

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA
Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**DEPRESIÓN POST-PARTO EN MADRES ADOLESCENTES Y
SUS REPERCUSIONES MATERNO PERINATALES EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL PERIODO DE AGOSTO DEL 2010
A ENERO DEL 2011**

TESIS

Presentada por:

Bach. BEATRIZ VARGAS CHOQUE

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de La Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**DEPRESIÓN POST-PARTO EN MADRES ADOLESCENTES Y SUS
REPERCUSIONES MATERNO PERINATALES EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO
DE AGOSTO DEL 2010 A
ENERO DEL 2011**

TESIS

Presentado por:


BACH. BEATRIZ VARGAS CHOQUE

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:


Mgr. Elena Cachicatari Vargas
Presidenta


Med. Luis David Vela Moscoso
Miembro


Med. Jacinto Bárcena Quintana
Miembro


Dr. Claudio Ramirez Atencio
Asesor

Registro N° _____ Escuela: _____

Bachiller: _____

Fecha de Sustentación: _____

Aprobado por: _____ Nota: _____

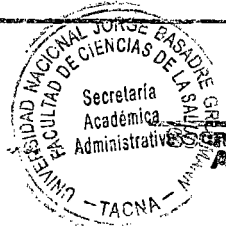
Calificativo: _____

Jurado: - _____

- _____

- _____

Observaciones: _____



AGRADECIMIENTO

Al personal Gineco-obstétrico del Hospital Hipólito Unanue Tacna, por su apoyo incondicional de este trabajo.

Al Jefe del departamento del Sistema Informático Perinatal, Dr. Jaime Vargas Zeballos, por su apoyo y colaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, a quien tantas veces he negado y a pesar de todo siempre está conmigo.

A mis padres Andrés y Justina, que a pesar de mis errores nunca dejaron de apoyarme y animarme a alcanzar mis metas, de los que aprendí que el tesoro más grande es tener a la familia.

A mi único y más grande amigo, el único que siempre me oía, aconsejaba y a veces toleraba, Machín, de quien espero siempre sus consejos.

A mis maestros, de los que llevo recuerdos más maravillosos, en mi carrera universitaria

RESUMEN

INTRODUCCION: La depresión tiene múltiples repercusiones: psicológicas, biológicas, sociales, espirituales, laborales, económicas, etc. La maternidad tiene muchas facetas no todas agradables, dentro de ello la presencia de depresión postparto.

OBJETIVOS: Determinar las repercusiones maternas perinatales que se presentan en madres adolescentes con depresión postparto.

MATERIAL Y METODOS: Se estudia a toda madre adolescente cuyo parto aconteció en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011, constituyendo en total 282 púerperas de las cuales 12 no presentan domicilio en Tacna, Se divide en dos grupos de estudio: con depresión posparto y sin depresión posparto. Se usa la prueba estadística Chi cuadrada para evaluar la relación estadística.

RESULTADOS: Existe una relación directa entre la presencia de patologías del embarazo y depresión materna. Teniendo a la ITU 30.5%, Anemia 28.8% y Amenaza de Parto Prematuro 11.9%. Las complicaciones durante el puerperio muestran una relación estadísticamente significativa ($P: 0.000$) con la depresión postparto

en madres adolescentes, así tenemos que la Anemia 54.2%, Mastitis 16.9% y Retención de Membranas y Placenta 5.1%.

CONCLUSIONES: Las repercusiones maternas que presentaron con mayor frecuencia, en las madres adolescentes con depresión postparto, durante el embarazo fueron: ITU con un 30.5%, seguido de Anemia 28.8% y Amenaza de Parto Pre termino 11.9%; en lo referido a patologías durante el trabajo de parto que llevaron a Cesárea fueron: SFA 13.6%, DCP 11.9%, Distocias de Presentación con 6.8% y Pre eclampsia con 5.1%; respecto a las complicaciones puerperales se encontró que se presentaron con mayor frecuencia: Anemia 11.9%, Mastitis 3.7% y Retención de placenta 5.1%.

Complicaciones Neonatales como: la Deshidratación Hipernatremica, presencia de Prematurez o Macrosomia fetal, se han relacionado estadísticamente con la presencia de depresión postparto en madres adolescentes.

PALABRAS CLAVES: Depresión postparto, complicaciones de puérperas adolescentes, repercusiones materna perinatales en relación a depresión postparto.

SUMMARY

INTRODUCTION: The depression has multiple repercussions: psychological, biological, social, spiritual, labor, economic, etc. The maternity not has many facets all pleasant ones, inside it the presence of depression postpartum.

OBJECTIVES: To determine the perinatal maternal repercussions those are presented in adolescent mothers with depression postpartum.

MATERIAL AND METHODS: It is studied all adolescent mother whose childbirth Hipólito happened in the Hospital Unanue of Tacna in the period of August from the 2010 to January of the 2011, constituting in total 282 puérperas of which 12 don't present home in Tacna, it is divided in two study groups: with depression postpartum and without depression postpartum. The statistical test square Chi is used to evaluate the statistical relationship.

RESULTS: A direct relationship exists between the presence of pathologies of the pregnancy and maternal depression. Having the ITU 30.5%, Anemia 28.8% and he/she Threatens of Childbirth Premature 11.9%. The complications during the puerperal show a relationship statistically significant (P: 0.000) with the depression

postpartum in adolescent mothers, we have this way that the Anemia 54.2%, Mastitis 16.9% and Retention of Membranes and Placenta 5.1%.

CONCLUSIONS: The maternal repercussions that presented with more frequency, in the adolescent mothers with depression postpartum, during the pregnancy were: ITU with 30.5%, followed by Anemia 28.8% and he/she Threatens of Childbirth Pre I finish 11.9%; in that referred to pathologies during the childbirth work that you/they took to Caesarean operation they were: SFA 13.6%, DCP 11.9%, Distocias of Presentation with 6.8% and Pre eclampsia with 5.1%; regarding the complications puerperal it was found that they were presented with more frequency: Anemia 11.9%, Mastitis 3.7% and Retention of placenta 5.1%.

Complications Neonatal like: the Dehydration Hipernatremica, presence of Premature or fetal Macrosomia, they have been related statistically with the presence of depression postpartum in adolescent mothers.

KEY WORDS: Depression postpartum, complications of adolescent puerperal, perinatal maternal repercussions in relation to depression postpartum.

CONTENIDO

INTRODUCCION

<u>CAPITULO I</u>: EL PROBLEMA	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.1. Situación Problemática	4
1.1.2. Formulación del problema	8
1.2. JUSTIFICACION	9
1.3. OBJETIVOS	12
1.3.1. General	12
1.3.2. Específicos	12
<u>CAPITULO II</u>: MARCO TEORICO	14
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	14
2.1.1 Antecedentes en el exterior	14
2.1.2 Antecedentes nacionales	18
2.2. FUNDAMENTOS TEORICOS	20
2.2.1 DEPRESION POSPARTO	20

2.2.1.1	ESTADO ACTUAL DEL TEMA	20
2.2.1.2	DEFINICION DE DEPRESION	21
2.2.1.3	TIPOS DE DEPRESION	24
	a. Depresión posparto leve o Maternity Blues	24
	b. Psicosis Posparto	25
	c. Depresión mayor posparto	26
2.2.1.4	SINTOMATOLOGIA	27
2.2.1.5	FACTORES ETIOPATOGENICOS	28
	a. Teorías bioquímicas	29
	b. Antecedentes psiquiátricos previos	31
	c. Factores psicológicos	32
	d. Factores psicosociales	33
	e. Factores sociodemograficos	34
	f. Factores de morbilidad	34
2.2.1.6	DIAGNOSTICO	35
2.2.1.7	TEST DIAGNOSTICO	37
2.2.1.8	MANEJO TERAPEUTICO	42
2.2.2	ADOLESCENCIA	46

2.2.2.1	CONCEPTOS GENERALES	46
2.2.2.2	ETAPAS	47
2.2.2.3	EMBARAZO Y ADOLESCENCIA	50
2.2.2.4	CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	53
a.	Factores predisponentes	55
b.	Factores determinantes	57
2.2.2.5	CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE	58
a.	Consecuencias para la adolescente	58
b.	Consecuencias para el hijo de la madre Adolescente	59
2.2.3	COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES	60
a.	Complicaciones maternas	61
b.	Complicaciones neonatales	64
2.3.	ANALISIS CONCEPTUAL	66
<u>CAPITULO III:</u>	METODOLOGIA	69
3.1.	DISEÑO METODOLOGICO	69

3.2. POBLACION DE ESTUDIO	69
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	70
3.3.1. Criterio de inclusión	70
3.3.2. Criterio de exclusión	71
3.4. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	71
3.5. TECNICA DE ANÁLISIS E INTERPRETACION	71
3.6. HIPOTESIS	72
3.7. VARIABLES E INDICADORES	72
<u>CAPITULO IV</u>: RESULTADOS	75
<u>CAPITULO V</u>: DISCUSION	109
CONCLUSIONES	116
RECOMENDACIONES	120
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	122
ANEXOS	
1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	
2. FICHA PREELABORADA	
3. TEST EDIMBURGO	

INTRODUCCION

La salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social, es por ello que en la última década se ha alcanzado una importante mejora en algunos indicadores de salud, uno de ellos es la disminución en la incidencia y prevalencia de las enfermedades infecciosas comunes hasta hace una década en países en vías de desarrollo como el nuestro. Pero no es hasta la actualidad en que las enfermedades psiquiátricas han tenido una evolución epistemológica y clínica, donde los síntomas somáticos son frecuentes y ocupan un lugar preferencial en el trastorno vital.

La depresión tiene múltiples repercusiones: psicológicas, biológicas, sociales, espirituales, laborales, económicas, conyugales, conductuales, sexuales, entre otras. Estas repercusiones influyen en el desarrollo psico-biológico del recién nacido, del pre-escolar, del escolar, del adolescente y del adulto en su vida conyugal, sexual y profesional (¹)

Una de las poblaciones propensas a padecer esta patología son las mujeres por ser, mas introvertidas y con mas rasgos neuróticos; y los períodos en los que se muestra más vulnerable psicológicamente son

¹ Gómea Ayala, A. (2007) Depresión en el embarazo y en postparto

aquellos en los que se producen cambios en su estado reproductivo ⁽²⁾ y por lo tanto presentan un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto.

El embarazo y la maternidad en los adolescentes son hechos más frecuentes en la sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. Tal problemática afecta la posibilidad de las jóvenes de cumplir a cabalidad las tareas de la adolescencia y por lo tanto los obliga a asumir los desafíos que implica el embarazo, el nacimiento de un hijo y posteriormente asumir el rol de madre.

La maternidad tiene muchas facetas, no todas agradables, como la depresión posparto. Entre sus consecuencias negativas están: falta de bienestar del recién nacido, tristeza, angustia y desesperación de la madre, conflictos familiares o psicosociales y, en muchos casos, problemas de moderados a graves en el desarrollo infantil. ⁽³⁾

El presente trabajo de investigación consta de 5 capítulos, el trabajo ha sido desarrollado en las instalaciones del Hospital Hipólito

² Arranz Lara L., y col, (2008) Enfoque multidisciplinario de la depresión postparto, México

³ Barra F., y Col (2009) Depresión postparto, Chile.

Unanue de Tacna. En los meses de Agosto del 2010 a Enero del 2011.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Situación Problemática

La depresión es una de las enfermedades de mayor relevancia en la Salud Pública, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa mayor de carga de enfermedad a nivel global (morbilidad + mortalidad) y casi el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones de moderadas a severas en el trabajo, el hogar, las relaciones o el funcionamiento social. La importancia que reviste la depresión radica en que, siendo un cuadro de alta prevalencia, produce sufrimiento al individuo y al entorno, implica altos niveles de discapacidad, ocasiona aumento consultas médicas y psicológicas, disminuye la sobrevivencia general y es una enfermedad que recurre en la mayoría de los pacientes. Entre las poblaciones de mayor riesgo para desarrollar

cuadros depresivos se encuentran las mujeres, especialmente aquellas que sufren cambios reproductivos, durante el periodo de posparto, pues los cambios hormonales (baja de estrógenos) y la escases de recursos psicológicos para enfrentar los eventos psicosociales desencadenantes de estrés favorecen la aparición de dichas patologías; llegando a alcanzar tasa cercanas al 10% en el caso específico de la Depresión Posparto (⁴).

Existen cambios psicológicos normales que se presentan en el embarazo. Durante el Primer Trimestre: modificación de intereses, vuelco al “embarazo” y temor a la pérdida. En el Segundo Trimestre: inicio de la relación “madre-hijo”. Y, en el Tercer Trimestre: inicio de “ansiedad” por el parto y preparación para la separación del posparto.

Contrariamente a lo que tradicionalmente se sostenía que el embarazo se asociaba habitualmente a un estado de bienestar emocional en la mujer, alrededor de un 30% a un 40% de las gestantes presentan síntomas ansioso

⁴ Evans G. G., y Cols. (2006). “Depresión Posparto en el Embarazo. Chile

depresivos, durante el embarazo; y el riesgo de hospitalización psiquiátrica, es casi 7 veces mayor durante los 30 días posteriores al parto que antes de embarazarse (5). Así, depresión y embarazo son entidades que pueden presentar una estrecha relación.

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública sobre todo en los países en vías de desarrollo como el nuestro donde el embarazo en adolescentes ocurre cada vez más en edades más tempranas, aproximándose a la menarquía. Por las repercusiones médicas y sociales, el embarazo en la adolescencia es considerado un embarazo de alto riesgo. Está además relacionado con múltiples complicaciones ampliamente conocidas que amenazan la salud y la vida tanto de la madre como del producto, entre ellas la hipertensión inducida por el embarazo, abortos, anemia, hemorragias, aumento de incidencias de cesáreas, los trastornos metabólicos y respiratorias del neonato, sepsis,

⁵ American Psychiatric Association. (2003) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. EE.UU.

bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional, entre otras descritas en la literatura. El embarazo en adolescentes también tiene repercusiones a nivel individual, familiar, de la comunidad y sociedad, los cuales están en relación con la deserción escolar, multiparidad, desempleo, uniones inestables, transmisión de la pobreza, perpetuación del ciclo de la pobreza, jefatura de hogar femenina, dificultad para encontrar empleo lo que se traduce en feminización de la pobreza (6)

La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana, 2003) (5). A modo de conclusión podemos señalar que la depresión postparto (DPP) es una patología frecuente y que produce grados significativos de deterioro para la madre, los hijos y el sistema familiar. Existen tratamientos farmacológicos efectivos y seguros para tratarla. Un tratamiento adecuado requiere de las intervenciones y perspectivas de los distintos integrantes del equipo de salud.

