



**CDMX**  
CIUDAD DE MÉXICO



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**  
**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**TÍTULO DEL TRABAJO**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PUERPERAS ADOLESCENTES”**

**TIPO DE INVESTIGACIÓN: CLÍNICO**

**PRESENTADA POR: DR. DAVID NERI ISLAS CRUZ.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN: GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA.**

**DIRECTOR DE LA TESIS: DRA. LEDA MINERVA VARGAS ALARCON**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.**

**- 2018 -**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**CDMX**  
CIUDAD DE MÉXICO



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**  
**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**TÍTULO DEL TRABAJO**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PUERPERAS ADOLESCENTES”**

**TIPO DE INVESTIGACIÓN: CLÍNICO**

**PRESENTADA POR: DR. DAVID NERI ISLAS CRUZ.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN: GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA.**

**DIRECTOR DE LA TESIS: DRA. LEDA MINERVA VARGAS ALARCON**

**- 2018 -**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PUERPERAS ADOLESCENTES”**

Autor: David Neri Islas Cruz.

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles.

---

Profesor Titular Del Curso De Especialización en Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.

Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez.

---

Director de Educación e Investigación.

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN  
PUERPERAS ADOLESCENTES”**

Autor: David Neri Islas Cruz.

Vo. Bo.

Dra. Leda Minerva Vargas Alarcón

---

Director de Tesis.

Médico Adscrito de SEDESA

# ÍNDICE

RESUMEN.....	1
<b>1.MARCO TEORICO.....</b>	<b>3</b>
1.1. ADOLESCENCIA Y EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO.....	3
1.2. EMBARAZO Y PUERPERIO.....	4
1.3. EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	5
1.4.DEPRESION POSTPARTO.....	8
1.5. FACTORES DE RIESGO.....	9
1.6. DEPRESIÓN Y SU FISIOLOPATOLOGIA.....	9
1.7. CUADRO CLINICO.....	11
1.8. DIAGNOSTICO DE DEPRESION POSTPARTO.....	11
1.9. TRATAMIENTO.....	12
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>3. JUSTIFICACION.....</b>	<b>19</b>
<b>4. HIPOTESIS.....</b>	<b>21</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
5.2.OBEJTIVO ESPECIFICOS.....	22
<b>6. METODO.....</b>	<b>23</b>
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
6.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	23
6.3 DETERMINACION DE VARIABLES.....	23
6.4 UNIVERSO DE TRABAJO.....	24
6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	24
6.4.2 CRITERIOS DE NO INCLUSION.....	24
6.4.3 CRITERIOS DE INTERRUPCION.....	24

6.4.4 CRITERIOS DE ELIMINACION.....	24
6.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	24
6.6 PROCESAMIENTO ESTADISTICO.....	25
6.7 ANALISIS ESTADISTICO.....	25
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>8. ANALISIS.....</b>	<b>32</b>
<b>9. CONCLUSION.....</b>	<b>33</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>34</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>38</b>

## RESUMEN.

**Introducción:** La adolescencia es una etapa donde se presentan cambios biológicos, sociales y mentales, comprende un periodo entre 10 a 19 años de vida. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo consiguiente la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica, sino adoptar un enfoque integral que atienda las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo, y en las cuales se presenta la Depresión Posparto que 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.

**Objetivo:** Conocer los factores de riesgo que causan la Depresión Posparto (DPP) en las mujeres adolescentes que acuden al Hospital materno infantil de Cuauhtémoc.

**Material y método:** El diseño del censo fue comparativo, transversal y prospectivo, 100 adolescentes en puerperio inmediato, mediano y tardío de parto o cesárea, que recibieron atención en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc en el periodo del 01-03-17 al 30-05-17 fue el tamaño del censo a estudiar. A las que se les aplicó un consentimiento informado para participar en el estudio, encuesta de Edimburgo y una encuesta estructural con lo que se recabaron datos sociodemográficos.

**Resultado:** Se obtuvo un censo de 100 mujeres adolescentes en puerperio, de las cuales se eliminaron 13 encuestas. De las 87 adolescentes se obtuvo el 52.87% con depresión postparto y 47.12% sin depresión postparto, las adolescentes que tienen pareja es un factor protector con RM 0.37 con IC 0.14 a



0.99, el primer embarazo tiene mayor riesgo de DPP con RM 1.99 IC 0.74 a 5.3 a comparación de un segundo y tercer embarazo, adolescentes sin apoyo familiar presenta RM de 0.44 con IC de 0.14 a 1.40, las mujeres que cuentan con secundaria presentan un factor protector con RM de 0.45, IC 0.17 a 1.21, la edad de inicio de vida sexual activa más frecuente fue de 15 años que representa un factor de riesgo para DPP con una RM de 1.55 y con un IC 0.62 a 3.8.

**Conclusión:** La depresión postparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. Las adolescentes son las principalmente afectadas de todas las mujeres en edad reproductiva, con depresión o ansiedad en el embarazo y/o en el posparto. Es importante que se reconozcan los factores de riesgo lo antes posible, para brindarles la ayuda que necesitan. Se suele alterar su estilo de vida y modificar la relación con la pareja y otros hijos, así como con otros familiares y amigos. Hay nuevas y numerosas tareas que atender, falta de sueño y el agotamiento que significa el atender a un recién nacido. Sucesos que conducen a fluctuaciones en el estado de ánimo y pueden desencadenar la depresión.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad de experimentar depresión postparto si carecen del apoyo familiar, no deseaban el embarazo, no cuentan con una pareja e iniciaron su vida sexual a una edad temprana.

Debido a la frecuencia con la que se presenta en el hospital Materno Infantil Cuautepec, debe diseñarse un plan para aplicar las encuestas correspondientes a todas las mujeres durante el embarazo y posteriormente en el puerperio, poniendo énfasis en las adolescentes; para identificar a aquellas que representan el grupo de riesgo. Sin embargo, con la información y tratamiento adecuados puede lograrse su recuperación total.

**Palabras clave:** depresión, adolescente, embarazo, factores de riesgo.

## 1. MARCO TEORICO.

### 1.1. ADOLESCENCIA Y EPIDEMIOLOGIA EN MEXICO.

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano, además un periodo donde se transitan 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. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo. El término adolescente en el contexto social es interpretado de forma diferente por las diversas sociedades. De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente. En cuanto a la proporción de adolescentes de la población hay poca variación de 1950 a la fecha; para este año los adolescentes representaban 22.23% de la población total; en 1980 fue de 25%, y para el año 2000, 21.26%. Sin embargo, el incremento en números absolutos ha sido de casi 250%. La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. En cuanto a la salud sexual y reproductiva, la edad promedio de inicio de vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 años y para el área urbana 16.7 años. Existe una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. Como resultado de estas prácticas, ocurren más de 25 000 embarazos anuales en madres menores de 19 años de edad, que terminan en aborto y constituyen cerca de 10% del total de los embarazos. La mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres residentes en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada 5 está casada o unida. 1-6

## 1.2. EMBARAZO Y PUERPERIO.

Embarazo se considera estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación, termina con el parto y el nacimiento del producto. El embarazo se divide en trimestres ya que en cada uno de estos períodos se agrupan determinados problemas obstétricos importantes. Los cambios biológicos durante el embarazo pueden presentar un efecto directo sobre los estados de ánimo, las concentraciones específicas de esteroides sexuales femeninos que se elevan durante la gestación modifican partes del cerebro que se involucran en la regulación del estado de ánimo, también hay aumentos graduales dentro del sistema del cortisol y el eje hipotálamo, hipófisis y suprarrenales, cuya sobre actividad se ha encontrado en personas con depresión. 7,8

El puerperio inicia cuando se da la expulsión fetoplacentaria y abarca un periodo 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, el reinicio del ciclo ovárico y la menstruación.

La maternidad es una función que lleva tiempo establecerse, por lo tanto es muy importante dar a la madre todo el apoyo emocional, la orientación y los cuidados físicos que se requieran. Así mismo se desarrollan conductas psicológicas que conllevan a una adaptación física y a la creación de lazos afectivos con el recién nacido.

