



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Detección de depresión postparto en madres adolescentes
entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general
Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1
de mayo del 2021**

AUTORES

López Romero, Diego Sebastián

Rubio Ponce, Mara Alejandra

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Salazar Pousada Danny Gabriel

Guayaquil, Ecuador

1 de mayo del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **López Romero, Diego Sebastián** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

f.

Dr. Salazar Pousada Danny Gabriel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, MGS.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Rubio Ponce, Mara Alejandra** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

f.

Dr. Salazar Pousada Danny Gabriel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, MGS.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **López Romero, Diego Sebastián**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Detección de depresión postparto en madres adolescentes entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1 de mayo del 2021**, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

EL AUTOR (A)

f. 

López Romero, Diego Sebastián



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Rubio Ponce, Mara Alejandra

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Detección de depresión postparto en madres adolescentes entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1 de mayo del 2021**, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

LA AUTORA:

f. *Mara Rubio*

RUBIO PONCE, MARA ALEJANDRA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, López Romero, Diego Sebastián

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Detección de depresión postparto en madres adolescentes entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1 de mayo del 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

EL AUTOR:

f.

LÓPEZ ROMERO, DIEGO SEBASTIÁN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, Rubio Ponce, Mara Alejandra

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Detección de depresión postparto en madres adolescentes entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1 de mayo del 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

LA AUTORA:

f. *Mara Rubio*

RUBIO PONCE, MARA ALEJANDRA

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	tesis media final.docx (D101159370)
Submitted	4/9/2021 11:18:00 PM
Submitted by	
Submitter email	maritarubio@gmail.com
Similarity	0%
Analysis address	danny.salazar.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Danny Salazar", written over a rectangular stamp or box.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, que es el motor de mi día a día, Le doy infinitas gracias por darme unos excelentes padres a los cuales les agradezco por su arduo esfuerzo y dedicación. Ellos hacen que todo esto sea posible y la vida no me alcanzaría para deberles todo lo que hacen por mí. Todo lo que soy se lo debo a ellos.

A mi hermana por su ejemplo de superación, mi sobrino por darme las fuerzas y a todas las personas que siempre me han acompañado durante mi carrera y en todos los aspectos de mi vida. Siempre apoyándome y sobre todo creyendo en mí.

Mara Rubio Ponce

Primero debo agradecer a Dios ya que siempre con sus bendiciones y fortaleza que me da a diario logre culminar con éxito mis estudios universitarios.

A mi mamá Zully Selene Romero Álvarez que es y será uno de mis pilares fundamentales en mi vida ya que gracias a ella no me rendí, me dio la fortaleza, valentía, el amor que una madre me puede dar cuando ya no podía más y sentía que me quería rendir cuando ya faltaba poquito, la que siempre estuvo ahí en mis momentos más difíciles y nunca dudó de mí. A mi Abuelita que siempre se preocupa por mí mediante sus llamadas o de manera presencial siempre estuvo a mi lado dándome fuerzas y valor para que yo pueda culminar con éxitos mi vida universitaria.

A mi familia en especial a mi Tía Jessica Romero, mi primo Jean Fonseca y mis hermanos ya que siempre recalcan lo mejor de mí y mis cualidades

También agradecer a mi mejor amiga Amanda Cedeño y todos mis amigos que he conocido a lo largo de mi carrera.

Diego López Romero

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, a la familia que estuvo en todas las etapas de mi carrera. A mi abuelito por marcarme de una manera tan especial desde pequeña, le dedico esto, aunque no esté físicamente conmigo sé que lo estuvo todo este tiempo dándome las fuerzas para culminar uno de los logros en mi vida. A mis amigos que me alentaron cada vez que se me presentaba una adversidad y a los doctores que contribuyeron a mi formación.

Mara Rubio Ponce

Esta dedicatoria va para mi mamá Zully Selene Romero Álvarez que gracias a ella logré cumplir una de las muchas metas que voy a tener a lo largo de mi vida, por inculcarme a no rendirme nunca y a seguir adelante no importa los obstáculos que te presente la vida.

A mi abuelita Santa Benedicta Álvarez y a toda mi familia que siempre estuvo apoyándome a lo largo de mis estudios y por seguirme apoyándome en la nueva etapa que voy a obtener ya como profesional.

Diego Sebastián, López Romero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS, MSG
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYON GENKUONG ANDRES MAURICIO
COORDINADOR DE TITULACIÓN

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	4
HIPÓTESIS	4
MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO 1: EMBARAZO ADOLESCENTE	5
DEFINICIONES	5
FACTORES DE RIESGO.....	5
EVALUACIÓN DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE	6
CONSECUENCIAS.....	6
ACTITUD.....	6
DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LA ADOLESCENTE	7
URGENCIAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS	8
VIGILANCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL EMBARAZO.....	9
CAPÍTULO 2: DEPRESIÓN POSTPARTO	10
DEFINICIÓN	10
EPIDEMIOLOGÍA.....	11
HISTORIA CLINICA.....	12
CONSECUENCIAS.....	13
DISCAPACIDAD MATERNA.....	14
CONSECUENCIAS DEL NIÑO	15
TRATAMIENTO	17
DEPRESIÓN POSTPARTO EN EMBARAZO ADOLESCENTE	18
EPIDEMIOLOGÍA	18
FACTORES DE RIESGO.....	19
PRONÓSTICO	21
CAPITULO 3: MATERIALES Y MÉTODOS	23
TIPO DE ESTUDIO.....	23

POBLACIÓN	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
VARIABLES	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIÓN	43
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual de puérperas según grupo de edad	24
Tabla 2. Distribución porcentual de puérperas según lugar de procedencia	25
Tabla 3. Distribución porcentual de puérperas según escolaridad	26
Tabla 4. Distribución porcentual de puérperas según estado civil	27
Tabla 5. Distribución porcentual de puérperas según el tratamiento	28
Tabla 6. Pregunta 1 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	29
Tabla 7. Pregunta 2 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	30
Tabla 8. Pregunta 3 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	31
Tabla 9. Pregunta 4 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	32
Tabla 10. Pregunta 5 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	33
Tabla 11. Pregunta 6 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	34
Tabla 12. Pregunta 7 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	35
Tabla 13. Pregunta 8 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	36
Tabla 14. Pregunta 9 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	37
Tabla 15. Pregunta 10 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto	38
Tabla 16. Distribución porcentual de puérperas según Test de Edimburgo	39
Tabla 17. Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y menores de edad	40
Tabla 18. Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y mayores de edad	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Distribución porcentual de puérperas según grupo de edad	24
Gráfico N° 2. Distribución porcentual de puérperas según lugar de procedencia	25
Gráfico N° 3. Distribución porcentual de puérperas según escolaridad	26
Gráfico N° 4. Distribución porcentual de puérperas según estado civil	27
Gráfico N° 5. Distribución porcentual de puérperas según el tratamiento	28
Gráfico N° 6. Pregunta 1 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	29
Gráfico N° 7. Pregunta 2 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	30
Gráfico N° 8. Pregunta 3 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	31
Gráfico N° 9. Pregunta 4 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	32
Gráfico N° 10. Pregunta 5 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	33
Gráfico N° 11. Pregunta 6 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	34
Gráfico N° 12. Pregunta 7 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	35
Gráfico N° 13. Pregunta 8 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	36
Gráfico N° 14. Pregunta 9 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	37
Gráfico N° 15. Pregunta 10 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto.....	38
Gráfico N° 16. Distribución porcentual de puérperas según Test de Edimburgo	39
Gráfico N° 17. Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y menores de edad.....	40
Gráfico N° 18. Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y mayores de edad	41

