



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

*“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL GENERAL TICOMAN”*

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. IRLANDA TREJO HERNÁNDEZ

Director de Tesis:

Dra Marisol Cruz González

Coordinador adjunto de residentes Hospital General Ticomán

Dr. Juan Carlos de La Cerda Ángeles

Director del Hospital General Dr Enrique Cossio

Ciudad Universitaria, CD. MX.

Octubre, 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.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL
TICOMAN

Autor: Dra. Irlanda Trejo Hernández
Médico Residente

Vo. Bo.



Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles
Profesor titular del curso de especialización en Ginecología y
Obstetricia

Vo. Bo.



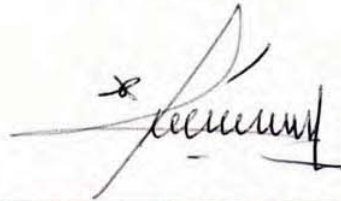
Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez
Director de Educación e Investigación



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL
TICOMAN

Vo. Bo.



Dra. Marisol Cruz González
Director de la tesis
Medico Adscrito de Ginecología y obstetricia en
Hospital General Ticoman

DEDICATORIA:

Este trabajo y todos los esfuerzos son dedicados a mi padre Ernesto y a mi hermana Cheyenne, que siempre me ha brindado todo su cariño y consejo. Que serán siempre mi ejemplo de constancia y esfuerzo.

Agradezco a esta institución y a todos los doctores, que día a día continúan con la enorme e interminable labor de la formación docente y medica de los residentes, brindándonos su tiempo y conocimientos sin espera de nada a cambio, en especial a mi asesora de tesis, la Dra Marisol Cruz, por apoyar mis decisiones y la dedicación y esfuerzo que se llevó para realizar este trabajo.

1. RESUMEN

La depresión posparto, se presenta hasta un año después del parto. Los síntomas de la depresión posparto no difieren de los de otras etapas de la vida; es decir, existe estado de ánimo bajo, sentimientos de culpa, tendencia al llanto y la labilidad emotiva. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves.

La herramienta diagnóstica, cuestionario de Edimburgo permite identificar, al ginecólogo, de una manera simple y oportuna.

En México se reporta una tasa de 24.6% de depresión posparto en mujeres mexicanas. Y una tasa del 20% de depresión post parto en el grupo de edad de 15 a 19 años.

Material y métodos.

Estudio clínico-epidemiológico, transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo. Como instrumento de trabajo se utilizó el cuestionario de Edimburgo y una ficha sociodemográfica para calcular la frecuencia de depresión posparto en adolescentes atendidas en la unidad de gineco-obstetricia del Hospital General de Ticomán, 2018.

Resultados:

Se observó una frecuencia de 17.78% de depresión posparto en adolescentes atendida en el Hospital General Ticomán.

Conclusiones:

La detección de la depresión posparto de las adolescentes, ayuda continuar su desarrollo, disminuir los riesgos de salud en la edad adulta y de sus hijos.

Palabras clave:

Depresión posparto, adolescentes, detección, factores de riesgo, Cuestionario de Edimburgo.

ÍNDICE

1. RESUMEN	
2. INTRODUCCIÓN	1
2.1. Antecedentes	1
2.2. Planteamiento del problema	11
2.3. Pregunta de investigación	11
2.4. Justificación	12
2.5. Objetivos	13
1.4.1 General	13
1.4.2 Específico	13
3. MATERIAL Y MÉTODO	14
4. ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD	18
5. RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	19
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	26
7. CONCLUSIONES Y APORTES DEL ESTUDIO	27
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Antecedentes

La depresión representa uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuente en la etapa reproductiva de la mujer, existe una relación especial con el embarazo y el periodo posparto. Las situaciones y riesgos a los que se enfrentan algunas mujeres en este periodo de la vida, ayudan a comprender la relación de los trastornos del estado de ánimo en los periodos del embarazo y posparto.¹

El posparto es un periodo de gran vulnerabilidad para el inicio o recidiva de diversos trastornos emocionales, como la depresión, por lo que es fundamental detectar este tipo de padecimiento², y con mayor énfasis en la población adolescente. Ya que el desequilibrio de su entorno biopsicosocial pone en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos.

La OMS define a la adolescencia como el periodo de vida entre los 10 a los 19 años y representan aproximadamente la sexta parte de la población mundial, 1200 millones de personas.³

Aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de esos nacimientos se registra en países de ingresos bajos y medianos. La División de Población de Naciones Unidas muestra que la tasa mundial de natalidad (2015) de las adolescentes de esa edad asciende a 44 nacimientos por 1000.³

Una de las metas específicas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud (ODS 3) consiste en garantizar, de aquí al año 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Con miras a ello, uno de los indicadores propuestos con respecto a la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescentes* es la tasa de natalidad entre las adolescentes.³

En la bibliografía médica se llama puerperio, al tiempo que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. El periodo de puerperio se divide según sea inmediato durante las primeras 24 horas, mediato abarcando del segundo al séptimo día y tardío del octavo hasta el día 42.

