo de este modelo, no es el de sustituir los diagnósticos categoriales, sino ofrecer otro enfoque. En algunas ocasiones puede ser complementario para la evaluación de los individuos. En otras ocasiones puede ser utilizado en la práctica como modelo de cribado en el inicio de la evaluación del paciente. (40)

Tabla 1 - Instrumentos dimensionales disponibles para evaluar la psicopatología en niños y adolescentes

	Instrumento	Autor	Informador
Escalas Achenbach (ASEBA)	Child Behavior Checklist 1 ^½ - 5 (CBCL/1 ^½ - 5)	Achenbach y Rescorla (2000)	Padres
	Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)	Achenbach y Rescorla (2000)	Cuidador / profesor
	Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL/6-18)	Achenbach y Rescorla (2001)	Padres
	Teacher's Report Form (TRF)	Achenbach y Rescorla (2001)	Profesores
	Youth Self-Report/11-18 (YSR)	Achenbach y Rescorla (2001)	Niño / adolescente
Escalas Conners	Conners' Parent Rating Scales-Revised (CPRS-R)	Conners, Parker et al. (1998)	Padres
	Conners' Teacher Rating Scales-Revised (CTRS-R)	Conners, Sitarenios et al. (1998)	Profesores
	Conners-Wells' Adolescent Self-Report Scale (CASS)	Conners (1997)	Niño / adolescente
Escala Quay	Revised Behavior Problem Checklist (RBPC)	Quay y Peterson (1993)	Padres y Profesores
Escalas Reynolds y Kamphaus (BASC)	Parent Rating Scales (PRS)	Reynolds y Kamphaus (2004)	Padres
	Teacher Rating Scales (TRS)	Reynolds y Kamphaus (2004)	Profesores
	Self-Report of Personality (SRP)	Reynolds y Kamphaus (2004)	Niño / adolescente

2.6 SISTEMA DE EVALUACIÓN EMPÍRICA ASEBA

Achenbach y colaboradores desarrollan el Sistema Achenbach de Evaluación Empírica (ASEBA) que comprende una familia de instrumentos para evaluar problemas, competencias y funcionamiento adaptativo de las personas. Este sistema permite a los profesionales de la salud mental identificar un posible cuadro clínico, o subclínico. Se realiza también una adaptación de sus instrumentos, dirigidos a la población infanto-juvenil. En un intento de integrar las

taxonomías empíricas y categoriales, se construyen escalas DSM a partir de los ítems que constan en los cuestionarios estandarizados ASEBA. Ofreciendo así una evaluación rápida y efectiva del funcionamiento adaptativo y no adaptativo, así como de las competencias del sujeto según su rango etario. Los cuestionarios para la población infantil son dirigidos a sus cuidadores primarios, maestros o el paciente, según el rango de edades e informantes a quienes se les solicita la información.

La inclusión de estas escalas logra que en un mismo instrumento se pueda ofrecer información de diagnósticos categoriales y síndromes derivados empíricamente(49) (50)(51). Si bien existen varias escalas ASEBA, con diferentes instrumentos, según el rango etario que se pretenda evaluar, por el motivo de nuestro trabajo, nos centraremos en la descripción de los formularios aplicados en edad preescolar CBCL 1.5 /5.

2.7 EVALUACIONES PREESCOLARES - INSTRUMENTO CBCL (EADADES 1½-5)

El CBCL / 1.5–5. Presenta una lista de verificación de calificación de padres de 99 ítems para personas de 18 a 60 meses de edad, con cada ítem calificado como "no verdadero", "a veces verdadero" o "a menudo verdadero". Escalas que clasifican en problemas de comportamiento de internalización y externalización. Son 7 escalas de síndromes (emocionalmente reactivo, ansioso / deprimido, quejas somáticas, retraimiento, problemas de sueño, problemas de atención y comportamiento agresivo), y 5 escalas orientadas al DSM (problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas de desarrollo generalizados, problemas de déficit de atención / hiperactividad y problemas de oposición desafiante). El CBCL / 1.5–5 cuenta con otro formulario en paralelo, el informe (C-TRF), formulario administrado al cuidador-maestro, construido para ser completado por figuras no parentales que trabajen con niños en grupos.(52) El (C-TRF) incluye las mismas escalas que el formulario de informe de los padres, excepto por problemas de sueño. El CBCL también incluye la Encuesta de desarrollo del lenguaje (LDS) para evaluar el vocabulario expresivo y las combinaciones de palabras.

Los formularios para preescolares de ASEBA evalúan aspectos conductuales, emocionales y sociales. Problemas que son de creciente preocupación por varias razones, Una de ellas es un enorme aumento en la cantidad de niños pequeños que reciben diagnósticos de

trastornos del espectro autista (53)(54)(55). Es llamativo que estos diagnósticos son cada vez más comunes pudiendo reflejar múltiples factores, incluida una mayor conciencia de la primera infancia. Anormalidades del desarrollo, grandes cambios en los criterios de diagnóstico, la desacreditación de las teorías que los padres podrían ser causales del autismo, jerarquizar la identificación temprana y educación de niños con discapacidades. Una segunda razón es el creciente interés y empeño en identificar, prevenir y mejorar todo tipo de problemas de comportamiento, emocionales y sociales en edades tempranas, antes de que se evidencie un deterioro acumulativo que genere repercusiones en su desarrollo y aprendizaje. Este énfasis va acompañado de presiones crecientes para usar evaluaciones basadas en evidencia para evaluar problemas. Una tercera razón es el auge en la investigación sobre factores genéticos en psicopatología infantil. Se necesita una evaluación fenotípica precisa para proporcionar focos para la investigación genética y vincular rigurosamente genotipos con las características fenotípicas específicas. Una cuarta razón es el aumento de la intervención farmacéutica con la prescripción de drogas psicotrópicas para niños pequeños sin suficiente evidencia de seguridad o eficacia (Patelet al., 2005). Una quinta razón es la inmigración masiva alrededor del mundo que requiere que las sociedades de acogida proporcionen evaluaciones y servicios adecuados para los niños cuyos antecedentes difieren notablemente de los de los residentes del lugar de acogida.(56)(57)

Una razón adicional que tiene implicaciones para todos los demás es la falta de criterios de diagnóstico específicos para preescolares en las nosologías oficiales de psicopatología, la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (ICD-10; Organización Mundial de la Salud, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), tal como lo expresamos anteriormente(58).

Los formularios de ASEBA han sido traducidos a 85 idiomas, y su uso ha sido reportado en más de 7,000 informes publicados de 80 sociedades y grupos culturales. Las referencias para estos informes pueden obtenerse de la Bibliografía de estudios publicados utilizando ASEBA (Bérubé & Achenbach, 2010),(55) disponible en línea en www.ASEBA.org. Los formularios ASEBA pueden proporcionar un lenguaje común para comunicarse al referirnos a los problemas de comportamiento, emocionales y sociales en diversos contextos. Achenbach y Rescorla (2007b) (59)(49) presentan hallazgos obtenidos con

ASEBA en muchas sociedades, así como hallazgos con otros instrumentos y entrevistas de diagnóstico.

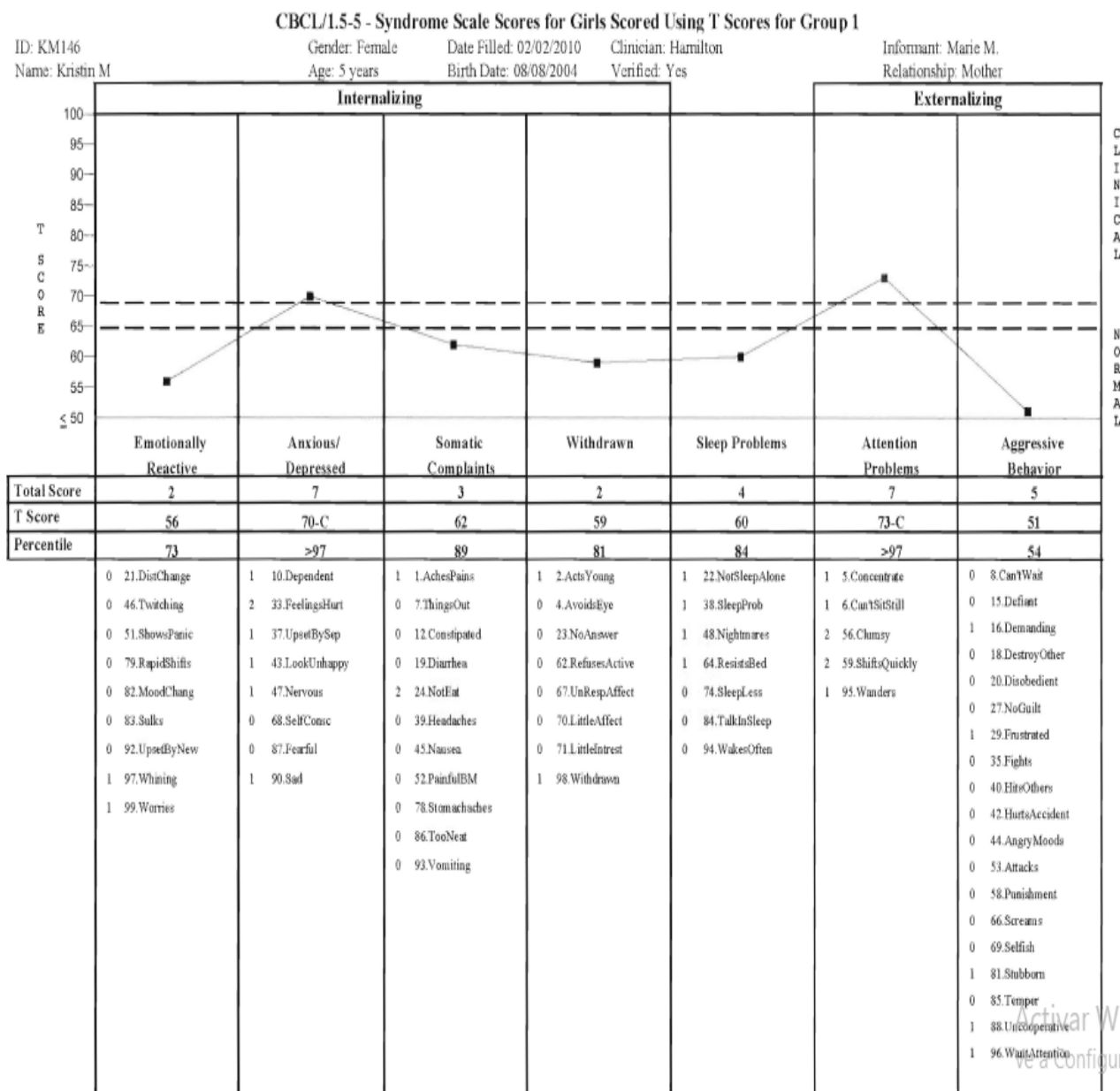
Debido a que los humanos no residen en una sola sociedad, es necesaria la construcción de normas, obtenidas de muestras representativas de personas de la sociedad a la cual pertenece. La evaluación de los problemas de comportamiento, emocionales y sociales, por lo tanto, requiere normas diferentes para las diferentes sociedades en las que residen las personas.