⁶ Jordán M. V., Oviedo Lugo G., (2006) Trastornos afectivos posparto

El abordaje desde un enfoque integrador resulta promisorio y clarificador para el abordaje integral de las mujeres que sufren DPP y su entorno, en la medida en que se hace cargo no sólo de la sintomatología clínica propia del cuadro, sino que también pone su mirada en los aspectos de la dinámica psicofisiológica, que en gran medida sustentan y favorecen la irrupción de un trastorno de este tipo (6).

Por todo lo anterior es muy importante identificar cuáles son las patologías neonatales y maternas más frecuentes relacionadas con la depresión en madres con depresión postparto e irrumpir en este ciclo vicioso de depresión y alteraciones orgánicas, por ello se realiza el presente estudio.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las repercusiones maternas perinatales que se presentan en madres adolescentes con depresión postparto en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011?

1.2. JUSTIFICACION

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Según estadísticas mundiales, en la actualidad la población adolescente representa más del 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vivió en países en vías de desarrollo. Se estima que, a la edad de 20 años, el 40% de ellos habrán experimentado por lo menos 1 embarazo.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan

síntomas transitorios y leves (⁷). Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental, sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el posparto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan la proclividad de la mujer a presentar dichos síntomas (⁸).

Según el Plan Nacional de Salud Mental (2005) en el Perú no existe información epidemiológica de carácter nacional consistente y organizado sobre la prevalencia de trastornos mentales. En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú, en su estudio en puérperas en el año 2008 se encontró una incidencia de depresión postparto de 17%. Otro estudio epidemiológico realizado por la misma institución en la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos de 17%. (⁹). A nivel internacional se evidencio en Chile una prevalencia de depresión

⁷ Ramírez F., (2010): Sintomatología depresiva postparto: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. Lima-Perú.

⁸ Peindl KS, Wisner KI, Hanusa BH. (2006) Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral

⁹ Nonacs RM. 2005 Postpartum depression

postparto de 10% en primíparas y 8% en multíparas, en Brasil 22.2% entre la 8va a 10ma semana postparto.

Una constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, sin duda alguna, la alta incidencia de morbi-mortalidad materno neonatal (¹⁰). La presencia de síntomas mentales graves durante posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbi-mortalidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones, los cuales aun no han sido demostrados mediante trabajos de investigación, es por ello que es necesario realizar el presente estudio, el cual no solo contribuirá al mayor entendimiento dimensional de esta patología psiquiátrica, sino también a iniciar medidas de detección y prevención de esta patología. De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos. A pesar de estas estrategias, ciertas patologías como la depresión posparto son aún subdiagnosticadas y consecuentemente, mal

¹⁰ Austin MP, Priest SR. (2005) Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders

tratado o no atendido ⁽¹¹⁾. Su detección precoz es limitada por cuanto ni se busca atención, ni se realiza tamizaje de rutina.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

Determinar las repercusiones maternas perinatales que se presentan en madres adolescentes con depresión postparto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011.

1.3.2. Específicos

- Determinar la incidencia de depresión post-parto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011.
- Determinar las características sociodemográficas de las madres adolescentes con depresión post-parto

¹¹ DSM-IV. (2000). Tratado de Psiquiatría

atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011.

- Describir las características sociales y obstétricas de las madres adolescentes con depresión post-parto atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011.
- Describir las complicaciones maternas más frecuentes en madres adolescentes con depresión post-parto atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011.
- Describir las complicaciones neonatales más frecuentes en hijos de madres adolescentes con depresión post-parto atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto del 2010 a enero del 2011.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1 Antecedentes en el exterior

Claudia Wolff L.; En su trabajo de Revisión: Depresión Posparto en el Embarazo Adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. ⁽¹²⁾ Encontró que el embarazo adolescente es un importante problema de Salud Pública, que se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo. Uno de los riesgos frente a los que las madres adolescentes están particularmente vulnerables es a la depresión posparto (DPP). Existen extensas investigaciones sobre el fenómeno de la DPP, pero los estudios en madres adolescentes son limitados y suelen provenir de países desarrollados. En Chile no existen estudios publicados que se aboquen específicamente a la DPP en adolescentes. Por lo mismo, es

¹² Wolf C. (2009) Depresión posparto en el embarazo adolescente. Chile.

que esta revisión pretende dar cuenta de los principales hallazgos internacionales y nacionales sobre prevalencia, factores de riesgo, consecuencias y abordaje de la DPP en general, y en madres adolescentes en particular, con el propósito de fortalecer el conocimiento de los profesionales que trabajan con estas jóvenes, ya sea en el área de salud mental, obstetricia o pediatría.

Martínez Lanz, Patricia; Waysel, K. Romano, (2008) Depresión en adolescentes embarazadas, ⁽¹³⁾ en el Instituto nacional de Perinatología Ciudad de México. RESULTADOS: indican que aquellas adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresiones con sintomatología grave; dicha problemática se relacionó con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero. CONCLUSIONES: la mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve, lo cual es altamente significativo.

¹³ Martínez Lanz, Patricia; Waysel, K. Romano, (2008) Depresión en adolescentes embarazadas, Mexico.

Bonilla Sepúlveda O., (2009) Depresión y Factores Asociados en mujeres Adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) Estudio de corte Transversal. ⁽¹⁴⁾ RESULTADOS: En las adolescentes embarazadas la prevalencia de depresión fue de 32,8% mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16.8%. Se describen los factores de riesgo en los dos grupos. CONCLUSIONES: La depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez de Medellín (Colombia).

Urdaneta M. José, y Col. (2009) Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo, en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.⁽¹⁵⁾ RESULTADO: Los resultados

¹⁴ Bonilla Sepulveda O., (2010) Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia).

¹⁵ Urdaneta M. José, y Col. (2009) Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Venezuela.

demonstraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22% presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ($p < 0,05$) no hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión postparto. CONCLUSION: La población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto, sin diferencias en cuanto a su paridad.

Latorre L. José M.D. y Col. (mayo/2003 – abril/2004). La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia, realizado durante mayo 2003 a abril 2004 en Bucaramanga, Colombia. ⁽¹⁶⁾ RESULTADOS: La tasa de incidencia de depresión posparto en adolescentes fue de 0,6 casos/1000 días-persona (IC95% 0,07-2,2); en mujeres de 21 a 34 años fue de 1,0 casos/1000 días-persona (IC95% 0,3-2,0); y de 1,9 casos/1000 días-persona (IC95% 0,3-5,4) en mujeres mayores. Cuando se hizo ajuste, el hazard ratio fue de 3,0 (IC95% 0,3-29,9) para

¹⁶ Latorre Latorre J., y Col., (2008) La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia

las mujeres de 21 a 34 años y de 7,4 (IC95% 0,6-95,6) para las madres mayores de 34 comparándolas con adolescentes. CONCLUSIONES: La depresión posparto constituye un problema de salud frecuente en Bucaramanga. Las madres adolescentes no presentan un riesgo mayor que el de otras mujeres.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Escobar J., Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar (2008) Depresión posparto y violencia basada en género realizado en Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú: durante los meses de enero a febrero del 2008. ⁽¹⁷⁾ RESULTADOS: La tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la

¹⁷ Escobar J., Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar (2008) Depresión posparto y violencia basada en género. Perú.

forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto violencia basada en género ($p=0,001$), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: $< 5,5; 16,7>$). CONCLUSIONES: Las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto.

Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. (2006) Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006 (¹⁸). RESULTADOS: De las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de

¹⁸ Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. (2006) Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú

alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. CONCLUSIONES: La prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante el embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

2.2. FUNDAMENTOS TEORICOS

2.2.1 DEPRESION POSPARTO

2.2.1.1 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el posparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y

comportan repercusiones en la salud de la embarazada y en las relaciones conyugales y familiares, pero sobre todo dificultan la relación madre-hijo, pudiendo provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé (4).

2.2.1.2 DEFINICION DE DEPRESION

Se considera depresión posparto a cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento.

Es importante diferenciar la reacción depresiva puerperal de la depresión posparto. La reacción depresiva puerperal, conocida también como *baby blues* es común y afecta del 30 al 75% de las mujeres que acaban de tener un hijo. Esta forma de cambios de humor en el posparto se debe, principalmente, a la súbita caída hormonal, es de alivio espontáneo y no requiere tratamiento

específico, más allá de la educación y el apoyo familiar. (19)

La depresión posparto tiene un efecto significativo en la salud del neonato porque es frecuente que sufra diversas formas de abandono o alejamiento afectivo. Además de la causa endocrina de la depresión posparto, sus síntomas centrales se refieren a problemas de autopercepción y conflicto psicosocial. Algunos de los cambios emocionales son: tristeza, llanto fácil, ansiedad, sensación de estar rebasada, pensamientos obsesivos, enojo, irritabilidad, aislamiento, sentimiento de soledad, culpa, desinterés por las cosas y cansancio, entre otros (17).

Los conflictos más comunes con el recién nacido son: dificultades e inseguridad en el rol materno, ambivalencia y rechazo a ser madre, problemas de comunicación con el padre del niño o

¹⁹ Sebastián Romero E., y col. (2000). Depresión Postparto en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria. España

con su propia madre. Los factores sociales, económicos e interpersonales, y el antecedente de depresiones previas contribuyen, en buena medida, a la evolución de este padecimiento. En los episodios depresivos graves del posparto se deteriora seriamente la actividad social o laboral, hay dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal y, sobre todo, maltrato o descuido al neonato; en algunos casos pensamientos suicidas o de daño al menor (19)

El trastorno depresivo mayor hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía e hipomanía. La depresión posparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor que está temporalmente asociado con el nacimiento. La **depresión mayor posparto** no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional (16). Sin embargo la DSM IV añade el criterio de "inicio en el posparto" para las pacientes con un trastorno depresivo mayor que

acontece dentro de las cuatro primeras semanas del mismo (11).

2.2.1.3 TIPOS DE DEPRESION

Inwood divide los trastornos psicopatológicos del puerperio en:

- ❖ Trastorno de ajuste con ánimo deprimido (blues posparto).
- ❖ Psicosis posparto (puerperal o reactiva breve).
- ❖ Trastorno afectivo mayor posparto (depresión mayor, neurosis posparto o reacción neurótica).

a. Depresión posparto leve o Maternity Blues

Es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 50-80% de las madres. Ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de 2 semanas. La sintomatología cursa con tristeza, llanto, fatiga, ansiedad, insomnio, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimientos de minusvalía.

Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental psicológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión mayor posparto (19).

b. Psicosis Posparto

La psicosis posparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 casos de cada 1000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes. La psicosis posparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño. En tanto que la madre puede autolesionarse

o dañar a su hijo, la psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica.

c. Depresión mayor posparto

Es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto y aunque suele pasar inadvertida afecta al 10-20% de las puérperas según diversos estudios. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas, e incluso superior al año sin tratamiento. La mujer siente fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto de éste. Existe una sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión de la madre, pudiendo aparecer una intolerancia extrema hacia el bebé, llegando a gritarle e incluso a pegarle (13). Generalmente su cuadro es más florido, la mujer que sufre una

depresión postparto generalmente experimenta varios de los síntomas.

2.2.1.4 SINTOMATOLOGIA

Generalmente es difícil poder precisar con certeza el diagnóstico de depresión postparto para ello nos guiamos de una sintomatología sugerente el cual está detallado en la tabla I que describimos a continuación:

TABLA I : SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO
– Pereza.
– Fatiga.
– Tristeza.
– Alteración del sueño y del apetito.
– Falta de concentración, confusión.
– Pérdida de memoria.
– Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos.
– Sentimiento de culpa.
– Pérdida de libido.
– Miedo a autolesionarse o dañar al niño.
– Sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas

consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.

- Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle.
- Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.

¶

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas.

2.2.1.5 FACTORES ETIOPATOGENICOS

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación (19).

a. Teorías bioquímicas

Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de (19):

- Un *fenómeno de retirada* por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del cortisol plasmático. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable del problema.

Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad del enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.

- La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis postparto.
- Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas remedan un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal. Otros hallazgos, como una elevada concentración de

anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio.

Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las tres semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en esta entidad, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperprolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios. La oxitocina y la vasopresina no se han relacionado con la depresión posparto⁽²⁰⁾.

b. Antecedentes psiquiátricos previos

²⁰ Rees R. (2002) Pharmacotherapy for unipolar depression in women

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión postparto (19):

- Antecedentes personales: estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10%-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto (35%); si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%.
- Antecedentes familiares de depresión.

c. Factores psicológicos

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de *madre ideal*, abnegada, sacrificada y entregada a su

hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas.

d. Factores psicosociales

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos (19).

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno ⁽²¹⁾.

e. Factores sociodemograficos

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema (19).

f. Factores de morbilidad

La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos,

²¹ Surt VK, Suri R, Altshuler L, et al. (2001) The use of psychotropic medications during breast-feeding

complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros (19).

2.2.1.6 DIAGNOSTICO

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el

período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo.

Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan (19):

- Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto (12).
- La identificación de los grupos de riesgo: Sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una

mayor probabilidad de desarrollar esta patología (19).

- Información-Educación: Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto .
- Relación médico-paciente: El médico de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo (19).

