



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Prevalencia de depresión posparto en puérperas
adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio
E. Bernales, mayo 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Miguel Ángel GONZALES APAZA

ASESOR

Jenny Elenisse ZAVALA LUJAN

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Gonzales M. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2017.

114



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA ✓

41
6?
✓
Compro

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: GONZALES APAZA MIGUEL ÁNGEL ✓

Cuyo título es: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES Y ADULTAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, MAYO 2016. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

Bueno

Quince

15

MG. OBST. MARÍA LUISA TORRES CHAUCA
C.O.P. 4186
PRESIDENTE

LIC. OBST. EDITA R. CUYA CANDELA
C.O.P.
MIEMBRO

LIC. OBST. DORA NANCY RODRIGUEZ MICHUY
C.O.P. 3978
MIEMBRO

LIC. OBST. JENNY ELENISSE ZAVALETA LUJAN
ASESOR (A)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
DIRECTORA
E.A.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 12 de enero del 2017 ✓

DEDICATORIA

*A mis padres, por su apoyo constante y consejos
que guían mi vida. Mi gratitud eterna.*

*A mi asesora, por su orientación y tiempo brindado
en la realización del presente trabajo.*

*A mi Universidad, que me albergó durante estos años,
en cuyas aulas nuestros docentes nos brindaron conocimientos
y experiencias que encaminaran nuestra vida profesional.*

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. OBJETIVOS.....	20
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
2.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	21
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO	21
2.4 TIPO DE MUESTREO.....	21
2.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	21
2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	22
2.7PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS ...	22
2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
IV. RESULTADOS.....	24
V. DISCUSIONES.....	29
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
IX. ANEXOS	41

INDICE DE TABLAS

- TABLA 1:** Datos generales de las puérperas adolescentes y adultas cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Mayo, 2016..... **23**
- TABLA 2:** Prevalencia de depresión posparto según la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) en puérperas adolescentes y adultas cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Mayo, 2016.....**24**
- TABLA 3:** Características obstétricas de las puérperas adolescentes y adultas cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Mayo 2016..... **25**
- TABLA 4:** Características reproductivas de las puérperas adolescentes y adultas cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Mayo, 2016.....**26**

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de Depresión Posparto en puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el periodo de mayo, año 2016.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo descriptivo, de corte Transversal. Universo: 485 puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, de las cuales 350 mujeres son adultas y 35 adolescentes. Muestra: no probabilístico por conveniencia. Recolección de datos: emplearemos como instrumento un formulario con la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” (EDPE) y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para depresión posparto. Para el análisis de confiabilidad del instrumento de investigación se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows y Ms Excel 2013.

RESULTADOS: De acuerdo a la EDPE existe una prevalencia de 34,29% de las adolescentes y 46,67% para las mujeres adultas con depresión posparto. En las puérperas adolescentes tenemos que el 88,57% tiene pareja, el 77,14% secundaria incompleta, el 82,86% son amas de casa y el 71,43% proviene de zonas rurales. Las características obstétricas son: el 80,00% son primigestas, tan solo el 60,00% tuvo los seis controles prenatales mínimos, solo el 57,14% fueron atendidas por parto vaginal. Las características reproductivas son: el 22,86% refirió iniciado las relaciones sexuales antes de los 15 años; el 60,00% refiere solo haber tenido una pareja sexual hasta el momento de la encuesta y el 88,57% refiere no haber planificado su embarazo.

En las puérperas adultas el 87,78% tiene pareja, el 79,56% secundaria incompleta, el 95,11% son amas de casa y el 84,44% provienen de zonas rurales. Las características obstétricas son: el 90,22% son multigestas, tan solo el 60,22% completo sus controles prenatales, el 51,11% fueron atendidas por cesárea. Las características reproductivas son: el 54,22%

refiere haber iniciado las relaciones sexuales antes de los 15 años; el 51,11% refiere solo haber tenido una pareja sexual hasta el momento de la encuesta y el 56,00% refiere no haber planificado su embarazo.

CONCLUSIÓN: La depresión posparto es más prevalente en las puérperas adultas que en las adolescentes, que se atendieron el parto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Mayo, 2016.

PALABRAS CLAVES: depresión posparto, posparto mediato, prevalencia, Escala Posnatal de Edimburgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of postpartum Postpartum Depression in adolescents and adults treated at the Service of Obstetrics and Gynecology of Hospital National Sergio E. Bernales, during the period May, 2016.

METHODOLOGY: Study descriptive, cross-sectional. Universe: 485 postpartum women treated at the Hospital National Sergio E. Bernales, of which 350 women are adults and 35 teenagers. Sample: non probabilistic for convenience. Data collection will use as a tool in a form with the "Scale Edinburgh Postnatal Depression" (EPDS) and questions designed to determine risk factors for postpartum depression. For the analysis of reliability of research instrument SPSS version 23 for Windows and MS Excel 2013 it was used.

RESULTS: According to the EDPE there is a prevalence of 34.29% of girls and 46.67% for adult women with postpartum depression. In adolescent postpartum women have that 88.57% have a partner, 77.14% secondary incomplete, the 82.86% are housewives and 71.43% are from rural areas. Obstetric characteristics are: 80.00% are primigestas, only 60.00% had minimum six prenatal visits, only 57.14% were treated by vaginal delivery. Reproductive characteristics are: 22.86% reported initiated intercourse before age 15; the 60.00% refers only having one sexual partner at the time of the survey and 88.57% reported not having planned their pregnancy.

In adult puerperas the 87.78% have a partner, the secondary incomplete 79.56%, 95.11% are the housewives and 84.44% are from rural areas. Obstetric characteristics are: 90.22% are multiparous, only 60.22% complete prenatal checkups, 51.11% were attended by Caesarean section. Reproductive characteristics are: 54.22% reported having initiated sexual intercourse before age 15; 51.11% reported having had only one sexual partner at the time of the survey and 56,00% report not having planned their pregnancy.

CONCLUSIONS: Postpartum depression is more prevalent in adults than in teenagers postpartum women who were treated in childbirth Sergio E. Bernales National Hospital. May, 2016.

KEY WORDS: postpartum depression, postpartum Mediate, prevalence, Edinburgh Postnatal Scale.

I. INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2012), “La depresión es un trastorno mental que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, y está considerada como la principal causa mundial de discapacidad y tiene una muy importante contribución en la carga de la mortalidad”⁽¹⁾

La mujer durante el período del embarazo, parto o puerperio; es mucho más sensible a desarrollar episodios de sensibilidad, ansiedad y estrés, que podrían acarrear problemas mayores, que afectarían al individuo y a su alrededor, si no son detectados a tiempo. El embarazo adolescente representa un importante problema de salud pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar a cabalidad las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo.^(2,3)

Tomando en cuenta, tanto que la mayor parte de las madres adolescentes pertenecen a los sectores sociales de recursos limitados, como que las circunstancias en que ellas crecen marcan de un modo peculiar su adolescencia, parece obvio que el resultado del embarazo dentro del contexto biológico y psicosocial no es nada prometedor, tanto para la madre como para el futuro niño. Entre las consecuencias que se originan del embarazo adolescente, se ha señalado que estas presentan más frecuentemente depresión postparto que las adultas.^(2,4)

La Depresión Posparto corresponde a una enfermedad del ánimo que se presenta frecuentemente en un período específico de la vida de la mujer, el puerperio.⁽⁵⁾ Otros la catalogan como un trastorno psíquico habitualmente recurrente.⁽⁶⁾

Los últimos estudios epidemiológicos confirman que entre un 8 y 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes del parto⁽¹⁾. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de Depresión Posparto: Chile 50.7%,⁽⁷⁾ Colombia 32.8%⁽⁸⁾, México 32.6%⁽⁹⁾,

Perú 24.1%⁽¹⁰⁾ y Venezuela 22%.^(11,12)

El puerperio es la etapa más susceptible para la mujer, ya que enfrenta cambios bioquímicos, fisiológicos y sociales, las cuales repercutirán de manera importante en la salud mental de la madre como la del niño.

Para su diagnóstico se han utilizado varias escalas, siendo la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D) y la escala de Edinburgo para depresión posparto (EPDS), las más conocidas y usadas para la detección temprana de la Depresión Posparto.⁽¹³⁾

Por lo tanto, resulta fundamental y conveniente evaluar esta patología en todas las puérperas, para una mejor atención, detección temprana y un tratamiento oportuno. El reconocimiento en la atención primaria es importante, sobre todo por el aumento de depresión que está experimentando nuestra sociedad.

En varios países del mundo, recientemente se han interesado cada vez más por los problemas de depresión posparto, no solo dentro del ámbito de la salud mental, sino dentro de otras áreas como son genéticas, reproductivas, pediátricas, socioculturales y de la salud pública.

Existen estudios previos que describen la prevalencia de la depresión posparto, así como también los factores de riesgo que puedan desarrollar esta patología, entre las cuales tenemos:

José Urdaneta M. Ana Rivera S. José García en su investigación del 2010 en Venezuela, "Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo", cuyo objetivo es comparar la prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Venezuela. Cuyo resultado fue que demostraron una prevalencia en el test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión 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 posparto. En conclusión la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto, sin diferencias en cuanto a su paridad. ⁽¹¹⁾

Alejandro Bonilla S. en su investigación en Colombia, 2009, "Depresión y Factores Asociados en Mujeres Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas", cuyo objetivo fue la de conocer la prevalencia de trastorno depresivo en dos grupos poblacionales, en definir su perfil epidemiológico y su asociación con el embarazo. Con resultado, que las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32.8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16.8%, además se describen los factores de riesgo en los dos grupos. Las conclusiones fueron que la Depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en Medellín (Colombia). ⁽²³⁾

Alberto Moreno Z. Lucila Domínguez C. Paulo Sergio F. en su estudio del 2004. En Brasil, "Depresión Posparto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puérperas", cuyo objetivo fue la estimar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital Universitario de Brasilia-Brasil, utilizando la versión en portugués de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. El resultado fue que hubo una prevalencia de test positivo de 22.2%. La edad, paridad, antecedentes de aborto o embarazo accidental no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para el hallazgo de test positivo. ⁽²⁴⁾

Fernanda Santacruz F. Francisco Serrano A. en su investigación del 2014, en Ecuador, "Depresión Posparto, Prevalencia y Factores de Riesgo en Mujeres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga". Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en las madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca. Con resultado que de acuerdo a la Escala de Edimburgo existe una prevalencia de 34.3% de depresión posparto, los factores de

riesgo encontrados fueron: no encontrarse en una edad reproductiva ideal. Las conclusiones fue que las madres con mayor riesgo a sufrir DPP en el servicio de gineco obstetricia de dicho hospital, son aquellas madres que no se encuentren en edad reproductiva ideal, no recibieron apoyo familiar durante su embarazo y sufrieron violencia intrafamiliar durante el mismo. ⁽²⁵⁾

Fidel Latorre L. en su investigación, del 2005, "Depresión Posparto en Bucaramanga, Factores de Riesgo". Cuyo objetivo fue determinar la incidencia de Depresión posparto, la magnitud y dirección de sus factores asociados, en mujeres del área metropolitana de Bucaramanga, Colombia. Los resultados fue que la tasa de incidencia de Depresión Posparto fue de 1 caso por cada 1000 días persona de seguimiento, los factores asociados fueron antecedentes personales de depresión durante la gestación, baja autoestima, acontecimientos vitales durante la gestación, ausencia de controles prenatales y disforia. Las conclusiones fue que la DPP es un trastorno poco reconocido. En Bucaramanga puede encontrarse como un problema de salud pública, que podría disminuir si se realiza control prenatal adecuado y seguimiento estrecho de las mujeres puérperas y, de sus bebés durante las primeras semanas de posparto. ⁽²⁶⁾

Katherine Sulca Q. en su investigación del 2014, en Perú, "Violencia Intrafamiliar en Adolescentes y su Relación con la Depresión posparto", cuyo objetivo fue analizar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión posparto en puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú. Cuyo resultado en su estudio fue que el 17.3% sufrió violencia física, 52.7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violencia sexual el 4% y el 24.7% trabajo durante la gestación. El 25.3% sufrió de Depresión leve, el 12.7% de Depresión moderada y el 2.7% de Depresión severa. Se encontró una relación estadística según la prueba de chi cuadrado entre la Violación Sexual Intrafamiliar y la Depresión Severa. En conclusión la violencia

intrafamiliar, los tocamientos indebidos y la violación sexual por parte de algún familiar o la pareja provocan depresión posparto en puérperas adolescentes. ⁽²⁰⁾