El puerperio se clasifica en:

- Puerperio inmediato: Primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio mediato: Se extiende hasta la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: Incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, 6 semanas en las mujeres

no lactantes, y el regreso de la función cardiovascular normal y psicológica, las cuales pueden requerir meses. 9

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. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

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 del ambiente y estrés (pérdida 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.

En la mujer específicamente se presenta el síndrome disfórico premenstrual, depresión en el embarazo y depresión posparto.

La depresión en el embarazo, la cual se presenta en forma severa en una de cada diez mujeres embarazadas. Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer y ocasionar la depresión posparto.

No se sabe con exactitud la causa por la cual las mujeres se deprimen con mayor frecuencia que los hombres. Aunque no hay un factor causal directo, se cree que interfieren factores genéticos, hormonales, sociales, y del estilo de vida de la mujer. 10,11

### 1.3. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres menores de 19 años, y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes. La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20-34 años. En México, la mortalidad en menores de 24 años corresponde a 33% del total de las muertes maternas. El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquia precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual.<sup>12</sup>

En México el tema del embarazo en adolescentes se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población. La maternidad temprana de nuestro país responde a un contexto económico, social y cultural. El 14% del total de nacimientos corresponde a las mujeres de 15 a 19 años; existen evidencias de

que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, así como una mayor mortalidad materno-infantil. Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. El embarazo en las adolescentes es aún preocupante, no sólo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y de su descendencia, sino también porque las pautas de procreación en la adolescente pueden limitar las oportunidades de su desarrollo personal. Se hace referencia a que el embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo. Según cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10 % de todos los nacimientos en el mundo.<sup>13, 14, 5</sup>

En un estudio se encontró que el embarazo con período intergenésico corto es muy común en las madres adolescentes, en un estudio de metaanálisis reciente se reportó que el 19% de estas pacientes presentaron un embarazo subsecuente dentro de un periodo de 12 meses y un 38 % dentro de 24 meses, las tasas más elevadas se encuentran en las adolescentes afroamericanas jóvenes y de nivel socioeconómico bajo. La depresión con un nuevo embarazo subsecuente tiene consecuencias negativas para las madres adolescentes, porque la depresión se asocia con conflictos interpersonales, riesgo de abuso infantil, descuido, efectos adversos del desarrollo intelectual y del funcionamiento psicosocial. En el anterior estudio provee la evidencia que la depresión puede ser un factor de riesgo independiente e importante para un embarazo subsecuente, en las madres adolescentes de raza negra. El riesgo de presentar un embarazo nuevamente es

de 40% más en aquellas adolescentes con síntomas depresivos. La depresión se asocia con una falta de apego terapéutico para padecimientos crónicos y los niveles altos de síntomas depresivos, predicen un reducido uso de preservativos o de control prenatal, en este estudio los síntomas depresivos se asociaron con un menor uso del preservativo y con un aumento de los embarazos subsecuentes, la investigación sugiere que los factores que se reconocen como comunes en la depresión adolescente tales como un concepto negativo de sí mismo, pérdida del interés, alteraciones cognitivas y pérdida del control contribuye a un empeoramiento en la toma de decisiones en cuanto a salud reproductiva, además la relación de las madres adolescentes y el padre de los niños es notablemente frágil. La exposición a la violencia doméstica aumenta el riesgo de depresión prenatal, pero efectos similares se han observado en mujeres que viven en la pobreza en Europa y América. Mujeres con escasas redes de apoyo, con embarazos no planeados, madres solteras o adolescentes son más vulnerables a presentar depresión durante el embarazo.<sup>15,8,</sup>

#### 1.4. DEPRESION POSTPARTO.

La palabra depresión se define como un estado de tristeza y alteración del estado de ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional, la afección ocurre entonces en la esfera psíquica, somática y conductual y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, aflicción, pesimismo o desesperanza. Los pacientes con estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimiento de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y pensamiento de muerte o suicidio. Otros signos de los trastornos del estado de ánimo consisten en cambios en el nivel de actividad, las funciones cognitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas. La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos del estado de ánimo oscila entre el 2 y el 25%. Estudios epidemiológicos en México han establecido que la frecuencia de la depresión

oscila entre 6 y 15% para la población general. Existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres cerca del 10% en comparación con los hombres que reporta hasta un 6%. 15-18.

En la actualidad 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. Se han 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. Se estima que alrededor del 10 al 15% de las madres sufre de depresión posparto y que aproximadamente 2 de 1000 mujeres presentan psicosis durante el primer año de vida de su hijo. La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el 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. 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. 19-21.

### 1.5. FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo para que se presente la depresión son referidos a la edad, sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, expectativas de vida, realización de metas a largo plazo, religión, ocupación, problemática familiar, violencia, maltrato o adicciones y en otros casos las causas de la depresión son explicadas con cambios orgánicos, hormonales (noradrenalina y serotonina, aunado a modificaciones como ocurre por ejemplo con los estrógenos y la hormona luteinizante), así como de tipo genético.16,18, 22,23,24



## 1.6. DEPRESIÓN Y SU FISIOPATOLOGIA.

En el área bioquímica se describe que está relacionada con la producción y utilización de aminas biogénicas que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central: Catecolamina (norepinefrina y dopamina) e indolamina (serotonina). La depresión mayor a pesar de la variabilidad sintomática, presenta una causa subyacente común, en concordancia con estas hipótesis las deficiencias de serotonina, norepinefrina, dopamina, GABA y neurotransmisores peptídicos o factores tróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro, la somatostatina y las hormonas tiroideas se ha propuesto que contribuyen a la depresión, posteriormente una sobre actividad de otros sistemas de neurotransmisores que afectan la acetilcolina, el factor liberador de corticotropina y la sustancia P parecen estar implicadas en la depresión aunque no se han detectado anomalías genéticas en el control de los neurotransmisores o la síntesis hormonal. Tanto los desórdenes depresivos y bipolares presentan patrones de herencia, lo que aún no es claro es como la predisposición genética, interactúa con los eventos adversos de la vida para alterar el desarrollo cerebral y conducir a una depresión mayor, existe una hipótesis de que los genes y el estrés alteran el tamaño neuronal y la extensión de los axones, la producción de nuevas neuronas y la reparación neural en la depresión mayor. La elevación de niveles de cortisol la cual caracteriza algunos estados de ánimo depresivos, moderados a severos parece estar asociado con una reducción en el volumen del hipocampo este proceso ha sido asociado a una pérdida de neuronas similar a la mediada por corticosteroides en modelos animales y se sugiere por imagen de resonancia magnética que se han reportado niveles bajos de N-acetil aspartato como un marcador neuronal. Actualmente existe un gran número de evidencias que sustentan la importancia de las monoaminas en el trastorno depresivo. Un incremento agudo en la cantidad de monoaminas en las sinapsis parece inducir la desensibilización de los autorreceptores y heteroreceptores localizados en ciertas regiones del cerebro, lo que puede deberse a la alta

actividad monoaminérgica central que coincide con la aparición de la respuesta terapéutica en el paciente deprimido. Se ha encontrado que la densidad de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> aumentan en los pacientes deprimidos. La depresión mayor en respuesta a una situación estresante ha sido reportada entre pacientes que presentan una variante en la región proximal 5' del gen que codifica la proteína transportadora de serotonina y el cual es el objetivo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, esta variante modifica un promotor ligado a un gen y se asocia con una transcripción deficiente del mismo lo que conduce a menores copias del RNA mensajero que codifica la proteína transportadora de serotonina, esta baja expresión puede estar asociada con una hiperrespuesta de la amígdala en niños que enfrentan situaciones de temor por recuerdos dolorosos lo que conduce a una sensibilidad durante la edad adulta. Los estudios de imagen en el cerebro han identificado numerosas regiones alteradas o actividad durante la depresión mayor lo que sugiere una alteración en el circuito neuronal y en estructuras como la corteza del cíngulo, la corteza prefrontal, dorso lateral, ventral y medial, la ínsula, el cuerpo estriado ventral, el hipocampo, el tálamo medial, la amígdala y el tallo cerebral, estas áreas regulan las emociones, las conductas que responden al estrés, el sueño, la capacidad cognitiva, los cuales se afectan en las alteraciones del estado de ánimo. Estudios como la tomografía de emisión de positrones indican un descenso en los transportadores de serotonina así como una fijación alterada post-sináptica en el receptor de serotonina en estas mismas regiones. 16,25,26.