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto es una afección del estado anímico, que a menudo aparece de tres a cinco días después del parto, esta enfermedad está asociada a diversos factores que conllevan a futuras complicaciones en el estado de la salud mental y la calidad de vida materna. **Objetivo:** Determinar la depresión post parto en madres adolescentes mediante el análisis del test Edimburgo atendidas en el Hospital General Universitario, durante el periodo 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021. **Materiales y métodos:** estudio de cohorte retrospectivo, observacional y analítico en donde se utilizó la base de datos de pacientes atendidas en el Servicio de Consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil del 1 de julio 2020 al 1 de mayo del 2021. El análisis de datos se realizó en el programa Excel 2013. **Conclusión:** el test de Edimburgo, el cual utilizamos como método de detección de depresión en las pacientes del Hospital Universitario De Guayaquil nos permitió determinar que la mayoría de los pacientes de nuestra encuesta presentan depresión con un total de 54,78%, el segundo grupo que se encuentran en riesgo de depresión con un 43,48% y solo el 1,74% de los pacientes no poseen riesgo alguno.

Palabras claves: depresión post parto, test de Edimburgo, madres adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is a condition, which often appears three to five days after delivery, this disease is associated with various factors that lead to future complications in the state of mental health and maternal quality of life.

Objective: Determine postpartum depression in adolescent mothers by analyzing the Edinburgh test treated at the General University Hospital, during the period July 1, 2020 until May 1, 2021. **Materials and methods:** retrospective, observational and analytical cohort study where the database of patients treated in the Outpatient Service of the General University Hospital of Guayaquil from July 1, 2020 to May 1, 2021 was used. The data analysis was carried out in the Excel 2013 program. **Conclusion:** Edinburgh test, which we use as a method of detecting depression in the patients of the Hospital Universitario De Guayaquil, will make us determine that the majority of the patients in our survey present depression with a total of 54.78%, the second group that is are at risk of depression with 43.48% and only 1.74% of patients have no risk.

Keywords: Postpartum depression, Edinburgh test, Adolescent mothers.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del embarazo en las adolescentes ha aumentado en el mundo entero en las últimas décadas. Constituye una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un menor nivel socioeconómico, deserción escolar, baja autoestima y una pareja inestable o ausente. Estas condiciones se relacionan con bajo peso al nacer, aumento de la morbimortalidad infantil y desnutrición temprana (1).

Así, se puede considerar que el embarazo y la maternidad en la adolescencia estarían vinculados con importantes riesgos biológicos y psicosociales, tanto para la madre como para su hijo; dichos riesgos, contrariamente a lo que se creía, no se deben a condiciones intrínsecas de este período de vida, como es la adolescencia, sino que el embarazo en esta etapa es en sí mismo un marcador de factores sociodemográficos que aumentan los riesgos tanto de la gestación como de la maternidad (2).

La escolaridad, la permisividad de los padres, el funcionamiento de la familia, la autoestima, la práctica de un culto religioso, el rendimiento escolar y la ocupación del tiempo libre de la adolescente forman parte de una larga lista de variables de una escala de riesgo de embarazo temprano (1,2).

La depresión posparto se refiere a episodios depresivos que prevalecen después del parto. La depresión, aunque siempre es un trastorno incapacitante, es especialmente problemática para la nueva madre que cuida a un bebé pequeño, además de manejar sus responsabilidades normales, que pueden incluir cuidar a niños mayores y trabajar fuera del hogar (3).

Además, existe una gran cantidad de literatura que documenta los efectos nocivos de la depresión materna en los niños, desde el nacimiento. Por último, el acceso al tratamiento puede verse afectado debido a la renuencia de las mujeres a viajar a las citas regulares de psicoterapia y a sus preocupaciones sobre la transmisión de medicamentos antidepresivos a sus bebés si están amamantando (4).

Aunque la depresión posparto se ha estudiado ampliamente en adultos, se comprende menos en las madres adolescentes. En 2013, por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años que vivían en los Estados Unidos, hubo 26.5 nacimientos para un total de 273 105 bebés nacidos de madres adolescentes. El número de nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes en Canadá, Alemania y el Reino Unido es de 11, 7 y 17 respectivamente (5).

La prevalencia de depresión en madres adolescentes varía del 14% al 53%, que es más alta que la prevalencia observada de 6,9% a 16,7% en madres adultas. En comparación con las madres adultas, es más probable que las madres adolescentes hayan consumido drogas ilícitas antes del embarazo, hayan fumado durante el embarazo, hayan desatendido las recomendaciones de salud prenatal y hayan sufrido abusos físicos por parte del padre del bebé (6).

La maternidad adolescente se asocia con más discapacidades educativas y enfermedades de salud mental, incluidos trastornos por uso de sustancias, trastornos del pensamiento, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y trastornos de la alimentación. Por último, en comparación con las adolescentes prenatales, las madres adolescentes tienen tres veces más probabilidades de intentar suicidarse (20% frente a 6,3%) (5,6).

OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar la depresión post parto en las madres adolescentes mediante el análisis del test Edimburgo atendidas en el Hospital General Universitario, durante el periodo 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

Objetivos específicos:

- Valorar las variables sociodemográficas de las pacientes con criterios de inclusión atendidas en el Hospital General Universitario.
- Detectar el rango de depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Universitario.
- Determinar el manejo terapéutico de las pacientes con depresión postparto.

HIPÓTESIS

La prevalencia de depresión postparto tiene como factor principal ser madre en edad adolescente.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: EMBARAZO ADOLESCENTE

DEFINICIONES

La adolescencia corresponde a una época de transición desde la niñez al individuo adulto, que supone un proceso de maduración en tres aspectos: biológico, alcanzando la madurez sexual y reproductiva; psicológico, estableciendo la propia personalidad adulta; y socioeconómico, que culmina con la independencia de la estructura familiar. Según la Organización Panamericana de la Salud, el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en una mujer antes de los 19 años (2).