Ellen Vásquez J. en su investigación realizada en el año 2012, en Tarapoto, Lima -Perú, realizó un estudio titulado “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC, Tarapoto junio-setiembre 2012”; cuyo objetivo es determinar la relación entre las características sociodemográficas y la depresión postparto en las puérperas que consultaron en la clínica CORPOMEDIC, Tarapoto. En la cual los hallazgos encontrados fueron el mayor riesgo de depresión en la puérperas fue 66.7% y 33.3% no presentaron riesgos de depresión. El 73.3% de jóvenes que tuvieron entre 20 y 30 años de edad, 80% unión estable, 36.7% fueron amas de casa, 50 % puérperas, 46.7% tiene ingresos entre S/. 100 y S/. 500 soles, el 60% manifestó embarazo deseado y el 56.7%refirió parto por cesárea. No existió asociación significativa entre riesgo de depresión posparto y las características sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, paridad, número de hijos vivos, nivel educacional y nivel de ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre riesgo de depresión posparto y el tipo de embarazo y asociación significativa entre riesgo de depresión posparto y el tipo de parto. ⁽²¹⁾

Atencia Olivas, Stephanie en su investigación del 2015 en Lima-Perú, en su trabajo titulado “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante abril - junio, 2015”; cuyo objetivo es determinar los factores de riesgo para la depresión posparto en las madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Los resultados fueron que los factores obstétricos de riesgo con asociación significativa para depresión posparto son: presentar enfermedades durante el embarazo ($p=0.025$; OR: 1.96), hospitalización durante la gestación

($p < 0.001$; OR: 3.29), complicaciones durante el parto ($p < 0.001$; OR: 8.08), parto por cesárea ($p = 0.005$; OR: 3.08), dificultad para la lactancia ($p = 0.002$, OR: 2.60). Las conclusiones fueron que los principales factores de riesgo para la prevención posparto en las madres adolescentes atendidas en dicho hospital, son la mala relación con la pareja, la falta de apoyo económico de la pareja y la hospitalización del bebé por alguna complicación. ⁽²²⁾

Según los estudios mencionados, tanto internacionales como nacionales, podemos rescatar que el tema de la salud mental, tiene repercusiones en las condiciones de las personas, ya que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional. Al respecto, se debe tener presente que la falta de atención de los problemas de salud mental puede generar consecuencias adversas en la capacidad económica y productiva de quienes la presentan.

En nuestro país, los problemas de salud mental se han visto agravados de manera significativa debido a los factores socioeconómicos y culturales como consecuencia de la crisis política, las diversas expresiones de violencia, el creciente índice de pobreza en la que viven la mayoría de peruanos. Es por ello la importancia de velar por la salud mental de nuestra población, especialmente de nuestras mujeres, más aún, si están durante el difícil proceso del embarazo, parto o puerperio. Porque es allí donde los diferentes cambios orgánicos, psíquicos y sociales, la hacen proclives a desarrollar problemas relacionadas a su salud mental.

Por todo lo dicho, es necesario tener claro ciertos conceptos, como que la etapa del puerperio se inicia después de la expulsión feto placentario y abarca de 6 a 12 semanas. Es un periodo de ajuste en el cual el organismo regresa a su estado no gestacional. Predominan procesos involutivos y reparativos de los sistemas que se modificaron durante la gestación, así como cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia materna, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación. ⁽²⁷⁾

La clasificación del puerperio:

Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: se extiende hasta la primera semana posparto.

Puerperio tardío: incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica las cuales podrían requerir meses. ⁽²⁷⁾

El puerperio es uno de los periodos de mayor riesgo de la presentación de trastornos de 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. Sin embargo, entre el 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastornos incapacitante y persistente. ⁽²⁸⁾

La causa específica de depresión se desconoce en muchos casos, parece ser el resultado de una combinación de factores como predisposición genética (historia familiar), bioquímicas (desequilibrio de neurotransmisores), factores de ambiente y estrés (perdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en las relaciones interpersonales, cambio significativo de vida, etc.), factores hormonales y reproductivos (ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto y menopausia), factores psicológicos y sociales (baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva). ⁽²⁸⁾

La depresión posparto se define como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. Estado que empieza dentro de las 4 a 6 semanas después del parto con una incidencia de 3 a 27% que puede durar de un mes hasta más de un año. ⁽²⁹⁾

Se ha sugerido muchas etiologías especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos y la caída dramática en los niveles hormonales.⁽²⁹⁾

Se estima que alrededor del 10% al 15% de las madres sufren de depresión posparto y que aproximadamente 2 de 1000 mujeres presenta psicosis durante el primer año de vida de su hijo.⁽³⁰⁾

La cuarta edición del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) menciona que los trastornos afectivos posparto son aquellos que se inician durante las primeras cuatro semanas posteriores al parto.⁽³¹⁾

Dentro de estas se encuentran los baby blues, o síndrome del tercer día; que es un estado de depresión leve y labilidad emocional que se presenta en la primera semana después del parto y usualmente se resuelve en horas o días sin ningún tratamiento. Generalmente aparece entre el tercer y séptimo día posparto con duración de hasta dos semanas.⁽³²⁾

Es un trastorno muy común en el posparto. Rossler menciona que la prevalencia varía entre el 20 y 40%; sin embargo autores latinoamericanos como Orejanera menciona que la prevalencia puede llegar a ser hasta un 80%.^(30,31)

Entre los síntomas se presenta labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad, tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir deterioro significativo en la mujer que la padece.⁽³³⁾

Las actitudes maternas frente al niño, son muy variables, pero pueden incluir desinterés, miedo a encontrarse sola con el niño, o excesiva atención que dificulta que la madre tenga un descanso adecuado.⁽³²⁾

Además, también la depresión posparto sin psicosis (DPSP), este trastorno está presente en el 10% a 20% de las mujeres de diferentes países durante los siguientes 6 meses posteriores al parto. En Estados

Unidos una de cada ocho mujeres padece este trastorno. ⁽³⁴⁾

Se presenta antes de la sexta semana posparto y su duración es de entre tres y seis meses aunque hay artículos que se menciona que se prolonga este periodo hasta los catorce meses. Por definición la sintomatología depresiva debe estar presente por más de dos semanas después del parto para distinguirla del “baby blues”. ⁽³⁵⁾

En cuanto a su prevalencia, se estima de 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5% a las cuatro semanas del mismo. ⁽³⁶⁾

Los principales factores de riesgo identificados son: antecedente familiar o personal de depresión, trastorno disfórico premenstrual, presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo o de “baby blues”, el alto estrés psicosocial de ser madre soltera, la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados y no planeados, la imposibilidad de lactar bien, el cese temprano de la lactancia. ⁽³⁵⁾

También la depresión posparto con psicosis, esta se presenta entre el 0.1% y 0.2% de los pospartos. En sus formas graves implica un peligro serio tanto para la vida de la madre como par el niño. ⁽³²⁾

Klompenger, la define como la depresión posparto con psicosis confesional que se desarrolla en mujeres sanas caracterizada por periodos fluctuantes de alucinaciones, delirios y estragos de confusión que suelen comenzar en las 6 o 12 semanas posteriores al parto. ⁽³⁷⁾