### 1.7. CUADRO CLINICO

La Depresión (Clave CIE-10 F32), se define como episodios leves, moderados o graves, de decaimiento del ánimo, con reducción de energía y disminución de la capacidad de sentir placer, el interés y la concentración, con frecuente cansancio, incluso con esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se perturba, disminuye el apetito, decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. Los problemas

depresivos más comunes son: Depresión Mayor y Desorden Bipolar. Es el padecimiento psiquiátrico más frecuente que el médico de atención primaria enfrenta. Sin embargo, cerca del 50% de los médicos no muestra buena disposición para la atención de quienes la padecen, por lo que es subdiagnosticada. La depresión se manifiesta como un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés aunque en los adolescentes se puede manifestar de otras formas como irritabilidad, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa, dificultad para pensar, ideación suicida, pobre auto cuidado de la salud y a través de 4 problemas típicos de la adolescencia: abuso de sustancias, iniciación sexual temprana y embarazo, deserción o problemas escolares y delincuencia. <sup>27</sup>

#### 1.8. DIAGNOSTICO DE DEPRESION POSTPARTO

El diagnóstico se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad.

El inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el BDI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto.

La escala EDPS fue diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno infantil, sobre todo en la población anglosajona. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor. Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.

Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en el ámbito hospitalario y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de diferentes países. Los ítems de la escala de EDPS son puntuables de 0 a 3, de menor a mayor intensidad o frecuencia de los síntomas. Contiene 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuestas de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados del 0 a 3. El rango total va de 0 a 30. La puntuación máxima es de 30, cuando el resultado es mayor a 10 indica riesgo de depresión. Esta escala es utilizada como tamizaje ya que el diagnóstico de depresión es clínico. La sensibilidad de la EDPS es del 85% con un valor predictivo positivo del 73% para identificar a las mujeres con depresión posparto.

La ventaja de este diagnóstico precoz es que el adecuado tratamiento permite evitar los efectos a corto y largo plazo, tanto en la madre como en la familia en general.<sup>28,29</sup>

## 1.9. TRATAMIENTO

Los fármacos antidepresivos con los que se cuentan en la actualidad son muy eficaces para tratar la depresión con éxito, y por ende mejorar las relaciones familiares, sociales, laborales del paciente, reduciendo por tanto el riesgo de suicidio. La acción antidepresiva de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) fue descrita también en la década de los 40, y se caracterizaron como los primeros grupos de fármacos desarrollados y estudiados con un verdadero potencial antidepresivo. Más tarde Crane y Klein informaron en forma independiente que los IMAO eran eficaces en pacientes deprimidos. En 1985, Kuhn observó por primera vez los efectos antidepresivos de un compuesto tricíclico no IMAO: la imipramina. Con base a los métodos de clasificación, los

antidepresivos se pueden agrupar en 5 o 6 categorías diferentes, estas clases incluyen los tricíclicos, tetracíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) y diversos grupos de compuestos. De acuerdo con su mecanismo de acción pueden clasificarse también en tres grupos: 1) fármacos que inhiben la recaptación de monoaminas biógenas en el espacio sináptico, 2) inhibidores de la monoaminoxidasa, 3) antidepresivos que bloquean receptores de monoaminas. Todos los medicamentos atraviesan la barrera placentaria y pueden afectar al feto. A su vez una depresión que no se atiende pone en riesgo a la madre y al producto. Parece ser que algunos antidepresivos son seguros, como la sertralina y la paroxetina, sin embargo se requiere realizar estudios de sus efectos a largo plazo. En los primeros tres meses del embarazo, es el momento de más alto riesgo ya que pueden producirse malformaciones en el feto. Es mejor suspender los medicamentos en cuanto se tenga certidumbre de estar embarazada en el caso de estar tomando medicamentos para la depresión, previo a la concepción. En cuanto la mujer cumpla 12 semanas de embarazo los riesgos disminuyen enormemente, la preocupación es entonces que no vayan a provocar un parto prematuro o trastornos en el desarrollo del niño. Se espera que el neonato de una mujer que no toma medicamentos presente defectos congénitos en un porcentaje de 2 al 3%. No existe evidencia que los ISRSs causen defecto en el recién nacido en mayor proporción (> 3%) Los medicamentos que más se han investigado son fluoxetina, sertralina, paroxetina y no se ha demostrado que produzcan daño. La fluoxetina es el único antidepresivo que ha demostrado eficacia en el tratamiento en la niñez y adolescencia y es el único aprobado para uso pediátrico en Estados Unidos. El tratamiento farmacológico antidepresivo debe ser considerado en las mujeres embarazadas en quienes un evento depresivo mayor se desarrolla espontáneamente así como en aquellas que presentan un alto riesgo de recurrencia si abandonan el tratamiento farmacológico. Los riesgos y beneficios varían grandemente entre estas

pacientes y se debe poner atención en los antidepresivos que se eliminan por lactancia materna.

Se puede decir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación/posparto; representan una alternativa segura, incluso en el primer trimestre del embarazo. Algunos autores aconsejan evitar el uso de la paroxetina en gestantes o mujeres que planean embarazarse. La razón es que durante 2005 y 2006 algunos estudios mostraron que los recién nacidos cuyas madres habían tomado paroxetina en el primer trimestre del embarazo tenían dos veces mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas cardíacas, más comúnmente problemas del septum ventricular.

En términos absolutos el riesgo es pequeño, de 2 por cada 1.000 nacimientos; por lo cual no se puede considerar que este fármaco sea un teratógeno mayor. Incluso un estudio reciente, que incluyó 1.174 neonatos provenientes de ocho centros distintos, reveló que no había un aumento en el riesgo de malformaciones asociado al uso de paroxetina en el primer trimestre. Con todo, hace años se están reportando casos de síndromes de privación neonatal de ISRS en niños cuyas madres los han ingerido en el tercer trimestre, por lo que, independiente de si finalmente se confirma o descarta el potencial teratogénico de la paroxetina, dicho fármaco no constituye una buena alternativa durante la gravidez porque a menudo se asocia a síndrome de discontinuación. <sup>25,31,32.</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo en adolescentes es un problema de orden mundial y en México no es la excepción, en nuestro país además de la problemática psicológica que conlleva transcurrir y sobrellevar la adolescencia, se suma el enorme rezago social y educativo que mantiene a un gran número de jóvenes en la ignorancia y sin la necesidad de tomar decisiones libres, informadas y complicadas acerca de su vida en general así como en los aspectos sexuales y reproductivos. Si a esto se le suma la inaccesibilidad a servicios especializados de atención, se aumenta aún más el riesgo de embarazos no planeados, los cuales afectan directamente en la vida y salud de las adolescentes. Siendo la parte más importante el alto índice de nacimiento de hijos de madres adolescentes y de muertes maternas en este grupo de edad. La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, considerada desde un punto de vista biológico como un fenómeno universal, ya que en cualquier grupo racial y cultural sus etapas y características biológicas son las mismas; pero desde el punto de vista psicosocial las características de los adolescentes se expresarán según las demandas y expectativas que la sociedad les fije. De allí, que la Organización Mundial para la Salud, la considera como la época en la que los jóvenes definen su posición con la familia, sus compañeros y la sociedad donde viven. En esta etapa los jóvenes luchan con la transición de la niñez a la edad adulta, por lo tanto, constituye una etapa difícil de la vida, puesto que se enfrentan a los cambios físicos, psicológicos y la maduración sexual necesaria para alcanzar el pleno ejercicio de su sexualidad. En efecto, es la etapa más compleja en la vida del ser humano, por los cambios que en ella se operan. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud, señala que muchos de las y los adolescentes se ven seriamente involucrados en problemas por no haber recibido una adecuada orientación sexual a tiempo, por parte de la familia, la escuela y demás instituciones del Estado, siendo uno de estos problemas el embarazo no deseado a temprana