El colegio americano de obstetricia en el 2015 refiere a los problemas depresivos en el periodo perinatal y post natal afectan a 1 de cada 7 mujeres y recomienda que los médicos evalúen a los pacientes al menos una vez durante el período perinatal para detectar síntomas de depresión y ansiedad usando una herramienta estandarizada y validada.⁴

La incidencia de la depresión posparto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1 000 nacimientos (3–20 %), y la tasa de recurrencia estimada entre 10 y 35% de la población mundial.²

A nivel mundial la prevalencia de depresión posparto se estima entre el 3% y 19%⁵. Las tasas varían dentro de los países y entre ellos debido a los diferentes criterios diagnósticos y tiempos de evaluación.⁶

En México, estudios por Álvarez Escutia y cols. en 2008 reportan una tasa de 24.6% de depresión posparto en mujeres mexicanas. Y Cabada-Ramos reporta una tasa del 20 % de depresión post parto en el grupo de edad de 15 a 19 años.²

En el Hospital General de Ticomán, de la Ciudad de México en el 2017 se atendieron 2593 pacientes, de las cuales 688 pertenecían al grupo de menos de 19 años de edad. No existen estadísticas que describan la frecuencia de depresión posparto en el grupo de adolescentes, en este hospital.

Los síntomas de depresión perinatal a menudo no se reconocen por los cambios en el sueño, el apetito y la libido que se atribuyen a un embarazo normal y a cambios posparto. Además de que los médicos no reconocen estos síntomas, las mujeres pueden ser reacias a informar cambios en su estado de ánimo. Por lo tanto, es importante que los médicos le pregunten a la paciente embarazada o posparto sobre su estado de ánimo.⁴

Es importante diferenciar a las madres que sufren depresión posparto de aquellas que padecen melancolía puerperal o también llamado “Baby blues”, se denomina así a los síntomas depresivos como disforia, insomnio, fatiga y problemas de concentración que ocurren durante los primeros 10 a 12 días después del parto, los síntomas son transitorios y no afectan el funcionamiento.

Estos síntomas no cumplen con requisitos para ser clasificados como trastorno del estado de ánimo y no requiere de tratamiento específico; tiene una prevalencia de 80% y se caracteriza por irritabilidad, astenia, tristeza y disforia.²

La depresión posparto, a diferencia, es un trastorno mental que requiere tratamiento médico. Se refiere a la depresión que se presenta durante el primer año después del parto⁷. Que cursa con síntomas que consiste en síntomas depresivos leves que generalmente son autolimitados o síndromes más severos de depresión menor o mayor⁸. En casos extremos, los efectos perjudiciales de la depresión posparto pueden incluir mayores riesgos de abuso y autolesión infantil.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría 5ª ed. (DSM-5), refiere que el inicio de la depresión mayor posparto puede ocurrir antes o después del parto⁷. Y especifica a la depresión periparto cuando se produce una depresión mayor durante el embarazo y/o en las cuatro semanas posteriores al parto.⁷

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS 10ª Revisión define a los episodios depresivos asociados al puerperio con un inicio del episodio dentro de las seis semanas posteriores al parto.⁹

El inicio y la magnitud de los síntomas varía conforme las semanas del postparto⁶. Un estudio retrospectivo de mujeres con inicio en el puerperio de depresión encontró que el inicio ocurrió de la siguiente manera: al primer mes posparto 54%. Del 2 al 4 mes 40%. Del mes 5 al 12 6%¹⁰. Presentándose con mayor magnitud durante el primer mes posparto.

Factores de riesgo: Se han identificado un gran número de factores de riesgo para los síndromes depresivos postnatales, el factor que tiene el mayor efecto y se asocia más consistentemente con la depresión posparto es el antecedente de depresión perinatal o no perinatal⁵. Entre los factores adicionales que se asocian frecuentemente a la depresión posparto incluyen^{1, 11, 12}:

- Acontecimientos vitales estresantes (p. Ej., Conflicto conyugal o emigración) durante el embarazo o después del parto.
- Pobre apoyo social y financiero en el puerperio.
- Edad joven.
- Estado civil soltera.
- Multiparidad.
- Melancolía puerperal.
- Antecedentes familiares de depresión posparto o enfermedad psiquiátrica.
- Violencia en la pareja íntima e historial de abuso físico y / o sexual.
- Embarazo involuntario / no deseado.
- Actitudes negativas hacia el embarazo.
- Temor de parto.
- Mal estado de salud física perinatal (p. Ej., Obesidad, diabetes pregestacional o gestacional, hipertensión prenatal o posnatal, o infección después del parto).
- Insatisfacción con la imagen corporal.
- Historial de síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual.
- Alteración del sueño perinatal.

- Embarazo adverso y resultados neonatales (p. Ej., muerte fetal intrauterina, nacimientos prematuros, peso muy bajo al nacer y muerte neonatal).
- Dificultad para amamantar/duración más corta/cesación.
- Estrés en el cuidado infantil, como llanto infantil inconsolable, temperamento infantil difícil o trastornos del sueño infantil.

Referente al apoyo social y tipo de familia. En México 2015 el INEGI reporta que la mayoría de las madres adolescentes viven con sus familias¹³. Por lo que el apoyo que reciben de ellas es crucial. Este apoyo es crítico y decisivo en el ajuste positivo de la adolescencia a la maternidad.¹⁴

Se ha sugerido la primiparidad como factor de riesgo en la depresión posparto. Saton y colaboradores encontraron que las primíparas mostraban significativamente más síntomas depresivos que las múltiparas a los 4 meses después del parto.⁶

El efecto de la edad materna varía y es inconsistente en diversos estudios como factor de riesgo para depresión posparto.⁶

Se encontró asociaciones débiles con las complicaciones obstétricas, antecedentes de abuso, ingresos familiares bajos y mala situación laboral.¹

Patogénesis: La patogénesis de la depresión posparto es desconocida. Los factores implicados en la depresión posparto pueden incluir susceptibilidad genética¹⁵, fenómenos epigenéticos (p. Ej., Metilación del ADN) y cambios hormonales⁵, así como problemas psicológicos y sociales y acontecimientos vitales estresantes.