Se presentan también alucinaciones visuales, olfatorias así como labilidad emocional, desorientación y confusión. Estos síntomas suelen ser oscilantes y hay una elevada probabilidad de que las madres presenten ideas persistentes de agredir a su hijo y con esto, riesgo elevado de que lo lleve a cabo. La depresión posparto con psicosis está presente en dos terceras partes del total de los infanticidios. ⁽³⁷⁾

Las consecuencias de esta patología tienen repercusiones no solo en la

madre, sino también en el desarrollo del niño, la cual va a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

1.Alteración en la relación madre-hijo la relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva.⁽³⁸⁾

2.Alteraciones en el desarrollo cognitivo, Rosello y cols en un estudio realizado en hijos de mujeres primerizas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad. Sin embargo en este aspecto el estudio no es concluyente.⁽³⁸⁾

3.Socialización deficiente: los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tiene los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.⁽³⁸⁾

4.Alteraciones en la educación de los hijos: la crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta depresión posparto, y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida.⁽³⁸⁾

Para realizar un diagnóstico preciso de este desorden mental en la madre, se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que puede afectar el proceso de la maternidad.

Los instrumentos más eficaces son el Inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPS) que han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el DBI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto.⁽³⁹⁾

La escala EDPS fue diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo; específicamente para detectar estados depresivos en el periodo posnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en el ámbito de la salud materno infantil.

Por todo lo dicho, en este estudio resulta útil, porque muestra mediante cifras la real situación de nuestras madres en un sector de la sociedad. Así también, permite detectar pacientes que se encuentren en riesgo de presentar esta patología y a la vez medir su prevalencia, con el propósito de obtener una base de datos que ratifique la presencia de la misma y a la vez reciba la importancia debida y se inicien proyectos, con el fin de brindar plan educacional oportuno sobre esta patología durante el control prenatal.

Ante lo ya mencionado nos realizamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de Depresión Posparto en mujeres adolescentes y adultas, atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en mayo del año 2016?

Definición de Términos:

- DEPRESION POSPARTO, Es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres días o meses después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio. Puede afectar a madres primerizas o no, y es independiente de la raza, etnia, cultura o nivel de educación. A las madres con esta patología les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y del recién nacido.
- POSPARTO MEDIATO, Esta etapa comprende desde el 2do al 10mo día después del parto. Periodo donde ocurre la máxima involución genital, mayor derrame loquial, instalación de secreción láctea, intensa poliuria, flujo de loquios y disminución del peso corporal.

- PREVALENCIA, Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo determinado. Es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria.
- ESCALA DE EDIMBURGO, Es un instrumento de fácil manejo, consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta (puntuación de 0 a 3). Los puntos de corte clínico para diferenciar entre mujeres con y sin DPP se han establecido en el umbral de 9 / 10 y reflejan una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%. Es un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar la prevalencia de Depresión Posparto en puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo, 2016.

Objetivos Específicos:

- Describir la depresión posparto en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016.
- Describir la depresión posparto en puérperas adultas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016.
- Identificar las características sociodemográficas que puedan generar depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas, atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2016.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo Y Diseño de Investigación

Estudio de tipo descriptivo transversal.

2.2. Población

La población del presente estudio está conformada por mujeres puérperas, adolescentes y adultas que se atendieron el parto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el mes de mayo del 2016.

2.3. Muestra del Estudio

Unidad de Análisis: Puérpera adolescente o adulta que se atendió el parto en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales y que cumple con los criterios de inclusión, durante el mes de mayo del año 2016.

Tamaño de Muestra: El tamaño de la muestra está conformado por 485 mujeres en la etapa de posparto, de las cuales 35 puérperas son adolescentes y 450 son puérperas adultas que se atendieron en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el mes de mayo del año 2016, quienes deben cumplir con los criterios de inclusión. Los cuales fueron calculadas según la estadística del año pasado de las atenciones a mujeres de 10 a 19 años y de mujeres de 20 a 45 años que acudieron para su atención.

2.4. Tipo de Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

2.5. Criterios de Inclusión:

- Pacientes que estén ingresadas para la atención del parto, y reciban la atención de puerperio mediato.
- Pacientes que estén en la disponibilidad voluntaria de participar en el estudio por medio de una autorización verbal.
- Pacientes que hayan firmado la aceptación del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes cuyo bebe se encuentren ingresados en algunos de los servicios del departamento de pediatría.
- Pacientes cuyo bebe haya fallecido durante o luego del parto o bien que haya nacido con malformaciones físicas.
- Pacientes hayan sido diagnosticadas con algunos problemas psiquiátricos.
- Pacientes que no acepten ser parte de la población encuestada.

2.6. Técnica e Instrumento

– Técnica:

Para la realización del presente estudio se aplicó una encuesta estructurada, que consta de cuatro preguntas de datos generales; 11 de datos específicos, de las cuales 6 son preguntas dicotómicas y 5 de opción múltiple. La encuesta está dividida en 2 áreas: Características obstétricas (6 preguntas), dentro de las cuales se analizaron durante el preparto, parto y posparto. Características reproductivas (5 preguntas).

– Instrumento:

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo se creó en 1987 para asistir a los profesionales de la salud primaria en la detección de las madres que padecen de depresión posparto en centros de salud de Edimburgo y Livingston, Inglaterra. Fue diseñada para detectar estados depresivos en el periodo posnatal, instrumento específico muy utilizado en el ámbito de la salud materno-infantil. Ha sido traducido en múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de diferentes países. Consiste en diez cortas declaraciones con cuatro alternativas, la madre escoge una de las posibles respuestas que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante los últimos días después del parto.

2.7. Plan de Procedimiento y Análisis de Datos

Para iniciar la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente en el Área de Docencia del establecimiento, presentando los requisitos solicitados por el Hospital y la resolución que indicaba la aprobación del proyecto de investigación por la Facultad de Medicina.

Las encuestas tuvieron una duración de 5 minutos aproximadamente, previa encuesta se hizo firmar el consentimiento informado a la paciente quien voluntariamente quiso aceptarla.

Para el análisis de confiabilidad del instrumento de investigación se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows y Ms Excel 2013.

2.8. Consideraciones Éticas

Para la aplicación de la ficha de recolección de datos se esperó la aprobación por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, luego se hizo extensivo el uso del consentimiento informado el cual contiene los objetivos de la investigación e información acerca de los riesgos y beneficios del presente estudio. Se mantuvo la confidencialidad de la usuaria, pues las fichas fueron anónimas.