Dentro de los problemas derivados de la inmadurez de la adolescente, se habla del embarazo en la adolescencia precoz antes de los 14 años; intermedia entre los 15 y los 17 años y tardía después de los 18 años. Hay diferencias respecto de las vivencias en la adolescencia temprana, intermedia o tardía y su conocimiento ayuda a comprenderlas en su contexto evolutivo (1).

FACTORES DE RIESGO

- Deficiente educación sexual y de planificación familiar en lo concerniente a los derechos sexuales y reproductivos
- Dificultad de acceso a programas de regulación de la fertilidad
- Baja comunicación intrafamiliar
- Disminución de la autoestima y la capacidad de toma de decisiones (1).

EVALUACIÓN DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

- Factores socioeconómicos.
- Psicológica: actitud frente a la maternidad; personalidad y autoestima, educación escolar, ambiente familiar, independencia económica y desarrollo de los hijos.
- Ginecológica: similar al embarazo de alto riesgo teniendo en cuenta, con mayor énfasis, la valoración del estado nutricional y tamizaje de enfermedades de transmisión sexual (7,8).

CONSECUENCIAS

El embarazo en la adolescencia está asociado con un aumento del riesgo de malos resultados obstétricos. No es conocido si estos factores reflejan el deterioro del ambiente sociodemográfico de la mayoría de las embarazadas adolescentes o si la inmadurez biológica está causalmente implicada. Los resultados adversos asociados con el embarazo en la adolescencia incluyen: parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción de crecimiento fetal, pérdida fetal tardía y mortalidad infantil (7).

Los problemas psicosociales de la embarazada adolescente incluyen: interrupción de la escolaridad, persistente bajo nivel económico, disminución de las oportunidades laborales, aislamiento de sus padres, divorcio y repetición del embarazo. Usualmente existe una historia de pobres resultados académicos, con repetidos nacimientos antes de los 19 años con un efecto negativo en completar su escolaridad (8).

Son factores positivos: la raza (negra mejor que blanca); vivir en una familia pequeña, presencia de materiales de lectura en casa, empleo para la madre adolescente y tener padres con un alto nivel educativo (7,8).

ACTITUD

Las bases fundamentales de un buen programa serían la educación de la población, la prevención del embarazo, la detección precoz del mismo y el tratamiento adecuado. Se deberá contar con una estructura física y administrativa

adecuada a fin de organizar la atención de la adolescente de manera personalizada, coordinando acciones con el sector educación y con otras entidades relacionadas (7,8).

Desde el punto de vista de la salud pública, el embarazo temprano debe considerarse un riesgo para la salud, lo que justificaría disminuir su prevalencia. Las actitudes se manifiestan de distintas maneras y esto depende de influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc. Sin embargo, es posible encontrar características comunes y distintivas que permitan clasificar conductas sobre la base de las etapas de desarrollo de la adolescencia (8).

Todos nuestros esfuerzos deben encaminarse a obtener para la embarazada adolescente un control prenatal adecuado y adoptar estilos de vida saludables. Sin embargo, los riesgos del embarazo en la adolescente permanecerán altos a menos que se identifiquen los factores biológicos intrínsecos que contribuyen al riesgo aumentado de resultados adversos del embarazo entre las madres más jóvenes.

DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LA ADOLESCENTE

- Bajo peso al nacer. Debido a parto pretérmino o a restricción del crecimiento intrauterino derivados de la disminución del nivel socioeconómico y de los cuidados médicos.
- Restricción de crecimiento intrauterino, la edad joven es un factor determinante, siendo más frecuente en las jóvenes menores de 15 años; contribuyen factores ligados al menor desarrollo uterino, carencias nutricionales y hábitos tóxicos diversos.
- Trastornos hipertensivos del embarazo. Aproximadamente un 25% de las gestantes menores de 19 años desarrolla trastornos hipertensivos del embarazo.
- Distocias dinámicas y desproporción feto-pélvica en el trabajo de parto.

- Aumento de la mortalidad materna y perinatal. Secundario a inmadurez orgánica, bajo nivel socioeconómico y déficit de cuidados médicos (9).

URGENCIAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS

La adolescente embarazada tiene una alta incidencia de complicaciones médicas para la madre y el hijo, mayor que la mujer adulta. La proporción de mortalidad para la madre adolescente es dos veces mayor que para la mujer embarazada adulta (10).

El embarazo en la adolescencia ha sido asociado con otros problemas médicos que incluyen la disminución en la ganancia de peso materna, precipitación del nacimiento a 37 semanas de gestación, hipertensión gestacional, anemia, y enfermedades de transmisión sexual. Aproximadamente 14% de infantes nacidos de adolescentes de 17 años o menores tiene parto pretérmino comparado con el 6% para las mujeres de 25 a 29 años de edad. Las madres adolescentes (14 años y más joven) probablemente tienen niños con peso insuficiente, y esto es más pronunciado en las adolescentes negras (9,10).

Factores biológicos que han sido de forma consistente asociados con los resultados de embarazo negativos son los estados nutritivos pobres, los pesos y talla bajos pregestacional, paridad y la poca ganancia de peso en el embarazo (10).

Muchos factores sociales también han sido asociados con los resultados del nacimiento: la pobreza, el estado civil soltera, el bajo nivel educativo, el hábito de fumar, el uso de drogas psicoactivas y el cuidado prenatal inadecuado (10,11).

Los factores biológicos y sociales pueden contribuir a los resultados pobres en las adolescentes. Las adolescentes también tienen proporciones altas de enfermedades de transmisión sexual, uso de sustancias psicoactivas y pobre alimentación, todos los cuales contribuyen al riesgo de parto pretérmino (11).

Las intervenciones, como la ingesta prenatal de ácido fólico, pueden ser eficaces para disminuir las disparidades observadas entre las adolescentes comparadas

con las mujeres adultas. La profilaxis del parto pretérmino se realizará con la adecuada atención médica durante el embarazo. Vigilancia y control de las infecciones cervicales y vaginales, educación a la gestante para valorar contracciones uterinas prematuras; control ambulatorio tocográfico de las contracciones uterinas y hospitalización en caso de patología obstétrica. La supresión de tóxicos y el tratamiento precoz de la anemia son medidas preventivas para la restricción de crecimiento intrauterino (12).

El adecuado control prenatal y la vigilancia ecográfica en caso de discordancia de la altura uterina o poca ganancia de peso permitirán el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado. Los cuidados dietéticos y la atención prenatal disminuirán la incidencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en las adolescentes (10-12).