Las Normas Multiculturales para ASEBA se construyen, mediante el uso de distribuciones de puntajes de escala obtenidos de CBCL y C-TRF completados para niños en edad preescolar en muchas sociedades. Por cada escala, los puntajes de las sociedades que tuvieron los menores puntajes de problemas totales (sumatoria de sintomatología) se combinaron para formar distribuciones normativas designadas como normas del Grupo 1. Los puntajes de las sociedades que tenían los puntajes de problemas totales más altos se combinaron para formar distribuciones normativas designadas como normas del Grupo 3 y designadas Grupo 2 a los que obtuvieron puntajes intermedios.

La puntuación obtenida se interpreta mediante comparaciones de gráficas de barras. Facilitando a los usuarios la identificación de similitudes y diferencias importantes entre las puntuaciones de las escalas obtenidas de diferentes informantes. Los gráficos de barras que proporcionan comparaciones de puntajes de todos los informantes en las escalas de problemas. Por un lado muestran un gráfico de barras para cada una de las escalas de síndromes, más la escala de problemas de estrés (Figura 1). Por otro lado se muestran los gráficos de barras para las escalas orientadas al DSM (Figura2) y en otros gráficos se presenta las escalas para problemas Internalizados, Externalizados y Problemas totales (Figura3).

En cada gráfico, se imprime una barra en el eje de las Y, para indicar el puntaje estándar (es decir, el puntaje T) para la escala, de acuerdo con las calificaciones de cada informante. Los puntajes T se obtienen al convertir los puntajes de escala sin procesar en una métrica estándar de puntajes T. Las puntuaciones T reflejan grados similares de desviación de la media en todas las escalas, aunque las escalas difieren con respecto al número de ítems que los componen y dependen también del grupo al cual se aplicó pertenece el individuo (1,2 o 3) (60)(54)(61)(62)(Achenbach & Rescorla, 2019)(49)(50)(51)(59)(58).

Figura 1: Grafico de los Síndromes.



Activar Window
 ve a Configuración p

Figura 2: Escalas orientadas al DSM

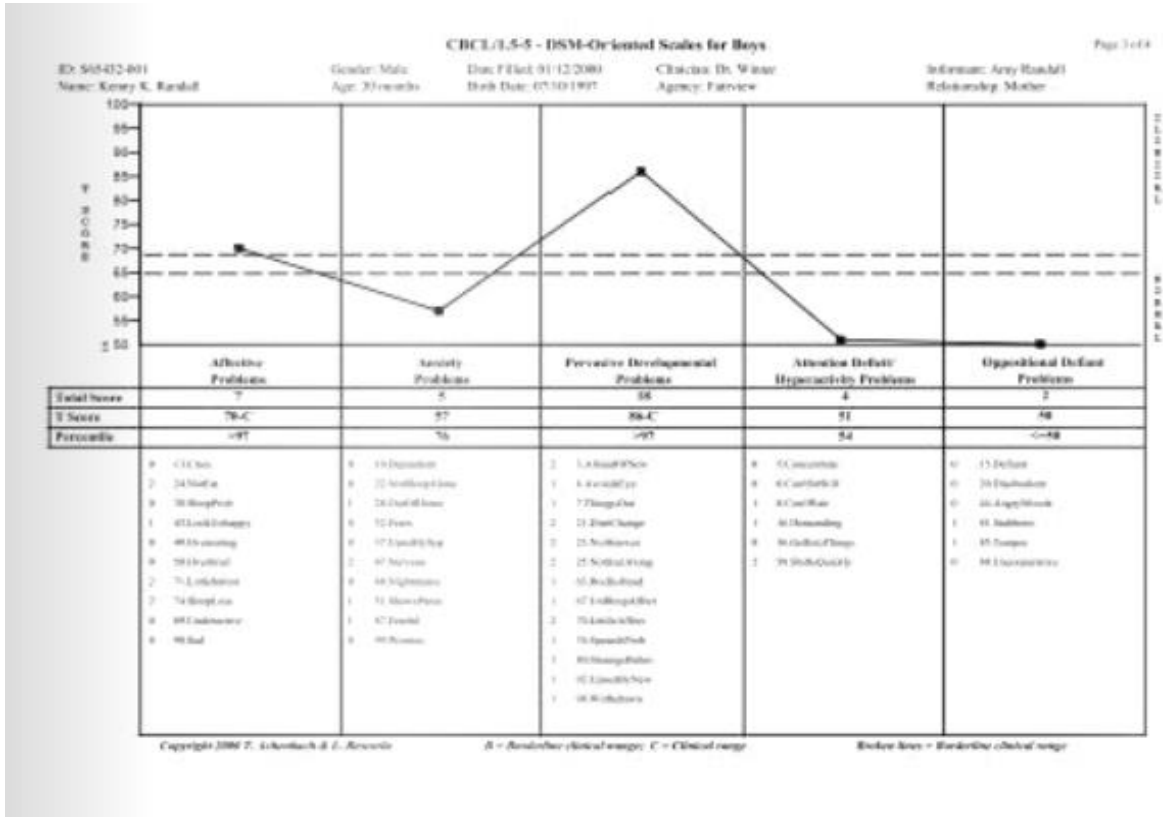


Figura 3: Escalas para problemas Internalizados, Externalizados y Problemas totales

2.8 FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS EXTERNALIZANTES EN NIÑOS

Existen varios factores de riesgo que son considerados relevantes al momento de evaluar las alteraciones de conducta en niños. Se han descripto múltiples factores, tanto individuales, biológicos y familiares dados por estilos de crianza, psicopatología parental, así como elementos del contexto social, económico y cultural en que se desarrolla el niño.

Es plausible considerar el entorno temprano como uno de los elementos más demostrados e importante para la posterior adaptación y bienestar del niño. El desarrollo del cerebro comienza desde la vida fetal y continúa durante la infancia.(39) Los factores perinatales que se han estudiado en relación con la salud mental en la infancia han arrojado resultados divergentes. Sin embargo, existe un apoyo considerable con una mayor prevalencia de problemas de externalización para niños prematuros(64).A su vez la depresión posparto ha demostrado ejercer un factor de riesgo para los problemas de conducta infantil en numerosos estudios (57).

El cuidado parental percibido se asocia con la calidad del desarrollo socioemocional. La crianza óptima por parte del padre es especialmente importante para los niños con más problemas de externalización en la infancia. En interacción con problemas de externalización de la niñez, se predijeron síntomas de externalización en la edad adulta temprana (65).

Desde la genética, se ha realizado la búsqueda de polimorfismos genéticos específicos asociados a los problemas de conducta, una iniciativa científica muy nueva y todavía es un área de investigación en crecimiento. Un estudio de asociación del genoma completo identificó las regiones cromosómicas que son buenas apuestas para albergar los polimorfismos relacionados con los problemas de conducta, pero aún no se han podido especificar estos polimorfismos, ni replicar las regiones (Stallings et al, 2005).(44) El gen candidato más estudiado en relación a los problemas de conducta es el polimorfismo del promotor de la monoaminoxidasa A (MAO-A).(66)(18) Este gen codifica para la enzima MAO-A, que metaboliza los neurotransmisores asociados a la conducta agresiva en estudios realizados en ratas, y entre hombres en un linaje familiar holandés. Por tanto, la MAO-A fue elegida como el gen candidato para probar la hipótesis de que la vulnerabilidad genética podría moderar el efecto del maltrato infantil en los posteriores problemas de conducta y el ciclo de la violencia(44).

Como hemos mencionado ha sido muy estudiado el vínculo entre el bajo peso al nacer y la presencia de trastornos del comportamiento en múltiples estudios. En un estudio se demostró que la prevalencia de problemas de comportamiento en un grupo de bebés prematuros con bajo peso al nacer (BPN) se mantuvo en 20% a los 3 años, 5 y 8 años de edad. La prevalencia de problemas del comportamiento clínicamente significativo al utilizar en indicador de los problemas totales, según la escala CBCL. Las puntuaciones en CBCL / 2–3 y CBCL / 4–18 fueron dos veces el 10% de la prevalencia esperada en la población normativa, lo que sugiere que, en promedio, los niños prematuros y de muy bajo peso al nacer duplican el riesgo de padecer problemas del comportamiento. Entre otros estudios que también refieren el aumento del riesgo de presentar un comportamiento clínicamente significativo en esta población de BPN.

Datos aportados por un metaanálisis que notifico los efectos aleatorios de 6 estudios de casos y controles, uno de los estudios informó un riesgo de 2,64 para el desarrollo de déficit de atención/ hiperactividad, en niños BPN comparados con niños de peso normal y parto natural. Concluyendo una mayor prevalencia de trastornos conductuales en hijos de madres fumadoras, hispanas y personas con antecedentes de problemas de salud mental(67).

Otros investigadores se han enfocado en el estudio en los cuidados a nivel hospitalario que se les brinda a los bebés nacidos muy prematuros, como un posible factor de riesgo. Sugieren que una mayor exposición a la morfina en unidades de cuidados intermedios (UCIN) se asocia con más comportamientos de internalización y externalización a la edad de 18 meses, los efectos son moderados por marcadores genéticos en la vía metabólica de la morfina, especialmente las variantes de UDP-glucuronosiltransferasa y catecol- *O*- metiltransferasa. Encontrándose relaciones complejas entre diferentes biomarcadores que resaltan la importancia de las diferencias genéticas individuales en los biomarcadores de biotransformación de la morfina para minimizar los efectos adversos a largo plazo en el comportamiento en niños prematuros que han tenido una alta exposición a la morfina en sus primeros días de vida(66).