edad. En tal sentido, el embarazo en adolescentes en el ámbito mundial, es considerado un problema emergente de salud pública y representa además, un problema social por las graves consecuencias médicas, psicológicas, económicas y demográficas que provoca. A esto, se suma no sólo su incidencia creciente, sino también, el hecho de que ocurra a edades cada vez más tempranas. Al respecto, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia señala que: El 42% de las adolescentes en edades de 14 a 19 años, en todo el mundo, están embarazadas, el 33,95% ya son madres, dos de cada cinco de ellas, no habían salido de la primaria. Asimismo, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidad de morir en el embarazo que las mujeres mayores de 20 años, constituyendo esta situación un problema de salud pública. Lo anterior denota el grave problema que representa a escala mundial la depresión y embarazo y a temprana edad, debido a que cada día, aumenta la cantidad de niñas que dejan de vivir su etapa de adolescentes, para convertirse en madres y tener que afrontar todos los problemas de criar bebés, sin la preparación y maduración emocional necesaria; además, del riesgo que representa el proceso del embarazo por las implicaciones en la salud. La OMS señala que el riesgo de morir debido a causas maternas, es cinco veces más alta para mujeres de 10 a 14 años, que para las que tienen 20 o más años. Un informe de evidencia de la agencia federal Agency for Healthcare Research and Quality afirma que la depresión es tan común en las mujeres durante el embarazo, como lo es después del parto.

Los proveedores de salud y los pacientes pueden fallar en reconocer la depresión durante el embarazo, ya que los síntomas de depresión, tales como cansancio, problemas para dormir, cambios emocionales y aumento de peso, pueden ocurrir y de esta forma no identificar de manera oportuna la depresión en estas pacientes.



Por lo previamente mencionada y aunado a la prevalencia de la depresión en las mujeres en edad reproductiva en México y la frecuencia de Depresión Postparto, surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son los factores de riesgo para la Depresión Postparto en adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil de Cuauteppec?

### 3. JUSTIFICACION.

Existen escasos números de estudios relacionados con la depresión postparto en México se pretende por medio del presente, establecer a la depresión como una enfermedad relacionada con las adolescentes embarazadas y de esta manera identificar los factores de riesgo asociados y así diagnosticar oportunamente esta patología y poder brindar una atención integral. Ya que a nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes así como una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se presenta justamente en este período: el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar, social y en los sistemas de salud.

El embarazo durante la adolescencia es un fenómeno que ha llamado la atención mundial desde el siglo pasado, particularmente en los últimos 30 años se acentuó la investigación para describir con mayor precisión el fenómeno. Las cifras estadísticas muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto, pues la frecuencia se ha incrementado.

A través de esta investigación se pretenderá dar información sobre el impacto que ocasiona el embarazo en el proyecto de vida de las adolescentes embarazadas

Embarazo en las adolescentes actualmente es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Generando un alto costo en los sistemas de salud.

Las adolescentes y madres adolescentes provienen de un hogar de recursos económicos bajos, su vida se les hace muy complicada porque a sus padres se le dificultan cubrir las necesidades de la joven y del recién nacido, mientras dure su proceso de formación académica. Pocas logran culminar y obtener una carrera, pero muchas desertarán de los estudios por las implicaciones económicas y con ello, se truncarán sus proyectos de vida.

#### 4. HIPÓTESIS.

Si los factores de riesgo más frecuentes asociados en la depresión postparto en población general tiene un OR mayor a 1 en la población de madres adolescentes del hospital materno infantil de Cuautepec entonces podremos inferir la importancia que tienen estos factores en esta población.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 GENERAL.

- Conocer los factores de riesgo que causan la Depresión Posparto en las mujeres adolescentes que acuden al Hospital materno infantil de Cuautepec.

### 5.2. ESPECIFICOS.

- Conocer la frecuencia de edad del total de la población estudiada.
- Conocer la frecuencia de Depresión Posparto del total de la población estudiada.
- Identificar el estado civil más frecuente de las mujeres con Depresión Posparto.
- Identificar el grado de escolaridad más frecuente en las mujeres con Depresión Posparto.
- Conocer el número de gestaciones en las mujeres con Depresión Posparto.
- Conocer si recibe apoyo familiar.
- Conocer si fue embarazo planeado.

## 6. MÉTODO.

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, comparativo y transversal.

### 6.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se recolectaron los datos a través de encuestas realizadas a mujeres adolescentes de 10 a 19 años de edad en etapa de puerperio inmediato, mediano y tardío que acudieron al “Hospital Materno Infantil de Cuauhtémoc”

### 6.3 DETERMINACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE/CONSTRUCTO (Índice- indicador/categoría- criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Depresión postparto.	VD	Puérperas con puntuación de 10 o más puntos en la escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.	cualitativa nominal	1.- Depresión Postparto 10 o más puntos. 2.- Sin Depresión Postparto 0-9 puntos.
Edad.	VI	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual	cuantitativa continua	1.-Edad en años cumplidos de 10 a 19 años.
Escolaridad	VI	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.	cualitativa ordinal	1.-Sin estudios 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Preparatoria 5.-Profesional
Estado civil	VI	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	cualitativa nominal	1-Casada 2-Unión libre 3.-Divorciada 4.-Soltera
Inicio de vida sexual activa	VI	Edad cumplida en la que existe la primera relación coital entre dos personas.	cuantitativa continua	1.-Años cumplidos.
Número de embarazos.	VI	Veces en que existe el proceso de fecundación el cual puede terminar en aborto, parto o cesárea.	cuantitativa discontinua	1.-Número de embarazos.

#### 6.4 UNIVERSO DE TRABAJO.

100 mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil Cuautepec en etapa de puerperio inmediato, mediato y tardío, ya sea parto o cesárea en el periodo de Marzo a Mayo 2017

##### 6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Puérpera de 10 a 19 años atendida en Hospital Materno Infantil Cuautepec.
- Puérpera de 10 a 19 años que acepte participar en el estudio.
- Puérpera cuyo apoderado o tutor firme el consentimiento informado.
- Puérpera de parto vaginal o por cesárea.

##### 6.4.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- Puérpera adolescente con Impedimento de habla.
- Puérpera adolescente que se traslade a la unidad de cuidados intensivos.
- Puérpera cuyo apoderado o tutor no firme el consentimiento informado o que no firme el asentimiento informado.
- Puérpera con trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar.)

##### 6.4.3 CRITERIOS DE INTERRUPCION.

- Referencia y contrarreferencia a otra unidad médica.

##### 6.4.4 CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Puérperas que una vez que comiencen a contestar la encuesta, decidan por cualquier razón no continuar.

#### 6.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

El instrumento que se aplicó para la recolección de datos contenía una cedula de identificación, una entrevista estructurada la cual se realizó con información

obtenida de la literatura, sirviendo para recolectar datos sociodemográficos así como información acerca del apoyo social percibido por las adolescentes embarazada, además de la aplicación del cuestionario de depresión Edimburgo el cual cuenta con diez preguntas, cada una valora ciertos aspectos, 1. capacidad para disfrutar las cosas, 2. Optimismo sobre el futuro, 3. Sentimiento de culpa, 4. Preocupación o nerviosismo, 6. Ataque de pánico, 7. Insomnio, 8. Tristeza, 9. Llanto, 10. Tendencias de auto agresión.

La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad.

#### 6.6 PROCESAMIENTO ESTADISTICO.

Una vez recolectados los datos se procedió a realizar la captura de datos y el análisis se realizó en EXCEL de Microsoft office. Para realizar el análisis se utilizó estadística descriptiva y medidas de asociación. Previa recopilación de datos, se elaboró una base de datos en el mismo programa.