VIGILANCIA OBSTÉTRICA DURANTE EL EMBARAZO

El cuidado multidisciplinario en equipos que incluyan ginecólogo, psicólogo, educadores y asistentes sociales conseguirá disminuir el impacto y las complicaciones sociales, psicológicas y obstétricas del embarazo en la adolescencia. El impacto sobre la morbilidad perinatal será importante si se implementan campañas de educación para evitar el embarazo en las adolescentes (11).

El embarazo en una mujer adolescente continúa siendo un gran reto no sólo para el sistema de salud, sino para toda la sociedad a la que pertenecen, ya que es bien sabido el desequilibrio psicológico y social que esto representa; no obstante, la alteración biológica ha sido quizás la menos estudiada o menos comprendida (12).

CAPÍTULO 2: DEPRESIÓN POSTPARTO

DEFINICIÓN

La depresión posparto (DPP) se distingue típicamente de la tristeza posparto, que es una alteración del estado de ánimo común (incidencia del 40% al 80%), leve y transitoria que a menudo ocurre de tres a cinco días después del parto. La depresión posparto también se distingue de la psicosis posparto, que es un episodio raro (incidencia de 0.1% a 0.5%), agudo y psicótico que a menudo comienza dentro de las primeras dos semanas después del parto. La depresión posparto a menudo se define como un episodio de trastorno depresivo mayor (pero a veces incluye depresión leve) que ocurre en el período posparto (3,4).

Las entrevistas clínicas estructuradas, incluida la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR, se han utilizado para una evaluación más rigurosa de la depresión posparto. El DSM-IV asigna un especificador "con inicio posparto" a los episodios de depresión que comienzan dentro de las cuatro semanas posteriores al parto (4).

Sin embargo, en la práctica clínica y en muchos estudios de investigación, se utilizan marcos de tiempo que van hasta un año para definir el período posparto. En el DSM-5, la revisión propuesta para el especificador "con inicio posparto" incluye episodios que comienzan dentro de los seis meses posteriores al parto. La evidencia para respaldar un marco de tiempo de seis meses no es convincente, pero no hubo evidencia para respaldar el marco de tiempo de un mes en el DSM-IV-TR (13).

En resumen, no hay consenso sobre lo que constituye el período posparto a los efectos de la investigación sobre la depresión posparto, y es probable que se utilicen diferentes marcos de tiempo para diferentes propósitos. Por ejemplo, se pueden usar períodos más cortos para estudios biológicos y períodos más largos para estudios sociales y estudios de tratamiento o prevención.

EPIDEMIOLOGÍA

Antes de discutir las cuestiones de la prevalencia de la depresión entre las mujeres en el posparto, conviene considerar los resultados de los estudios epidemiológicos a gran escala que informan las tasas de depresión mayor para la población general de mujeres. Una limitación de cualquier comparación entre las tasas de depresión en mujeres posparto y no posparto es que las metodologías difieren entre los estudios epidemiológicos de población general a gran escala y los estudios de prevalencia de depresión en mujeres posparto, particularmente en el período de tiempo considerado (para estimaciones de prevalencia de período) (14).

No obstante, el conocimiento de los resultados de los estudios epidemiológicos de la depresión en la población general de mujeres debería ayudar a contextualizar los hallazgos de los estudios de prevalencia de la depresión en mujeres posparto.

La prevalencia del período de un mes de la depresión mayor para mujeres entre las edades de 15 y 54 fue del 5,9%. La Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas arrojó una prevalencia de 12 meses de depresión mayor de 10.1% para mujeres de 18 años o más. Las estimaciones de prevalencia de DPP han variado ampliamente debido a los diferentes criterios para DPP, el período de tiempo considerado y las poblaciones (13,15).

Dos grandes estudios europeos han arrojado resultados dispares que van desde una prevalencia de un año del 9,6% para la depresión mayor y menor en Pisa, Italia, hasta una prevalencia del período de seis semanas del 9,2% para la depresión mayor y menor y la distimia en Barcelona, España. Estos estudios fueron amplios y bien hechos, pero sus hallazgos reflejan además la alta variabilidad en la definición de las estimaciones de depresión posparto obtenidas en estudios en países desarrollados (15).

HISTORIA CLINICA

La depresión posparto se diagnostica cuando se presentan al menos cinco síntomas depresivos durante al menos 2 semanas. En el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), la depresión posparto se considera cuando una paciente tiene un episodio depresivo mayor junto con el inicio del periparto, y no se menciona como una enfermedad separada. Por definición, se define como un episodio depresivo mayor con el inicio del embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto. Los nueve síntomas están presentes casi todos los días y representan un cambio con respecto a la rutina anterior. (3) El diagnóstico debe incluir depresión o anhedonia (pérdida de interés), además de los cinco síntomas a diagnosticar.

- Estado de ánimo depresivo (subjetivo u observado) presente la mayor parte del día
- Pérdida de interés o placer, la mayor parte del día.
- Insomnio o hipersomnia
- Retraso psicomotor o agitación.
- Inutilidad o culpa
- Pérdida de energía o fatiga
- Idea o intento suicida y pensamientos recurrentes de muerte
- Concentración alterada o indecisión
- Cambio de peso o apetito (cambio de peso del 5% durante 1 mes) (16)

Estos síntomas pueden provocar angustia y / o deterioro significativo. Además, estos síntomas no son atribuibles a una sustancia o afección médica. Un trastorno psicótico no causa el episodio, ni ha sido un episodio maníaco o hipomaníaco previo.

En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-10), se define un inicio posparto dentro de las 6 semanas posteriores al parto. La CIE-10 describe un episodio depresivo de la siguiente manera:

- En los episodios depresivos típicos leves, moderados o graves, el paciente tiene un estado de ánimo deprimido con una disminución de la actividad y la energía.
- Se reduce la capacidad de disfrute, interés y concentración. El paciente se siente muy cansado después del mínimo esfuerzo junto con alteraciones del sueño y disminución del apetito. La culpa o la inutilidad suelen estar presentes, junto con una reducción de la autoestima y la confianza en uno mismo.
- Síntomas somáticos, como anhedonia, andar inusual muy temprano en la mañana, junto con agitación, pérdida de peso, pérdida de la libido, disminución del apetito y retraso psicomotor marcado. Estos síntomas varían poco de un día a otro y no responden a las circunstancias.
- Un episodio depresivo puede clasificarse en leve, moderado o grave y depende de la gravedad y el número de síntomas. (17)

La DPP puede conducir a un vínculo materno-infantil deficiente, fallas en la lactancia, prácticas de crianza negativas, discordia marital, así como peores resultados relacionados con el desarrollo físico y psicológico del niño. La remisión de los síntomas reducirá el riesgo de problemas psiquiátricos y de comportamiento en la descendencia. (16)

Un episodio previo de PPD aumenta el riesgo futuro de depresión mayor, trastorno bipolar y PPD. También deben anotarse los antecedentes personales y familiares de depresión y psicosis posparto.