Se ha investigado la importancia relativa de las influencias genéticas y ambientales en la depresión perinatal y la superposición genética entre la depresión perinatal y la depresión no perinatal. En una cohorte sueca utilizaron la Escala de Edimburgo concluyendo la heredabilidad de la depresión perinatal se estimó en 54% y 44%, en gemelos y hermanos respectivamente.¹⁶

Los factores biológicos que contribuyen a la depresión posparto incluyen una hiperactividad o hipersensibilidad epi-geneticamente a los esteroides ováricos o suprarrenales circulantes, sensibilidad alterada de los neuroestéroides, bajos niveles de oxitocina y señalización del receptor, así como alteración de la función de monoamina, neurotrofina y sistema inmune.¹⁷

Detección y diagnóstico: Existen varias herramientas de detección de la depresión disponibles para su uso. La mayoría se pueden complementar en menos de 10 minutos, teniendo una especificidad que va desde el 77 a 100%, siendo la sensibilidad el factor determinante para maximizar el número de pacientes identificados.^{1,4}

En la detección de trastornos depresivos, varios instrumentos de detección han sido validados para su uso durante el embarazo y el período de posparto para ayudar a identificar sistemáticamente a los pacientes con depresión perinatal.⁴

La guía NICE sobre Salud Mental Prenatal y Posparto describe a los estudios que usan preguntas enfocadas breves, las cuales abordan el estado de ánimo y el interés, son eficaces en la detección de la depresión, comparado con una entrevista psiquiátrica estandarizada.¹

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en el 2015 emite una comparación de diferentes herramientas de detección para la depresión posparto (Cuadro I):

Cuadro I. Cuadro comparativo de instrumentos validados de cribado en depresión posparto.

Herramienta de visualización	Cantidad de artículos	Tiempo para completar (minutos)	Sensibilidad y especificidad	Español disponible
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo	10	Menos de 5	Sensibilidad 59-100% Especificidad 49-100%	Sí
Escala de detección de la depresión posparto	35	5-10	Sensibilidad 91-94% Especificidad 72-98%	Sí
Cuestionario de salud del paciente 9	9	Menos de 5	Sensibilidad 75% Especificidad 90%	Sí
Inventario de depresión de beck	21	5-10	Sensibilidad 47,6-82% Especificidad 85,9-89%	Sí
Beck Depression Inventory-II	21	5-10	Sensibilidad 56-57% Especificidad 97-100%	Sí
Centro para la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos	20	5-10	Sensibilidad 60% Especificidad 92%	Sí
Escala de Depresión de Autoevaluación Zung	20	5-10	Sensibilidad 45-89% Especificidad 77-88%	No

FUENTE: Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. **Obstet Gynecol.** 2015; 125(5):1268-71

Por ejemplo, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo consta de 10 ítems auto-informados, toma menos de 5 minutos en completarse, se ha traducido a 12 idiomas, tiene un bajo nivel de lectura requerido y es fácil de puntuar. Esta escala hace referencia temporal de los últimos 7 días; incluye síntomas de ansiedad, característica de los trastornos del estado perinatal, y

excluye los síntomas constitucionales de depresión, como los cambios en los patrones de sueño, que son comunes en el embarazo y el período posparto. La inclusión de estos síntomas constitucionales en otros instrumentos de cribado, como el Patient Health Questionnaire 9, el Beck Depression Inventory y el Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, reduce su especificidad para la depresión perinatal.⁴

La escala de depresión posnatal de Edimburgo consta de 10 reactivos que se puntúan con una intensidad que va de 0 a 3 puntos². El rango total de es 0-30 puntos; una puntuación más alta indica más sintomatología depresiva⁶. Un punto de corte de 12 arrojó sensibilidades y especificidades que oscilaron entre 80 y 90%⁴. La especificidad se ve reforzada porque el instrumento no incluye ítems que pregunten sobre los síntomas depresivos somáticos, como los cambios en el sueño y el apetito, que son comunes en las mujeres posparto que no están deprimidas.⁴

En México la Secretaria de Salud en la Guía Práctica clínica 2014 recomienda una puntuación de 13 o más para detectar síntomas de depresión mayor en el periodo posparto. Las mujeres que obtengan puntajes de 10, 11 y 12 en la escala de Edimburgo se debe repetir la encuesta de 2 a 4 semanas. Mujeres con puntuaciones de 13 a 14 en la Escala de Edimburgo deben ser referidas. Mujeres con altas puntuaciones 15 o más se deben referir a una atención de salud mental.¹

Manifestaciones clínicas: Los síntomas de la depresión durante el embarazo y en el posparto no difieren de los de la de depresión en otras etapas de la vida;

es decir, existe estado de ánimo bajo y sentimientos de culpa, pero en la depresión posparto sobresale la tendencia al llanto y la labilidad emotiva. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, hay sentimiento de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves.¹

La clínica de la depresión posparto parece ser comparables a las características de los episodios depresivos mayores que ocurren fuera del período posparto.⁸

La clínica de depresión posparto varía en su gravedad, dependiendo el nivel de severidad se usa para elegir un régimen de tratamiento. Los síntomas más graves de la depresión posparto se asociaron con la aparición de síntomas depresivos durante el embarazo, una puntuación promedio de 20 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, síntomas de ansiedad e ideación suicida¹⁸. El curso de la enfermedad en la depresión posparto no tratada puede resolverse espontáneamente o con tratamiento, o convertirse en un trastorno depresivo persistente⁵.

El tratamiento más común para los trastornos afectivos post parto son los Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) como tratamiento de primera línea, a pesar del hecho de que la ansiedad y la depresión posparto están asociadas con el funcionamiento alterado de muchos sistemas de neurotransmisores, como GABA, norepinefrina, serotonina, glutamato, hormonas esteroideas¹⁷. Los ISRS pueden atravesar la placenta y con frecuencia son evidentes en la lactancia materna.