Otro de los aspectos estudiados y considerados es el vínculo de los trastornos del comportamiento con los componentes y características de la personalidad, como lo es el temperamento. El temperamento, entendido como una característica innata del individuo. Este interactúa con otros predictores de problemas de conducta, incluida la sensibilidad materna, factores estresantes de los padres y respuestas biológicas ante situaciones adversas.

Curiosamente, se plantea la variación genética, específicamente en el receptor de dopamina D4, que impacta en el efecto de la crianza según el temperamento infantil. La interacción entre los genes y el medio ambiente con en el temperamento, también debe ser tomada en cuenta en el desarrollo posterior de la psicopatología (40).

Fumar durante el embarazo, la edad materna al momento del nacimiento, ser hispano de raza blanca y la angustia materna, fueron predictores significativos de problemas de conducta a los 3,5 y 8 años de edad. Estos resultados para predictores significativos son consistentes con la literatura existente. Destacando que 2 de los factores pueden ser modificables, es decir la angustia psicológica materna y el tabaquismo materno durante el embarazo. Se ha sugerido que este estado depresivo materno puede modificar la relación madre-hijo de manera recíproca aumentando el riesgo de problemas del comportamiento y otros problemas de salud mental. La persistencia de la sintomatología depresiva a las 40 semanas de gestación puede verse reflejada en un deterioro del término, de la relación madre – hijo aumentando la angustia psicológica materna a las 40 semanas de gestación. Puede hablarnos de una vulnerabilidad crónica importante de considerar. La asociación de fumar durante embarazo y un mayor riesgo de problemas de conducta en niños. El tabaquismo, así como el extremo bajo peso, pueden representar entre otros elementos un conjunto de factores de riesgo que se han encontrado mayor asociación con la privación social, que a su vez también es asociada con un mayor riesgo de problemas en comportamiento infantil. Factores intrincados sin lugar dudas y variables según la sociedad, sin embargo, este estudio controlado por la educación como proxy de la privación social ,el efecto de fumar, fue independiente del efecto de angustia psicológica. Por lo tanto, la asociación de los problemas de comportamiento del niño con fumar pueden corresponder a un efecto teratogénico real, como se ha demostrado en otro trabajo reciente sobre recién nacidos a término(67) (Gray *et al*, 2004).

También se ha demostrado que los comportamientos específicos de los padres interactúan con el temperamento, al predecir la psicopatología infantil posterior. Por ejemplo, la falta de establecimiento de límites parentales se asoció con tasas más altas de problemas de conducta infantil posteriores entre los jóvenes de 28 meses con alta propensión a la ira. Además, el temperamento difícil modera el efecto de la disciplina materna en los problemas de comportamiento de externalización infantil(40).

Los modelos transaccionales-ecológicos ejemplifican la importancia de considerar los complejos procesos interactivos entre familiares. Padres e hijos existen dentro diversos contextos. Configuraciones familiares que se alteran y modifican por sus integrantes, por lo que se explica que los resultados del desarrollo requieren de la atención a múltiples fuentes de influencia. Los riesgos medioambientales, como lo son los patrones de crianza que se han asociado con problemas de conducta en población general, interacciones entre genes, elementos cognitivos y afectivos que conducen a las conductas de externalización o internalización solas o en co-ocurrencia. Las experiencias desfavorables a una edad precoz, dada por los cuidados incompetentes o la negligencia parental, sobretodo materna han demostrado tener consecuencias negativas en el desarrollo del cerebro. El consumo de alcohol y de drogas durante el embarazo también podría llevar a diferentes cambios neurohormonales y neurocomportamentales que perturbarían a largo plazo la memoria, el aprendizaje y el comportamiento (Tan *et al.*, 2016)(69)(42).

El nivel socioeconómico al cual pertenece el niño puede como hemos visto en varios trabajos influir en el riesgo de psicopatología, siendo siempre mayor en medios más desfavorecidos. Así como la manera de enfrentar los trastornos mentales es determinante, se ha descrito que contar con mejor nivel educativo o haber tenido vínculos previos con tratamientos de salud mental propios o de allegados, favorece la solicitud de ayuda y adherencia a tratamientos necesarios(70).

Hijos de padres con psicopatología se ven afectados con mayor el impacto cuando la patología es materna y si la exposición se da a edades muy tempranas. Se cree que los factores biológicos pueden explicar casi el 45% de la transmisión intergeneracional en síntomas depresivos (71).

Autores describen que los síntomas depresivos maternos y en su descendencia pueden exacerbarse, cuando estos coexisten con comportamientos de riesgo para la salud, descrito como el modelo "Lanzar y crecer" propuesto por Garber y Cole (Garber & Cole, 2010).(72) Otro modelo descrito es el "modelo de estrés" que argumenta que los mecanismos principales que vinculan los síntomas depresivos maternos con los síntomas en sus hijos son el efecto de una serie de múltiples situaciones y elementos de estrés familiar que determinan un funcionamiento des adaptativo del núcleo. Es importante destacar que esta vía causal es especulativa y el papel de los moderadores de la continuidad inter-generacional, de los síntomas depresivos en sí mismos, son en gran medida aún desconocidos (73)(72).

2.9 EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS EXTERNALIZANTES EN NIÑOS

Los problemas de comportamiento en los niños son determinantes de vulnerabilidad, riesgo adaptativo y problemas de salud mental a lo largo de su vida. La identificación y captación temprana esta población son una medida de prevención en salud pública a mediano y largo plazo, ya que serán niños que demandaran mayor asistencia y adolescentes con mayores dificultades comportamentales sumadas a las propias de la edad.

La literatura acerca de las conductas externalizantes, en su mayoría indican que estas tienden a ser crónicas y se encuentran asociadas a resultados negativos en el desarrollo, como fracaso escolar, relaciones interpersonales conflictivas, uso de drogas, incursión en el mundo criminal y desarrollo de condiciones psicopatológicas. Se describe que los problemas de externalización en la infancia predicen el inicio temprano de otros problemas y la escalada rápida hacia las conductas disruptivas en la adolescencia aumentando las conductas adictivas y trasgresoras.

Según los modelos de desarrollo, se plantea que los problemas de externalización aumentan la probabilidad de desvinculación de las instituciones formativas e integradoras como por ejemplo: la escuela, la exclusión de los pares con mayor inserción social y por ende la afiliación con pares “desviados” que facilitan conductas de riesgo, reforzando el uso de alcohol y drogas. Es importante tener en consideración que la mayoría de las investigaciones en problemas de consumo se centran en los trastornos internalizantes o externalizantes, uno u otro de manera pura y sin tener en cuenta situaciones en las que pueden coexistir, y la presencia de uno en contexto de otro puede variar los resultados y llevarnos a conclusiones erróneas si no es tomado en cuenta.

Algunos estudios sugieren que cuando se presentan de manera conjunta pueden contribuir a un mayor riesgo de consumo problemático. Existen varias opiniones al respecto, algunos estudios plantean que los trastornos internalizantes “puros” ,podrían en algunas situaciones oficiar de factores protectores ante el consumo de sustancias. Aunque en otros encontraron una asociación estadísticamente significativa en el consumo de tabaco y marihuana, pero no para el consumo de alcohol. En congruencia con la hipótesis de los trastornos internalizantes puros como de menor riesgo para el consumo, podría basarse en que el uso de sustancias por los adolescentes es en gran medida un comportamiento social, ocurre

con los pares y el retraimiento social que a menudo acompaña los problemas de internalización, los aleja o “protege” posiblemente de esta conducta. También, El miedo y la preocupación excesiva pueden ser características internalizantes aparten a los jóvenes de comportamientos ilegales y riesgosos. Todo lo contrario ocurriría con los trastornos externalizantes puros, ya que se caracterizan por un comportamiento desinhibido, en búsqueda de sensaciones e inmediatez (74).

En el caso que las conductas externalizantes que son intensas y persistentes, pueden evolucionar a lo largo del desarrollo hacia varios trastornos entre ellos, el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Desafiante Opositorista (TDO), Trastorno de conducta (TC) y en la vida adulta hacia el trastorno de Personalidad Antisocial (TPA). Desde el punto de vista conceptual, las conductas externalizantes, como agresividad y el delinquir, componen algunas de las principales características de los comportamientos antisociales, por este motivo esos constructos se han considerado algunas oportunidades por autores como sinónimos o similares. Los comportamientos antisociales, son definidos como patrones de conducta intencionales, en los que prima la violación de los derechos de los demás y que tienen como propósito la obtención de una recompensa inmediata. Siendo las conductas externalizantes, la forma menos severa dentro de las conductas disruptivas, también puede ser considerada como la etapa inicial del desarrollo de un trastorno antisocial, evitando de esa forma el estigma que podría estar implícito en el término antisocial y que no en todos los casos se configuran. Dentro de los estudios documentados en la literatura se destaca el Estudio Multidisciplinar de Salud y Desarrollo de Dunedin/Nueva Zelanda (Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study). Los resultados de este estudio, publicados por Caspi (2000)(44) y Caspi et al. (75)(2003), muestran que niños que presentaron temperamento difícil a los tres años, caracterizado por déficit en el control inhibitorio del comportamiento, también presentaron conductas externalizantes, como la hiperactividad y agresividad, en la infancia y la adolescencia. Presentando un comportamiento impulsivo, emocionalmente inestable y agresivo al inicio de la vida adulta. Posteriormente, encontraron una asociación negativa en niños que presentaban temperamento difícil a los tres años de edad y los rasgos de la personalidad amabilidad y consciencia u empatía en la vida adulta (Caspi et al., 2003). Demostrando una vez más, lo importante de considerar siempre las posibles diferencias individuales, en base

al temperamento del individuo desde niños y posteriormente de adultos con sus características de personalidad (45).