CONSECUENCIAS

Al igual que la depresión mayor que ocurre en otras ocasiones en la vida de una mujer, la depresión posparto crea sufrimiento personal y disminuye la capacidad de la mujer para funcionar de manera eficaz en muchas esferas de su vida. Lo que es diferente es que las mujeres en el posparto tienen una gran responsabilidad en el cuidado de un bebé pequeño, y la depresión continua puede interferir con la crianza de los hijos y está asociada con una variedad de resultados negativos en el niño a corto y largo plazo (13-18).

DISCAPACIDAD MATERNA

La depresión posparto puede persistir durante un período prolongado y es probable que esté asociada con episodios depresivos recurrentes. Además, la depresión posparto también se asocia con un aumento de los niveles de emocionalidad negativa y una disminución de los niveles de emocionalidad positiva. Todas estas características sugieren que la exposición de los bebés al afecto negativo materno será significativa y a largo plazo (14).

Se ha demostrado que las mujeres con depresión posparto exhiben una serie de sesgos cognitivos que conducen a percepciones negativas de sí mismas y de los demás. Se ha demostrado que un mayor enfoque en uno mismo es característico de muchos trastornos psiquiátricos. Se ha demostrado que el aumento de los síntomas depresivos durante la transición a la maternidad predice una disminución de las metas relacionadas con la familia y un aumento concomitante de las metas centradas en uno mismo (19).

Se ha demostrado también que la depresión posparto afecta numerosas conductas de cuidado materno. El impacto negativo de los síntomas depresivos es evidente en una de las primeras interacciones con su bebé, la lactancia. La lactancia materna es fundamental para el desarrollo infantil y la lactancia materna exclusiva puede continuar hasta seis meses después del parto (18-20).

Los efectos negativos de la depresión posparto se extienden más allá del período posparto temprano hasta la infancia y la niñez. Es menos probable que las mujeres con síntomas depresivos asistan a visitas de niño sano, completen vacunas, usen dispositivos de seguridad en el hogar o coloquen a los bebés en la posición recomendada para dormir. La depresión posparto también se asocia con prácticas problemáticas para dormir a los bebés, el uso incorrecto de los asientos del automóvil y el establecimiento de niveles seguros de temperatura del calentador de agua (20).

Además de comprometer la seguridad y el bienestar del bebé, las madres con depresión posparto tienen más probabilidades de descuidar y abusar de sus

hijos. La depresión posparto va más allá de influir en la forma en que una madre responde a las necesidades básicas de alimentación, sueño y seguridad de su hijo, y también afecta la forma en que interactúa con su hijo. Las interacciones madre-hijo en presencia de depresión posparto pueden caracterizarse tanto por la hostilidad como por la falta de respuesta (18-20).

Las mujeres con depresión posparto además han demostrado una menor coordinación con la mirada y el tacto del bebé. La comprensión de estos mediadores potenciales es fundamental para informar las intervenciones para la depresión posparto y qué procesos deben apuntar los esfuerzos de prevención y tratamiento para promover resultados familiares positivos y reducir las consecuencias negativas para los niños (18).

CONSECUENCIAS DEL NIÑO

Se ha dedicado una gran cantidad de literatura a identificar las consecuencias de la depresión materna en el desarrollo infantil, y numerosas revisiones se han centrado en sintetizar y criticar este cuerpo de trabajo. Se han realizado revisiones adicionales que se centran específicamente en las consecuencias de la depresión materna durante el período posparto. Las conclusiones de todas estas revisiones sugieren que la depresión materna está asociada con consecuencias conductuales, cognitivas y relacionadas con la salud del niño en desarrollo (18-20).

Existe una asociación pequeña pero significativa entre la depresión materna y una variedad de resultados conductuales infantiles que incluyen psicopatología internalizante, psicopatología externa, emocionalidad negativa y emocionalidad positiva. Ciertos estudios sugieren que la cronicidad de la depresión materna (cantidad de exposición del niño a la depresión) puede desempeñar un papel más crítico en los resultados del niño que el diagnóstico específico (19).

Estos estudios sugirieron que tanto la gravedad como la cronicidad de los síntomas depresivos maternos predijeron problemas futuros de comportamiento

infantil. La forma en que el momento y la cronicidad de la depresión en el período posparto influyen en los resultados del comportamiento infantil representa otra área crítica para la investigación futura, ya que tiene implicaciones significativas para la prevención y el momento de la intervención (19,20).

La literatura que examina los efectos de la DPP en el desarrollo cognitivo infantil está bastante bien establecida, con revisiones cualitativas que convergen en sus conclusiones. Existe consenso en que la depresión posparto predice un peor desarrollo del lenguaje y del coeficiente intelectual en los niños y que este efecto se encuentra en la niñez y la adolescencia. Estas revisiones también informan que la literatura muestra consistentemente que el efecto de la DPP en el desarrollo cognitivo infantil es más pronunciado en los niños que en las niñas (18-20).

Las madres con depresión posparto son menos propensas a participar en comportamientos positivos de cuidado (lactancia materna sostenida, asistencia regular a visitas de niño sano). Debido a las conductas de cuidado desadaptativas de una madre deprimida, la salud de su bebé puede verse afectada. La frecuencia de mujeres con síntomas crónicamente elevados de depresión se asoció con un funcionamiento cardiovascular infantil más deficiente, los hijos de madres con un diagnóstico de depresión en cualquier momento desde el embarazo hasta los seis meses posparto tuvieron tasas significativamente más altas de infecciones gastrointestinales e infecciones del tracto respiratorio inferior, y depresión posparto (20).