III. RESULTADOS

Los datos se agrupan en 4 áreas. En la primera se presenta los datos generales de las puérperas adolescentes y adultas, en la segunda la prevalencia de depresión posparto con los datos obtenidos por el instrumento; en la tercera, los datos obstétricos de las puérperas. En la última área se hace mención a los datos reproductivos de las puérperas. Asimismo, se aplicaron estadísticas descriptivas en las variables, tal como frecuencias y porcentajes. Los datos se presentan en tablas bivariadas.

1. DATOS GENERALES:

Tabla N° I. Datos generales de las puérperas adolescentes y adultas, cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Mayo, 2016.

		Mujeres				Total	
		Adolescentes		Adultas		n	%
		n	%	n	%		
Estado civil	Sin pareja	4	11,43	55	12,22	59	12,17
	Con pareja	31	88,57	395	87,78	426	87,83
Grado de estudio	Primaria	3	8,57	14	3,11	17	3,51
	Secundaria incompleta	27	77,14	358	79,56	385	79,38
	Secundaria completa	4	11,43	69	15,33	73	15,05
	Superior técnico	1	2,83	9	2,00	10	2,06
Ocupación	Ama de casa	29	82,86	428	95,11	457	94,23
	Trabajo remunerado	2	5,71	17	3,78	19	3,92
	Estudiante	4	11,43	5	1,11	9	1,85
Procedencia	Zona rural	25	71,43	380	84,44	405	83,51
	Zona urbana	10	28,57	70	15,56	80	16,49
Total		35	100.0	450	100.0	485	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla I, se muestra que el 11,43% de las mujeres adolescentes no tienen pareja, mientras que las adultas el 87,78% si tiene pareja. Según el grado de estudio ambos grupos la mayoría tienen secundaria incompleta,

representando el 77,14% y el 79,56% para las adolescentes y adultas, respectivamente. El 82,86% de las adolescentes refiere dedicarse solo a su casa, mientras que las adultas el 95,11%. Por último, se observa que el 71,43% de las adolescentes proviene de zonas urbanas, mientras que las adultas el 84,44%.

2. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO:

Tabla N° II. Prevalencia de depresión posparto según la Escala Posnatal de Edimburgo (EPDS) en puérperas adolescentes y adultas cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Mayo, 2016.

	Mujeres				Total	
	Adolescentes		Adultas		n	%
	n	%	n	%		
No	23	65,71	240	53,33	263	54,23
Si	12	34,29	210	46,67	222	45,77
Total	35	100.0	450	100.0	485	100.0

Fuente: Encuesta

La tabla N° II, presenta las cifras de prevalencia de depresión posparto para adolescentes y adultas según la Escala Posnatal de Edimburgo. Los resultados revelan que el 65,71% y el 53.33% de las madres adolescentes y adultas, respectivamente, no mostraron riesgo de depresión posparto, en razón que obtuvieron puntajes menores a 10. En tanto que las que padecen la patología, el 34,29% de las adolescentes y el 46,67% de las adultas representan a las que obtuvieron un puntaje mayor a 10.

3. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

Tabla N° III. Características Obstétricas de las púerperas adolescentes y adultas cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Mayo, 2016.

		Mujeres				Total	
		Adolescentes		Adultas		n	%
		n	%	n	%		
Paridad	Primigesta	28	80,00	44	9,78	72	23.3
	Multigesta	7	20,00	406	90,22	413	59.5
Número de controles prenatales	Completo	21	60,00	271	60,22	292	3.1
	Incompleto	12	34,29	134	29,78	146	36.1
	Ninguno	2	5,71	45	10,00	47	46.4
Psicoprofilaxis	Si	30	85,71	380	84,44	410	18.8
	No	5	14,29	70	15,56	75	32.3
Parto	Vaginal	20	57,14	220	48,89	240	49,48
	Cesárea	15	42,86	230	51,11	245	50,52
Número de días de puerperio	≤ 3 días	19	24,29	206	45,78	225	46,39
	> 3 días	16	45,71	244	54,22	260	53,61
Total		35	100.0	450	100.0	485	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla III, los resultados indican que las adolescentes el 80,00% son primigestas, mientras que las adultas el 90,22% son multigestas. De acuerdo a los controles prenatales realizados, las adolescentes en su mayoría, el 60,00% completaron sus controles, muy similares a las adultas.

El 85,71% y el 84,44% realizaron psicoprofilaxis, en las adolescentes y adultas, respectivamente. Además, se presenta la característica obstétrica del parto, el 57,14% de las adolescentes fueron atendidas por parto vaginal, mientras que el 51,11% de las adultas fueron atendidas por cesárea. De acuerdo, al número de días que estuvieron hospitalizadas, las adolescentes hospitalizadas más de tres días; representan el 45,71% mientras que las adultas representan el 54,22%.

4. CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS:

Tabla N° VI. Características Reproductivas de las puérperas adolescentes y adultas cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Mayo, 2016.

		Mujeres				Total	
		Adolescentes		Adultas		N	%
		n	%	n	%		
Edad de la pareja	< 19 años	5	14,29	0	0,00	5	1,03
	0-35 años	18	51,43	311	69,11	329	67,84
	>35 años	12	34,28	139	30,89	151	31,13
Inicio de relaciones sexuales	≤15 años	8	22,86	244	54,22	252	51,96
	>15 años	27	77,14	206	45,78	233	48,04
Número de parejas sexuales	1	21	60,00	248	55,11	269	55,46
	2	9	25,71	104	23,11	113	23,30
	≥ 3	5	14,29	98	21,78	103	21,24
Método anticonceptivo	Preservativo	24	68,57	133	29,55	157	32,37
	Ampollas	8	22,86	228	50,67	236	48,66
	Pastillas antic.	3	8,57	84	18,67	87	17,94
	T de cobre	0	0,00	5	1,11	5	1,03
Embarazo planificado	Si	27	11,43	198	44,00	225	46,39
	No	8	88,57	252	56,00	260	53,61
Total		35	100.0	450	100.0	485	100.0

Fuente: Encuesta

La tabla N° IV muestra que el 51,43% de las adolescentes y el 69,11% de las adultas indican tener una pareja entre los 20 y 35 años de edad. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, el 22,86% de las adolescentes y el 54,22% de las adultas, refiere haber iniciado antes de los 15 años.

Además, el 60,00% de las adolescentes manifestaron haber tenido una pareja sexual al momento de la encuesta y el 21,78% de las mujeres adultas dijeron haber tenido 3 o más parejas sexuales. De acuerdo al

método anticonceptivo de elección, el 68,57% de las adolescentes indican el preservativo, mientras que las adultas, el 50,67% prefieren las ampollas.