3 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades mentales se consideran hoy en día una prioridad mundial, en materia de salud, dado el aumento de las cifras y la importante carga social y económica que implican.(35) Los trastornos mentales en la infancia son comunes, pero pueden ser difíciles de reconocer en un principio. Donde muchas veces el miedo al estigma social puede hacer que los padres y sus familias sean reacias a reconocer el problema y buscar atención(76)(77).La familia es el factor más influyente en el bienestar de los niños. Se afirma que la depresión materna posparto es uno de los predictores más consistentes y potentes de problemas de conducta a los 3 años de edad. Lo que aumenta el riesgo de problemas de internalización y de externalización. Se ha demostrado que la depresión materna predice problemas de conducta en los niños y que la depresión posparto afecta el comportamiento del niño también en la adolescencia (Agnafors *et al.*, 2016).(57)

La primera infancia es una etapa vital , muy vulnerable, es un período fundamental en el que se da un crecimiento exponencial y será el momento en que establezcan los cimientos para el desarrollo del individuo. Al abordar temas de salud mental en la infancia, sabemos que en nuestro país aún son escasos los trabajos en estos aspectos en la niñez y más en edades tempranas. Siendo este último, uno de los tantos motivos por el que consideramos el presente trabajo un aporte al conocimiento en el área a nivel nacional. Con la convicción que la identificación y evaluación adecuada de las necesidades en población, es el primer paso para la prevención con una inversión adecuada y una respuesta oportuna del sistema sanitario. Por tanto, si pensamos en salud mental infantil y adolescente , salud materna e infantil son la piedra angular de nuestro plan de trabajo desde los cimientos para así poder para continuar ampliando luego nuestro campo de acción. Darle prioridad al seguimiento y atención en niños cuyas madres presentaron depresión en el período posparto, dada su mayor probabilidad de desarrollar problemas conductuales y emocionales clínicamente significativos. No podemos perder la oportunidad de acompañar, a esta población, pudiendo actuar antes de que surja el problema, optimizando la utilización de recursos, generando una ganancia en salud, en sociedad, economía e invirtiendo en la sociedad del futuro.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación entre depresión materna perinatal y alteraciones en el funcionamiento conductual, emocional y social del niños y niñas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar el modelo teórico – conceptual de la relación causal entre depresión perinatal y trastornos externalizantes en niño/as.
- Describir las características de las madres y sus hijos
- Analizarla asociación entre la depresión materna perinatal y las características de los trastornos externalizantes en niño/as.

5 METODOLOGÍA

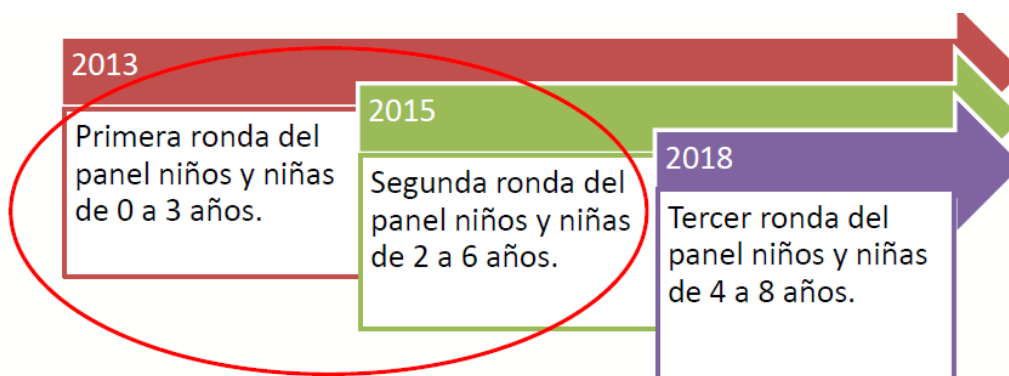
Esta investigación se propone analizar la información proveniente de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS primera y segunda ola). Es el primer estudio oficial de seguimiento a una generación de niños representativo de la población uruguaya, con el objetivo de estudiar las condiciones de vida de la primera infancia en Uruguay y contribuir al diseño de políticas públicas para transformarlas. Es una iniciativa conjunta del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto de Economía de la Universidad de la República (UDELAR) e el Programa Uruguay Crece Contigo (Ministerio de Desarrollo Social).

La Encuesta contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (véase resolución número 159 de la sesión del 18 de marzo de 2013 de la Facultad de Medicina, Expediente número 070153-000486-13).

5.1 POBLACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA - ENDIS

La ENDIS es la primera investigación sobre primera infancia con metodología de panel, encuesta de hogares y con representatividad nacional realizada en el país. Permite estudiar tres aspectos interrelacionados y poco estudiados en Uruguay a escala poblacional: nutrición, desarrollo infantil y salud.

La misma se desarrolla en 3 olas , comenzando en 2013 y finalizando en 2018.



5.2 PRIMERA RONDA

El objetivo general de esta primera ola fue recoger la información contextual necesaria para establecer adecuadamente el panel y realizar un primer análisis de la situación de la primera infancia, con énfasis en su estado nutricional, situación sanitaria y desarrollo.

Debido a que no existe un marco muestral actualizado de personas menores de cuatro años, para seleccionar la muestra de la ENDIS, se recurrió a seleccionar una submuestra aleatoria de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) entre los meses de Febrero 2012 y noviembre 2013, en donde se tiene información actualizada de niños menores de cuatro años que residen en hogares particulares en localidades de más de 5.000 habitantes. El diseño de la ENDIS es aleatorio y en dos fases de selección (muestreo en dos ocasiones). La muestra de la primera fase corresponde a la ECH, en donde el diseño es aleatorio y estratificado. Luego, en la segunda fase, se seleccionaron a todos los hogares que cumplían la condición de tener personas menores de cuatro años, es decir, no existe sorteo. Esto se debe a que la cantidad de hogares que cumplían dicha característica en la ECH era el mínimo suficiente para obtener estimaciones con niveles de precisión y confianza razonables para los distintos indicadores y niveles de desagregación propuestos para el estudio. Bajo dicha estrategia de selección el tamaño de muestra teórico fue de 4943.

Fueron encuestados 2.665 hogares localizados en áreas de 5000 habitantes de todo el territorio nacional donde residan niños y niñas, entre 0 y 3 años y 11 meses de edad, entre febrero 2012 y noviembre de 2013. Se entrevistaron 2.711 madres o tutores de los menores de 4 años, a cargo de 3.077 niños y niñas.

5.3 SEGUNDA RONDA

De los 3077 niños encuestados en la primera ronda, se entrevistó a 2383, lo que significa un 77% de tasa de respuesta. Se rescataron 228 casos, que corresponden a hogares que se pudieron entrevistar en la segunda ronda y no fueron relevados en la primera. Teniendo en cuenta estos dos elementos, el total de niños relevados ascendió a 2611 (2383 + 228). Los niños en la segunda ronda tenían entre 28 y 74 meses de edad.

5.4 TRABAJO DE CAMPO DE LA ENDIS

La entrevista requería la presencia en el hogar, al mismo tiempo, de la entrevistada (madre o tutor) y los niños (para datos antropométricos e observaciones). Duración promedio de la entrevista de 90 minutos. Entrevistas fueron coordinadas previamente y se distribuyeron en tres turnos: matutino (de 10 a 13 horas); media tarde (de 14 a 17 horas), tarde-noche (de 18 a 21 horas). Los fines de semana se trabajaban en un único turno que comenzaba a las 9 de la mañana y se podía extender hasta las 17 horas. Dependiendo de las zonas, como aquellas valoradas previamente como inseguras o conflictivas, las jornadas podían finalizar más temprano.

Cuestionarios de recopilación de datos:

Cuestionario personal, aplicado por estudiantes o profesionales del área de la salud, a través de formularios en papel.

Primera Ronda – Módulos de cuestionario

Módulo 1: Identificación de las personas que integran em el hogar.

Módulo 2: Niños menores de 4 años.

Nacimiento y adopción; Educación del niño y vínculo con los padres; Salud Infantil; Alimentación; Embarazo; Trabajo y Educación; Prácticas de Crianza (Instrumento GIEP); Desarrollo Infantil (sólo en Montevideo)

Módulo 3: Entrevistado

Trayectoria Laboral; Tareas y organización del hogar; Actitudes y opiniones sobre género, religión, trabajo y familia; Cuidados infantiles y políticas de cuidado; Salud y familia; Seguridad alimentaria; Reproducción y salud sexual y reproductiva; Planificación familiar; Ingreso del hogar y programas sociales

Módulo 4: Ingreso por trabajo y por transferencia de todas las personas do hogar;

Segunda Ronda – Módulos em cuestionario

Módulo 1: Identificación de las personas que integran el hogar

Módulo 2: Niños menores de 6 años

Nacimiento y adopción; Educación del niño y vínculo con los padres; Salud Infantil; Alimentación; Prácticas de Crianza (incluyendo Big Five Inventory - BFI); Sueño y actividad física; Desarrollo Infantil (en todo el Uruguay)

Módulo 3: Entrevistado

Trayectorias vitales y educativas; Trayectoria Laboral; Tareas y organización del hogar; Nivel de conflicto em relación con la pareja; Seguridad alimentaria; Reproducción y salud sexual y reproductiva; Planificación familiar; Características del hogar; Ingreso del hogar y programas sociales; Actitudes y opiniones sobre género, trabajo y familia; Apoyos y redes; Bienestar psicológico (SRQ 20 y EPDS)

Módulo 4: Ingreso por trabajo y por transferencias a todas las personas del hogar.

5.5 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Criterios de inclusión

Definimos la población objeto de estudio teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Fueron incluidas en el estudio las diadas madre-hijo, quienes fueron entrevistados en la primera y segunda ola (2013 y 2015) que fueron respondidas por la madre niño/as a las que se les aplico el cuestionario CBCL durante la segunda ola.

Variable de exposición

Depresión perinatal: a variable fue construida considerando la depresión diagnosticada por un médico durante el embarazo o en el posparto hasta el primer año de vida del hijo, auto-reportada por la madre.

Las preguntas fueron recogidas en la primera ola, que consta en el formulario en el módulo dedicado a Embarazo:

“Durante el embarazo ¿le diagnosticaron depresión? (Si/No)”

“Con posterioridad al embarazo ¿algún especialista le diagnosticó depresión postparto? (Si/No)”

Variable resultado

Funcionamiento conductual (trastornos externalizados - falta de atención y conducta agresiva) – recogido en la segunda ola. Mediante la aplicación y análisis de la escala CBCL (Child Behavior Checklist for Ages), se obtiene el resultado de los niños que presentan trastornos externalizados.

Para el uso de CBCL 1 1/2 -5 se requiere una licencia específica. La misma fue solicitada y otorgada por Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) para la ENDIS. A variables fueron agrupadas en dos categorías (normal y borderline/clínico) de acuerdo con la puntuación obtenida en El CBCL. Siendo los valores mayores a 60 puntos en el score T que delimita entre normal y borderline/clínico.

Covariables

Respecto a las covariables de estudio, se consideraron las variables utilizadas en la construcción del DAG ⁽⁷⁸⁾ que dan respuesta al modelo teórico-conceptual de la relación entre la depresión post parto y la presencia de trastorno externalizado.