TRATAMIENTO

El tratamiento de primera línea para la depresión periparto es la psicoterapia y los medicamentos antidepresivos. La psicoterapia psicosocial y psicológica es la opción de tratamiento de primera línea para las mujeres con depresión periparto leve a moderada, especialmente si las madres dudan en comenzar a tomar medicamentos y van a amamantar al recién nacido. Se recomienda una combinación de terapia y medicamentos antidepresivos para mujeres con depresión moderada a severa. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son la primera opción. Considere cambiar a inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) o mirtazapina si los ISRS no son efectivos. Una vez alcanzada una dosis eficaz, continúe el tratamiento durante 6 a 12 meses para prevenir la recaída de los síntomas. (21)

Las recomendaciones farmacológicas para las mujeres que están amamantando deben incluir discutir los beneficios de la lactancia materna, los riesgos del uso de antidepresivos durante la lactancia y los riesgos de enfermedades no tratadas. La estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMT) es un tratamiento que puede brindar una opción para las mujeres que amamantan y están preocupadas por la exposición de sus bebés a medicamentos. Existe la mayor cantidad de datos sobre el uso de sertralina para la prevención y el tratamiento de la depresión posparto. El riesgo de amamantar mientras se toma un inhibidor de la recaptación de serotonina es relativamente bajo y se puede alentar a las mujeres a amamantar mientras toman antidepresivos. (16)

Es posible que los pacientes con depresión posparto grave no respondan a la psicoterapia y la farmacoterapia. Para los pacientes refractarios a cuatro ensayos de medicación consecutivos, se recomienda la Terapia electroconvulsiva (TEC). La TEC es particularmente útil en pacientes con depresión psicótica, con intención o planes de suicidio o infanticidio, y rechazo a comer, lo que lleva a desnutrición y deshidratación. Varios estudios observacionales han sugerido que la TEC es una opción más segura para las madres lactantes, ya que hay menos efectos adversos tanto en la madre como en el bebé. (21)

DEPRESIÓN POSTPARTO EN EMBARAZO ADOLESCENTE

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la depresión posparto en la adolescencia varió considerablemente entre el 14% y el 53%. Esta amplia gama puede atribuirse a la definición utilizada, la metodología de selección o las diferencias socioculturales de la muestra. Los cuestionarios de detección de auto informe fueron el método más utilizado para detectar la depresión. A pesar de las diferencias metodológicas, la mayoría de los investigadores encontraron que la prevalencia de depresión posparto en muestras de adolescentes fue de aproximadamente el 25% (22).

Un estudio de intervención de 128 adolescentes educadas por videos y literatura sobre la depresión posparto informó una tasa de depresión del 28%. Los investigadores que emparejaron a 54 adolescentes con adultos encontraron que el 26% de las madres adolescentes tenían depresión periparto en el último trimestre que se extiende hasta el período posparto. En contraste con la utilización de auto informes, un grupo desplegó médicos que utilizaron los criterios del programa para trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS) basado en entrevistas. El 26% de su muestra de adolescentes cumplió con los criterios de depresión clínicamente significativa a las 6 semanas de posparto y el 20% cumplió con los criterios al año de posparto (23).

Otro hallazgo constante entre los estudios que comparan madres adolescentes con madres adultas independientemente de la metodología fue la mayor prevalencia de depresión posparto entre las adolescentes. Dos estudios canadienses informaron que las madres adolescentes tenían el doble de probabilidades de sufrir depresión posparto en comparación con las madres adultas (14% frente a 6,9% y 14% frente a 7,2%), incluso con cantidades similares de apoyo social. Esta proporción se mantuvo constante entre las madres adolescentes escandinavas (24% frente a 14%) y tailandesas (23% frente a 12%). Un estudio brasileño, que tiene en cuenta las diferencias socioeconómicas, calculó una prevalencia de depresión periparto del 26% entre

los adolescentes del centro de la ciudad en comparación con el 16,7% en las madres adultas (24).

FACTORES DE RIESGO

Las madres adolescentes enfrentan más desafíos psicosociales con sus contrapartes adultas que pueden aumentar el riesgo de depresión, incluido el aislamiento de sus compañeros, la maternidad soltera, los conflictos familiares, la baja autoestima, ser primípara y la insatisfacción corporal. Los factores de riesgo comunes para la depresión posparto incluyen la condición de soltero, factores estresantes maternos y diagnósticos previos de depresión y salud mental durante el embarazo. Los factores que se asociaron de forma única con la depresión posparto de las adolescentes fueron el apoyo social limitado y el nivel socioeconómico más bajo (25).

La depresión antes del embarazo puede ser uno de los mayores factores de riesgo de depresión posparto y del embarazo en sí. El 20% de las adolescentes brasileñas embarazadas había intentado suicidarse al menos una vez antes de su embarazo en comparación con sólo el 6,3% de las adolescentes no embarazadas. El impacto del apoyo social limitado en la depresión posparto adolescente se ha descrito en varios estudios. Es evidente que existe una relación inversa entre el apoyo social y la depresión en las madres adolescentes (24,25).

Por el contrario, el apoyo social y el funcionamiento familiar en el período posparto se asocian positivamente con la autoestima y la confianza de los padres que parecen apoyar la autoidentidad protectora de las madres. Además, cuando se combina con el miedo anticipado al cuidado infantil, el apoyo familiar limitado específicamente, en contraste con el apoyo de los amigos, parece hacer que las adolescentes sean más vulnerables a la depresión posparto. Esto puede explicar la relación protectora que la competencia materna auto percibida tiene contra la depresión, ya que los adolescentes reciben comentarios positivos de la familia. Se demuestra que la felicidad de la propia madre de la adolescente con respecto al bebé protege contra la depresión en su hija adolescente (24).

Entre los hogares multigeneracionales, las madres adolescentes latinas experimentaron una reducción de los síntomas depresivos después del nacimiento de sus bebés. Cuando las abuelas ayudaron con la toma de decisiones, las madres adolescentes negras informaron menos síntomas depresivos, pero las madres adolescentes en hogares blancos informaron más síntomas depresivos cuando las abuelas asumieron más la toma de decisiones (25).

El papel parental del padre también influye en la aparición de la depresión posparto. Se observan tasas más bajas de depresión adolescente posparto cuando las madres tienen niveles más altos de satisfacción con la participación del padre. Sin embargo, aunque la convivencia soltera parece proteger a las adolescentes contra la depresión durante el embarazo, la práctica parece aumentar el riesgo de depresión después del nacimiento del niño. Otro estudio encontró una diferencia entre los grupos étnicos con un aumento de los síntomas depresivos entre los adolescentes afroamericanos en pareja y una disminución de los síntomas depresivos entre las madres adolescentes latinas en pareja en el período posparto (24,25).

Se descubrió que la violencia infligida por la pareja y la pérdida percibida por las madres del poder de decisión conduce a un aumento de los síntomas depresivos. Estos hallazgos pueden explicarse por un mayor conflicto de pareja como resultado de la tremendamente rápida transición a la paternidad y esencialmente a la edad adulta. Los altos niveles de estrés de los padres son claramente un factor de riesgo de depresión posparto (24-26).

Otros factores de riesgo para la depresión posparto en la adolescencia incluyen el uso de sustancias y los antecedentes de trauma. El consumo de alcohol o tabaco antes de la gestación y la gestación aumenta la probabilidad de depresión posparto. El consumo de drogas ilícitas durante el embarazo también aumenta los síntomas depresivos peripartos. Al analizar el período posparto de seis semanas en 212 adolescentes, un historial de abuso o trauma antes del

embarazo fue el único factor demográfico que distinguió a las madres adolescentes deprimidas de las no deprimidas (26).