2.2 Planteamiento del problema

En el Hospital General de Ticomán, del total de pacientes obstétricas atendidas (2,593) en el año 2017, se reportó que el 26.5% (688) pertenecían al grupo de adolescentes. Sin embargo, no contamos con estadísticas actualizadas que describan la frecuencia de la depresión posparto en este grupo ni podemos identificar los factores sociodemográficos que se relacionan a este padecimiento con nuestras pacientes. Es importante señalar que el desequilibrio de su entorno biopsicosocial pone en peligro su estado de salud, también repercute en la edad adulta y en la salud de sus hijos.

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de depresión posparto en las adolescentes atendidas en el Hospital General Ticomán?

2.4 Justificación

De acuerdo a la Organización mundial de la salud (OMS), la depresión es más común en mujeres que en hombres. Entre 2 y 4 de cada 10 madres de países en vías de desarrollo sufren depresión durante el embarazo o posparto. Esto representa entre el 20 y el 40% de las mujeres embarazadas ¹⁹. En México la prevalencia de depresión posparto en todos los grupos de edad es del 24.6%, de las cuales el grupo de adolescentes tiene una prevalencia del 20%.

Dentro de la depresión posparto cabe resaltar la importancia del trabajo del personal de salud, no solo de ginecoobstetras, que están en contacto con las pacientes adolescentes en su puerperio, la identificación de la depresión post parto en las paciente menores de 19 años y sus factores de riesgo permiten una detección y tratamiento oportuno para continuar su desarrollo, disminuir los riesgos de salud en la edad adulta y del recién nacido, asegurando además la salud futura y el desarrollo de la población. El posparto es un periodo de gran vulnerabilidad para el inicio o recidiva de diversos trastornos emocionales como la depresión, por lo que es fundamental detectar este tipo de padecimiento y con mayor énfasis en la población adolescente².

2.5 Objetivos

2.5.1 General

Calcular la frecuencia de depresión posparto en adolescentes atendidas en la unidad de gineco-obstetricia del Hospital General de Ticomán, febrero-mayo 2018.

2.5.2 Específicos

- Identificar la frecuencia de mujeres menores a 15 años con depresión posparto.
- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes que presentan depresión posparto.
- Determinar la frecuencia de depresión post parto en la resolución del embarazo vía abdominal o vaginal.
- Determinar la frecuencia de depresión posparto según grado de escolaridad
- Determinar la frecuencia de depresión posparto de acuerdo a la ocupación laboral.
- Describir la frecuencia de depresión posparto de acuerdo al estado civil.
- Describir el tipo de familia de las adolescentes que padecen depresión posparto.
- Determinar la frecuencia de la depresión posparto cuando el embarazo es deseado.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó el estudio clínico-epidemiológico, en función de los siguientes ejes: transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo.

Como instrumento de trabajo se utilizó el cuestionario de Edimburgo, encuesta validada y auto-aplicada, que evalúa la presencia o no de depresión posparto, con una sensibilidad de 59 al 100% y una especificidad de 49 al 100%(Anexo I). Además se integró una ficha de identificación con los datos sociodemográficos (Anexo II) de las adolescentes con depresión posparto atendidas en el Hospital General Ticomán, en el periodo del 1 de febrero al 31 de mayo de 2018.

Se calculó el tamaño de muestra por método aleatorio simple, mediante el programa estadístico Epi-Info 7.2.2 (software libre) a partir de la prevalencia en el 2017 del Hospital General Ticomán, donde se obtuvieron 688 registros de adolescentes atendidas. Con un intervalo de confianza al 80%, siendo necesarios 133 registros (IC: 95% - 247 registros).

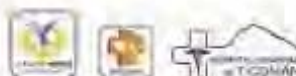
Las variables contenidas de las fichas de identificación y del resultado obtenido del cuestionario de Edimburgo se realizó una base de datos que permitió su análisis estadístico por medio del mismo programa (Cuadro II).

Cuadro II. Cuadro descriptivo de operacionalización de variables.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES				
VARIABLE / CATEGORÍA	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Depresión posparto	Compleja	Se refiere a la depresión que se presenta durante el primer año después del parto. Que cursa con síntomas depresivos leves que generalmente son auto limitados o síndromes más severos de depresión menor o	Cualitativa nominal	Positivo Indeterminado Negativo

		mayor. Diagnosticada por medio de la escala de depresión posnatal de Edimburgo. Positivo 13 o más puntos. Indeterminado 10, 11 y 12 puntos, con necesidad de revaloración. Negativo 9 puntos o menos.		
Edad	De contexto	Tiempo transcurrido a partir de los 10 años de edad hasta los 19 años cumplidos en el momento del estudio.	Cuantitativa discreta	10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
Escolaridad	De contexto	Grado de estudios académico de la adolescente al momento del estudio	Cualitativa nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato o carrera técnica Cursando licenciatura
Ocupación	De contexto	Principal actividad que desempeña la paciente al momento del estudio.	Cualitativa nominal politómica	Hogar Empleada Estudiante Otro
Tipo de familiar	De contexto	Clasificación estructural de los integrantes de la familia de las adolescentes en estudio: Familia nuclear: formada por los progenitores y uno o más hijos. Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines. Familia monoparental: en la que el hijo o hijos viven con un solo progenitor (ya sea la madre o el padre).	Cualitativa nominal politómica	Nuclear Extensa Monoparental
Red de apoyo	De contexto	Apoyo social y financiero con el que cuenta la paciente al momento del estudio.	Cualitativa nominal politómica	Cónyuge Mamá/papá o ambos Otro familiar Sola
Embarazo deseado	De contexto	De acuerdo a la perspectiva de deseo en la madre adolescente con respecto al reciente embarazo.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Tipo de parto	De contexto	Vía de resolución del embarazo ya sea abdominal (cesárea) o parto vaginal.	Cualitativa nominal	Parto Cesárea
Numero de hijo	De contexto	Número de hijos al momento del estudio en la madre adolescente.	Cualitativa nominal politómica	Uno o actual Dos Tres o mas
Antecedente de depresión	De contexto	Periodo de depresión previo al embarazo referido por la paciente en el momento del estudio.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Perdida reciente	De contexto	Perdida reciente de familiar o persona cercada, como un acontecimiento estresante residente de la paciente.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No

ANEXO I. Escala de depresión posparto de Edimburgo.