La identificación del conjunto mínimo de variables para control de confusión se realizó a través de un diagrama acíclico dirigido (DAG), incluidos los posibles factores de confusión a partir de la revisión de la literatura. Los DAG son herramientas simples que permiten al investigador identificar, entre una gama enorme de variables, un conjunto mínimo de potenciales factores de confusión que necesitan ser controlados para la obtención de resultados válidos. Los DAG son útiles también para identificar variables que aparentemente podrían ser elegibles como factores de confusión, pero que si se controlan en el análisis podrían provocar una situación de confusión ⁽⁷⁹⁾. Mediante la realización de una revisión bibliográfica se identificó las variables relacionadas con la exposición, el resultado y ambos que fueron usados en la construcción del modelo teórico-conceptual de causalidad. Se utilizó el software DAGGITY 3.0 para construcción del DAG ⁽⁸⁰⁾.

De los niño/as:

- Sexo
- Edad gestacional al nacer (< 37 semanas; 37 a 41 semanas; >=42 semanas)
- Edad en la segunda ola (cuando fue referido el trastorno externalizante)

- Limitaciones físicas permanentes: (Tiene limitaciones permanentes para ver, aún usando lentes, o para oír, o para caminar o para utilizar brazos o manos – Si/No)

De las madres:

- Edad
- Educación: años de estudio (hasta 6 años, de 7 a 9 años , 10 a 12 años, más de 12 años)
- Vive en pareja (Si/No)
- Planeamiento del embarazo del niño/niña: ¿Cuándo quedó embarazada de (NOMBRE)...“Quería quedar embarazada em ese momento”; "Más adelante" ; "No quería tener (más) hijos"
- Paridad ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo? (que haya mostrado signos de vida aunque haya muerto poco tiempo después)
- Consumo de drogas durante el embarazo ¿Durante el embarazo tomó algún tipo de droga (sin ser alcohol o cigarrillos)? 1. Nunca; 2. Esporádicamente; 3 Regularmente; 4. No recuerda; 9 Ns/Nc
- Consumo de alcohol durante el embarazo ¿Durante el embarazo tomó alguna bebida alcohólica como vino, cerveza, whisky, licores, bebidas blancas, etc.? 1. Nunca; 2. Esporádicamente; 3 Regularmente; 4. No recuerda; 9 Ns/Nc
- Consumo de tabaco durante el embarazo (¿Durante el embarazo fumó cigarrillos (de tabaco)?) 1. Sí; 2. No; 3. Ns/Nc

Del hogar:

- Nivel socioeconómico: ubicación del hogar según terciles de ingreso.

La variable agregada de ingresos fue calculada por el equipo de la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) del Ministerio de Desarrollo Social. Para la construcción del ingreso se considerarán tanto los ingresos personales declarados por todos los miembros del hogar, así como los ingresos del hogar no personales. Además, forma parte del ingreso de los hogares el valor locativo, que es imputado como ingreso cuando algún miembro del hogar declara ser propietario de la vivienda. El nivel socioeconómico: ubicación del hogar según terciles de ingreso. (Disponible en

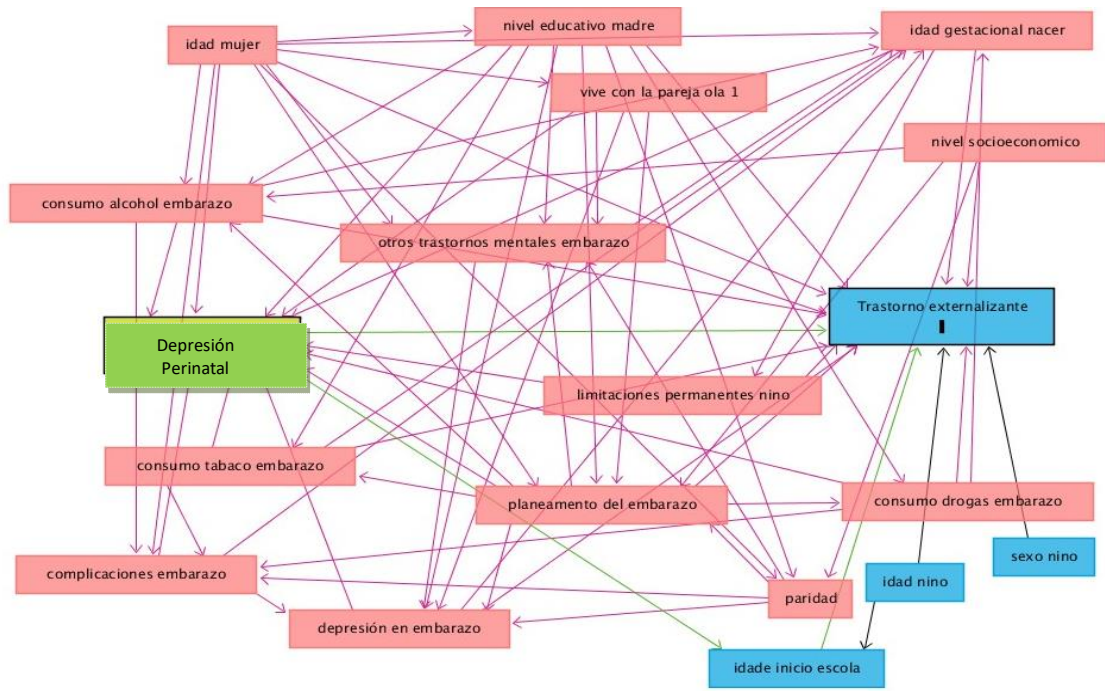
http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=f310cf6f-d98a-4bbd-8dac-490c7bc314a0&groupId=10181

5.6 ANÁLISIS DE DATOS

Inicialmente fue realizado un análisis descriptivo de las variables maternas y del niño que incluye el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Además, para observar el efecto de la depresión perinatal en el trastorno externalizante en niños, se llevó a cabo análisis multivariable mediante modelos de regresión logística binomial, para estimar el Odds Ratio ajustado por las covariables seleccionadas en el DAG y disponibles en la base de datos de la ENDIS, con su respectivos IC al 95%.

Todos los análisis propuestos consideraron los pesos de muestreo y la corrección del efecto del diseño de la ENDIS, la cual es una muestra compleja y seleccionada en varias etapas.

Figura 4: Propuesta de DAG para medir el efecto causal de la depresión perinatal en el desarrollo de trastornos externalizantes.



6 RESULTADOS

Para el análisis se incluyeron los datos de 2239 niños y niñas encuestados en la primera y segunda ola donde la entrevista fue respondida por la madre del niño. La Tabla 2 presenta los principales resultados descriptivos de las madres. Según los datos analizados, el 41,4% de las mujeres se encontraba en la franja etaria de 25 a 34 años, 29,6% superaba los 9 años de estudio formal y 78,1% viven en pareja al momento actual. En cuanto al número de hijos, notamos una distribución bastante homogénea con 35,4% con un hijo 35,0% con 2 hijos y 28,9% con 3 hijos o más. De estas madres el 53,7% quería tener hijos al momento del embarazo. Para poder establecer un nivel socioeconómico cuantificable utilizamos terciles de ingresos, en el tercil 1 se encontraba 32,2% familias, en el tercil 2 34,8% familias, en el 3er tercil se encontraban 33% familias.

Respecto a las variables evaluadas durante el embarazo el 17,8% consumieron tabaco durante la gestación, 10,0% consumieron alcohol esporádicamente y 7% de manera regular, y solamente 0,5% tomó otro tipo de droga sin ser alcohol o cigarrillos.

El 25% había presentado complicaciones durante el embarazo y las complicaciones más frecuentes fueron los síndromes hipertensivos (12,5%) y la amenaza de parto prematuro (10,1%).

Los trastornos mentales durante en el embarazo fueron raros y solamente 2,2% refirió alguno trastorno, siendo la depresión lo más frecuente (3%). Otros trastornos ocurrieron en menos del 1% de las madres. En cuanto al diagnóstico de depresión post parto por algún especialista solamente el 3,3 % fueron diagnosticadas. El diagnóstico de depresión durante el embarazo o hasta 1 año después del parto fue informado por el 5,8% de las madres.

Tabla 2 - Variables de la madre. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). Uruguay, 2013/2015

Variable	n	%
Edad materna		
<25	388	17,3
25 a 34	927	41,4
>=35	792	35,4
Sin información	132	5,9
Años de estudio		
Hasta 6 años	349	15,6
De 7 a 9 años	535	23,9
De 9 a 12 años	662	29,6
Mas de 12 años	559	25,0
Sin información	134	6,0
Actualmente vive en pareja		
Si	1748	78,1
No	479	21,4
Sin información	12	0,5
Nivel socioeconómico (terciles)		
1	721	32,2
2	780	34,8
3	738	33,0
Paridad		
1 hijo	793	35,4
2 hijos	783	35,0
3 hijos o mas	648	28,9
Sin información	15	0,7
Planeamiento del embarazo		
Quería quedar embarazada	1203	53,7
Más adelante	544	24,3
No quería tener más hijos	492	22,0
Durante el embarazo fumó tabaco		
Si	398	17,8
No	1841	82,2
Durante el embarazo tomó alcohol		
Nunca	1991	88,9
Esporádicamente	225	10,0
Regularmente	16	0,7
Sin información	7	0,3
Durante el embarazo consumió otra droga		
Nunca	2222	99,2

Esporádicamente	9	0,4
Regularmente	2	0,1
Sin información	6	0,3
Complicación en el parto		
No	1664	74,3
Si	571	25,5
Sin información	4	0,2
Tipo complicación en parto		
Hipertensión arterial previa o inducida embarazo	280	12,5
Diabetes	67	3,0
Infección urinaria	107	4,8
Amenaza parto pretérmino	226	10,1
Retardo del crecimiento intra uterino	39	1,7
Infección ovular	10	0,4
Trastorno mental durante el embarazo		
No	2190	97,8
Si	49	2,2
Tipo trastorno mental		
Depresión	67	3,0
Trastorno bipolar	9	0,4
Trastorno de ansiedad generalizada	15	0,7
Fobia	15	0,7
Trastorno de pánico	13	0,6
Trastorno de estrés postraumático	18	0,8
Depresión posparto	73	3,3
Depresión perinatal		
Si	129	5,8
No	2238	94,2

Los niños en su mayoría se encuentran en la edad de 3 años (28,4%) y 4 años (35,1%) al momento de aplicarles el CBCL en la segunda ronda. El 52,5% son niños de sexo masculino y la gran mayoría de los nacimientos fueron a término alrededor de la semana 37 a la 40 (85,6%). La gran mayoría un 98% son niños sanos sin limitaciones de salud permanentes. De los niños evaluados si bien muchos de ellos están por debajo de la edad de inicio obligatorio de educación formal, igualmente la mayoría ya había tenido o tiene algún vínculo con los centros educativos. La investigación de los trastornos del comportamiento a través del CBCL reveló que el 11,2% de los niños evaluados presentaban trastornos externalizantes (Tabla 3).