2.2.1.7 TEST DIAGNOSTICO

La depresión postparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor que está temporalmente asociado con el nacimiento. La depresión mayor postparto no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional. La única salvedad que hace el DSM-IV es que permite añadir el criterio de inicio en el postparto para las pacientes con un trastorno depresivo mayor que acontece dentro de las cuatro primeras semanas del mismo.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto (Tabla II), aunque el más usado es *The Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud

de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países. ⁽²²⁾

Es importante tener presente que la escala de Edinburgh para depresión posparto se diseñó para cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente en el posparto. Se excluyeron sistemáticamente algunos síntomas físicos relacionados con un episodio depresivo que pueden estar presentes durante el embarazo y considerarse como propios de la gestación. No obstante, se utiliza igualmente en la detección de estos síntomas durante la gestación. Este instrumento ha sido diseñado específicamente como método de despistaje y no de diagnóstico para depresión posparto, consiste en un registro de auto aplicación, que consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a

²² Cox JL, Holden J. (2003) Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh postnatal depression scale.

la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10-11: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor o igual a 12: puntaje indicador de probable depresión (22).

Consta de diez preguntas cortas, auto aplicadas, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una

puntuación global de la suma de todas ellas. Un total de 12 o más puntos indicarán la probabilidad de padecer el trastorno. La escala no detecta ansiedad, neurosis, desórdenes de personalidad o fobias de la madre. En casos dudosos puede repetirse después de dos semanas, validada en Perú por Vega y col. (23²³)

TABLA II : Test diagnósticos usados en la depresión postparto
--

– The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
--

– Semi-structured clinical interview (SADS).
--

– Scale and Goldberg's Standardised Psychiatric interview.
--

– The Bromley postnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el postparto o previos).
--

– The Zerssen self-rating scale (usado en los primeros días tras el parto para el diagnóstico de la depresión postparto leve o <i>Maternity Blues</i>).
--

– Zung Scale.

– The Psychiatric Assessment Schedule.
--

²³ Vega J., Mazzotti S, Campos S. (2002) Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Perú.

2.2.1.8 MANEJO TERAPEUTICO

Existe escasa literatura que se ocupe de la prevención y del tratamiento multifactorial de estos trastornos, pero un manejo terapéutico adecuado incluye:

- *Tratamiento psicoterapéutico.* La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas (21). En el *Maternity Blues*, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo, su resolución a veces puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan

pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión postparto.

- *Tratamiento farmacológico.* Existen muy pocos estudios que permitan obtener conclusiones fiables sobre este tema. Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión postparto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos. Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión postparto. Un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina debe administrarse de manera rápida, pues este tipo de agentes presentan un bajo riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis (20). La mayoría de los estudios existentes son ensayos abiertos; recientemente, se han realizado estudios controlados con placebo.

Varios estudios han demostrado la eficacia de medicamentos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina en el tratamiento

de la depresión posparto sin psicosis (21). La sertralina se considera como el antidepresivo de elección durante el embarazo, en virtud de su baja tasa de excreción en la leche materna y, generalmente, no se detecta en el plasma del neonato; tampoco se han reportado efectos adversos en el niño (21). Los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Se sabe poco de los riesgos de la exposición del niño a la medicación a través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos. Otro antidepresivo considerado apropiado durante la lactancia es la paroxetina, ya que ha mostrado un bajo porcentaje en el niño, de la dosis ajustada de la madre (hasta 2,24%) y una media de concentración leche/plasma de 0,96. Además, es poco probable que se detecte

en el plasma del lactante, no se ha asociado a ningún efecto adverso y no posee metabolitos activos (21).

Los antidepresivos tricíclicos, excepto la doxepina, no se asocian con dosis significativas en los recién nacidos y no se presentan efectos agudos en éstos, en especial si son mayores de 10 semanas de edad. Los metabolitos de la doxepina sí se encuentran en el plasma de los niños y se relacionan con efectos en el recién nacido (21). La elección del tratamiento antidepresivo debe sustentarse en las características de la respuesta previa de la paciente a algún tipo de antidepresivo y en el perfil de efectos adversos. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis usual, con incremento de la dosis cada quinto día, debido a la hipersensibilidad de las mujeres a los efectos indeseables de los medicamentos durante este período; si es un primer episodio depresivo, se deben esperar cuatro semanas para evaluar la respuesta a este tratamiento y, si fue favorable y la paciente tiene antecedentes de

episodios previos, se debe sostener por seis meses o más tiempo ⁽²⁴⁾. Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación.

Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico.

En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva (19).

2.2.2 ADOLESCENCIA

2.2.2.1 CONCEPTOS GENERALES

²⁴ Perez Villegas R., (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

2.2.2.2 ETAPAS

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

A. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

B. Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

C. Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de

pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

2.2.2.3 EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de

embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.

En nuestro país la tendencia es al incremento del número de embarazos no deseados registrado principalmente en madres adolescentes, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.

2.2.2.4 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo,

siendo la más común de las sociedades en el mundo.

- c. **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d. **Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial,

ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

a. Factores predisponentes

1. Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven

no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola

5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se

embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

b. Factores determinantes

1. Relaciones Sin Anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación

2.2.2.5 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad - paternidad en la segunda década de la vida.

a. Consecuencias para la adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse

por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

b. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

2.2.3 COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES

El conocimiento de la morbilidad materna y perinatal es un hecho de gran importancia porque nos da una imagen del nivel de desarrollo y la calidad de salud de los pueblos, además nos permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los primeros días de vida extrauterina.

Existen muchos indicadores para medir los riesgos perinatales, como peso al nacer, estado neurológico del niño, maduración psiconeurológica en la primera infancia, etc...

La morbilidad neonatal puede ser estudiada en sus diferentes etapas, el cual está estrechamente relacionado al periodo postparto de la mujer, es por ello que cualquier patología que afecte a la madre no solo repercutirá en su salud sino también involucrará la salud del neonato

Se considera morbilidad postparto aquella patología que se presenta después de producido la expulsión del producto de la concepción teniendo como causa patologías que se hayan desarrollado en el embarazo, en el parto o en el mismo puerperio

La morbilidad materna de causa obstétrica incluye las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos resultantes de uno de ellos.

a. Complicaciones maternas

- Inhibición de la lactancia

Debido a muerte fetal o mal estado del recién nacido (ingreso en neonatología), o patología materna: tuberculosis, madre portadora de VIH u otras enfermedades maternas contagiosa y mal estado general materno, Miastenia Gravis. Medicación materna con antitiroideos u otra medicación peligrosa para el recién nacido. Adicciones maternas:

alcoholismo, drogas o hábito tabáquico importante.

Deseo de la madre de no dar de lactar al neonato.

- Ingurgitación mamaria

Este cuadro se presenta en el segundo o tercer día del puerperio. Suele ser bilateral y las mamas están tensas, calientes y dolorosas. Habitualmente, el proceso se resuelve en pocos días.

- Mastitis

Con frecuencia es unilateral, aunque puede ser bilateral. Se suele presentar en la primera semana postparto aunque también hay un pico en la 3-4ª semanas. Clínicamente es poco distinguible pero generalmente cursa con: fiebre y dolor mamario. A la exploración física: eritema, dolor a la palpación, induración y fluctuación si se ha desarrollado un absceso, y linfangitis mamaria con infarto o no de ganglios regionales. Etiología: flora bacteriana nasal-oral del recién nacido, o flora cutánea materna.

- Infección puerperal

Los picos febriles en los 2 primeros días tras el parto suelen ser autolimitados y debidos a la subida de la leche. ¿Qué hacer ante una paciente puérpera con temperatura ≥ 38 °C durante 2 días entre los días 2º al 10º tras el parto

- Endometritis puerperal: suele manifestarse entre 3º y 5º día. Mal estado general, útero subinvolucionado, con dolor a la palpación en fondo uterino y a la movilización, loquios achocolatados, purulentos y/o malolientes, taquicardia materna.
- Infección episiotomía: dolor local, eritema, induración, supuración, posible dehiscencia parcial.
- Infección urinaria: polaquiuria, disuria y/o tenesmo vesical, dolor zona lumbar con puñopercusión positiva.
- Mastitis: eritema, induración, dolor a la palpación.
- Infección herida quirúrgica (5% de las cesáreas): eritema cutáneo, aumento de sensibilidad, secreción purulenta maloliente.
- Tromboflebitis pélvica: 8º-15º día postparto. Febrícula, mal estado general, taquicardia, dolor,

edema e impotencia de la extremidad afectada. En pocos días fiebre, dolor más intenso (en pie, gemelos, hueso poplíteo y cara interna muslo). Coloración blanquizca del miembro. La evolución es lenta, su mayor peligro es la embolia pulmonar.

- **Metrorragia puerperal**

Pérdida de una cantidad de sangre > 500ml en las primeras 24h tras el parto vaginal o >1000 ml tras cesárea. Prestar atención a causas (regla 4T: Trauma, desgarros o inversión uterina; Tejidos, restos de tejido placentario; Trombopatias, alteraciones coagulación; Tono, atonía uterina).

b. **Complicaciones neonatales**

- **Síndrome diarreico agudo**

El cual suele adquirir rápidamente características de gravedad, especialmente en el niño prematuro. Ello se debe a la extraordinaria labilidad hídrica de estos pacientes y a que los gérmenes causales traspasan fácilmente la

barrera intestinal, dando origen a una infección generalizada.

- **Infecciones mucocutaneas**

Las lesiones mucocutaneas de origen infeccioso pueden representar una infección primaria de las mucosas y de la piel (impétigo, onfalitis, candidiasis, celulitis, etc.) o una manifestación de una infección sistémica (exantema de infección por listeria, lesiones cutáneas necróticas en infecciones por Pseudomonas, lesiones maculoeritematosas en sífilis congénita).

- **Alteraciones hidroelectrolíticas**

Los cuadros clínicos en los que hay perturbaciones del metabolismo del agua se caracterizan por una distribución anómala de dicho líquido en los compartimentos extracelulares e intracelulares produciéndose una

osmolaridad sérica anormal la cual se determina con exactitud por métodos de laboratorio.

- Macrosomia Fetal
- Ictericia
- Bajo peso al nacer
- Malformaciones
- Asfixia al nacer
- Traumatismos craneales u otros

2.3. ANALISIS CONCEPTUAL

2.3.1. DEPRESION.- depresión es un término con un significado que varía desde bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distinto a la normalidad.

2.3.2. RIESGO.- Indica una probabilidad para que se altere la salud, ya sea produciendo una enfermedad o desencadenando la muerte. En relación con la atención

materno-infantil se acepta que la probabilidad de una madre o un hijo, de enfermar o morir está influenciada por múltiples factores, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados. Entre mayor sea el número de factores determinantes, la probabilidad de sufrir el daño será mayor.

2.3.3. FACTOR DE RIESGO.- Es una característica o circunstancia que puede ser detectada en un individuo o en un grupo de personas, y que su presencia se asocia con una probabilidad mayor de sufrir, desarrollar o estar expuesto a sufrir una enfermedad o daño.

2.3.4. DAÑO.- Es el resultado final no deseado que se presenta en un individuo o en un grupo de personas que estuvieron expuestas a uno o varios factores de riesgo.

2.3.5. RIESGO OBSTETRICO.- Su objetivo se encamina a la atención de gestantes de riesgo alto.

2.3.6. RIESGO PERINATAL.- Es mayor probabilidad de enfermar o morir (daño) que tiene la madre y el niño a

consecuencia de problemas (factores) del embarazo, parto y puerperio.

2.3.7. EDAD GESTACIONAL.- Se recomienda que la duración de la gestación se mida desde el primer día de la última menstruación de caracteres normales y que se exprese en días completos o bien en semanas cumplidas.

2.3.8. RIESGO RELATIVO.- Es una medida de la probabilidad de experimentar un daño a la salud de aquellos individuos con un determinado factor de riesgo en comparación con los que no tienen ese factor. Es un cociente que se obtiene de relacionar la probabilidad de padecer daño entre los expuestos y los no expuestos.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. DISEÑO METODOLOGICO

El trabajo será un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal tipo comparativo

3.2. POBLACION DE ESTUDIO

- a. **Población Total**. - La población fue toda madre adolescente cuyo parto aconteció en el área de Ginec Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el período comprendido entre el mes de agosto del 2010 a enero del 2011, las cuales cumplieron los criterios de inclusión. En total se encontró 282 puérpera, a 12 no se le pudo realizar la encuesta debido a que no tenían un domicilio en el departamento de Tacna.

- b. **Muestra**. - La muestra es de tipo no probabilístico, el tamaño de muestra poblacional fue de 270 madres adolescentes en su periodo de puerperio tardío a las cuales se dividió en dos grupos de estudio: con y sin depresión postparto, cuyo parto

se produjo en el periodo entre agosto del 2010 a enero del 2011 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El principal instrumento aplicado en el presente trabajo fue la Escala de Edinburgh, el cual determinara la presencia de depresión postparto, por tener una especificidad de 99%, una sensibilidad de 78%. Dicha prueba ha sido validada por Mazzoti (Perú, 2002) con una sensibilidad de 84.2% y especificidad de 79.5% este consta de 10 ítems; además se recopilo, mediante la ficha de recolección de datos, las patologías materno-perinatales en la población estudiada, mediante la evaluación de las historias clínicas de las madres adolescentes como la de sus neonatos y el uso del Sistema Informático Perinatal.

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1. Criterio de inclusión

- Madres puérperas cuyo parto fue entre el mes de agosto del 2010 a enero del 2011
- Recién nacido vivo
- Ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas

- Deseo voluntario de participar en la investigación

3.3.2. Criterio de exclusión

- Madres cuyo producto sea un mortinato
- Aquellas que no cumplan los criterios de inclusión

3.4. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección o elaboración de la presente investigación se utilizara los siguientes recursos:

- Ficha pre-elaborada
- Test de Edimburgh
- Historias clínicas
- Libro de registro de partos
- Libro de registro de altas
- Sistema informativo perinatal

3.5. TECNICA DE ANÁLISIS E INTERPRETACION

Además de utilizarse el test de Edimburgh se elaboró una ficha de recolección de datos con un cuestionario diseñado con diferentes variables acorde con los objetivos generales y específicos.