ESCALA DE DEPRESION POSPARTO DE EDIMBURGO

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

No.	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
1	He sido capaz de ser y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0
		No tanto ahora	1
		Mucho menos ahora	2
		No, nada.	3
2	He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0
		Menos que antes	1
		Mucho menos que antes	2
		Casi nada	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No, con mucha frecuencia	1
		No, nunca.	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0
		Casi nunca	1
		Sí, a veces	2
		Sí, con mucha frecuencia	3
5	He tenido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3
		Sí, a veces	2
		No, no mucho	1
		No, nunca	0
6	Las cosas me han estado preocupando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre.	0
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
8	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		Sólo ocasionalmente	1
		No, nunca	0
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3
		A veces	2
		Casi nunca	1
		Nunca	0

FUENTE: Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. **CENETEC**. México, Julio 2014.

ANEXO II. Ficha sociodemográfica y declaración de consentimiento informado.



DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en el estudio "Frecuencia de depresión posparto en adolescentes atendidas en una unidad de gineco-obstetricia" en el Hospital General de Ticomán del periodo febrero a mayo del 2018. Que se le ha explicado lo que implica este trabajo, y puede decidir no continuar con el estudio en cualquier momento si así lo desea sin perjuicio de su atención médica. Y que los datos proporcionados serán almacenados de manera confidencial.

Firma de la paciente: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Por favor CONTESTE o SUBRAYE según corresponda:

1. ¿Qué edad tiene?
 - 14
 - 15
 - 16
 - 18
 - 19
2. ¿Qué escolaridad tiene?
 - Ninguna
 - Primaria completa
 - Secundaria Completa
 - Bachillerato completo o carrera técnica
 - Cursando licenciatura
3. ¿A qué se dedica?
 - Hogar
 - Estudiante
 - Empleada
 - Otro
4. ¿Cuál es su estado civil?
 - Soltera
 - Casada
 - Unión libre
5. ¿Cómo fue la familia donde usted creció?
 - Familia Nuclear: padres y uno o más hijos.
 - Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
 - Familia monoparental: en la que usted vivía con un sólo progenitor (ya sea la madre o el padre)
6. Actualmente, quien la apoya a usted:
 - su pareja o cónyuge
 - su mamá o papá
 - otro familiar
 - Solo
7. Con respecto al reciente embarazo, usted lo deseaba
 - Sí
 - No
8. ¿Cómo fue el nacimiento de su hijo?
 - Parto
 - Cesárea
9. ¿Cuántos hijos tiene usted?
 - 1 (actual)
 - 2
 - 3 o más
10. ¿Ha padecido alguna vez un periodo de depresión?
 - Sí
 - No
11. ¿Ha sufrido recientemente la pérdida de algún familiar o amigo?
 - Sí
 - No

FUENTE: Encuesta de datos sociodemográficos y declaración de consentimiento informado según declaración de Helsinki(IV)

4. ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD

En el estudio no se realizaron intervenciones en las adolescentes. Se garantizó la seguridad y confidencialidad de los datos proporcionados por cada paciente. Los datos se encuentran bajo resguardo del investigador con contraseña. La información electrónica secundaria generada será eliminada al término del estudio.

Así mismo dentro de la ficha sociodemográfica existe una leyenda de consentimiento informado donde expresan que de manera voluntaria acepta participar en la encuesta (Anexo II).

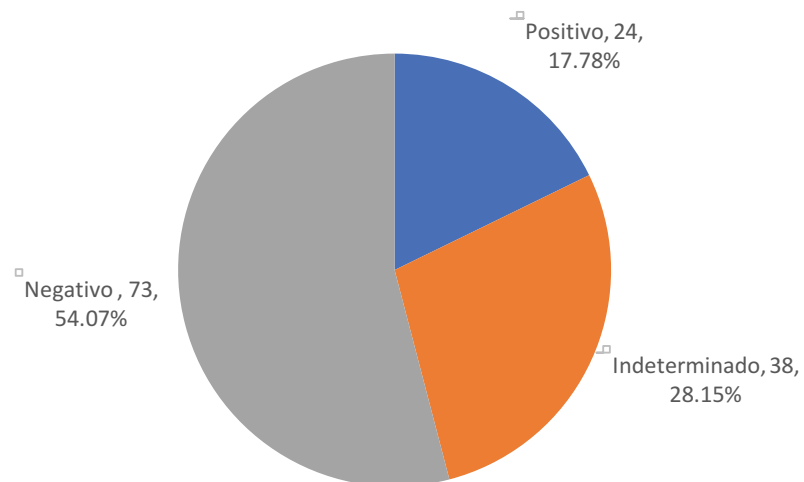
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Descripción (Figura 1):

En esta grafica se refiere que con respecto a los resultados obtenidos del cuestionario diagnóstico de Edimburgo el 54.07% de las pacientes fue negativa, es decir más de la mitad de las adolescentes no sufren depresión posparto. Sin embargo, el 28.15% se reportó con un valor indeterminado, lo que indica que requiere una re-valoración en dos a cuatro semanas y el 17.7% se registró con diagnostico positivo a depresión posparto, por lo que se sugiere enviar dichas pacientes a valoración inmediata por psicología.