Tabla 3 – Variables del niño/a. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil (ENDIS). Uruguay, 2013/2015

Variables	N	%
Edad en la segunda ola (años)		
2	218	9,7
3	636	28,4
4	786	35,1
5	570	25,5
6	29	1,3
Sexo		
Varón	1176	52,5
Mujer	1063	47,5
Edad gestacional al nacimiento(semanas)		
<37	248	11,1
37 a 41	1916	85,6
42 o más	75	3,3
Edad de inicio en centro educativo		
Nunca concurre	450	20,1
Antes del 1 año	383	17,1
1 año completo	366	16,3
2 años completos	510	22,8
3 o más	530	23,7
Limitaciones permanentes		
No	2201	98,3
Sin	30	1,3
Sin información	8	0,4
Trastorno externalizante		
Normal	1985	88,7
Borderline/clínico	251	11,2
Sin información	3	0,1

En el análisis de regresión logística bruto se observa una asociación estadísticamente significativa entre depresión materna perinatal y desarrollo de trastornos externalizantes en niños de 3 a 6 años. Luego del ajuste por las variables confundentes identificadas a través del Gráfico Acíclico Dirigido (DAG), esta relación sigue siendo significativa. Los hijos de madres que desarrollan depresión en el período perinatal representan 2,27 veces más posibilidades de desarrollar trastornos externalizantes en la primera infancia en comparación con los hijos de madres sin depresión (Tabla 4).

Tabla 4: Efecto de la depresión materna perinatal en el desarrollo de trastornos externalizantes en niños de 3 a 6 años. Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) – Uruguay, 2013 e 2015.

Trastorno externalizante	OR bruto	(95% IC)	OR ajustado(*)	(95%IC)
Normal	1	-	1	-
Clínico /borderline	2,48	1,372 -4,501	2,27	1,268- 4,088

(*) Ajustado: pareja, años de estudio, edad materna, paridad, planeamiento de embarazo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, complicaciones en el parto, edad gestacional.

7 DISCUSIÓN

Mediante el análisis de los datos, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la depresión perinatal materna y el desarrollo de trastornos externalizantes en niños preescolares en Uruguay, lo que confirma nuestra hipótesis inicial. El riesgo de padecer un trastorno de conducta externalizante al ser hijo de una madre con depresión perinatal, es el doble que en los niños que no presentan este antecedente materno.

En las últimas décadas, los investigadores han dado prioridad al estudio de la salud mental materna en el periodo perinatal. Estudios que realizan el seguimiento durante el embarazo, a las madres y a los niños hasta su adolescencia, demuestran que las enfermedades mentales en los períodos perinatales, pueden tener una influencia negativa durante casi toda la vida. La psicopatología perinatal afecta el entorno primario del bebe, obstaculizando su desarrollo y correlacionándose de manera significativa con los trastornos internalizantes y externalizantes(13)(Slomian et al, 2019).

En algunos países de América, se estima que la depresión posparto afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y en los Estados Unidos, durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Asociando suicidio y filicidio, siendo el primero, de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal.(81)

Los síntomas depresivos durante el período perinatal continúan o se repiten entre el 40% y el 80% de las mujeres(82) . Los niños cuyas madres se encontraban con trayectorias de síntomas depresivos que fueron catalogados como "persistente alto" o "persistente intermedio", tienen mayores niveles de dificultades emocionales y conductuales a los cinco años (83).

La evidencia demuestra, que los problemas emocionales en las mujeres después del parto son más la regla, que la excepción; con hasta un 80% de las mujeres que informan al menos un síntoma del humor depresivo (8)(84). La alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo en las madres, reafirma que constituye un problema de salud pública. Afectando el desarrollo emocional y cognitivo de las sociedades (85).

Dentro de las limitantes en nuestro trabajo, debemos tener presente que el diseño transversal no nos permite realizar evaluaciones de la causalidad, pero sí nos permite evaluar

asociaciones. Por otro lado, es importante recordar que en nuestro país no contamos con trabajos desde este enfoque, madre e hijo y con representación nacional.

Logrando mediante este estudio una aproximación al tema, comenzando a describir las características de la situación nacional con los datos disponibles, en vistas a lograr poner foco en esta área de estudio, poco profundizada a nivel nacional hasta la actualidad.

Por otro lado en relación a la exposición de interés, debemos considerar que la depresión perinatal fue un dato obtenido por auto-informe. Luego de un tiempo considerable, en algunos casos de hasta 5 años posterior al suceso. Por lo cual puede verse sesgado por varios elementos como: la memoria, la comprensión lectora, las creencias sociales e individuales sobre las patologías mentales, entre otras, que pueden haber influido en las respuestas obtenidas.

A nivel mundial, los trastornos infantiles comportamentales son la sexta causa principal de carga entre los adolescentes, están presentes entre un 2% y un 8% de los niños y adolescentes informó la Organización Mundial de la Salud, en el 2013. Se ha demostrado que los niños que padecen trastornos externalizantes en la infancia, presentan mayor de riesgo de comorbilidades psiquiátricas, con tasas más altas de conductas suicidas, consumo de sustancias y conductas delictivas. Exhiben una disfunción social más generalizada que sus pares sin trastornos externalizantes, incluyendo dificultades en los aprendizajes, con rendimiento escolar pobre, así como trastornos por déficit atencional e hiperactividad. Todos estos, factores aumentan el riesgo a la deserción educativa y exclusión social (86)(37). Los adolescentes con problemas de conducta, son más vulnerables a padecer depresión, por lo que sería importante que sean objeto de tratamientos, con un enfoque por ejemplo en la prevención del suicidio. Problemática nacional que va en incremento año tras año(87).

Reafirman lo importante de un diagnóstico y accionar oportuno, es fundamental, que tendría impacto en un futuro mediato, influyendo en un problema de interés nacional, como lo es el suicidio en sujetos jóvenes. Trabajar sobre uno de los factores que influyen negativamente en el aumento de las cifras de delincuencia juvenil. En Uruguay, los últimos datos recabados al respecto afirman que un 19 % de niños entre 6-11 años son portadores de problemas externalizantes y un 13,5% están en una zona de riesgo de padecer algún trastorno mental (39). Con esto, no quiere decir que el factor trastorno externalizante es causal de delincuencia; sino que es este uno más de los factores de riesgo, que se suma a otros

preexistentes como son aspectos genéticos, sociales, culturales y económicos de los diferentes contextos y realidades en que viven los jóvenes.

Otro de los riesgos de la asociación entre la depresión perinatal y el desarrollo infantil, son el apego inseguro o desorganizado, deserción escolar y depresión (28)(88). Un aspecto a tener presente para comprender mejor las repercusiones en los niños, es la cronicidad de la exposición y la gravedad del trastorno del estado de ánimo materno. Se ha estudiado que la persistencia de síntomas de depresión en la madre durante el primer año de nacido, es crucial en el establecimiento de un vínculo materno-infantil a largo plazo. Los hijos de mujeres con depresión posparto persistente, especialmente cuando es grave, tienen un mayor riesgo de padecimientos en su salud(82).

Es por ello que en países como Reino Unido, se han realizado estudios midiendo el impacto social y económico a largo plazo de los trastornos mentales perinatales maternos. Según dichos estudios los gastos debido a DPM no tratada, pueden llegar a £ 8.1 mil millones (US\$ 10.8 mil millones en diciembre de 2017) por año, por cada cohorte de nacimientos de un año. El 60% de los cuales está relacionado con el impacto en los niños. Los costos de los problemas de conducta infantil, de las mujeres con depresión perinatal, involucran no solo la atención médica y la asistencia social, sino también los costos en justicia penal, las pérdidas en la productividad, las pérdidas de calidad de vida relacionadas con la salud y los costos de las víctimas de los delitos(89)(90). Es fundamental clasificar los estados depresivos según gravedad y temporalidad, para ofrecer un plan de acción acorde minimizando los riesgos e impactos posteriores.

Los resultados muestran que las intervenciones tempranas, son rentables y aportan en la reducción del impacto a corto y a largo plazo (90)(91). Es una de las razones por las que países como Reino Unido, recopila datos sobre la depresión perinatal rutinariamente, siguiendo las recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) (92). Aún los resultados son inconsistentes respecto al impacto del tratamiento, lo que es probable se deba al hecho de que los tratamientos para la depresión fueran relativamente breves en la duración y de intensidad moderada. Un número limitado de intervenciones dirigidas a la relación madre-hijo mostraron algunos beneficios a corto plazo, como el apego y el comportamiento. Dependiendo los resultados si es, una depresión leve ,persistente y/o grave, que en sí misma puede requerir un tratamiento más intensivo.(93)(18)(17)

En nuestro país, con la implementación de la ley de salud mental, se visualiza la escasez de recursos destinados al área perinatal. Siendo aún insuficiente lo que se plantea en los primeros años de la vida, un momento crucial del desarrollo, en que la plasticidad cerebral y oportunidades de cambio son mayores⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁵⁾⁽³⁶⁾. En el control materno son escasos espacios dedicados en la consulta a evaluar a la madre y a la mujer, tanto en el parto como en el posparto. No se cuenta con consultas específicas con un enfoque en evaluar el proceso de adaptación a la nueva etapa en la vida de la mujer, al encuentro con su hijo, sus deseos, miedos e incertidumbres. No hay un espacio en la atención médica de rutina para la salud mental de las puérperas. La vida materna queda a merced de la observación semiológica y / o calidez humana del clínico que realiza los controles del recién nacido. Desprovista de una atención específica, protocolizada, para todas las mujeres.

Si bien han ido modificándose y mejorando algunos aspectos de la ley, aún es muy inconsistente sus posibilidades de aplicación. Son escasos los recursos humanos y estructura destinados a la salud mental infantil a nivel nacional. Una realidad que hace que los servicios estén desbordados, con un mal funcionamiento dada la poca visibilización del problema.