#### 6.7 ANALISIS ESTADISTICO.

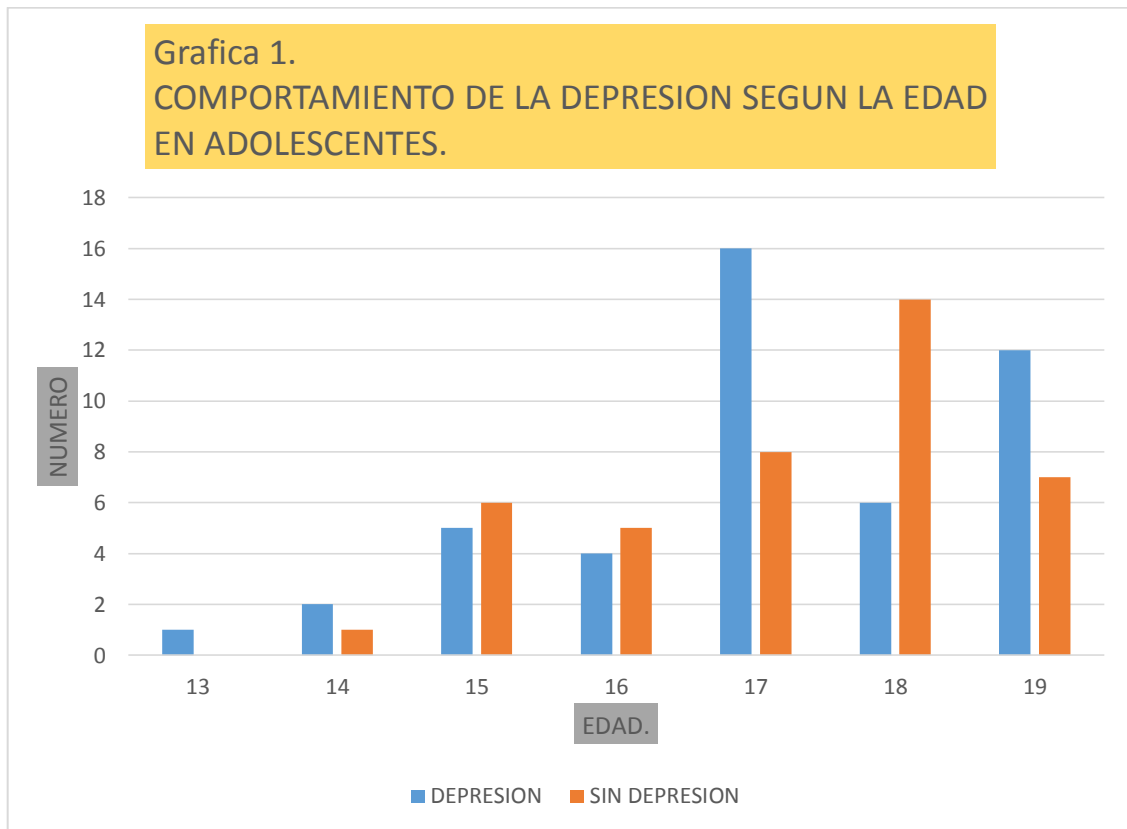
Para de datos sociodemográficos se utilizaron medidas como: frecuencia, porcentaje y de tendencia central, además se utilizó medidas de asociación para razón de momios al analizar la depresión con la edad, escolaridad, embarazo planeado, estado civil, inicio de vida sexual activa, apoyo familiar.



## 7. RESULTADOS.

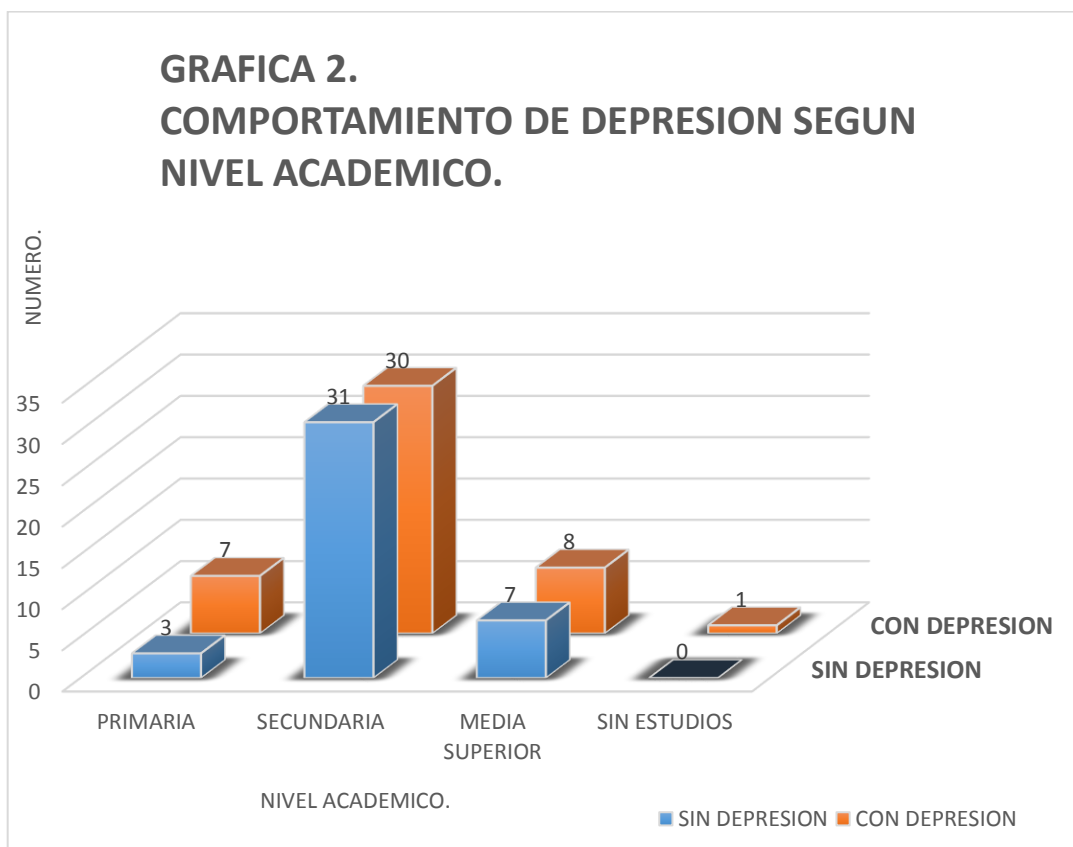
Se realizó un estudio en el Hospital Materno Infantil de Cuauhtepéc en un periodo del 01-03-17 al 30-05-17 donde se obtuvo un censo de 100 mujeres adolescentes en etapa de puerperio inmediato mediato y tardío, de las cuales se eliminaron 13 encuestas.

De las 87 mujeres adolescentes estudiadas se obtuvo el 52.87% (46 adolescentes) con depresión postparto, con una desviación estándar de 1.38 años, con una media 17.1 años, con un máximo de 19 años y una mínima de 14 años; y 47.12% (41 adolescentes) sin depresión postparto, con una desviación estándar de 1.55 años, con una media 17.1 años, con un máximo de 19 años y una mínima de 13 años. (Ver grafica 1)



Fuente: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al "Hospital Materno Infantil De Cuauhtepéc"

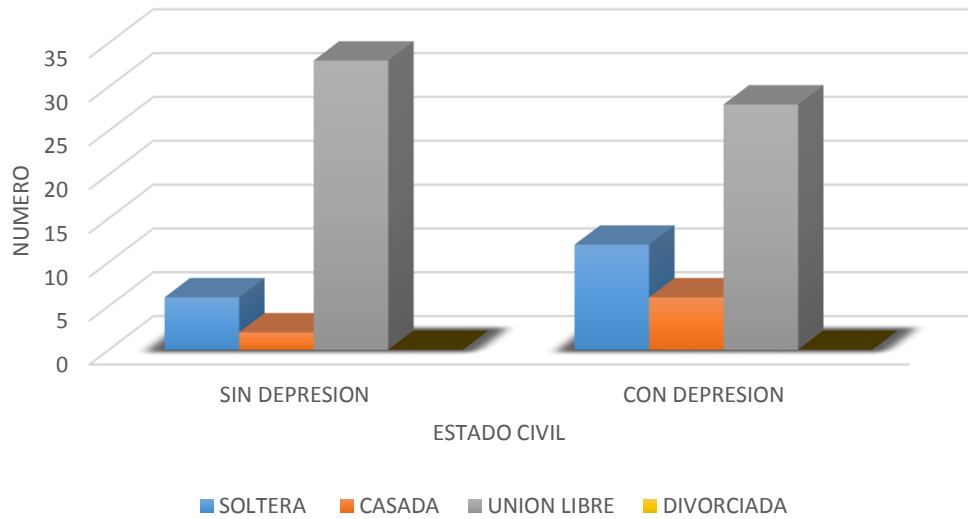
En relación al nivel académico en la población de adolescente se observó que de las 87 adolescentes el 35% (31 mujeres) no presentaron depresión postparto y con el mismo rango de estudios 34% (30 mujeres) presentaron depresión postparto, no habiendo una diferencia significativa en el mismo nivel académico. (Ver grafica 2.)



*Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al “Hospital Materno Infantil De Cuauhtémoc”*

Con respecto al estado civil que se encuentra en unión libre el 37.9% (34 pacientes) no presentan depresión postparto y el 32.1% (28 pacientes) presentan depresión postparto seguidas de las mujeres solteras el 13.7 % (12 mujeres) presentan depresión postparto y el 6.8% (6 mujeres) no presentan depresión postparto. En la gráfica 3 se puede observar la distribución de las mujeres con y sin depresión acorde a estado civil.

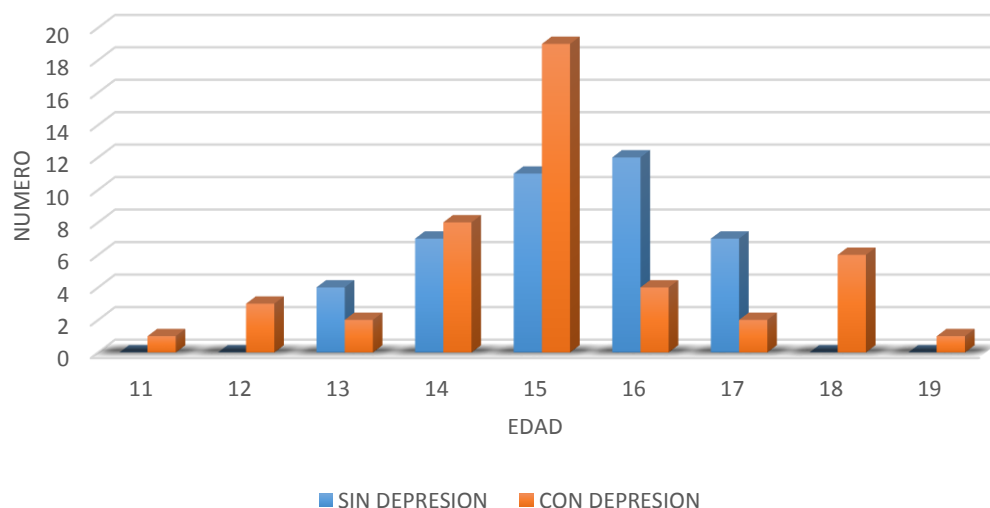
**GRAFICA 3.  
DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES CON Y SIN  
DEPRESION SEGÚN ESTADO CIVIL.**



*Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al “Hospital Materno Infantil De Cuauhtepac”*

De las pacientes adolescentes que iniciaron vida sexual activa, el 33.3% (19 mujeres) con edad de 15 años presentaron depresión postparto, en tanto que las no depresivas con la misma edad fueron el 12.6 % (11 mujeres), seguidas de las mujeres de 14 años que presentaron depresión el 9.1 % (8 mujeres) y sin depresión el 8% (7 mujeres). En la gráfica 4 se puede observar a distribución por edad del inicio de vida sexual activa asociadas a depresión postparto y las que no presentaron.

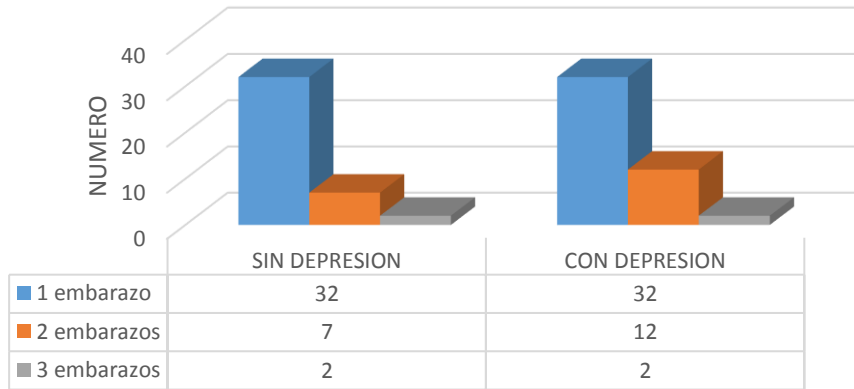
**GRAFICA 4.  
 EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA  
 ASOCIADA A ADOLESCENTES CON Y SIN  
 DEPRESION POSTPARTO.**



*Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al “Hospital Materno Infantil De Cuauhtepac”*

Las mujeres adolescentes de un primer embarazo el 32.7 % (32 mujeres) presentan depresión postparto así como el mismo porcentaje no presenta depresión, un segundo embarazo el 13.7 % presenta depresión y 8 % no lo presenta y por ultimo con un tercer embarazo el 2.2 % no presenta depresión al igual que el 2.2 presenta depresión, siendo el primer embarazo el que mayor presenta cambios asociados a depresión postparto. Ver grafica 5.

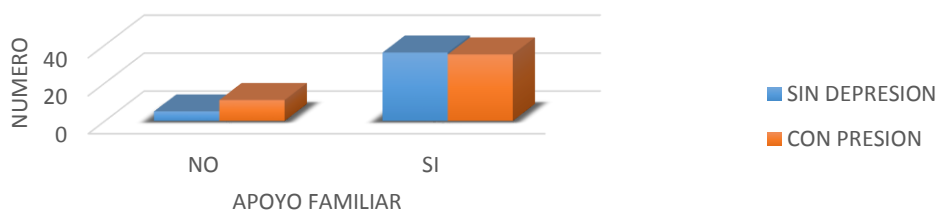
**GRAFICA 5.  
NUMERO DE EMBARAZOS ASOCIADOS CON Y SIN  
DEPRESION POSTPARTO EN ADOLESCENTES.**



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al “Hospital Materno Infantil De Cuauhtepac”