□

Fig. 1: Frecuencia de depresión posparto en adolescentes de la unidad de GyO del HG - Ticoman, Feb - May 2018.



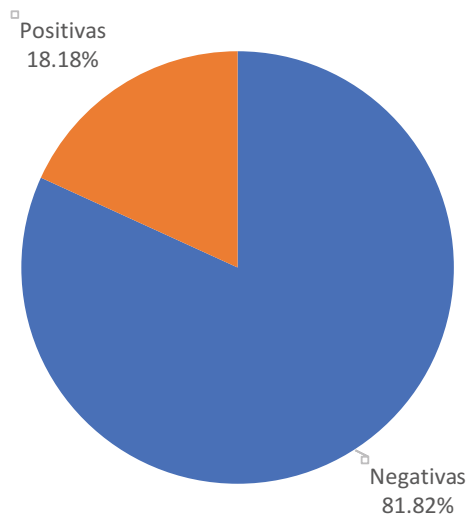
FUENTE: AUTO ENCUESTA SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO.

Descripción (Figura 2):

En esta gráfica hace referencia a la frecuencia de adolescentes en edad de alto riesgo o menores de 15 años, que padecen depresión posparto. Lo que nos permite identificar, dentro del grupo de adolescentes diagnosticadas con depresión posparto, 18.18% son menores de 15 años.

□

Fig. 2: Frecuencia de mujeres menores de 15 años con depresión posparto de la unidad de GyO del HG - Ticoman, Feb - May 2018.



FUENTE: AUTO ENCUESTA SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO.

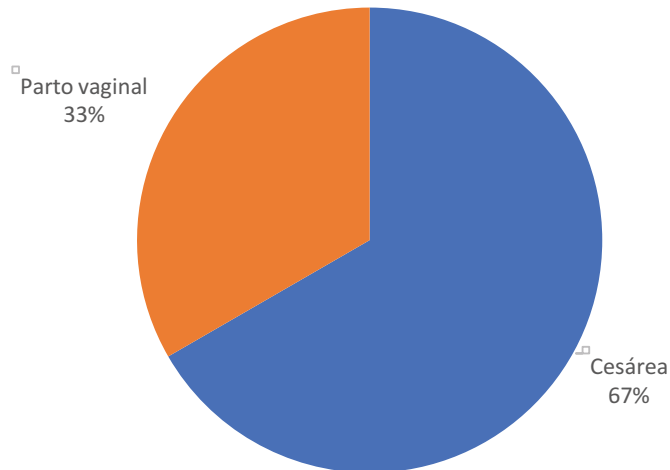
Descripción de las características sociodemográficas de las adolescentes que presentan depresión posparto.

Con respecto a la escolaridad del grupo de adolescentes que presentaron depresión posparto, el 50% (12) curso hasta la secundaria completa; el 33.3% (8) cuentan con primaria completa; el 8.3% (2) han completado el bachillerato; el 8.3% (2) son analfabetas. La ocupación registrada en el 100% de las adolescentes con depresión posparto fue la actividad dentro del hogar. Con respecto al estado civil el 83.33% (20) se encuentra en unión libre. Y el 16.6% (4) se refirió soltera. De acuerdo al tipo de familiar en el que se encontraban las adolescentes con depresión post parto el 79.3% (19) se registró dentro de una familia nuclear, en tanto que el 20.8% (5) se encuentra dentro de una familiar extensa. Con respecto a la principal red de apoyo de las adolescentes con depresión posparto el 54.1% (13) fue por el conyuge o pareja, el 37.5% (9) fue por madre, padre o ambos. Y el 8.3% (2) por otro familiar. Con respecto al antecedente de numero de hijos en las adolescentes se encontro que el 62.5% (15) tienen un solo hijo en tanto que el 39.5% (9) tienen 2 hijos, ninguna de las pacientes encuestadas refirió tener mas de dos hijos. En el estudio el 100% de las adolescentes con depresión posparto refirieron no consumir drogas.

Descripción (Figura 3):

En esta gráfica se hace referencia a la vía de resolución del embarazo en las adolescentes con depresión posparto. Donde se calculó la frecuencia de depresión posparto en la resolución del embarazo por vía abdominal o vaginal. Encontrando que en las adolescentes mayormete afectadas por depresión posparto su vía de resolución del el embarazo fue por cesárea en el 67% de los casos.

Fig. 3: Frecuencia de tipo de parto en pacientes con depresión posparto de la unidad de GyO del HG - Ticoman, Feb - May 2018.

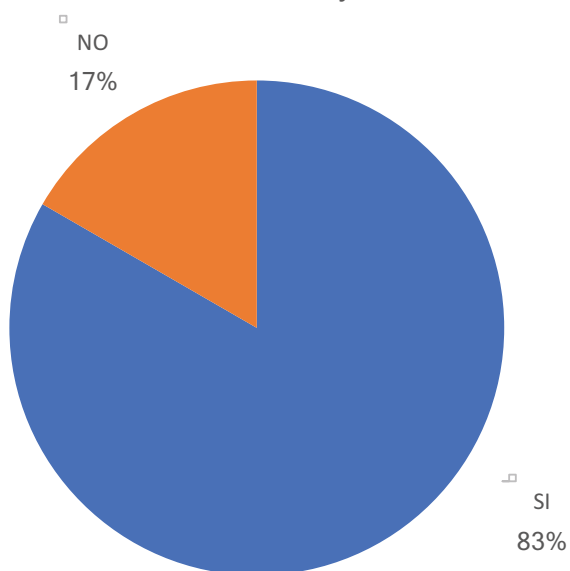


FUENTE: AUTO ENCUESTA SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO.