Este es uno de los primeros estudios a nivel nacional, que analiza la patología materna depresiva perinatal asociada al riesgo de desarrollar los trastornos externalizantes en niños de 3 a 6 años. En este estudio de cohorte, con dos ondas de seguimiento (2013 y 2015), el hecho de tratarse de una cohorte única, con una alta tasa de respuesta, que fue seguida en el tiempo nos da la posibilidad de a futuro realizar una evaluación longitudinal de los procesos. Iniciando una línea de trabajo que permita evaluar y monitorear la situación nacional.

Los resultados que obtuvimos nos muestran que es necesario continuar los esfuerzos para pasar de un modelo de atención paliativo, que atiende cuando ya enfermamos, a un sistema que ofrezca una mejor calidad de vida, para no enfermar, priorizando la prevención y buscando “llegar a tiempo”. Habilitar y formar recursos con una visión humana, empática con las maternidades, con sus claros y oscuros. Permitiendo que el sistema sanitario oficie de sostén para las familias en situación de alta vulnerabilidad. Siendo el sistema sanitario la puerta de acceso, para recibir atención y el apoyo adecuado y oportuno.

Desarrollar políticas para proteger la primera infancia y el inicio de la vida es una cuestión de estado, es un compromiso con la ética y los derechos.

La depresión materna es susceptible de tratamiento y, por lo tanto, es un factor de riesgo modificable, siendo posible reducir el riesgo de problemas de la infancia. Por lo que

una política de salud pública, eficaz exige una comprensión completa del problema y de su impacto en la salud de la sociedad.

Apelar a nuevos proyectos de promoción y prevención podrían ser los pasos a seguir en vistas a bajar los riesgos y los costos a largo plazo. Fortalecer y fomentar los trabajos desde la comunidad que involucre a todos sus integrantes aprovechando la estrategia nacional basada en la atención primaria en salud, podría ser un camino por revalorizar y estructurar con estos nuevos desafíos. Pudiendo incluir el abordaje de la salud mental en los controles del embarazo, apoyándose en un sistema que ya presenta un buen control del embarazo a través del Sistema Informativo Perinatal (SIP) nacional.

Complementar y potenciar el acompañamiento a las familias con los planes ya existentes, como Uruguay crece contigo, en los primeros años de vida. Basarse en los equipos de salud multidisciplinarios ya existentes en el primer nivel de salud, es fundamental para optimizar los recursos y elaborar estrategias acorde a lo que trabajan estos equipos en la comunidad.

8 CONSIDERACIONES FINALES

En este estudio se abordó la presencia de depresión perinatal y la asociación con la presencia de trastornos de la conducta externalizantes en niños durante la primera infancia. Se consideró las díadas madre-hijo y se seleccionó las variables confundentes en el proceso para ajustar el modelo.

Destacamos que la población adulta evaluada fueron mujeres en edad reproductiva en su mayoría, quienes ya portaban depresión perinatal o varios de los factores de riesgo para esta u otras patologías. Se pudo evidenciar que ésta patología es un problema de salud pública a mediano y corto plazo. Siendo un “enemigo silencioso” si bien sabemos que está presente, aún no tenemos las herramientas y políticas de estado suficientes para abordar el problema.

En este trabajo nos centramos en los trastornos externalizantes, si bien sabemos que también los trastornos internalizantes presentan mayor riesgo de suceder ante la presencia de varios de los factores de riesgo descritos. La psicopatología infantil es un proceso continuo por lo cual detectar y abordar la mayoría de los factores de riesgo de manera precoz, es muy factible que logre disminuir el impacto y mejorar la calidad de vida de las infancias.

REFERENCIAS

- Bowlby J. A SECURE BASE Parent-Child Attachment and Healthy Human Development A Member of the Perseus Books Group. 1988.
- Moneta C. ME. Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*. 2014;85(3):265–8.
- Celedón Rivero JC, Barón García B, Martínez Bustos P, Cogollo ME, Miranda Yáñez M. Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. *Rev Encuentros*. 2016 Mar 16;14(1).
- Sarmiento et al 2010. TRASTORNOS EN EL APEGO Y SU VINCULACIÓN CON LAS CONDUCTASTRANSGRESORAS EN LOS ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL [Internet]. Universidad de Buenos Aires Argentina; 2010. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139946027>
- Mary D. Salter Ainsworth. PATTERNS OF ATTACHMENT [Internet]. NY; 2015 [cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=76da8a1e-5304-dbf7-7895-d848b1949c3c&documentId=71792655-fff8-3965-97ee-545a6ffdd2f6>
- Famri JBR, Cameron J, Ph D. The Science of Early Childhood Development Closing the Gap Between. *Child Dev* [Internet]. 2007 [cited 2019 Jun 21];29(4):261. Available from: www.developingchild.net
- BARG BELTRAME G. BASES NEUROBIOLÓGICAS DEL APEGO: REVISIÓN TEMÁTICA. [Internet]. Available from: <http://genome.ucsc.edu/>
- Ong MY, Eilander J, Saw SM, Xie Y, Meaney MJ, Broekman BFP. The influence of perceived parenting styles on socio-emotional development from pre-puberty into puberty. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Sep 7];27(1):37–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28631023>
- [Trastornos del estado de ánimo en la niñez y adolescencia: continuidades y discontinuidades hasta la edad adulta] - PubMed [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22796978/>
- Gómez S A, Santelices A MP, Gómez G D, Rivera M C, Farkas K C. Problemas conductuales en preescolares chilenos: Percepción de las madres y del personal educativo. *Estud pedagógicos* [Internet]. 2014 [cited 2019 Sep 18];40(2):175–87. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052014000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- ALIANE PP. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 10]. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1982-12472011000200007
- Elgar FJ, Mills RSL, McGrath PJ, Waschbusch DA, Brownridge DA. Maternal and Paternal

Depressive Symptoms and Child Maladjustment: The Mediating Role of Parental Behavior. *J Abnorm Child Psychol* 2007 356 [Internet]. 2007 Jun 19 [cited 2022 Jan 30];35(6):943–55. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-007-9145-0>

Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 12];15:1745506519844044. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31035856>

Kerstis B, Engström G, Edlund B, Aarts C. Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scand J Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 13];41(3):233–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23349164/>

Letourneau N, Duffett-Leger L, Salmani M. The role of paternal support in the behavioural development of children exposed to postpartum depression. *Can J Nurs Res* [Internet]. 2009 Sep [cited 2021 Jan 12];41(3):86–106. Available from: </pmc/articles/PMC2891011/?report=abstract>

Letourneau N, Leung B, Ntanda H, Dewey D, Deane AJ, Giesbrecht GF. Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2-and 3-year-old children's behaviour: Findings from the APrON longitudinal study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2019 Nov 13 [cited 2021 Jan 12];19(1):435. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1775-1>

Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy T, et al. Systematic reviews Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 25];91:593–601. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.109819>

Fisher J, Cabral De Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Systematic reviews Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 25];90:139–49. Available from: <http://www.who>.

Upadhyay RP, Chowdhury R, Salehi A, Sarkar K, Singh SK, Sinha B, et al. Systematic reviews Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 6];95:706–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.192237>

Woolhouse H, Gartland D, Mensah F, Brown SJ. Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: Implications for primary health care. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2015 Feb 1;122(3):312–21.

Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depressive symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Jul 1;52(7):815–28.

Giallo R. Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across

the early parenting period: An Australian population-based longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(2):115–25.

Goodman S, Gotlib I. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 106(3):458.

Rubertsson C, Waldenström. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2005 [cited 2019 Nov 10];23. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232724646_Depressive_mood_in_early_pregnancy_and_postpartum_Prevalence_and_women_at_risk_in_a_national_Swedish_sample

Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento [Internet]. Vol. 25, *Revista Médica Clínica Las Condes*. Elsevier BV; 2014 [cited 2021 Feb 12]. p. 1019–28. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 Nov [cited 2019 Oct 12];106(5, Part 1):1071–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260528>

Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. Vol. 175, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier; 2015. p. 34–52.

Slomian J et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond Engl)*. 2019 Jan 1;15.

Putnam KT, Wilcox M, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Bergink V, Munk-Olsen T, et al. Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2021 Feb 28];4(6):477–85. Available from: </pmc/articles/PMC5836292/>

Park ER, Chang Y, Quinn V, Regan S, Cohen L, Viguera A, et al. The association of depressive, anxiety, and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: A longitudinal study. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(6):707–14.

D. T, L. Q, K. J, L. S, R. P, Tavares D, et al. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 10];34(3):270–6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n3/v34n3a06.pdf>

Ravi Prakash Upadhyay a, Ranadip Chowdhury, b Aslyeh Salehi c, Kaushik Sarkar d, Sunil Kumar Singh a, Bireswar Sinha e, Aditya Pawar f, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 10]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689195/pdf/BLT.17.192237.pdf>

Dennis C-LE, Stewart DE. Treatment of postpartum depression, part 1: a critical review of biological interventions. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2004 Sep [cited 2019 Oct

12];65(9):1242–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15367053>

Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: A review. *J Health Care Poor Underserved*. 2012 May;23(2):534–42.

Latina A, Editores C, Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Di N. Epidemiología de los trastornos mentales en [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov 11]. Available from: www.paho.org

Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 25];389(10064):103–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27717610>

Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2017 Jan 7 [cited 2019 Aug 25];389(10064):77–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27717614>

Organización Mundial de la Salud 2013. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013.

Viola L, Garrido G, Varela A. Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños. 2008;57. Available from: http://tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/_125_Gabriela_Libro_09-2008%5B1%5D.pdf

Bagner DM, Rodríguez GM, Blake CA, Linares D, Carter AS. Assessment of behavioral and emotional problems in infancy: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2012 Jun [cited 2019 Sep 19];15(2):113–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262040>

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Cuad Psiquiatría [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 8];8. Available from: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos8.2.pdf>

Gach EJ, Ip KI, Sameroff AJ, Olson SL. Journal of Family Psychology Early Cumulative Risk Predicts Externalizing Behavior at Age 10: The Mediating Role of Adverse Parenting. 2018 [cited 2019 Jul 28]; Available from: <https://dx.doi.org/10.1037/fam0000360>

Erath SA, El-Sheikh M, Hinnant JB, Cummings EM. Skin conductance level reactivity moderates the association between harsh parenting and growth in child externalizing behavior. *Dev Psychol* [Internet]. 2011 May [cited 2019 Aug 21];47(3):693–706. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21142369>

Scott Edición S, Irarrázaval M, Martín Traducción A, Prieto Tagle F, Hacoheñ Domené S, Scott S. Trastorno de la conducta(Trastornos externalizantes). In: *iacapap* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 18]. Available from: <https://iacapap.org/wp-content/uploads/D.3-Conduct-Disorder-Spanish-17.pdf>

Sampaio-Braga L, Flores-Mendoza C. Relación entre conductas externalizantes en la infancia y rasgos de personalidad en la vida adulta. *Rev Psicol Clínica con Niños y Adoles*

[Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 23];5(3):36–41. Available from:
<http://www.revistapcna.com/sites/default/files/05.pdf>

Diagnóstico M, Estadístico Y, Mentales DT. ACTUALIZACIÓN Suplemento del DSM-5 @ octubre 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 18]. Available from: <https://psychiatryonline.org>.