Los resultados obtenidos se analizaron clasificando la presencia o no de depresión en las madres adolescentes relacionándolas con las variables estudiadas, los cuales son presentados en cuadros descriptivos, comparativos, además se utilizo la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación entre las variables dependientes e independientes, considerando asociación significativa cuando $p < 0,05$

El análisis de los datos se realizo a través de un sistema informático

3.6. HIPOTESIS

“Ante la presencia de depresión postparto existirá complicaciones materno perinatales en madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de agosto 2010 a enero 2011”

3.7. VARIABLES E INDICADORES

- VARIABLE INDEPENDIENTE.- Depresión en madres adolescentes

- VARIABLE DEPENDIENTE.- Complicaciones materno perinatales

INDICADORES DE VARIABLE INDEPENDIENTE

Depresión postparto en madres adolescentes

INDICADORES DE VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones maternas

Complicaciones neonatales

INDICADORES DE VARIABLES INTERVINIENTES

Edad materna adolescente

Estado civil

Grado de instrucción

Paridad

Numero de CPN

Patologías del Embarazo Actual

Aborto

Tipo de Parto

Indicaciones de Cesárea

Peso del recién nacido

Relación de pareja

Apoyo familiar

Embarazo planificado

Antecedente de aborto

Complicaciones durante el embarazo

Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas

Problema personal, familiar y/o económico que cause estrés

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1

**FRECUENCIA DE NUMERO DE CASOS DE DEPRESION POSTPARTO
EN MADRES ADOLESCENTES**

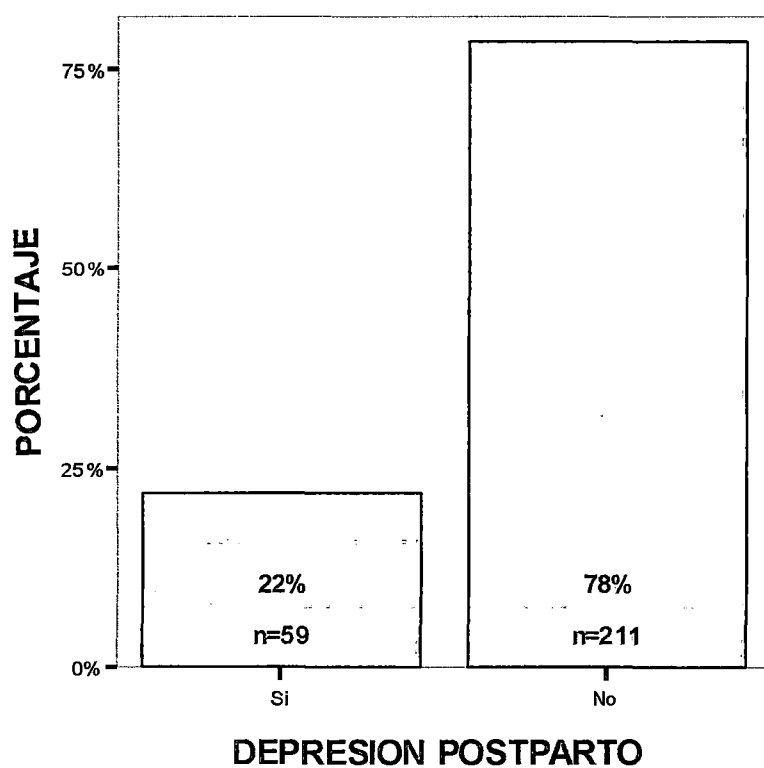
		Nº	%	% VÁLIDO	% ACUMULADO
Válidos	Si	59	21.9	21.9	21.9
	No	211	78.1	78.1	100.0
	Total	270	100.0	100.0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla 1 muestra que el 78.1% (211) de las madres adolescentes no presentan depresión postparto y un 21.9% de madres adolescentes presentaron depresión postparto, durante el puerperio tardío.

GRAFICO N°1

FRECUENCIA DE NUMERO DE CASOS DE DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 2

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
EDAD MATERNA**

		DEPRESION POSTPARTO					
		Si		No		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
EDAD MATERNA	10-13	1	1.7	0	0.0	1	0.4
	14-16	19	32.2	30	14.2	49	18.1
	17-19	39	66.1	181	85.8	220	81.5
	TOTAL	59	100.0	211	100.0	270	100.0

χ^2 : 13.986

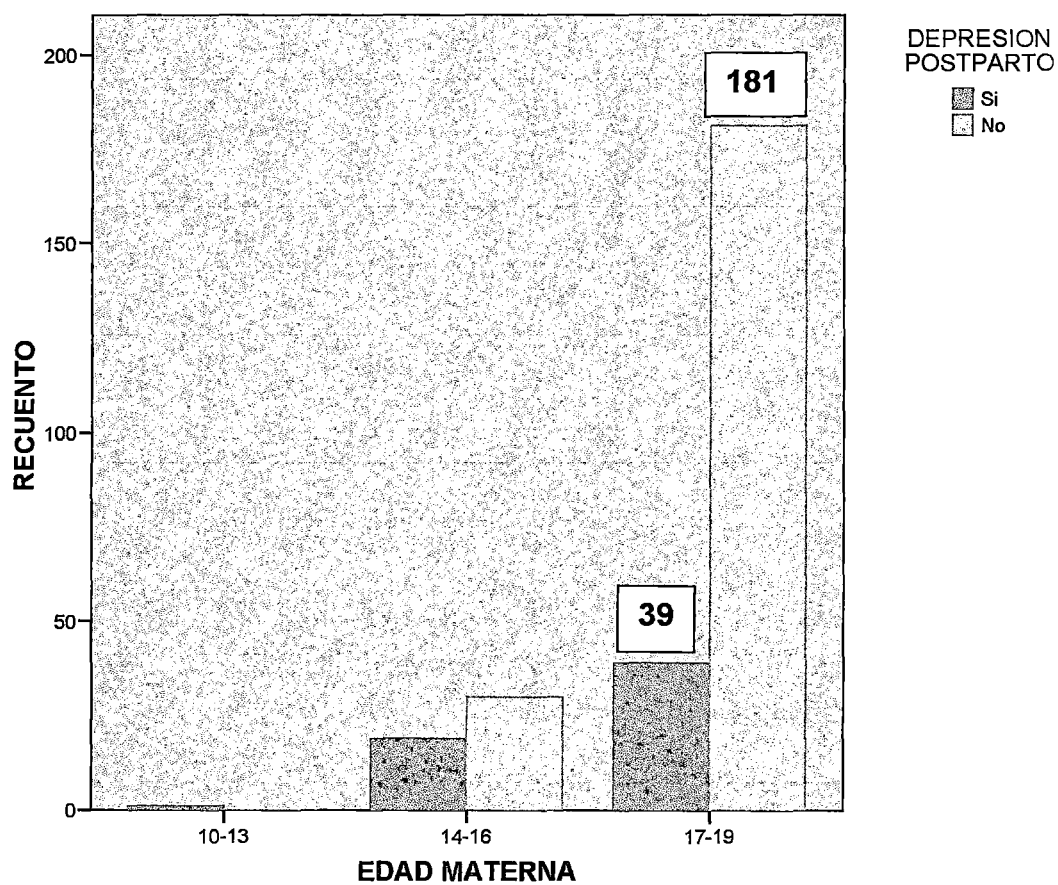
P: 0.001

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 2 según la prueba de chi cuadrado (χ^2 : 13.986) se muestra que la edad materna de las madres adolescentes presento una relación estadísticamente significativa (P: 0.001) con la depresión postparto. Se evidencia que las adolescentes intermedias presentan 32.2% de depresión posparto a diferencia de sus pares no deprimidas 14.2%

GRAFICO N°2

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN EDAD MATERNA



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 3

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	DEPRESION POSTPARTO					
	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	25	42.4	63	29.9	88	32.6
Casada	6	10.2	12	5.7	18	6.7
Conviviente	28	47.5	136	64.5	164	60.7
TOTAL	59	100.0	211	100.0	270	100.0

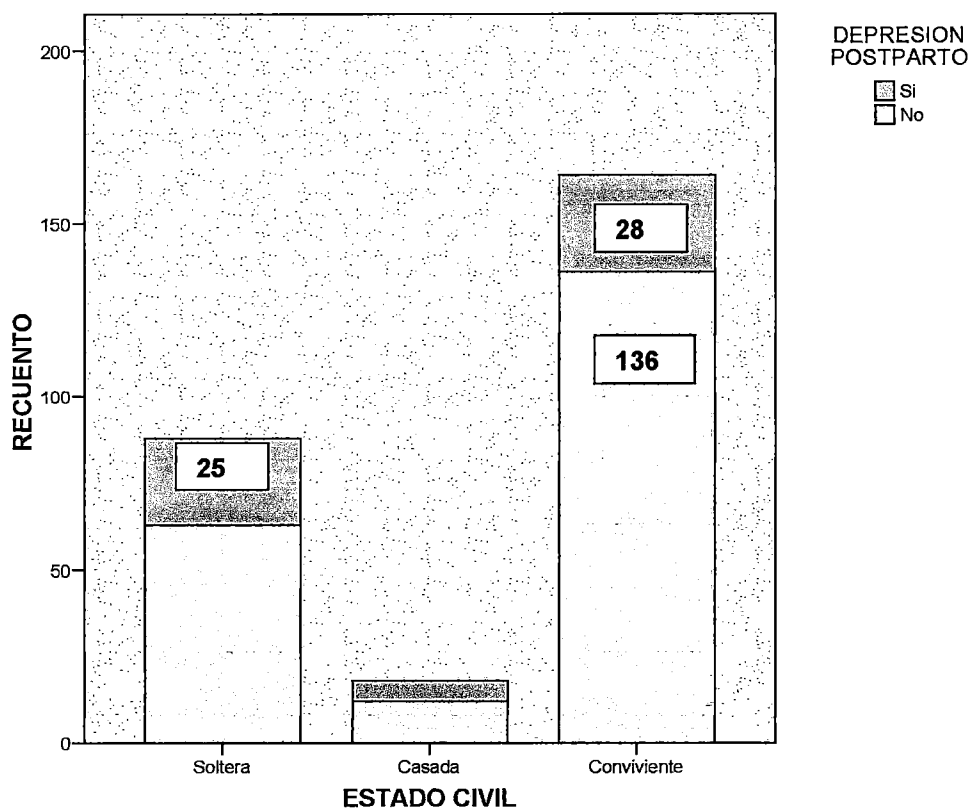
χ^2 : 5.798 P: 0.055

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 3, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 : 5.798), se aprecia que el estado civil no muestra una relación estadísticamente significativa (P: 0.055) con la depresión postparto en madres adolescentes, pero demuestra que la población de mayor prevalencia de depresión está en el estado civil conviviente, con un 47.5% (28) del total de la población con depresión post parto.

GRAFICO N°3

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN ESTADO CIVIL



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 4

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
GRADO DE INSTRUCCION**

GRADO DE INSTRUCCION	DEPRESION POSTPARTO					
	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primaria incompleta	2	3.4	11	5.2	13	4.8
Primaria completa	2	3.4	2	0.9	4	1.5
Secundaria incompleta	33	55.9	84	39.8	117	43.3
Secundaria completa	21	35.6	101	47.9	122	45.2
Superior	1	1.7	13	6.2	14	5.2
TOTAL	59	100.0	211	100.0	270	100.0

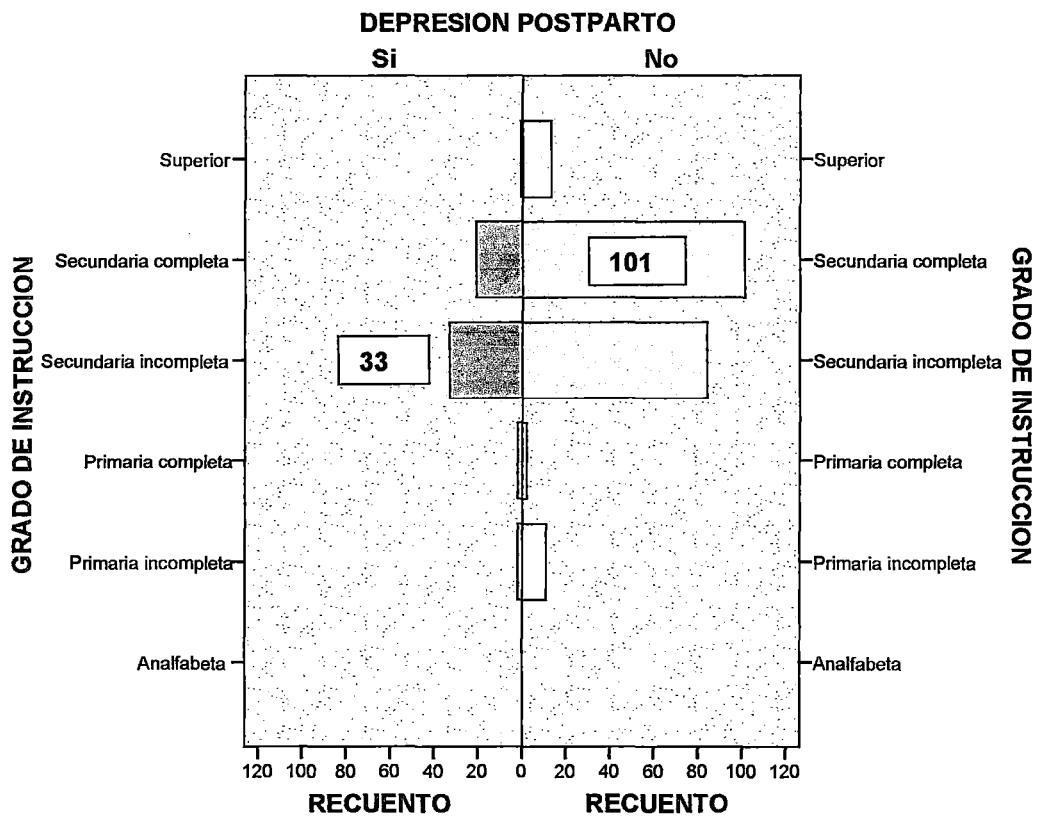
χ^2 : 8.251 P: 0.083

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 4, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 : 8.251), se aprecia que el grado de instrucción no muestra una relación estadísticamente significativa (P: 0.083) con la depresión postparto en madres adolescentes, pero demuestra que la población de mayor prevalencia de depresión posparto en la adolescencia cuenta con secundaria incompleta.