Descripción (Figura 4):

En esta gráfica se hace referencia a la frecuencia del embarazo deseado en las adolescentes con depresión posparto. Se observó que el 83% de las pacientes refieren al embarazo como deseado en contraste con el 17% que refirió no desear el embarazo.

Fig. 4: Frecuencia del embarazo deseado en las adolescentes con depresión posparto de la unidad de GyO del HG - Ticoman, Feb - May 2018.



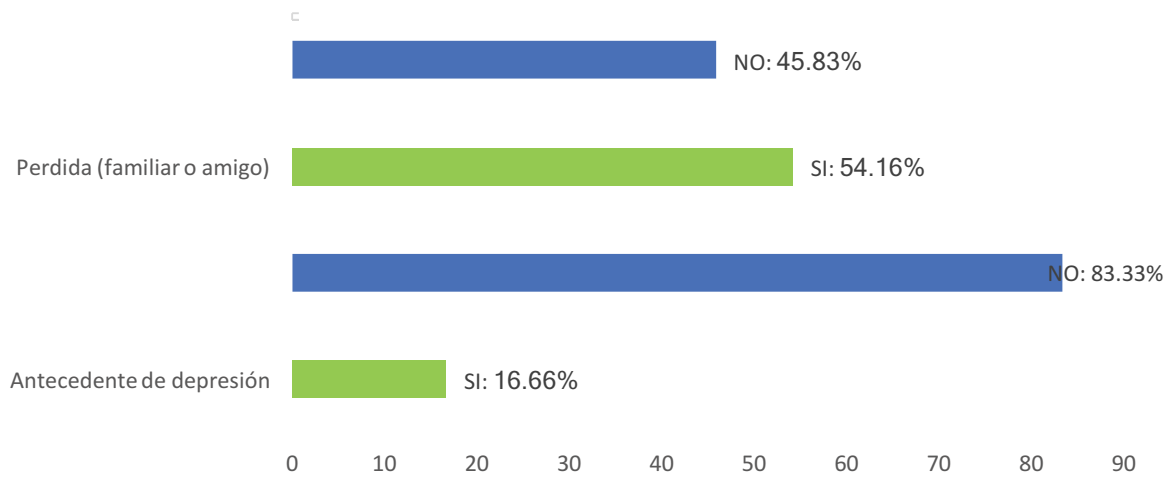
FUENTE: AUTO ENCUESTA SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO

Descripción (Figura 5):

En esta gráfica se hace referencia a la frecuencia del antecedente de pérdida reciente de familiar o amigo. Y del antecedente de depresión, previo al embarazo de las adolescentes que participaron en el estudio. Se observó que el 54% de las adolescentes refieren el antecedente de una pérdida reciente. Y solo el 16.6% refieren haber padecido un episodio previo de depresión. Por lo que es congruente la literatura medica disponible.

□

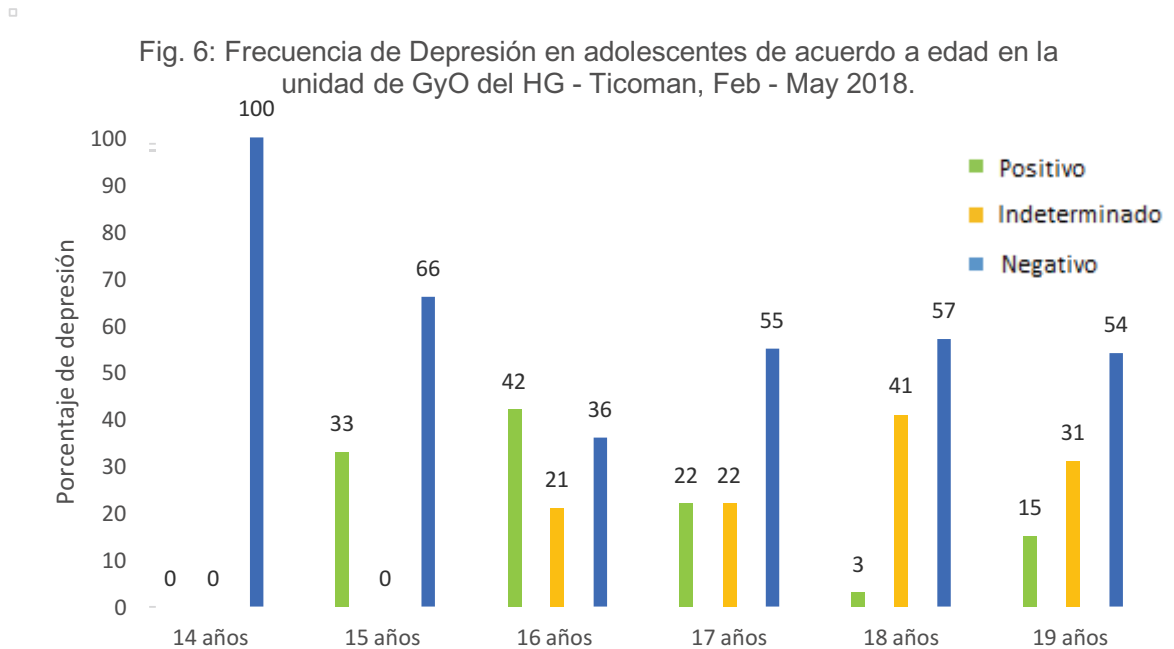
Fig. 5: Frecuencia del antecedente de pérdida reciente de familiar o amigo o de depresión en adolescentes con depresión posparto de la unidad de GyO del HG - Ticoman, Feb - May 2018.