The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications - ASEBA [Internet]. Available from: <https://aseba.org/the-achenbach-system-of-empirically-based-assessment/>

Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. Vol. 79, *Comprehensive Psychiatry*. W.B. Saunders; 2017. p. 4–18.

Lourdes D, Ascaso E, Doménech Massons JM. Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental. Universitat de Barcelona; 2009.

Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2017 Nov [cited 2019 Sep 20];79:4–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28356192>

Bordin IA, Rocha MM, Paula CS, Teixeira MCT V., Achenbach TM, Rescorla LA, et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 Jan [cited 2019 May 24];29(1):13–28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Achenbach TM, Rescorla LA. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 1.5 to 18 Years. In: *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. Routledge; 2019. p. 179–214.

Soler L, Maria V, Pina L, Jose A, Soler CL, Alcántara M V, et al. Características. *An Psicol* [Internet]. 2010 [cited 2019 May 11];26(2). Available from: <https://www.redalyc.org/html/167/16713079017/>

McConaughy SH. *The Achenbach System of Empirically Based Assessment INTRODUCTION AND OVERVIEW*. 2001.

Achenbach TM. International findings with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): applications to clinical services, research, and training. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2019 Dec;13(1).

Szyf M, McGowan P, Meaney MJ. The social environment and the epigenome [Internet]. Vol. 49, *Environmental and Molecular Mutagenesis*. John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [cited 2021 Jan 12]. p. 46–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/em.20357>

Agnafors S, Sydsjö G, Comasco E, Bladh M, Oreland L, Svedin CG. Early predictors of behavioural problems in pre-schoolers - a longitudinal study of constitutional and

environmental main and interaction effects. *BMC Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 3];16:76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27267363>

Thomas M. Achenbach U of V, & Leslie A. Rescorla BMC. Manual for the ASEBA Preschool forms & profiles | Request PDF [Internet]. 2010. Available from: https://www.researchgate.net/publication/243771256_Manual_for_the_ASEBA_Preschool_forms_profiles

Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, Bilenberg N, Bjarnadottir G, Denner S, et al. Behavioral/Emotional Problems of Preschoolers: Caregiver/ Teacher Reports From 15 Societies HHS Public Access. *J Emot Behav Disord* [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 12];20(2):68–81. Available from: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

de la Osa N, Granero R, Trepát E, Domenech JM, Ezpeleta L. The discriminative capacity of CBCL/1½-5-DSM5 scales to identify disruptive and internalizing disorders in preschool children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016 Jan 26 [cited 2019 May 14];25(1):17–23. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-015-0694-4>

Cova F, Bustos C, Rincón P, Saldivia S, Inostroza C, Grandón P. Inventario de Conductas Infantiles en preescolares: Propiedades psicométricas del Inventario de Conductas Infantiles (CBCL/1.5-5) y del Informe del Cuidador/Educador (C-TRF) en Preescolares Chilenos. *Ter Psicol* [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Sep 20];34(3):191–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

M.Lacalle Sisteré. Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que [Internet]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2009. Available from: <https://studylib.es/doc/4551245/escalas-dsm-del-cbcl-y-ysr-en-niños-y-adolescentes-que>

Achenbach TM, Rescorla LA. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for Ages 1.5 to 18 Years. In: *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*. 2019. p. 179–214.

Hudziak JJ. 2 Prevención A.14 Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP [Internet]. [cited 2019 Jun 18]. Available from: <https://iacapap.org/wp-content/uploads/A.14-Prevención-Spanish-2018.pdf>

Ong MY, Eilander J, Saw SM, Xie Y, Meaney MJ, Broekman BFP. The influence of perceived parenting styles on socio-emotional development from pre-puberty into puberty. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Aug 20];27(1):37–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28631023>

Chau CMY, Ross CJD, Chau V, Synnes AR, Miller SP, Carleton B, et al. Morphine biotransformation genes and neonatal clinical factors predicted behaviour problems in very preterm children at 18 months. *EBioMedicine* [Internet]. 2019 Feb [cited 2019 Sep 19];40:655–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30709768>

Gray RF, Indurkha A, McCormick MC. Prevalence, Stability, and Predictors of Clinically Significant Behavior Problems in Low Birth Weight Children at 3, 5, and 8 Years of Age. *Pediatrics* [Internet]. 2004 Sep 1 [cited 2019 Sep 23];114(3):736–43. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15342847>

Tan Susan MK, Nor K, Loh N, Wahab SF, Marimuthu S, Chan S. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 23]. Available from: <https://iacapap.org/wp-content/uploads/B.1-CHILD-MALTREATMENT-Español-2016.pdf>

Plass-Christl A, Otto C, Klasen F, Wiegand-Grefe S, Barkmann C, Hölling H, et al. Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2018 Jul 24 [cited 2019 Aug 11];27(7):867–76. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-017-1084-x>

Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2011 Mar 4 [cited 2019 Sep 15];14(1):1–27. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10567-010-0080-1>

Chen J, Yu J. Sex Differences in Genetic and Environmental Influences on Adolescent Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Depress Res Treat* [Internet]. 2015 Nov 15 [cited 2019 Sep 18];2015:1–7. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/drt/2015/476238/>

Garber J, Cole DA. Intergenerational transmission of depression: A launch and grow model of change across adolescence. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2019 Sep 18];22(4):819–30. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579410000489/type/journal_article

Augustyn MB, Fulco CJ, Henry KL. Intergenerational Continuity in Depression: The Importance of Time-Varying Effects, Maternal Co-morbid Health Risk Behaviors and Child's Gender. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2018 Oct 12 [cited 2019 Sep 18];47(10):2143–68. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10964-017-0805-2>

Colder CR, Scalco M, Trucco EM, Read JP, Lengua LJ, Wieczorek WF, et al. Prospective associations of internalizing and externalizing problems and their co-occurrence with early adolescent substance use. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2013 May [cited 2019 Oct 1];41(4):667–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23242624>

Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2003 Nov 1 [cited 2019 Jun 18];44(8):1092–115. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1469-7610.00194>

Muniz A. Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia Historia editorial. *Conoc y Soc* [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 16];3(2):135–54. Available from: http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/311/Muniz_-_Abordajes_clinicos_de_las_problemas_actuales_en_la_infancia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salud LA, Adolescentes DE. APORTES PARA EL ABORDAJE DE. msp.

Greenland S, Pearl J, Robins JM. Causal diagrams for epidemiologic research. *Epidemiology* [Internet]. 1999 Jan [cited 2019 Oct 12];10(1):37–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9888278>

Hernán MA, Hernández-Díaz S, Werler MM, Mitchel AA. Causal Knowledge as a Prerequisite for Confounding Evaluation: An Application to Birth Defects Epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2002;155(2):176–84.

Johannes Textor ML. Adjustment Criteria in Causal Diagrams: An Algorithmic Perspective. *Proc 27th Conf Uncertain Artif Intell (UAI 2011)* [Internet]. 2011 [cited 2019 Oct 12];681–8. Available from: http://www.tcs.uni-luebeck.de/downloads/papers/2011/Textor_Liskiewicz_Adjustment_Criteria_in_Causal_Diagrams_An_Algorithmic_Perspective.pdf

Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2018;42.

Kingston D, Kehler H, Austin M-P, Mughal MK, Wajid A, Vermeyden L, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195365>

Van Der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles MJ, Sutter-Dallay AL, Melchior M. Maternal depression trajectories and children's behavior at age 5 years. *J Pediatr* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2021 Feb 6];166(6):1440-1448.e1. Available from: <http://www.jpeds.com/article/S0022347615002498/fulltext>

Meaney MJ. Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health [Internet]. Vol. 175, *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association; 2018 [cited 2021 Feb 7]. p. 1084–93. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2018.17091031>

Duan C, Hare MM, Staring M, Deligiannidis KM. Examining the relationship between perinatal depression and neurodevelopment in infants and children through structural and functional neuroimaging research [Internet]. Vol. 31, *International Review of Psychiatry*. Taylor and Francis Ltd; 2019 [cited 2021 Mar 1]. p. 264–79. Available from: </pmc/articles/PMC6594877/>

Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2021 Jan 12];129(1):e232–46. Available from: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-2663

ombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2021 Jan 11];179(SEPT.):218–23. Available from: <https://www.cambridge.org/core>.

H Kara OAMA. 濟無No Title No Title No Title. Pap Knowl Towar a Media Hist Doc.

2014;7(2):107–15.

Bauer A. Estimating the costs of perinatal mental health problems. 2015.

Boyce WT. Differential Susceptibility of the Developing Brain to Contextual Adversity and Stress [Internet]. Vol. 41, *Neuropsychopharmacology*. Nature Publishing Group; 2016 [cited 2021 Feb 7]. p. 142–62. Available from: [/pmc/articles/PMC4677150/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/271150/)

Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord*. 2016 Mar 1;192:83–90.

Camacho EM, Shields GE. Cost-effectiveness of interventions for perinatal anxiety and/or depression: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2022 Jun 21];8(8):e022022. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e022022>

Linsell L, Johnson S, Wolke D, Morris J, Kurinczuk JJ, Marlow N. Trajectories of behavior, attention, social and emotional problems from childhood to early adulthood following extremely preterm birth: a prospective cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Apr 1;28(4):531–42.

La infancia primero. Hacia un sistema integral de protección a la primera infancia (Documento de trabajo 8) | Red Sudamericana de Economía Aplicada [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.redsudamericana.org/programas/otros/la-infancia-primero-hacia-un-sistema-integral-de-protección-la-primera-infancia>

Cristina Lustemberg. La infancia primero. Hacia un sistema integral de protección a la primera infancia. 2014;