GRAFICO N°4

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN GRADO DE INSTRUCCIÓN



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 5

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
PARIDAD**

			DEPRESION POSTPARTO		TOTAL
			Si	No	Si
PARIDAD	1	Nº	52	190	242
		%	88.1	90.0	89.6
	2	Nº	4	18	22
		%	6.8	8.5	8.1
	3	Nº	3	3	6
		%	5.1	1.4	2.2
TOTAL		Nº	59	211	270
		%	100.0	100.0	100.0

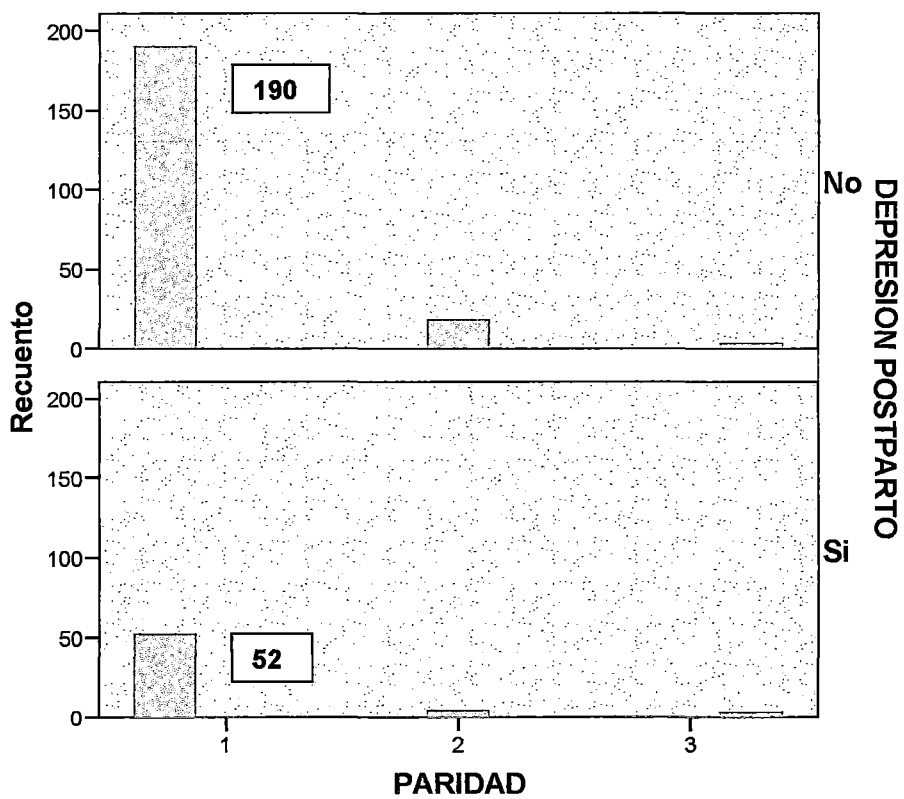
χ^2 : 2.976 P: 0.226

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 5, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :2.976), se aprecia que la paridad no muestra una relación estadísticamente significativa (P: 0.226) con la depresión postparto en madres adolescentes, pero demuestra que la población de mayor prevalencia de depresión postparto están en la primíparas.

GRAFICO N°5

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN PARIDAD



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 6

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES**

NUMERO DE CPN		DEPRESION POSTPARTO		TOTAL
		Si	No	
Ninguno	Nº	2	14	16
	%	3.4	6.6	5.9
1-5	Nº	17	37	54
	%	28.8	17.5	20.0
6-10	Nº	33	131	164
	%	55.9	62.1	60.7
Más de 10	Nº	7	29	36
	%	11.9	13.7	13.3
TOTAL	Nº	59	211	270
	%	100.0	100.0	100.0

χ^2 : 4.161 P: 0.244

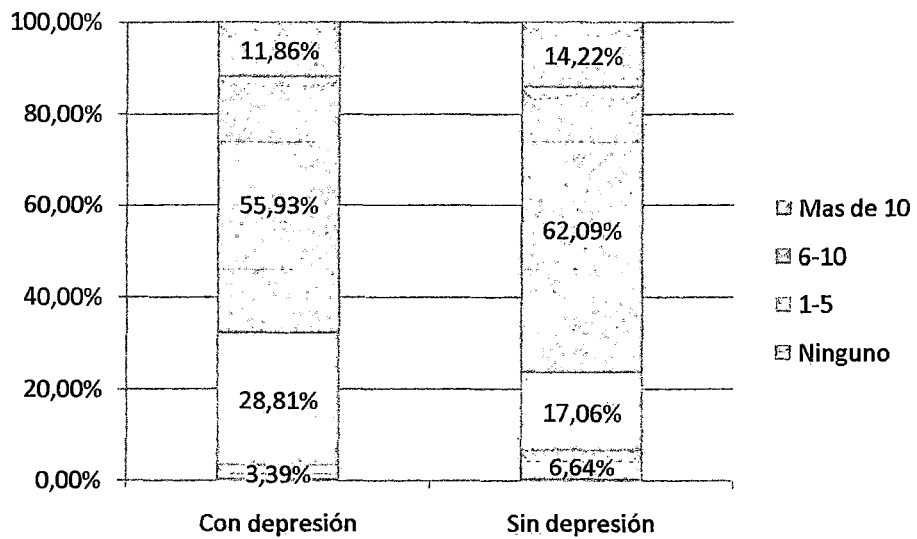
FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 6, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :4.161), se aprecia que el numero de CPN no muestra una relación estadísticamente significativa (P: 0.244) con la depresión postparto en madres

adolescentes, pero se evidencia mayor prevalencia en madres adolescentes con 1 a 10 CPN.

GRAFICO N°6

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 7

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
PATOLOGIAS DEL EMBARAZO ACTUAL**

PATOLOGIA DEL EMB. ACTUAL	DEPRESION POSTPARTO					
	No		Si		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ITU	50	23.7	18	30.5	68	25.2
Infec. Tracto Genital	2	0.9	3	5.1	5	1.9
Condiloma Vaginal	0	0.0	1	1.7	1	0.4
Anemia	65	30.8	17	28.8	82	30.4
APP	6	2.8	7	11.9	13	4.8
Preeclampsia	3	1.4	3	5.1	6	2.2
RPM	3	1.4	2	3.4	5	1.9
Oligohidramnios	1	0.5	2	3.4	3	1.1
Hiperemesis Gravidica	2	0.9	1	1.7	3	1.1
Amenaza de Aborto	3	1.4	1	1.7	4	1.5
Otros	0	0.0	2	3.4	2	0.7
No aplica	76	36.0	2	3.4	78	28.9
TOTAL	211	100.0	59	100.0	270	100.0

χ^2 : 48.216

P: 0.000

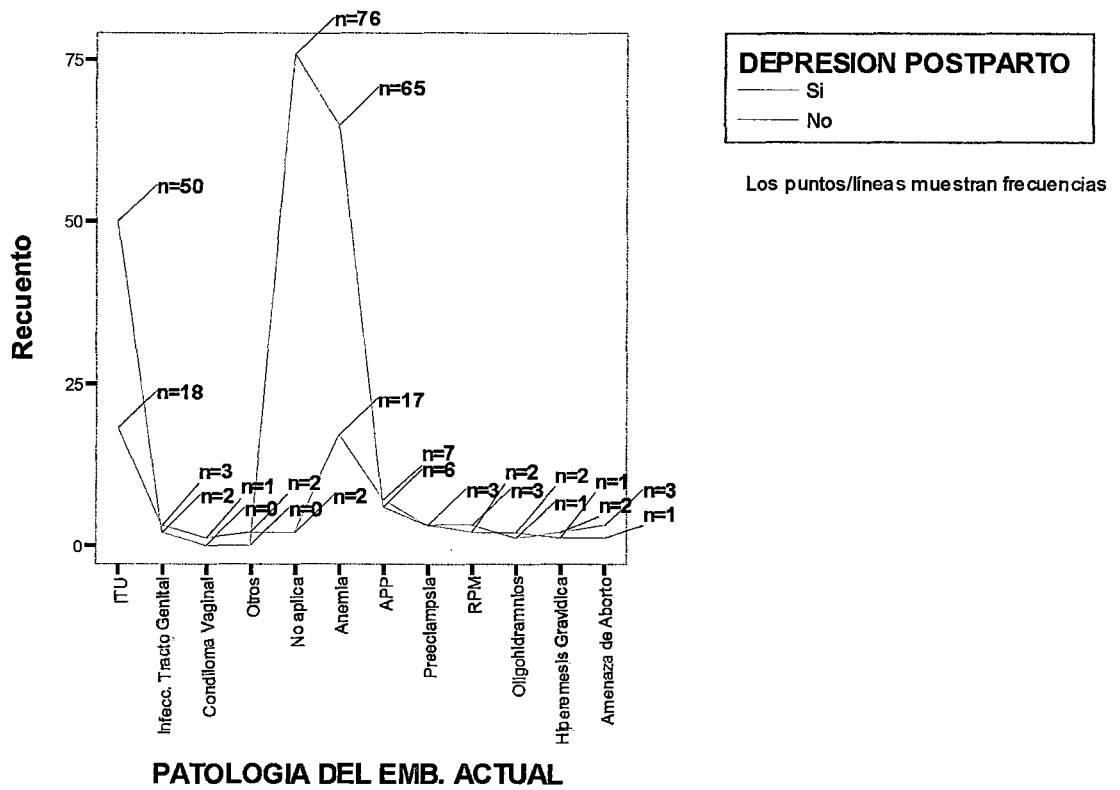
FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 7, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :48.216), se aprecia que las patologías maternas muestran una relación estadísticamente significativa (*P*: 0.000) con la depresión postparto en madres adolescentes. Existe una relación directa entre la presencia de

patologías del embarazo y depresión materna. Teniendo a la ITU 30.5% (18 casos), Anemia 28.8% (17 casos) y Amenaza de Parto Prematuro 11.9% (7 casos), y con menor frecuencia condiloma vaginal e Hiperemesis gravídica.

GRAFICO N° 7

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN PATOLOGIAS DEL EMBARAZO ACTUAL



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 8

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
TIPO DE PARTO**

TIPO DE PARTO	DEPRESION POSTPARTO					
	No		Si		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Eutócico	146	69.2	21	35.6	167	61.9
Distócico vaginal	6	2.8	6	10.2	12	4.4
Distócico Abdominal	59	28.0	32	54.2	91	33.7
TOTAL	211	100.0	59	100.0	270	100.0

χ^2 : 23.429

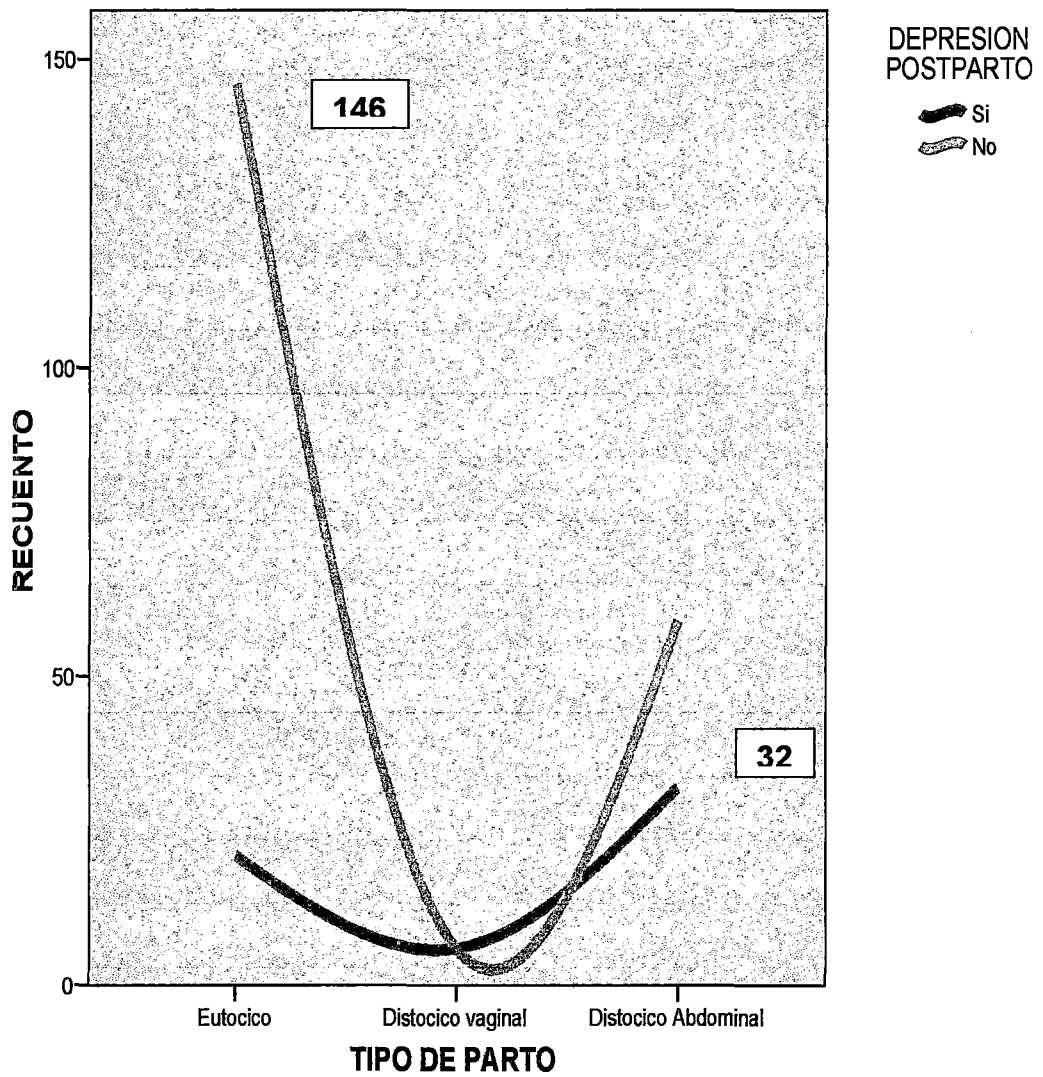
P: 0.000

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 8, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :23.429), se aprecia el tipo de parto muestran una relación estadísticamente significativa (*P*: 0.000) con la depresión postparto en madres adolescentes. Existe una relación directa ante una proporción mayor de partos distócico presentara relación con la depresión materna.