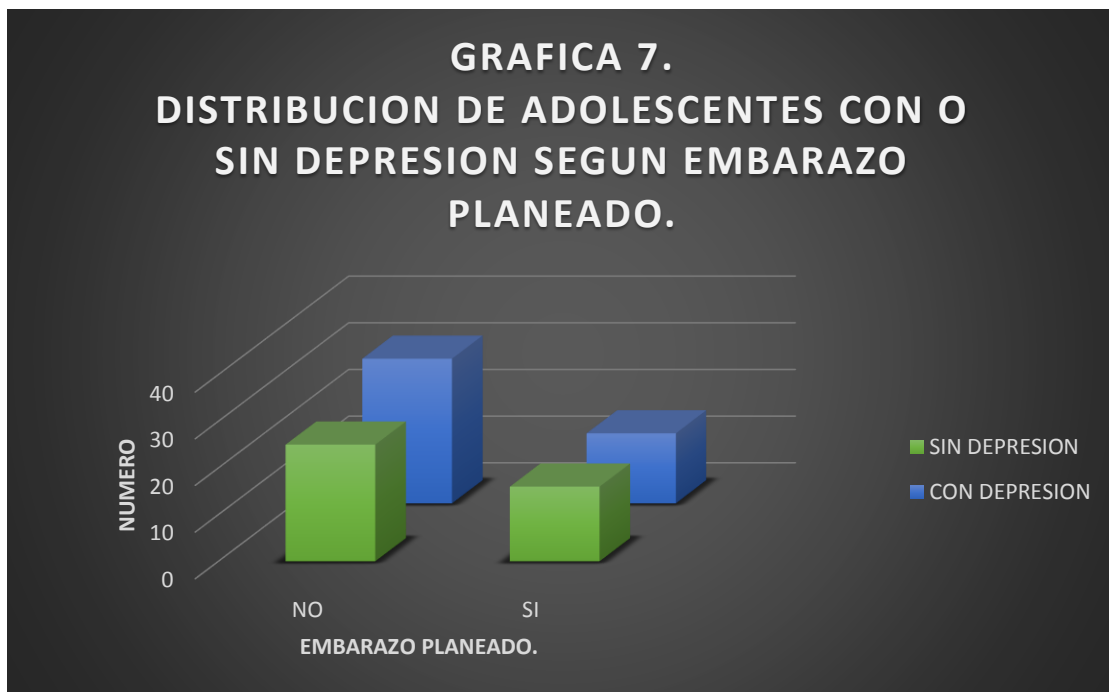
En cuanto al apoyo familiar que recibe la mujer adolescente el 81.6% recibe apoyo de las cuales 40.2% (35 mujeres) presentar depresión postparto y 41.3 % (36 mujeres) no presentan depresión postparto, y sin apoyo familiar el 18.4% de las cuales 12.6% (11 mujeres) presenta depresión postparto y 5.7% (5 mujeres) no presenta depresión, en la gráfica numero 6 podemos observar la distribución antes comentada.

**GRAFICA 6.  
COMPORTAMIENTO DE ADOLESCENTES CON Y  
SIN APOYO FAMILIAR ASOCIADAS A LA  
DEPRESION.**



Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al “Hospital Materno Infantil De Cuauhtepac”

Las adolescentes que presentaron depresión postparto el 17.2 % (15 mujeres) planearon embarazo, y el 35.6 % (31 mujeres) no lo planearon y las adolescentes que no presentaron depresión postparto el 18.3 % (16 mujeres) no lo planearon y el 28.7 % si planearon su embarazo. Ver grafica 7.



*Fuente: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al “Hospital Materno Infantil De Cuauhtepac”*

## 8. ANALISIS.

La prevalencia de depresión postparto en adolescentes del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc es alta del 52.58%, siendo en población general del 3 al 20%. Por lo que se realiza un análisis de factores de riesgo encontrando lo siguiente:

La edad en las adolescentes representa un factor de riesgo, siendo la edad de mayor riesgo los 17 años con RM 2.20, (IC95%: 0.82 a 5.87).

Las mujeres adolescentes en estado civil solteras presenta un factor de riesgo con una RM de 2.91 veces más, con un intervalo de confianza de 0.96 como mínimo y 8.84 como máximo, siendo un factor protector el tener pareja con una RM de 0.37 y con un intervalo de confianza de 0.14 como mínimo y 0.99 como máximo.

Las pacientes con nivel de escolaridad de secundaria presentan un factor protector para disminuir el riesgo de padecer esta patología ya que presenta una Razón de momios de 0.45 veces, con un intervalo de confianza mínimo de 0.17 a 1.21.

El apoyo familiar en pacientes atendidas en el hospital Materno Infantil de Cuauhtepc presenta una RM de 0.44 veces sin apoyo familiar en comparación de las que si presentan apoyo familiar. Con un intervalo de confianza de 0.13 a 1.40. El número de embarazos en adolescentes mayor a 1 presenta una RM de 1.99 veces más de padecer depresión postparto, con un intervalo de confianza de 0.74 a 5.3.

El inicio de vida sexual activa a los 15 años representa factor de riesgo para presentar 1.55 veces más depresión postparto al resto del grupo, con un intervalo de 0.62 como mínimo a 3.8 como máximo.

Sin embargo el embarazo planeado representa un factor protector para depresión postparto con 0.75 veces, con un intervalo de 0.31 a 1.82 como máximo.

## 9. CONCLUSION.

La depresión postparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. Las adolescentes son las principalmente afectadas de todas las mujeres en edad reproductiva, con depresión o ansiedad en el embarazo y/o en el posparto. Es importante que se reconozcan los factores de riesgo lo antes posible, para brindarles la ayuda que necesitan. Se suele alterar su estilo de vida y modificar la relación con la pareja y otros hijos, así como con otros familiares y amigos. Hay nuevas y numerosas tareas que atender, falta de sueño y el agotamiento que significa el atender a un recién nacido. Sucesos que conducen a fluctuaciones en el estado de ánimo y pueden desencadenar la depresión.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad de experimentar depresión postparto si carecen del apoyo familiar, no deseaban el embarazo, no cuentan con una pareja e iniciaron su vida sexual a una edad temprana.

Debido a la frecuencia con la que se presenta en el hospital Materno Infantil Cuauhtepac, debe diseñarse un plan para aplicar las encuestas correspondientes a todas las mujeres durante el embarazo y posteriormente en el puerperio, poniendo énfasis en las adolescentes; para identificar a aquellas que representan el grupo de riesgo. Sin embargo, con la información y tratamiento adecuados puede lograrse su recuperación total.

El tratamiento incluye medicamentos, atención psiquiátrica, psicoterapia o la combinación de ellos. Hay diversos medicamentos antidepresivos para las madres lactantes, aunque hay quienes prefieren suspender la lactancia. La empatía y comprensión, así como la ayuda para que la mujer entienda su situación, sin sentimientos de culpa, son indispensables. Es benéfico que las madres aprendan destrezas para manejar su estado de ánimo y enfrentar los problemas cotidianos.



## 10. ANEXOS

### 10.1 ANEXO A

#### TABLAS

Datos recolectados mediante encuesta estructurada sociodemográfica de adolescentes con depresión postparto.

Edad en años.	13	14	15	16	17	18	19	Total general
Cuenta de EDAD	1	2	5	4	16	6	12	46

NIVEL DE ESCOLARIDAD	MEDIA SUPERIOR	PRIMARIA	SECUNDARIA	SIN ESTUDIOS	Total general
Cuenta de ESCOLARIDAD	8	7	30	1	46

ESTADO CIVIL	CASADA	SOLTERA	UNION LIBRE	Total general
Cuenta de EDO CIVIL	6	12	28	46

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total general
Cuenta de INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	1	3	2	8	19	4	2	6	1	46

NUMERO DE EMBARAZOS	1	2	3	Total general
Cuenta de NUMERO DE EMBARAZO	32	12	2	46

APOYO FAMILIAR	NO	SI	Total general
Cuenta de APOYO FAMILIAR	11	35	46

EMBARAZO PLANEADO	NO	SI	Total general
Cuenta de EMBARAZO PLANEADO	31	15	46

Fuente: Encuesta estructurada para recabar datos sociodemográficos aplicadas a mujeres en etapa de puerperio que acudieron al "Hospital Materno Infantil De Cuauhtepac"

## 10.2 ANEXO B

### ANEXO I:

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CIUDAD DE \_\_\_\_\_  
MEX, a \_\_\_\_\_

	Día		Mes		Año

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESION POSTPARTO EN PUERPERAS ADOLESCENTES", que se realiza en esta institución y cuyo objetivo consiste en: Determinar los factores de riesgo que causan la Depresión Postparto en las mujeres adolescentes que acuden al Hospital materno infantil de Cuauhtepc y de esta manera detectar los niveles de depresión en este grupo de pacientes para posteriormente poder canalizarlas y que reciban un tratamiento mejorando.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

**Entiendo que mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.**

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre.	Firma:
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)	
Domicilio.	Teléfono

Nombre y firma del testigo.	Firma:
Domicilio.	Teléfono

Nombre y firma del testigo.	Firma.
Domicilio.	Teléfono

Nombre y firma del Investigador responsable.	Firma.
Domicilio.	Teléfono

c. c. p. Paciente o familiar  
c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).