Por último, el 88,57% y el 84,00% refieren no haber deseado su embarazo en las adolescentes y adultas, respectivamente.

IV. DISCUSIONES

En el estudio se observó que la mayoría (88,57%) de las adolescentes tienen pareja estable, resultados similares a los encontrados por Sulca Q. Katherine ⁽²⁰⁾ en el año 2014 en la investigación titulada “Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión posparto en el instituto Nacional Materno Perinatal” donde también la mayoría (63,3%) refiere tener una pareja estable. Con respecto a las adultas, se encontró que en casi su totalidad (87,78%) tienen pareja estable, similar a lo encontrado por Vásquez ⁽²¹⁾ en su investigación “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica Corpomedic Tarapoto, junio-setiembre 2012” donde el 80,0% eran mujeres que tenían una pareja.

Con respecto al grado de estudios, las adolescentes en su mayoría terminaron la secundaria con un 77,14%, datos similares al de Bonilla ⁽²³⁾, en su trabajo titulado “Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín, Colombia 2009” donde el 67,7% de las puérperas tenían la secundaria completa. En las adultas también se observa que en su mayoría (79.56%) terminaron la secundaria; similar al estudio de Vásquez ⁽²¹⁾, en su investigación “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica Corpomedic Tarapoto, junio-setiembre 2012” donde el 83,33% termino la secundaria y avanza a grados superiores.

En cuanto a la ocupación, las adolescentes y las adultas en su mayoría refieren ser amas de casa (82,86%) y (79,56%) respectivamente, cifras similares a las expuestas por Atencia ⁽²²⁾ en su trabajo titulado “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril-junio 2015”.

En el caso de las adolescentes, que si manifestaron depresión posparto durante el puerperio mediato, estas representan el 34,29% y las que no, son el 65,71%; resultado relativamente similares a los hallados por Urdaneta⁽¹¹⁾ en el año 2014 en su estudio titulado “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas, en el hospital nacional Manuel Noriega Trigo, San Francisco, Venezuela”; donde tan solo el 4% de las adolescentes son detectadas con depresión posparto y el 96% sin esta patología.

Con respecto a las adultas, el 46,67% si padecen la enfermedad, mientras que el 53,33% no la padecen; resultados similares a los de Santacruz⁽²⁵⁾ en su investigación titulada “Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014” donde de acuerdo al test de Edimburgo las puérperas con depresión representan el 34,30%, mientras que el 65,70% no padecen la patología.

Es así, que diversos estudios indican que la prevalencia posparto oscila entre el 10% y el 20% en las puérperas⁽⁴⁰⁾, mientras que otros autores han llegado a informar que en las adolescentes, la depresión posparto puede llegar hasta un 30%. Fernanda Santacruz⁽²⁵⁾ en Ecuador, aplicando la escala de depresión de Edimburgo, informo que existe una prevalencia del 34,3%, estos resultados son muy similares a los datos obtenidos en esta investigación.

La alta prevalencia de depresión posparto encontrada en la presente investigación se explica porque la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, es un instrumento que solo orienta, y que asociado al juicio clínico y la presencia de factores de riesgo; puede evidenciar la probabilidad de aparición de esta patología en la puérpera, sin que determine su ocurrencia.

Es necesario cotejar con otros instrumentos también validados, como el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM-IV) o

el Inventario de Depresión de Beck (IDB-I), para brindar un diagnóstico más certero de la presencia de depresión en la puérpera.

En cuanto a la edad como factor de riesgo, existen discrepancias, algunos autores señalan que las mujeres adolescentes presentan más depresión que las mujeres adultas. Representando el hecho de ser adolescente un factor de riesgo independiente para depresión posparto.

Ser adolescente implica ser más susceptible a los cambios generados en nuestro organismo como en nuestro entorno social, es así, que la adolescente se vuelve más vulnerable a hechos como la gestación. En un estudio realizado en Colombia por Alejandro Bonilla⁽²³⁾ demuestra que las adolescentes embarazadas tienen una prevalencia de 32,8% de sufrir depresión. Datos que coinciden con los de nuestro país, que aseveran que son las adolescentes más proclives a sufrir de depresión.

Contrariamente, los resultados obtenidos en esta investigación demuestran una mayor frecuencia de depresión en las puérperas en edad adulta. Estos datos pueden ser explicados porque en la puérpera adulta, podría tratarse de una recaída de alguna depresión pasada que no ha sido tratada oportunamente, o por los mismos factores socio-económicos por los cuales atraviesa la madre con la llegada de un nuevo ser.

Con relación a las características obstétricas, tenemos que el 80,00% de las adolescentes han tenido un embarazo hasta el momento y que el 20,00% tuvo 2 o más embarazos, resultado similar a lo encontrado por Atencia⁽²²⁾ en el 2015 en su trabajo titulado “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión abril-junio” donde el 77,8% de las adolescentes señaló tener solo un hijo. Así se demuestra que las adolescentes han limitado el número de embarazos.

En el caso de las adultas, el 90,22% han tenido más de 1 hijo, resultados similares a lo hallado por Santacruz⁽²⁵⁾ en el 2014 en su trabajo titulado “Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres

atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca” donde el 62,5% de las madres adultas son multíparas. Lo que demuestra que las mujeres adultas no limitan el número de embarazos.

Con respecto a los controles prenatales en las adolescentes, el 60,00% completaron los seis controles, mientras que el 34,29% los hicieron de manera incompleta; resultados contrarios a los hallados por Atencia ⁽²²⁾ en el 2015 en su trabajo titulado “Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión, abril-junio” donde solo el 42,2% tuvo sus 6 controles prenatales, mientras que 11,1% no tuvo ningún control.

Por otro lado, las adultas el 60,22% si completaron sus 6 controles prenatales, mientras que 29,78% lo hicieron de manera incompleta; no hay estudios que detallen una asociación entre el número de controles prenatales y la depresión posparto.

En cuanto al tipo de parto de las adolescentes, el 57,14% fueron atendidas por parto vaginal mientras que el 42,86% por cesárea; resultados relativamente similares a los encontrados por Urdaneta⁽¹¹⁾ , en su investigación titulada “Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas, Venezuela, año 2014”; donde el 87,8% se atendieron por parto vaginal, y el 12,2% por cesárea.

Para el caso de las adultas, el 48,89% atendidas por parto vaginal, mientras que el 51,11% por cesárea; resultados diferentes a los hallados por el mismo autor, Urdaneta⁽¹¹⁾ en la misma investigación; donde el 84,7% son atendidas por vía vaginal, el 15,3% atendidas por cesárea.