GRAFICO N° 8

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN TIPO DE PARTO



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 9

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
INDICACION DE CESAREA**

INDICACION DE CESAREA	DEPRESION POSTPARTO					
	No		Si		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea Anterior	3	1.4	1	1.7	4	1.5
Desproporción cefalopelvico	29	13.7	7	11.9	36	13.3
Pre eclampsia	3	1.4	3	5.1	6	2.2
Desprendimiento Premat. Placenta	0	0.0	2	3.4	2	0.7
Embarazo Prolongado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sufrimiento Fetal Agudo	11	5.2	8	13.6	19	7.0
Oligohidramnios	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Distocia de presentación	6	2.8	4	6.8	10	3.7
Distocia de contracción	5	2.4	0	0.0	5	1.9
Otros	3	1.4	7	11.9	10	3.7
No aplica	151	71.6	27	45.8	178	65.9
TOTAL	211	100.0	59	100.0	270	100.0

χ^2 : 36.204

P: 0.000

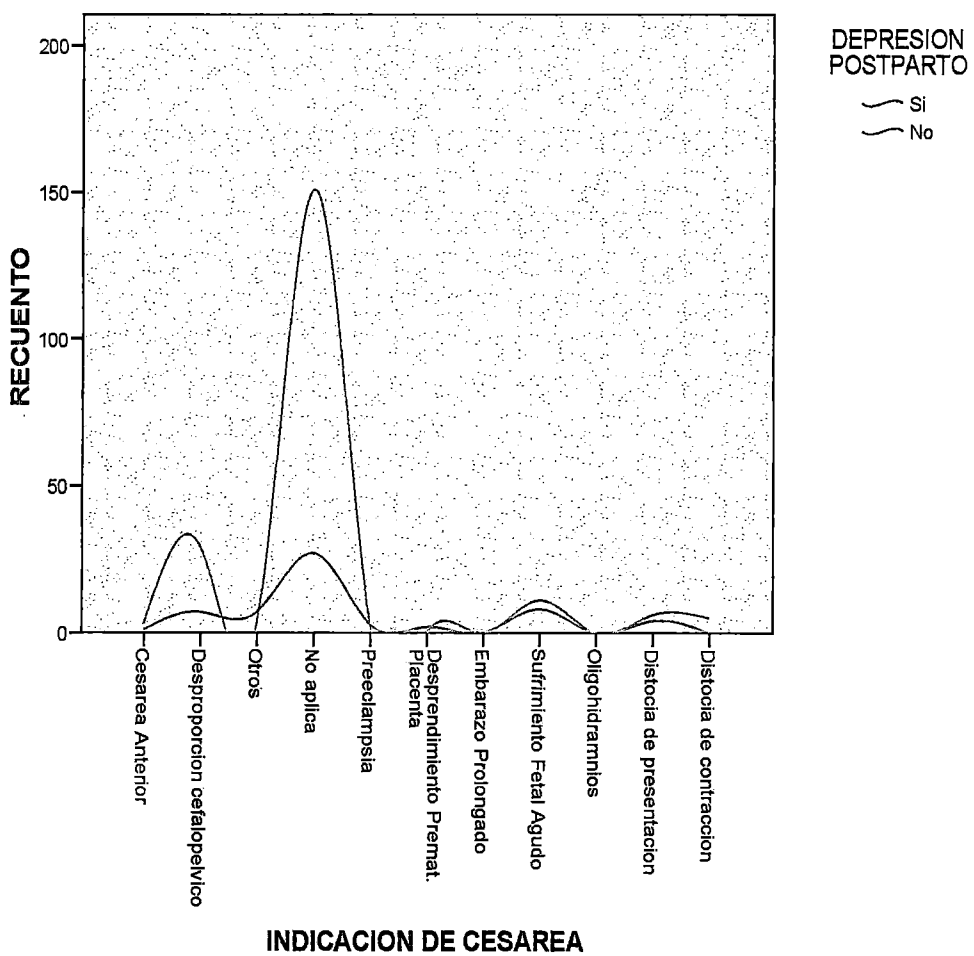
FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 9, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :36.204), se aprecia que la indicación de cesárea de parto muestran una relación estadísticamente significativa (P: 0.000) con la depresión postparto en madres adolescentes. Encontrándose a S.F.A. con 13.6% (8 casos),

Desproporción cefalopelvica con 11.9% (7 casos) y en menor cantidad el antecedente de cesárea anterior.

GRAFICO N° 9

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN INDICACION DE CESAREA



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 10

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO**

COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	DEPRESION POSTPARTO					
	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipotonía uterina	1	1.7	0	0.0	1	0.4
Retención de placenta y memb.	3	5.1	1	0.5	4	1.5
Mastitis	10	16.9	11	5.2	21	7.8
Anemia	32	54.2	50	23.7	82	30.4
Dehiscencia de HOP	2	3.4	1	0.5	3	1.1
Dehiscencia de episiorrafia	2	3.4	0	0.0	2	0.7
Otros	1	1.7	1	0.5	2	0.7
No aplica	8	13.6	147	69.7	155	57.4
TOTAL	59	100.0	211	100.0	270	100.0

χ^2 : 69.412

P: 0.000

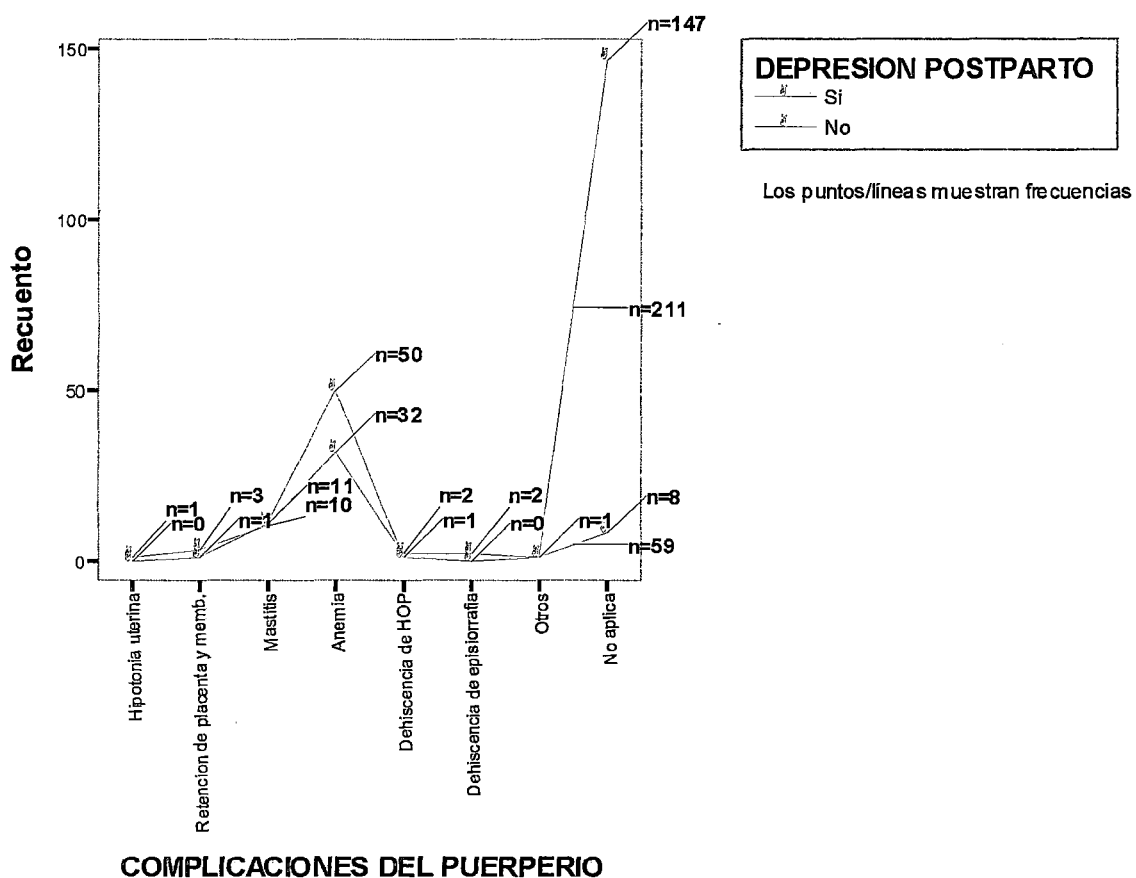
FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 10, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :69.412), se aprecia que las complicaciones durante el puerperio muestran una relación estadísticamente significativa (P: 0.000) con la depresión postparto en madres adolescentes, así tenemos que la Anemia 54.2% (32), Mastitis 16.9% (10) y Retención de Membranas y Placenta 5.1% (3)

se presentaron con mayor frecuencia a diferencia de Hipotonía Uterina con 1.7% (1).

GRAFICO N° 10

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN COMPLICACIONES DEL PUERPERIO



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 11

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
COMPLICACIONES NEONATALES**

COMPLICACIONES NEONATALES	DEPRESION POSTPARTO					
	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Peso al Nacer	5	8.5	1	0.5	6	2.2
Infecciones del periodo Neonatal	3	5.1	0	0.0	3	1.1
Trauma de cuero cabelludo	2	3.4	1	0.5	3	1.1
Sd. aspiración meconial	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	3	5.1	1	0.	4	1.5
No aplica	15	25.4	155	73.5	170	63.0
Prematurez	8	13.6	5	2.4	13	4.8
Malformaciones	0	0.0	1	0.5	1	0.4
Macrosomia	6	10.2	18	8.5	24	8.9
Sd. Dificultad Respiratoria del R.N.	2	3.4	3	1.4	5	1.9
Deshidratación Hipernatremica	9	15.3	18	8.5	27	10.0
Síndrome de Aspiración Meconial	3	5.1	2	0.9	5	1.9
RCIU	1	1.7	2	0.9	3	1.1
Asfixia al Nacer	2	3.4	4	1.9	6	2.2
TOTAL	59	100.0	211	100.0	270	100.0

χ^2 : 71.475

P: 0.000

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 11, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :71.475), se aprecia que las complicaciones neonatales muestran una relación estadísticamente significativa (P : 0.000) con la depresión postparto en madres adolescentes. Por lo que se relaciona la presencia de complicaciones neonatales con depresión postparto en madres adolescentes, entre ellas las más frecuentes son: Deshidratación Hipernatremica, prematurez y macrosomia

TABLA N° 12

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
PESO DEL RECIEN NACIDO**

PESO DEL RECIEN NACIDO	DEPRESION POSTPARTO					
	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 1000g	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Menor de 1500g	1	1.7	0	0.0	1	0.4
Menor de 2500g	6	10.2	4	1.9	10	3.7
2500-3999g	47	79.7	191	90.5	238	88.1
4000g a Mas	5	8.5	15	7.1	20	7.4
Mayor de 4500g	0	0.0	1	0.5	1	0.4
TOTAL	59	100.0	211	100.0	270	100.0

χ^2 : 13.111

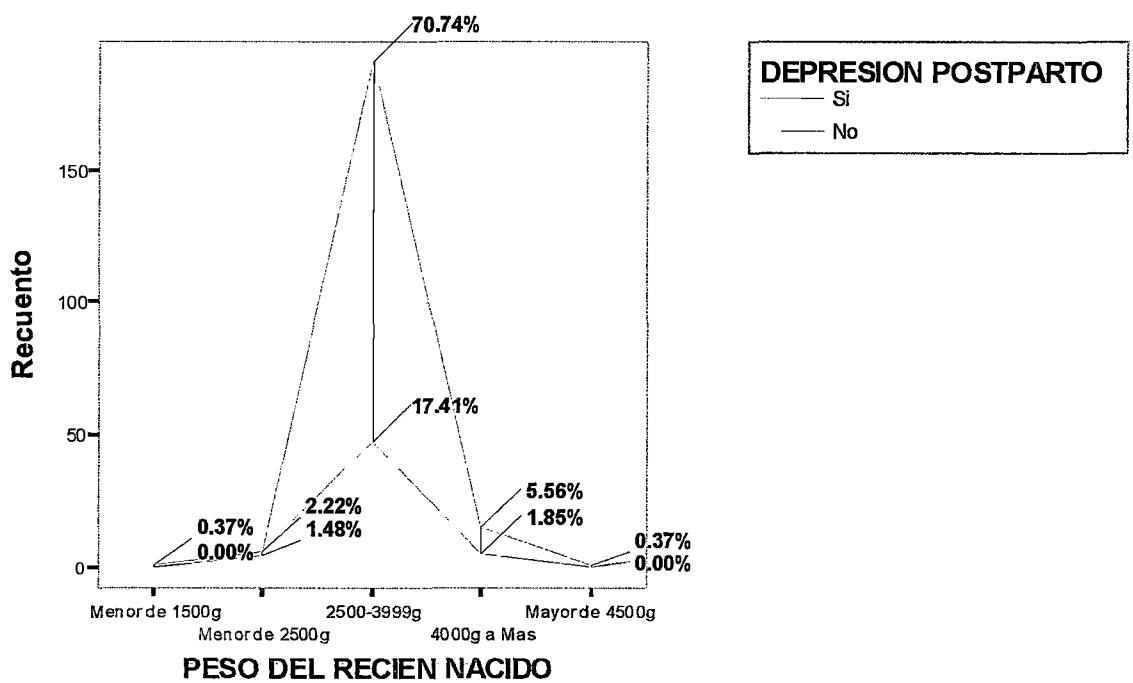
P: 0.011

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 12, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :13.111), se aprecia que el peso del neonato muestran una relación estadísticamente significativa (*P*: 0.011) con la depresión postparto en madres adolescentes. Por lo que se relaciona la presencia de peso neonatal adecuado con depresión postparto en madres adolescentes.