FUENTE: AUTO ENCUESTA SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO.

Descripción (Figura 6):

Como resultados complementarios del estudio se observó que la edad con mayor frecuencia de depresión posparto fueron las adolescentes con 16 y 15 años. Y los grupos de edad con 18 y 19 años se encontró el mayor número de casos indeterminados, por lo que requieren especial atención y re-valoración en 2 a 4 semanas. Sin embargo, el 100% de las adolescentes en el grupo de edad de 14 años o menos se reportan negativas para el diagnóstico de depresión posparto.



FUENTE: AUTO ENCUESTA SOBRE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Los síntomas de la depresión durante el embarazo y en el posparto, no difieren de los síntomas de depresión en otras etapas de la vida; es decir, existe un estado de ánimo bajo y sentimientos de culpa, pero en la depresión posparto sobresale la tendencia al llanto y la labilidad emotiva¹. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, hay sentimiento de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves. Se ha observado a nivel mundial la prevalencia de depresión posparto estimada entre el 3% y 19%⁵. Las tasas varían dentro de los países y entre ellos debido a los diferentes criterios diagnósticos y tiempos de evaluación.

En México, estudios por Álvarez Escutia y cols. en 2008 reportan una tasa de 24.6% de depresión posparto en mujeres mexicanas². Y Cabada-Ramos reporta una tasa del 20 % de depresión post parto en el grupo de edad de 15 a 19 años².

En este estudio se observó que de la población adolescente atendida en el Hospital General Ticomán el 17.78% se diagnosticó con depresión posparto en el puerperio. Dichas frecuencias corresponden con la literatura médica reportada a nivel global como en otros estudios semejantes en México.

Con respecto al perfil sociodemográfico de las adolescentes en este estudio

Dentro del perfil sociodemografico que presentaron las pacientes en el estudio las mas afectadas tuvieron las siguientes características: 16 años de edad (42%); con secundaria completa (50%); union libre (83.3%), amas de casa

(100%), familia nuclear (79.3%); sin antecedente de depresión (83.3%); con un hijo (62.7%); sin adicciones (100%) y con el antecedente de pérdida reciente de familiar o amigo (54.16%).

7. CONCLUSIONES Y APORTES DEL ESTUDIO

Los síntomas de depresión perinatal a menudo no se reconocen por los cambios en el sueño, el apetito y la libido que se atribuyen a un embarazo normal y a cambios en el puerperio. Además de que los médicos no reconocen estos síntomas, las mujeres pueden ser renuentes a informar cambios en su estado de ánimo. Por lo tanto, es importante que el médico realice un interrogatorio dirigido a la adolescente embarazada o en puerperio sobre su estado de ánimo.

La herramienta diagnóstica del cuestionario de Edimburgo permite identificar, al ginecólogo, de una manera simple y oportuna los trastornos depresivos que se presentan en el puerperio de las adolescentes, lo que les permite continuar su desarrollo, disminuir los riesgos de salud en la edad adulta, asegurando además la salud futura del país y su desarrollo.

Este estudio nos permite como médicos brindar un manejo integral y apropiado a las pacientes adolescentes de nuestra unidad hospitalaria.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. **CENETEC**. México, Julio 2014.
2. Cabada RE, Rincón CF, García CK. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. **Rev. Esp Méd Quir**, 2015; 20, 18-23.
3. Organización Mundial de la Salud: Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. [en línea]. Mayo 2017. [ref en 10 enero 2018]. Disponible en Web: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>>.
4. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. **Obstet Gynecol**. 2015; 125(5):1268-71
5. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. **Annu Rev Clin Psychol**. 2013; 9, 379-407.
6. Iwata H, Mori E, Sakajo A, et al. Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. **Journal of Affective Disorders**. 2016; 203: 227-232
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, **American Psychiatric Association**, 2013
8. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. **Lancet**.2014; 384: 1775-88
9. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). **ICD-10** [online version]: 2016. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [Ref Enéro 2018].
10. Altemus M, Neeb CC, Davis A, Occhiogrosso M, Nguyen T, Bleiberg KL. Phenotypic differences between pregnancy-onset and postpartum-onset major depressive disorder. **J Clin Psychiatry**. 2012; 73(12):1485-91
11. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. **J Affect Disord**. 2015; 175:34-52.
12. Fisher SD, Wisner KL, Clark CT, Sit DK, Luther JF, Wisniewski S. Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. **J Affect Disord**. 2016; 203:111
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Estadísticas A Propósito De Día Internacional De La Juventud. [en línea] 10 de Agosto 2015. [ref 10 enero 2018]. Disponible en Web: <<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>>
14. Lara MA, Patiño P, Navarrete L, et al. Association between depressive symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-e cacy in teenage mothers. **Salud Ment**. 2017, vol.40, n.5, pp.201-208
15. Couto TC, Brancaglioni MY, Alvim-Soares A, et al. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. **World J Psychiatry**. 2015 Mar;5(1):103-11.
16. Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, et al. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap with Nonperinatal Depression. **Am J Psychiatry**. 2016 Feb;173(2):158-65.
17. Jodi LP, Lonstein JS, Fleming AS. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. **Trends in Neurosciences**, February 2017; 40(2): 106-120.
18. Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. **Lancet Psychiatry**. 2015 Jan;2(1):59-67
19. Berenzon S, Lara M A, Robles R, Medina-Mora M E. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. **Salud pública de México**. 2013; 55: 74-80.