Con relación a las características reproductivas, las adolescentes tuvieron una edad de inicio de las relaciones sexuales mayor de los 19 años en su mayoría (77,14%), una andrìa de 1 pareja sexual con un 60,00% ,la mayoría refirió cuidarse con el preservativo (68,57%) y el 88,57% no haber planificado su embarazo; resultados similares encontrados por Bonilla⁽²³⁾ en su investigación “Depresión y factores asociados en mujeres

adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín, Colombia 2009” donde el 81,4% manifestó haber tenido una sola pareja al momento de la encuesta, el 95,2% haber iniciado su vida sexual a partir de los 13 años y el 80,8% no haber planificado su embarazo.

En el caso de las puérperas adultas hubo un 54,22% que inicio su vida sexual a partir de los 15 años y el 55,11% tienen una andria de 1 pareja sexual, no hay estudios que detallen una asociación entre el inicio de la vida sexual y la andria en las adultas.

Por otro lado en las adultas el 56,00% no planificaron su embarazo, resultado similar a lo encontrado por Santacruz⁽²⁵⁾, en su trabajo del 2014 titulado “Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga, en Cuenca” donde el 52,80% tampoco planificaron su embarazo. Esto demuestra que las adultas no tienen planificado la cantidad de hijos que desean tener.

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión posparto, de acuerdo a la escala de Edimburgo (EPDS) en las madres adolescentes es de 34,29%.
En las puérperas adultas, la prevalencia es de 46,67% del total.
2. Respecto a las características obstétricas, las adolescentes en un 80,00% son primigestas, tan solo un 60,00% logro completar los seis mínimos controles prenatales, y de acuerdo al tipo de parto, el vaginal fue la mejor elección en un 57,14% del total de adolescentes.
En las puérperas adultas el 90,22% son multigestas, de la misma manera que las adolescentes tan solo el 60,22% logro completar los seis controles prenatales y el mayor porcentaje de vía de parto fue la cesárea, con un 21,11%.
3. Respecto a las características reproductivas, la mayoría de las adolescentes iniciaron su vida sexual mayor e los 15 años, respecto a su andria manifestaron tener solo una pareja hasta el momento de la encuesta y el 88,57% no haber planificado su embarazo.
En las puérperas adultas, el 54,22% inicio su vida sexual antes de los 15 años, en su mayoría manifestó tener solo una pareja sexual y el 56,00% no haber planificado su embarazo.

VI. RECOMENDACIONES

1. Recomendamos a las autoridades del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, y al equipo de salud encargado del control y seguimiento del embarazo de las pacientes atendidas, realizar controles rutinarios más frecuentes y brindar apoyo multidisciplinario también a las mujeres que no se encuentren dentro de la edad reproductiva.
2. Se recomienda también el apoyo no solo a la madre adolescente, sino también la mujer adulta, ya que es ella la que muchas veces no cuenta con un pareja, sin apoyo familiar y condiciones económicas precarias. Es necesario brindarle un soporte dirigido a estas mujeres.
3. Recomendamos a las autoridades del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, incluir dentro de la evaluación posnatal la aplicación de la Escala de Edimburgo, con la finalidad de detectar oportunamente síntomas depresivos y diagnosticar oportunamente esta patología, para evitar consecuencias en la madre y el recién nacido.
4. Recomendamos a las/los Profesionales de Salud que deben trabajar en equipo con el área de Psicología durante las sesiones educativas para guiar a los adolescentes para la elaboración de su proyecto, ya que en la población adolescente estudiada un gran número no cuenta con apoyo familiar, y es importante en esta etapa brindarle soporte psicológico.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Catalogación por la biblioteca de la OMS: Estadísticas sanitarias mundiales. 2008. http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1.
2. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(3):151-8.
3. Gallo NE. Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo. *Rev. FacNac Salud Pública* 2009; 27 (3):282-90.
4. Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santibáñez WR, Aliaga JR; Álvarez L, Calmet R. Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Rev. Invest Psicol* 2005; 8(2):23-39.
5. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev. Med Chile* 2010; 138(5): 536-42.
6. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac Med* 2009; 70(2):115-8.
7. Póo AM, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev. Méd Chile* 2008; 136(1):44-52.

8. Bonilla OA. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Rev. Col Obstet Ginecol 2010; 61(3):207-13.
9. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, García CR, Torres A, Sandoval F. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Fac Méd Méx 2010; 146(1):1-9. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes... / Katherine Molero y cols. 304 rev chil obstet ginecol 2014; 79(4)
10. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev. Perú Epidemiol 2008; 12 (3):1-5.
11. Urdaneta JR, Rivera AT, García J, Guerra M, Baabel NS, Contreras AJ. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. Chil Obstet Ginecol 2011; 76(2):102.
12. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev. Obstet Ginecol Venez 2007; 67(3):187-91.
13. Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburgo para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb Obstet Ginecol 2007; 58(4):277-83.
14. Seyfried L, Marcus M. Postpartum mood disorders. International Review of Psychiatry 2003; 15: 231-242.

15. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302: 137-140.
16. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 279-281.
17. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychol Med.* 1997; 27: 253-260.
18. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth* 2005; 32: 187-193.
19. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr.* 2007; 96: 590-594.
20. Katherine Sulca Q. Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión posparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú. UNMSM. 2015.
21. Vásquez Julcahuanga, Ellen Rosa; Sangama Mori, Roni, Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en púerperas que consultan en la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Perú. 2012.
22. Atencia Olivas, Stephanie María. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Perú. 2015. pag.5.
23. Oscar Alejandro Bonilla-Sepúlveda. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Rev. Colomb Obstet ginecol.* Vol. 61 no 3 Bogotá jul. /set. 2010.

24. Alberto Moreno Zaconeta, Lucía Domínguez Casulari da Motta, Paulo Sergio Franca. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. 2001.
25. Santacruz Fernández, María Fernanda, Serrano Andrade, Francisco Xavier. Depresión Posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador.2015
26. Latorre, José Fidel, Pospartum depression in adolescent women from Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 57 no 3, año 2006 pag.147_155.
27. Cunningham F. Gary, Leveno Kenneth L., Bloom Steven L., Hauth John C., Gilstrap Larry C., Wenstrom Katharine D. The Puerperium. Williams Obstetrics, 22a Ed. 2005.
28. Regier DA, Farmer Raes DS, Lock BZ, Keith SJ, Judo LL and Godwin FK, Comorbidity of mental disorders with alcohol an other drug abuse: Results from Epidemiologic catchment area (ECA) study. JAMA 1993; 264: 2511- 18.
29. Canaval G, González M, Martínez L, Tovar M, Valencia C. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia. Colombia Médica. 2000; 31 (1): 4-10.
30. Rossler A, Hofecker M. Postpartum depression: Do well still need the diagnostic term? Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003; 108 (418): 51-56.
31. DSM IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Trastornos del Estado de Ánimo. Masson, S. A. 323-378. Barcelona, España.