El abuso sexual y físico contribuye a la depresión en el período posparto. Entre la población de madres adolescentes australianas, el abuso sexual aislado fue uno de los principales contribuyentes a la depresión en el período posparto de 6 meses. A diferencia de los adultos, los estudios que buscan factores de riesgo demográficos para la depresión posparto en madres adolescentes encontraron que el estado fértil y la raza no tienen una asociación significativa con los síntomas depresivos en las adolescentes (22,24).

Por último, el propio desarrollo de la primera infancia de la madre parece influir en la aparición de la depresión posparto. Los investigadores encontraron que el 54% de 66 adolescentes embarazadas sufrían de estilos de apego inseguros en comparación con el 19% de 64 madres adultas en una muestra portuguesa (23).

PRONÓSTICO

Aunque se sabe poco sobre los resultados a largo plazo de la depresión posparto en la adolescencia, están surgiendo nuevos datos longitudinales que sugieren consecuencias adversas tanto para la madre como para el niño. Para empezar, las madres adolescentes con depresión posparto parecen tener un mayor riesgo de embarazos en el futuro cercano. En una muestra de madres adolescentes afroamericanas, se encontró que el riesgo de tener un embarazo posterior a los 2 años después del parto era un 40% mayor entre las que tenían síntomas depresivos (24).

La incidencia de depresión materna clínicamente significativa después del parto parece disminuir con el tiempo. Un estudio longitudinal de 17 años encontró la tasa más alta de depresión entre el primer y el cuarto año del niño con una disminución posterior de los síntomas. Un estudio longitudinal de cuatro años observó que el 57% de 623 madres adolescentes experimentaron síntomas depresivos de moderados a graves con la mayor incidencia de síntomas depresivos significativos a los 3 meses posteriores al parto, seguidos de una

disminución constante durante los siguientes cuatro años. En un estudio separado que investigó los síntomas depresivos, un año después del parto, no se observaron diferencias en los síntomas entre el período de posparto inmediato y un año después. Sin embargo, se observó una disminución significativa de los síntomas depresivos dentro de las 12 semanas en que la madre recibió un mayor apoyo social (25,26).

Se ha observado un aumento de los pensamientos y comportamientos suicidas en adolescentes posparto. La prevalencia de comportamiento suicida en adolescentes posparto es mayor en comparación con controles nulíparas. Un estudio de 294 madres adolescentes afroamericanas y latinas reveló que el 28% informó síntomas depresivos posparto. Del subconjunto deprimido, el 11% informó de ideas o intentos suicidas que sugirieran un vínculo entre la depresión posparto y un trastorno persistente del estado de ánimo (27).

La depresión adolescente periparto y posparto también puede tener efectos adversos en el niño en desarrollo. Los bebés nacidos de madres adolescentes con síntomas suicidas o antecedentes de intento de suicidio pesaron 239,5 g menos que los nacidos de madres sin tales antecedentes. Se ha observado un retraso del crecimiento medido por la circunferencia de la cabeza y el peso en bebés de madres con depresión posparto a los seis meses. También se observaron peores interacciones infantiles, disminución de la capacidad para prestar atención a los estímulos, retrasos en el desarrollo, mala habituación y orientación y peores patrones de sueño. Los hijos de madres adolescentes deprimidas también exhibieron conductas más internalizantes y externalizantes y las madres adolescentes con depresión posparto en general percibieron que sus bebés tenían temperamentos más activos en comparación con sus contrapartes no deprimidas (25-27).

CAPITULO 3: MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de cohorte retrospectivo, observacional y analítico. Los datos se extrajeron de la base de datos de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil en el periodo comprendido entre el 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

POBLACIÓN

Se incluyó un total de 115 madres entre 14 y 19 años de edad del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente en puerperio quirúrgico o fisiológico
- Paciente puérpera entre 14 a 19 años de edad atendida en el Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del estudio mencionado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que no acepte participar en el estudio.
- Paciente cursando gestación.
- Pacientes sin antecedentes de embarazo.

VARIABLES

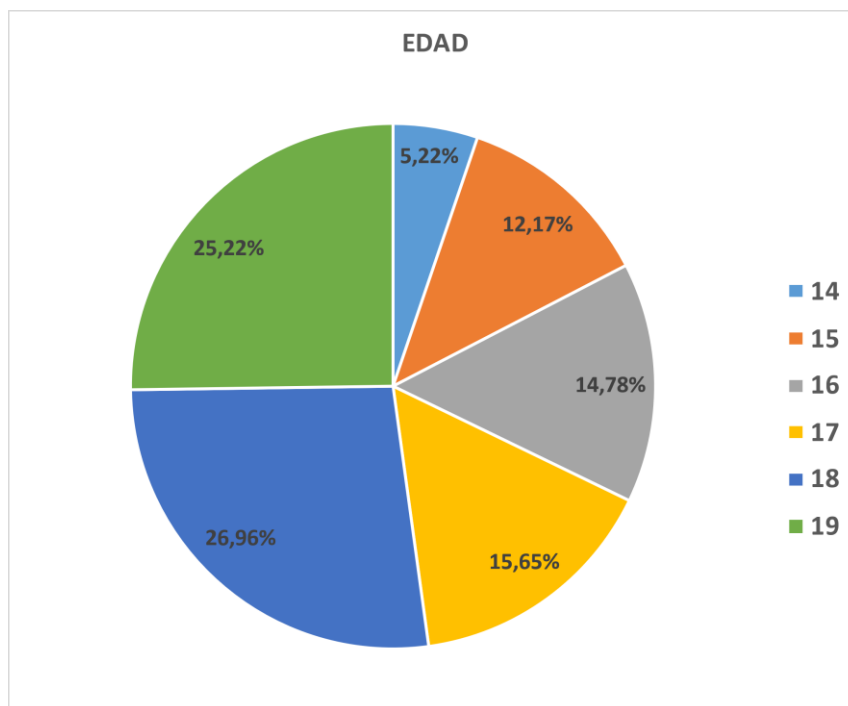
En el Anexo 1 se encuentra la tabla de operacionalización de las variables.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución porcentual de puérperas según grupo de edad

Edad	n°	%
14	6	5,22%
15	14	12,17%
16	17	14,78%
17	18	15,65%
18	31	26,96%
19	29	25,22%
Total	115	100,00%

Gráfico 1. Edad de pacientes con depresión post parto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