GRAFICO N° 12

DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN PESO DEL RECIEN NACIDO



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 13

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
EDAD GESTACIONAL NEONATAL CALCULADO SEGÚN CAPURRO**

EDAD GESTACIONAL DE R.N	DEPRESION POSTPARTO					
	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 37sem.	9	15.3	5	2.4	14	5.2
37sem-41sem+6 dias	49	83.1	205	97.2	254	94.1
Mayor de 42sem.	1	1.7	1	0.5	2	0.7
TOTAL	59	100.0	211	100.0	270	100.0

χ^2 : 16.665

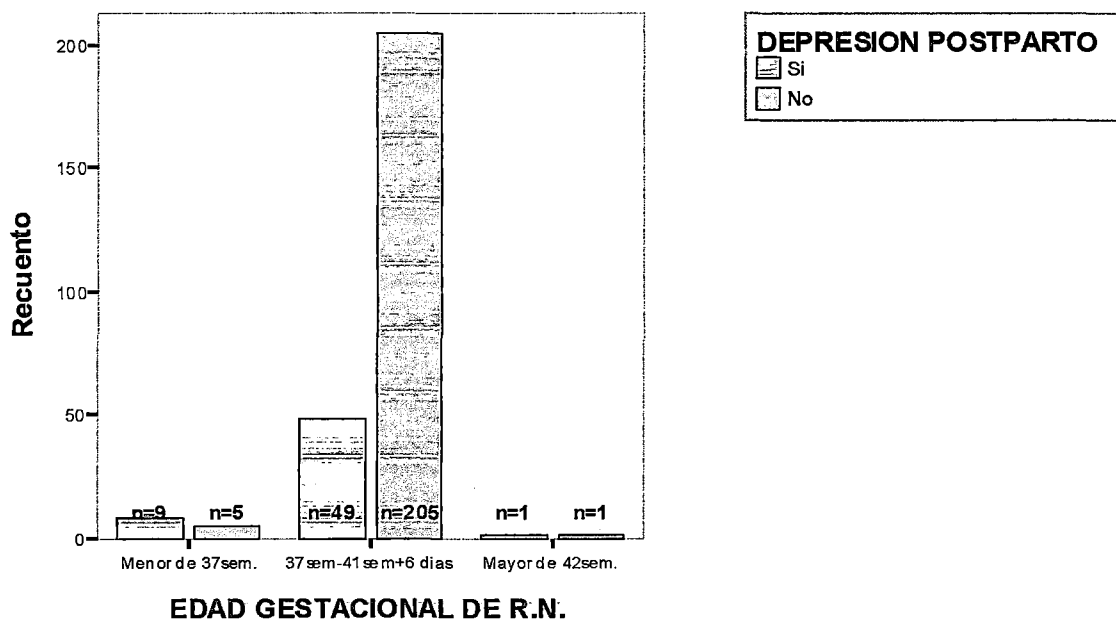
P: 0.000

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 13, según la prueba de chi cuadrado (χ^2 :16.665), se aprecia que la edad gestacional del neonato calculado según el test de Capurro muestran una relación estadísticamente significativa (P: 0.000) con la depresión postparto en madres adolescentes. Por lo que existe relación entre la edad gestacional medido por examen físico por el test de Capurro y la depresión postparto en madres adolescentes.

GRAFICO N° 13

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
EDAD GESTACIONAL NEONATAL CALCULADO SEGÚN CAPURRO**



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 14

**DEPRESION POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES SEGUN
CARACTERISTICAS SOCIALES**

CARACTERÍSTICAS SOCIALES		DEPRESION POSTPARTO							
		\bar{x}	P	No		Si		TOTAL	
				Nº	%	Nº	%	Nº	%
RELACION CON PAREJA	Buena	37.44	0.000	171	63.3	24	8.9	195	72.2
	Mala			40	14.8	35	13.0	75	27.8
APOYO FAMILIAR	Si	41.35	0.000	203	75.2	40	14.8	243	90.0
	No			8	3.0	19	7.0	27	10.0
EMBARAZO PLANIFICADO	Si	2.305	0.129	8	3.0	0	0.0	8	3.0
	No			203	75.2	59	21.9	262	97.0
ANTECEDENTE DE ABORTO	Si	1.878	0.171	22	8.1	10	3.7	32	11.9
	No			189	70.0	49	18.1	238	88.1
CONSUMO ALCOHOL U OTRAS SUST. PSICOACTIVAS	Si	7.217	0.007	2	0.7	4	1.5	6	2.2
	No			209	77.4	55	20.4	264	97.8
PROBLEMAS ECONOMICOS, FAMILIARES Y/O PERSONALES	Si	70.617	0.000	20	7.4	35	13.0	55	20.4
	No			191	70.7	24	8.9	215	79.6

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla N° 14 muestra que existen características sociales relacionadas estrechamente con depresión posparto en madres adolescentes, entre estas encontramos la mala relación con la pareja (p : 0.000), la falta de apoyo familiar (p : 0.000), el consumo de alcohol u otras

sustancias psicoactivas (p : 0.007) y los problemas económicos, familiares o personales que lleven a estrés (p : 0.000).

CAPITULO V

DISCUSION

En el presente estudio se encontró una prevalencia 21.9%, de depresión postparto, madres adolescentes, durante el puerperio tardío. En el trabajo de Latorre L. J., realizado en Bucaramanga Colombia encontró que las puérperas adolescentes presentan una tasa de 0,6 (IC95% 0,07–2,2) días. En una revisión descrita por *Claudia Wolff L* realizada en Chile con respecto a la Literatura Mundial sobre Depresión posparto en madres adolescentes encontró que en el año 2007 Figueredo y cols. Estudiaron adolescentes puérperas a los 2 a 3 meses posparto cuyo resultado encontró una prevalencia de 25.9%, Cox y cols en 2008 demostró una prevalencia de 53,6% y London y cols. En 2008 en adolescentes entre 4 a 6 semanas posparto encontró 37%. Por lo cual podemos afirmar que los datos inferidos en este trabajo no se encuentran muy lejos de lo que se reporta en la literatura internacional.

Con respecto a la edad materna de las madres adolescentes presento una relación estadísticamente significativa ($P: 0.001$) con la depresión postparto. Hallándose dentro de ello que las adolescentes en su etapa intermedia presentan 32.2% de depresión posparto a diferencia de sus pares no deprimidas 14.2%, hecho que nos indica que a menor

edad materna existe mayor riesgo de depresión, población que debe ser tomada en cuenta para posteriores evaluaciones de depresión posparto.

A la vez los resultados de esta investigación coinciden con el de Figueredo y cols, quienes concluyeron que ser adolescente era un factor de riesgo independiente para DPP, mientras que Kalil y cols, reportaron mayor riesgo de DPP entre las jóvenes de 15 años respecto a las de 16 ó 17 años.

En cuanto al estado civil, este no muestra una relación estadísticamente significativa ($P: 0.055$) con la depresión posparto en madres adolescentes, pero demuestra que la población de mayor prevalencia de depresión presentan la condición de conviviente, con 47.5% del total de la población con depresión post parto, el cual coincide con los hallazgos de Latorre L.F. donde tampoco se encontró significancia estadística y demostró que en un 90% de las madres adolescentes tenían unión conyugal.

Con respecto al grado de instrucción no muestra una relación estadísticamente significativa ($P: 0.083$) con la depresión posparto en madres adolescentes, pero se halló que la población con depresión posparto en la adolescencia cuenta con secundaria incompleta el cual en

algunos casos está acorde a su edad y en otros, minoría, presento deserción escolar. En el estudio de Claudia Wolff L. encontró que la relación entre nivel educacional y DPP también ha mostrado resultados disímiles., donde diferenciaron entre las madres que habían abandonado el colegio y aquellas que seguían asistiendo a clases, sin encontrar diferencias en la prevalencia de DPP. Mientras que Kalil y cols, mostraron que aquellas jóvenes con deserción escolar, presentaban mayores índices de DPP a los 6 meses postparto.

Se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión posnatal, diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto. Sin embargo, al igual que los resultados obtenidos por Urdaneta M. J. y cols., Moreno y cols y Latorre y cols, En este estudio la primiparidad no mostró ser un factor determinante, por no tener significancia estadística, para la presencia de depresión postparto, observándose una predominancia en las primíparas (88.1%) sobre las multíparas (11.9%).

En la variable de numero de CPN no muestra una relación estadísticamente significativa (P : 0.244) con la depresión postparto en

madres adolescentes, pero se evidencia mayor prevalencia de esta patología en madres adolescentes con 1 a 10 CPN.

Son escasos los estudios donde relacionan las patologías maternas con la depresión posparto es así que en este trabajo de investigación se encontró que las patologías maternas muestran una relación estadísticamente significativa ($P: 0.000$) con la depresión posparto en madres adolescentes, dentro de estas las más frecuentes se encuentran a la ITU 30.5%, Anemia 28.8% y Amenaza de Parto Prematuro 11.9%. En el estudio de Luna Matos el al demuestra que las mujeres con complicaciones o problemas de salud durante su embarazo tendieron a deprimirse más que sus pares.

La vía de terminación de parto presento una estrecha relación con la depresión posparto demostrándose que existe una relación estadísticamente significativa ($P: 0.000$) en madres puérperas tardías adolescentes. Por ello se puede afirmar que existirá una tendencia a partos distócicos en aquellas mujeres con depresión posparto.

En cuanto a la indicación de cesárea este muestran una relación estadísticamente significativa ($P: 0.000$) con la depresión posparto en madres adolescentes, siendo el S.F.A. con 13.6% y Desproporción cefalopelvica con 11.9% causas que llevan con mayor

frecuencia a indicación de cesárea y en menor cantidad el antecedente de cesárea anterior.

En lo referente a las complicaciones durante el puerperio se determino una relación estadísticamente significativa ($P: 0.000$) con la depresión postparto en madres adolescentes, así tenemos que la Anemia 54.2%, Mastitis 16.9% y Retención de Membranas y Placenta 5.1% se presentaron con mayor frecuencia a diferencia de Hipotonía Uterina con 1.7% que es la patología de menor frecuencia.

En cuanto a las complicaciones neonatales estas muestran una relación estadísticamente significativa ($P: 0.000$) con la depresión postparto en madres adolescentes. Por lo que se relaciona que la presencia de complicaciones neonatales como: Deshidratación Hipernatremica, prematurez y macrosomia, las cuales se presentaron en mayor proporción serian el resultado de la presencia de esta patología (Depresión Posparto) en este tipo de población. En el estudio de Field y cols, demostraron que existe mayor morbilidad, menor talla, menor circunferencia craneana en hijos de madres adolescentes deprimidas

La variable peso del neonato muestran una relación estadísticamente significativa ($P: 0.011$) con la depresión postparto en madres adolescentes. Por lo que se relaciona que la presencia de

depresión posparto en madres adolescentes generaría peso neonatal menor de 2500 g.

No existen estudios que evalúen la relación del peso fetal con la depresión posparto, en el presente trabajo de investigación se encontró que existe una relación estadísticamente significativa ($P: 0.000$) entre la edad gestacional medido por examen físico por el test de Capurro y la depresión posparto en madres adolescentes. Entonces existe un riesgo de presentar prematuridad y R.N. posttermino en madres adolescentes con depresión posparto.

En este estudio se encontraron pocas diferencias significativas entre las gestantes deprimidas y no deprimidas con respecto algunas características sociodemográficas y obstétricas las cuales se han asociado consistentemente con la depresión, entre estas encontramos la mala relación con la pareja ($p: 0.000$), la falta de apoyo familiar ($p: 0.000$), el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas ($p: 0.007$) y los problemas económicos, familiares o personales que lleven a estrés ($p: 0.000$). En el estudio de Luna Matos M., se encontró que la variable: embarazo no planificado ($p: 0.029$) fue la única que presentó una relación estadísticamente significativa con la depresión posparto, muy diferente a lo hallado en el presente trabajo, por ello es recomendable indagar más

en estos aspectos socioeconómicos. En un estudio realizado en mujeres de 14 a 37 semanas de gestación evaluadas con la EDPE en Indonesia se encontró una elevada prevalencia de depresión asociada con la dependencia de sustancias psicoactivas y los problemas familiares y de pareja.

CONCLUSIONES

PRIMERO

Las repercusiones maternas que presentaron con mayor frecuencia, en las madres adolescentes con depresión postparto, durante el embarazo fueron: ITU con un 30.5%, seguido de Anemia 28.8% y Amenaza de Parto Pre termino 11.9%; en lo referido a patologías durante el trabajo de parto que llevaron a Cesárea fueron: Sufrimiento Fetal Agudo con 13.6%, Desproporción Cefalopelvica 11.9%, Distocias de Presentación con 6.8% y Pre eclampsia con 5.1%; respecto a las complicaciones puerperales se encontró que se presentaron con mayor frecuencia: Anemia 11.9%, Mastitis 3.7% y Retención de placenta 5.1%.

SEGUNDO

De las madres adolescentes que acudieron al Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los meses de agosto del 2010 a enero del 2011, se encontró una prevalencia total de depresión postparto de 21.9%, a predominio de las adolescentes entre edades de 17 a 19 años, las cuales representan 66.1% de toda la población de puérperas adolescentes con depresión postparto.

TERCERO

En este estudio no se encontró diferencias significativas entre las puérperas adolescentes deprimidas o no, con respecto a las características sociodemográficas, pero es importante tener en cuenta que mujeres primíparas entre 17 a 19 años de estado civil conviviente o solteras con grado de instrucción secundaria incompleta y con control prenatal menos de 10 presentan más riesgo de desarrollar depresión posparto a diferencia de los demás grupos.

CUARTO

En cuanto a las características sociales y Obstétricas, se encontró que existe una relación estrecha entre: la mala relación con la pareja ($p: 0.000$), la falta de apoyo familiar ($p:0.000$), el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ($p:0.007$) y los problemas económicos, personales y/o familiares que lleven a estrés ($p:0.000$), con la depresión posparto en madres adolescentes en el puerperio tardío. Además dentro de las características obstétricas más frecuentes en madres adolescentes deprimidas se evidencio que existe una tendencia a presentar partos

distócicos especialmente abdominales cuya causa principal fue la presencia de Sufrimiento Fetal Agudo seguido de desproporción cefalopelvica y distocias de presentación, con un 13.6%, 11.9% y 6.8% respectivamente.