## ANEXO II:

### **“HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE CUAUTEPEC” ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO (EDPS).**

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

1. Ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?	Tanto como siempre. (0) No tanto ahora. (1) Mucho menos. (2) No, no he podido. (3)
2. He mirado el futuro con ilusión?	Tanto como siempre. (0) Algo menos de lo que solía hacer. (1) Definitivamente menos. (2) No, nada. (3)
3. Se ha culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien?	Sí, la mayoría de las veces. (3) Sí, algunas veces. (2) No muy a menudo. (1) No, nunca. (0)
4. Ha estado ansiosa y preocupada sin motivo?	No, para nada. (0) Casi nada. (1) Sí, a veces. (2) Sí, a menudo. (3)
5. Ha sentido miedo y ha estado asustada sin motivo alguno?	Sí, bastante. (3) Sí, a veces. (2) No, no mucho. (1) No, nada. (0)
6. Las cosas la han agobiado?	Sí, la mayor parte de las veces. (3) Sí, a veces. (2) No, casi nunca. (1) No, nada. (0)
7. Se ha sentido tan triste que ha tenido dificultad para dormir?	Sí, la mayoría de las veces (3) Sí, a veces. (2) No muy a menudo. (1) No, nada. (0)
8. Se ha sentido triste?	Sí, casi siempre. (3) Sí, bastante a menudo. (2) No muy a menudo. (1) No, nada. (0)
9. Ha estado llorando con mayor frecuencia?	Sí, casi siempre. (3) Sí, bastante a menudo. (2) Sólo en ocasiones. (1) No, nunca (0)
10. Ha pensado en hacerse daño?	Sí, bastante a menudo. (3) A veces. (2) Casi nunca. (1) No, nunca. (0)

*Modificado de Edinburgh Postnatal Depression Scale EDPS- International Journal of Clinical and Health Psychology 2005, Vol. 2, 305-31*

#### **Pautas para la evaluación:**

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

### **ANEXO III:**

#### **CUESTIONARIO PARA DEPRESION EN MUJERES ADOLSCENTES.**

- 1.-Edad\_\_\_\_\_ años
- 2.-Escolaridad\_1.-Sin estudios 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.- Media superior 5.- Licenciatura
- 3.-Estado civil: \_\_\_ 1.- Casada 2.- Unión Libre 3.- Divorciada 4.- Soltera
- 4.-Edad de inicio de vida sexual activa\_\_\_\_\_ Número de Embarazos \_\_\_\_\_ Abortos\_\_\_ Partos\_\_\_  
Cesáreas\_\_\_
- 5.-¿Semanas del embarazo actual? \_\_\_\_\_
- 6.-¿Este embarazo es deseado?:( ) Si ( ) No 7.-¿Tu embarazo actual fue planeado?:( ) Si ( ) No
- 8.-¿Si es el caso, en el embarazo anterior, tuviste un estado de ánimo triste o deprimida?( ) Si ( ) No
- 9.-¿Por quienes está integrada tu familia?  
( ) Padres ( ) Hermanos ( ) Esposo ( ) Hijos ( ) Otros
- 10.-¿Recibes apoyo de los integrantes de tu familia? ( ) Si ( ) No
- 11.-¿De qué personas recibes más apoyo emocional en este embarazo?  
( ) Madre ( ) Padre ( ) Esposo ( ) Hermanos ( ) Amigos cercanos ( ) Otros
- 12.-¿Ese apoyo que recibes como lo calificas? ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo
- 13.-¿Te sientes sola?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 14.-¿Consideras que no tienes a nadie a quien recurrir? Si \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_
- 15.-¿Te has sentido rechazada por alguna persona en este embarazo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 16.-¿Por quienes?  
( ) Padres ( ) Esposo /pareja ( ) Hermanos ( ) Otros
- 17.-¿De quién te gustaría recibir apoyo emocional?  
( ) Familia ( ) Esposo / pareja ( ) Amigos ( ) Instituciones de salud (Medico, salud mental)

## 11. BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Javier N. Zapata Gallardo, Marisol Figueroa Gutiérrez, Neidy Méndez Delgado, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 64, septiembre-octubre 2007.
- 2.- Dulanto-Gutiérrez E. La adolescencia como etapa existencial. En: Dulanto-Gutiérrez E, editor. El Adolescente. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 143-57.
- 3.-sexual and reproductive health of adolescents. Geneva Switzerland: Progress in Reproductive Health Research; 2002, No. 58
- 4.-Información Sociodemográfica México 2005. México, D.F.: Consejo Nacional de Población;2005
- 5.-Vicente Díaz Sánchez. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Méd Méx Vol.139, Suplemento No. 1, 2003.
- 6.-José Ignacio Santos Preciado, Juan Pablo Villa-Barragán, MC, MSP, Martha Angélica García Avilés, MC, MSP. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud pública de México. Vol.45
- 7.-Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 8.-Veronica O'Keane, Michael S Marsh. Depression during pregnancy. BMJ | 12 MAY 2007, Volume 334.
- 9.-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.

- 10.-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.
- 11.-Salinas J. Relación entre el funcionamiento familiar, el estrés y la ansiedad. Revista de la Facultad de Medicina de los Andes. 1994; 3 (4) 175-79.
- 12.-José Luís Rangel, L. Valerio, J. Patiño, M. García. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004.
- 13.-Leticia Suárez, Catherine Menkes. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Salud Pública, papeles de población, No. 35, enero-marzo 2003.
- 14.-Victoria Cueva Arana, Jesús Fernando Olvera Guerra, Rosa María Chumacera López. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271
- 15.-Beth Barnet, MD; Jiexin Liu, PhD, MBA, MS; Margo De Voe, MS. Double Jeopardy. Depressive Symptoms and Rapid Subsequent Pregnancy in Adolescent. Mothers Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(3):246-252
- 16.-Ramón de la fuente. Psicología medica. 2ª. edición. México D. F. Fondo de cultura económica. 1992. pág. 426-449
- 17.-Harold I. Kaplan. Benjamín J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiatria clínica. 8va. Edición. Editorial panamericana. 2001.
- 18.-Dr. Roberto Rodríguez G., Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán. Epidemiología de la depresión en México. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiología. Vol. 18, Número 39, Semana 39, Sep. 2001. Disponible en:<http://www.ssa.gob.mx/unidades/epide>

- 19.-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.
- 20.-Rossler A, Hofecker M. Postpartum depression: Do well still need the diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 108 (418): 51-56.
- 21.-Oviedo G, Jordan M. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica* 2006; 47 (2): 131-138.
- 22.-Elisa Romano, PH. D., Marck Zoccolillo, M.D., and Daniel Paquette, Histories of Child Maltreatment and Psychiatric Disorder in Pregnant Adolescents. *J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry*, 45:3, March 2006.
- 23.-Evangelina Aldana, Lucille C. Atkin. Depresión durante el embarazo en adolescentes. *Perinatol Reprod Hum* 1977; 11:184-189
- 24.-Maruzella Valdivia. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. *Revista psicológica de la Universidad de Chile*. Vol. XII No. 2 pag. 85 -109. 2003.
- 25.-J. John Mann, M.D. The Medical Management of Depression. *N Engl J Med* 2005;353: 1819-34.
- 26.-Julia Moreno. María G. Campos, Carmen Lara. El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. *Salud Mental*, Vol. 29 No. 1 , enero-febrero 2006.
- 27.-Bonilla SO. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2010; 3 (61):207-213.
- 28.-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) 3.

29.-Jeanine K, Rush M. Postpartum Depression. Medscape Ob/Gyn and Womens Health 2002; 7 (1) 152-156.

30.-Moreno Z, Domingues C, Franca P. Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil de Obstet y Ginecol. 2004; 69 (3):209-213.

31.-José Alfonso Ontiveros Sánchez. Actualización sobre antidepresivos. Artículo de Revisión. Medicina Universitaria 2000;2 (7): 141-7

32.-Fidel De la Garza G. Depresión, angustia y bipolaridad.. Edit. Trillas. México. Pág. 107-119.Febrero, 2006