32. Oviedo G, Jordan M. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica* 2006; 47 (2): 131-138
33. Orejana S. Trastornos afectivos posparto. *Med Unab.* 2004. 7(20): 134-138.
34. Cheryl Tatano B. Postpartum Depression. *AJN.* 2006; 106 (5): 40-49.
35. Jeanine K, Rush M. Postpartum Depression. *Medscape Ob/Gyn and Womens Health* 2002; 7 (1) 152-156.
36. Espindola J, Morales F. Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del Apunto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo en pacientes obstetras del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum.* 2004; 18 (3): 179-186
37. D. simón L, Gómez I, Psicosis puerperal aspectos clínicos y asistenciales. *Psiquiatria* 1999; 11 (3):72-77. 40
38. Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. Chil de NeuroPsiquiat* 2010; 48 (4): 269-278.
39. Aramburú P. Arellano R, Jáuregui R, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Per de Epidemiol.* 2008. (12)
40. Guadarrama L. Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev. Fac. Med UNAM.* 2003; 49(2):66-72

VIII. ANEXOS

ÍNDICE

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
2. ENCUESTA SOBRE LAS CARACTERISTICAS GINECO- OBSTETRICAS DE LAS PUERPERAS, QUE PUEDEN CONDICIONAR LA DEPRESION POSPARTO.....	42
3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	44
4. ESCALA DE EDIMBURGO PARA LA DEPRESION POSNATAL.....	45

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO	ESCALA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	INSIRUMENTO	CODIFICACION	
DEPRESION POSPARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES Y ADULTAS	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por estado depresivo la mayor parte del tiempo, disminución del interés para las actividades cotidianas, alteraciones del sueño, pérdida de energía, sentimientos de culpa, pensamientos de muerte, que se inicia después del parto.	DISFORIA	cuantitativo	No nominal	Puntaje obtenido mediante la recolección de datos mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	D	Datos obtenidos en base a las respuestas verdaderas por las puérperas	CUESTIONARIO DE PREGUNTAS DE LA ESCALA DE DEPRESION EDIMBURGO	0 – 9 sin depresión postparto 10 a más con depresión postparto
		ANSIEDAD	cuantitativo	No nominal					0 – 9 sin depresión postparto 10 a más con depresión postparto
		SENTIMIENTO DE CULPA	cuantitativo	No nominal					0 – 9 sin depresión postparto 10 a más con depresión postparto
		DIFICULTAD PARA LA CONCENTRACION	Cuantitativo	No nominal					0 – 9 sin depresión postparto 10 a más con depresión postparto
		IDEACION SUICIDA	Cuantitativo	No nominal					0 – 9 sin depresión postparto 10 a más con depresión postparto

ANEXO 2: ENCUESTA SOBRE LAS CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS DE LAS PUERPERAS, QUE PUEDEN CONDICIONAR LA DEPRESION POSPARTO



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



La presente encuesta tiene como finalidad determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, esta encuesta es voluntaria y anónima, la información brindada será meramente de uso investigativo. Agradecemos su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera para la veracidad del trabajo que se está realizando. Si tuviera alguna duda solicita la ayuda de las personas que entregaron el documento.

Formula obstétrica: _____ **Fecha:** ____/05/2016

DATOS GENERALES:

- Edad: _____
- Estado civil: _____
- Nivel educativo: _____
- Lugar de procedencia: _____
- Ocupación: _____

DATOS OBSTETRICOS:

- Número de controles prenatales: _____
- Psicoprofilaxis: SI () NO ()
- Tipo de parto: vaginal () cesárea ()
- Puerperio (# días hospitalizada): () \leq 3 días () $>$ 3 días

DATOS REPRODUCTIVOS:

- Edad de la pareja: _____
- Inicio de las relaciones sexuales: _____
- Número de parejas sexuales: ()1 ()2 ()≥3
- Método anticonceptivo: _____
- Embarazo deseado: SI () NO ()

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE PROYECTO: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES Y ADULTAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, MAYO 2016

Descripción: Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas, para la ejecución del estudio se le realizará una encuesta que deberá ser llenado con veracidad. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 300 pacientes que se atendieron el parto en el H.N.S.E.B.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará su colaboración para el llenado de una **encuesta y su consentimiento. Esta encuesta utilizada estará compuesta por 3 áreas: Características sociales, biológicas propias al parto y psicológicas. El participar en este estudio le tomará un tiempo de 5 minutos.**

Riesgos y Beneficios: Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad por indagar sobre el ámbito personal, por ello se guardara absoluta confidencialidad de los datos de participantes.

Incentivos: Los participantes de este estudio no recibirán incentivo monetario alguno.

Derechos: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma del Investigador

Firma Participante

FECHA: ___/05/2016

ANEXO 4: ESCALA DE EDIMBURGO PARA LA DEPRESION POSNATAL (EPDS)

Este es un cuestionario de carácter anónimo para conocer como se ha sentido usted que acaba de tener un bebe.

Por favor responda todas las preguntas marcando en cada una, entre las cuatro posibles respuestas, la que más se acerque a su estado de ánimo en estos días, además de hoy.

En caso de alguna duda consulte con la persona responsable del cuestionario.

ED.1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

0. Tanto como siempre
1. No tanto ahora
2. mucho menos ahora
3. No, nada

ED.2. He disfrutado mirar hacia adelante:

0. tanto como siempre
1. menos que antes
2. mucho menos que antes
3. casi nada

ED.3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente:

3. si, la mayor parte del tiempo
2. si, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo:

0. No, nunca
1. Casi nunca
2. Si, a veces
3. Si con mucha frecuencia

ED.5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo

3. Si, bastante
2. Si, a veces

1. No, no mucho
0. No, nunca

ED.6. Las cosas me han estado abrumando:

3. Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
2. Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
0. No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre

ED.7. me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

3. Si, la mayor parte del tiempo
2. Si, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.8. me he sentido triste o desgraciada:

3. Si, la mayor parte del tiempo
2. Si, bastante a menudo
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.9. me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

3. Si, la mayor parte del tiempo
2. Si, bastante a menudo
1. Solo ocasionalmente
0. No, nunca

ED.10. se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

3. Si, bastante a menudo
2. A veces
1. Casi nunca
0. Nunca