QUINTO

Con respecto a las complicaciones maternas, en especial las referidas a la etapa puerperal, se ha comprobado que en las madres adolescentes con depresión postparto existe una tendencia a presentar complicaciones como: Anemia, Mastitis y Retención de Membranas y Placenta, con mayor frecuencia, lo cual nos insta a poner énfasis en determinar la presencia de depresión postparto ante las pacientes con este tipo de complicaciones.

SEXTO

Complicaciones Neonatales como: la Deshidratación Hipernatremica, presencia de Prematurez o Macrosomia fetal, se han relacionado estadísticamente con la presencia de depresión posparto en

madres adolescentes , a la vez un peso menor de 2500g y mayor de 4000g y una edad gestacional fetal evaluada por Capurro menor de 37 sem. y mayor de 42 sem., se presenta como indicadores relacionados con depresión posparto.

SEPTIMO

En conclusión el presente trabajo corrobora la presencia de la relación existente entre la presencia de depresión posparto en madres adolescentes en puerperio tardío y la mayor incidencia de complicaciones maternas y neonatales en este grupo a diferencia de las que no presentan depresión posparto, todo lo cual afectan posteriormente el binomio madre-niño

RECOMENDACIONES

Se debe prestar especial atención a la población adolescente en especial aquellas que presenten patologías durante el embarazo, en las cuales se asociado una relación con el riesgo de desarrollar depresión postparto, el cual puede llevar posteriormente a complicaciones puerperales y perinatales.

Se debe implementar en la evaluación rutinaria de las gestantes y puérperas adolescentes mediante el uso de Test o escalas, a fin de llegar a diagnósticos tempranos de depresión postparto y por ende aplicar tratamientos oportunos.

Se recomienda incluir dentro de la evaluación posnatal la aplicación de estos instrumentos (Test de Edimburgo), para detectar oportunamente síntomas depresivos durante el puerperio y de esta manera evitar sus consecuencias en la madre e hijo.

La implementación de un control psicológico riguroso por parte del profesional competente, es una de las medidas que debería implementarse como parte del control prenatal y posnatal integral en la madre adolescente.

Es importante intervenir en el control adecuado de las puérperas adolescentes con riesgo de presentar depresión postparto, realizar talleres que les permita desarrollar actividades enfocados a elevar la autoestima, fortalecer sus destrezas y abatir sus debilidades en aras de su desarrollo personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Gómea Ayala, A. (2007) Depresión en el embarazo y en postparto, *Ámbito Farmacéutico, educación sanitaria*: Vol 26 núm 1 enero.
- 2) Arranz Lara L., y col, (2008) Enfoque multidisciplinario de la depresión postparto, *Ginecol Obstet*, 76(6):341-8 México.
- 3) Barra F., y Col (2009) Depresión postparto, Publicado On line en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (www.icpsi.cl), Vol. I, 77 – 88; Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Chile.
- 4) Evans G. G., y Cols. (2006). "Depresión Posparto en el Embarazo. REV CHIL OBSTET GINECOL. Chile.
- 5) American Psychiatric Association. (2003) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. EE.UU.
- 6) Jordán M. V., Oviedo Lugo G., (2006) Trastornos afectivos posparto, *Revista Universitas Médica VOL. 47 N° 2. Bogotá - Colombia.*
- 7) Ramírez F., (2010): Sintomatología depresiva postparto: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de

San Marcos (UNMSM). Revista peruana de Epidemiologia Vol. 14, numero 1. Lima - Perú

- 8) Peindl KS, Wisner KI, Hanusa BH. (2006) Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. *J Affective Disorders*; 80:37-44.
- 9) Nonacs RM. 2005 Postpartum depression. [On line: <http://www.emedicine.com/med/topic3408.htm>].
- 10) Austin MP, Priest SR. (2005) Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*; 112: 97-104.
- 11) DSM IV. (2000) Tratado de Psiquiatría. 3ª Edición, p. 473-478.
- 12) Wolf C. (2009) Depresión posparto en el embarazo adolescente. Analisis de un problema y sus consecuencias. *Revista de psicología, Chile*
- 13) Martínez Lanz, Patricia; Waysel, K. Romano, (2008) Depresión en adolescentes embarazadas, en el Instituto nacional de Perinatología Ciudad de México
- 14) Bonilla Sepulveda O., (2010) Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellin (Colombia). Estudio de corte transversal. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 61 Nº 3.

- 15) Urdaneta M. José, y Col. (2009) Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo, en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.
- 16) Latorre Latorre J., y Col., (2008) La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia, Revista Colombiana de Obstetricia, Vol 57 N° 3. Colombia.
- 17) Escobar J., Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar (2008) Depresión postparto y violencia basada en género realizado en Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú: durante los meses de enero a febrero del 2008.
- 18) Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. (2006) Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006
- 19) Sebastián Romero E., y col. (2000). Depresión Postparto en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria ; 24(4): 215- 219. España
- 20) Rees R. (2002) Pharmacotherapy for unipolar depression in women, Rev Chi. Neuropsiquiatr; 40: 96-106.
- 21) Surt VK, Suri R, Altshuler L, et al. (2001) The use of psychotropic medications during breast-feeding. Am J Psychiatry; 158: 1001-9.

- 22)Cox JL, Holden J. (2003) Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh postnatal depression scale. London: Gaskell. p. 15-20.
- 23)Vega J., Mazzotti S, Campos S. (2002) Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Actas Esp Psiquiatr.;30 (2):106-11. Lima – Perú.
- 24)Perez Villegas R., (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezuela.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	ESCALA
1. Depresión postparto	enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento Evaluado mediante test de Edimburgh	Catagórica dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si ❖ No
2. Complicaciones maternas del puerperio	Cambios o trastornos no fisiológicos que se presentaron durante el puerperio	Catagórica politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hemorragias del alumbramiento ❖ Retención de placenta y membranas ❖ Mastitis ❖ EPI ❖ Anemia ❖ Otros
3. Complicaciones neonatales	Cambios o trastornos no fisiológicos que se presentaron durante la etapa neonatal	Catagórica politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bajo peso ❖ EDAs ❖ IRAs ❖ Ictericia ❖ THE ❖ Otros
4. Edad materna	Número de años cumplidos de la madre adolescente en estudio al momento de la entrevista	Numérica continua	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 10 a 13 años ❖ 14 a 16 años ❖ 17 a 19 años
5. Estado civil	Estado conyugal en el que se encuentra al momento de la entrevista según las leyes del país	Catagórica politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Soltera ❖ Casada ❖ Conviviente ❖ Otro
6. Grado de instrucción	Número de años estudiados por la mujer hasta el momento de la entrevista	Catagórica politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analfabeta ❖ primaria ❖ secundaria ❖ superior
7. Paridad	Proceso fisiológico durante el cual tiene	Numérica discreta	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1 ❖ 2

	a lugar la expulsión del feto y la placenta desde la cavidad uterina al exterior			<ul style="list-style-type: none"> ❖ 3 ❖ 4 o mas
8. N. de CPN	Serie de consultas, entrevistas programadas de la embarazada con personal de salud	Numérica continua	De intervalo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ninguno ❖ 1 a 5 ❖ 6 a 10 ❖ Más de 10
9. Patologías del embarazo actual	Enfermedad que haya padecido la mujer en el embarazo	Categórica politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ITU ❖ Anemia ❖ APP ❖ HIE ❖ RPM ❖ HTT ❖ Patología de LA. ❖ Otros
10. Tipo de parto	Vía a través del cual nace el producto de la gestación	Categórica politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Eutócico ❖ Distócico vaginal ❖ Distócico Abdominal
11. Indicaciones de cesárea	Causas por el cual se indico la salida del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen	Categórica politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cesárea anterior ❖ DCP ❖ HTT ❖ EHE ❖ Embarazo prolongado ❖ SFA ❖ Otros
12. Número de embarazos	Numero de fetos en cavidad uterina.	Categórica dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Único ❖ Gemelar
13. Peso del RN	Peso al nacer de producto de la gestación	Numérica continua	De intervalo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ < de 1000g ❖ < de 1500g ❖ < de 2500g ❖ 2500 a 3999g ❖ 4000g a mas ❖ > de 4500g
14. Edad gestacional	Referido a las semanas cumplidas según examen físico de R.N. medido por Capurro	Numérica continua	De intervalo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ < de 37sem. ❖ 37 – 41 sem. + 6 días ❖ > de 42 sem.
15. Relación de pareja	Presencia o no de relación armoniosa entre dos personas	Categórica dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Buena ❖ Mala
16. Apoyo familiar	Apoyo brindado por la familia a puérpera y su estado	Categórica dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Si ❖ No

17. Embarazo planificado	Proceso el cual se determina fecha de gestación	Categórica dicotomica	Nominal	❖ Si ❖ No
18. Antecedente de aborto	Interrupción del embarazo espontaneo o provocado antes de las 20 sem de amenorrea con peso menor de 500g	Categórica dicotomica	Nominal	❖ Si ❖ No
19. Consumo de alcohol u otras sust psicoactivas	Habito de ingerir alcohol o consumir alguna sustancia hasta antes de la entrevista	Categórica dicotomica	Nominal	❖ Si ❖ No
20. Problemas personales, familiares y/o económicos	Cambios que alteran la vida cotidiana	Categórica dicotomica	Nominal	❖ Si ❖ No

ANEXO 2:

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de ciencias de la Salud

Escuela de medicina Humana

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	
1.	Depresión postparto <ul style="list-style-type: none">▪ Si ▪ No
2.	Complicaciones del puerperio <ul style="list-style-type: none">▪ Hemorragias del alumbramiento ▪ Hipotonía uterina ▪ Retención de placenta y membranas ▪ Mastitis ▪ Enfermedad pélvica inflamatoria ▪ Anemia ▪ Otros
3.	Complicaciones neonatales <ul style="list-style-type: none">▪ Bajo peso ▪ Enfermedad Diarreica Aguda ▪ Infecciones Respiratorias Agudas ▪ Ictericia ▪ Deshidratación Hipernatremica ▪ Otros
4.	Edad materna <ul style="list-style-type: none">▪ 10 a 13 años ▪ 14 a 16 años

- 5.
 - 17 a 19 años
 - Estado civil
 - Soltera
 - Casada
 - Conviviente
 - Otro
- 6. Grado de instrucción
 - analfabeta
 - primaria
 - secundaria
 - superior
- 7. Paridad
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 o mas
- 8. N. de CPN
 - Ninguno
 - 1 a 5
 - 6 a 10
 - Más de 10
- 9. Patología del embarazo actual
 - Infección del Tracto Urinario
 - Anemia
 - Amenaza de parto prematuro
 - Preeclampsia
 - Ruptura prematura de Membranas

- Hemorragia del Tercer Trimestre
- Patología de LA
- Otros
- 10. Tipo de parto
 - Eutócico
 - Distócico
- 11. Indicaciones de cesárea
 - Cesárea anterior
 - Desproporción Céfalo Pélvico
 - Hemorragia del Tercer Trimestre
 - Preeclampsia
 - Primigesta añosa
 - Embarazo prolongado
 - Sufrimiento Fetal Agudo
 - Otros
- 12. Peso del RN
 - < de 1000g
 - < de 1500g
 - < de 2500g
 - 2500 a 3999g
 - 4000g a mas
 - > de 4500g
- 13. Relación de pareja
 - Buena
 - Mala
- 14. Apoyo familiar
 - Si

- 15. Embarazo planificado
 - No
 - Si

- 16. Antecedente de aborto
 - No
 - Si

- 17. Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas
 - No
 - Si

- 18. Problemas personales, familiares y/o económicos que causen estrés
 - Si
 - No

ANEXO3:

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de ciencias de la Salud

Escuela de medicina Humana

Elaborado por: Murray y Cox
Validado en Perú por: Vega y Col

CUESTIONARIO

ESCALA DE EDIMBURGH	
Por favor haga circulo en la respuesta que más se acerca a como se ha sentido EN LOS ULTIMOS 7 DIAS.	
<p>A. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:</p> <p>0 Tanto como siempre</p> <p>1. No tanto ahora</p> <p>2. Mucho menos</p> <p>3. No, no he podido</p>	<p>F. Las cosas me oprimen o agobian:</p> <p>0 No, nada</p> <p>1 No, casi nunca</p> <p>2 Sí, a veces</p> <p>3 Sí, casi siempre</p>
<p>B. He mirado el futuro con placer:</p> <p>0 Tanto como siempre</p> <p>1. Algo menos de lo que solía hacer</p> <p>2. Definitivamente menos</p> <p>3. No, nada</p>	<p>G. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:</p> <p>0 No, nada</p> <p>1 No muy a menudo</p> <p>2 Sí, casi siempre</p> <p>1. Sí, a menudo</p>
<p>C. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:</p> <p>0 No, nunca</p> <p>1 No muy a menudo</p> <p>2 Sí, algunas veces</p> <p>3 Sí, casi siempre</p>	<p>H. Me he sentido triste y desgraciada:</p> <p>0 No, nada</p> <p>1 No muy a menudo</p> <p>2 Sí, bastante a menudo</p> <p>3 Sí, casi siempre</p>
<p>D. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:</p> <p>0 No, nada</p> <p>1. Casi nada</p> <p>2. Sí, a veces</p> <p>3. Sí, a menudo</p>	<p>I. He estado tan infeliz que he estado llorando:</p> <p>0 No, nunca</p> <p>1 Sólo ocasionalmente</p> <p>2 Sí, bastante a menudo</p> <p>3 Sí, casi siempre</p>
<p>E. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:</p> <p>0 No, nada</p> <p>1. No, no mucho</p> <p>2. Sí, a veces</p> <p>3. Sí, bastante</p> <p>0</p>	<p>J. He pensado en hacerme daño a mí misma:</p> <p>1 No, nunca</p> <p>2 Casi nunca</p> <p>3 Sí, a menudo</p> <p>4 Sí, bastante a menudo</p>