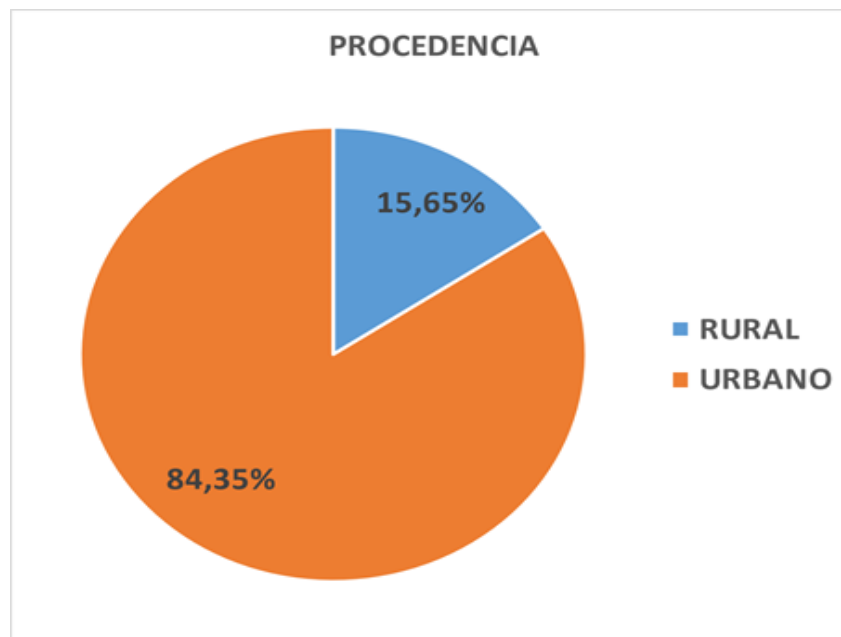
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la tabla 1 se evidencia que la mayoría de las pacientes de la muestra pertenecen al grupo etario de 18 años con un 26,96%, siendo el segundo grupo de prevalencia la edad de 19 años con un 25,22%.

Tabla 2. Distribución porcentual de puérperas según lugar de procedencia

Procedencia	n°	%
Rural	18	15,65%
Urbano	97	84,35%
Total	115	100,00%

Gráfico No 2. Distribución porcentual de puérperas según lugar de procedencia



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

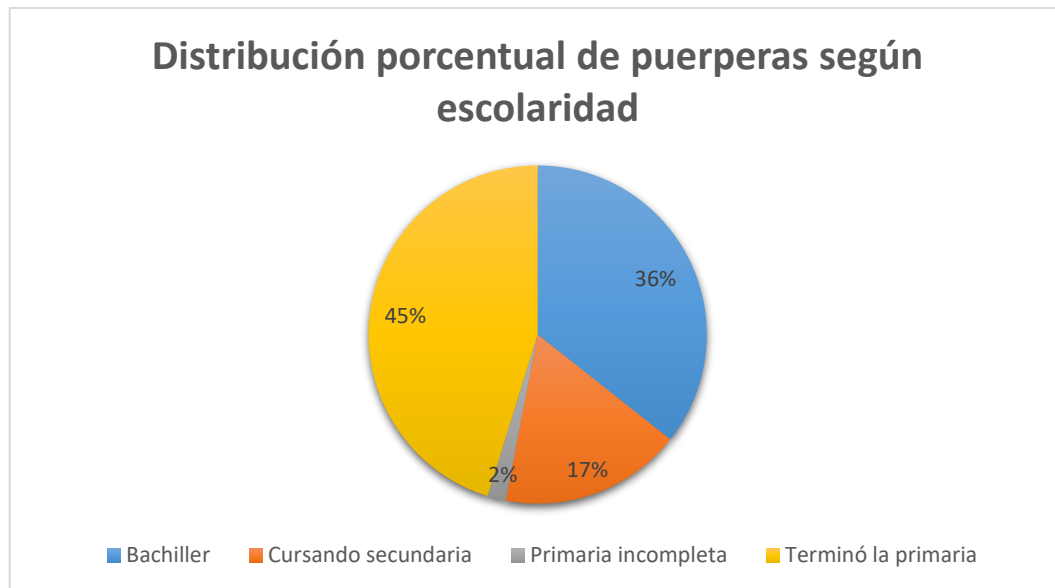
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la tabla 2 se observa que dentro del grupo de pacientes atendidas la gran mayoría pertenecen al sector urbano con un total de 84,35%.

Tabla 3. Distribución porcentual de puérperas según escolaridad

Escolaridad	n°	%
Bachiller	41	35,65%
Cursando secundaria	20	17,39%
Primaria incompleta	2	1,74%
Terminó la primaria	52	45,22%
Total	115	100,00%

Gráfico No 3. Distribución porcentual de puérperas según escolaridad



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

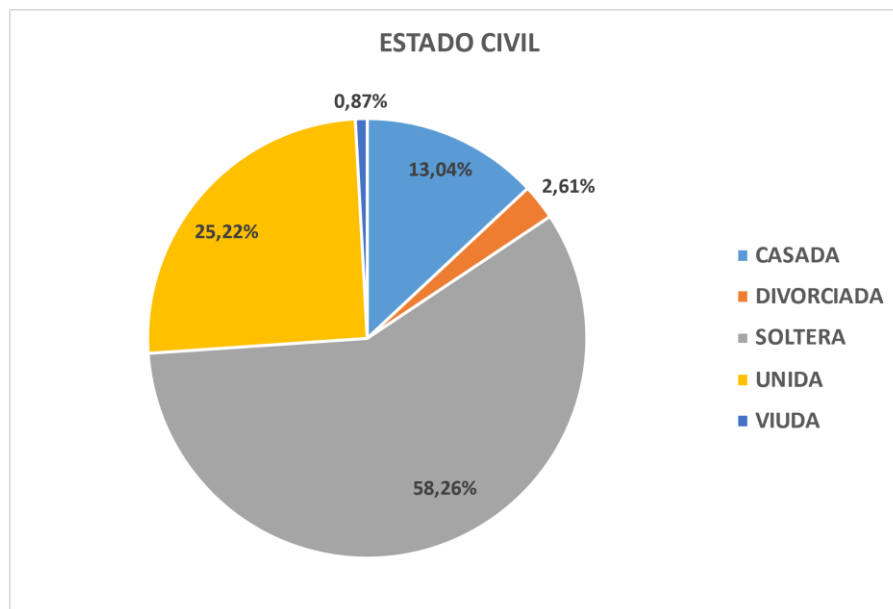
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la tabla 3 se observa que el 45,22% de las pacientes poseen un nivel de instrucción perteneciente a la secundaria (45,22%) y solo el 35,65% completa su nivel escolar a cabalidad.

Tabla 4. Distribución porcentual de puérperas según estado civil

Estado Civil	n°	%
Casada	15	13,04%
Divorciada	3	2,61%
Soltera	67	58,26%
Unión de hecho	29	25,22%
Viuda	1	0,87%
Total	115	100,00%

Gráfico 4. Distribución porcentual de puérperas según estado civil



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

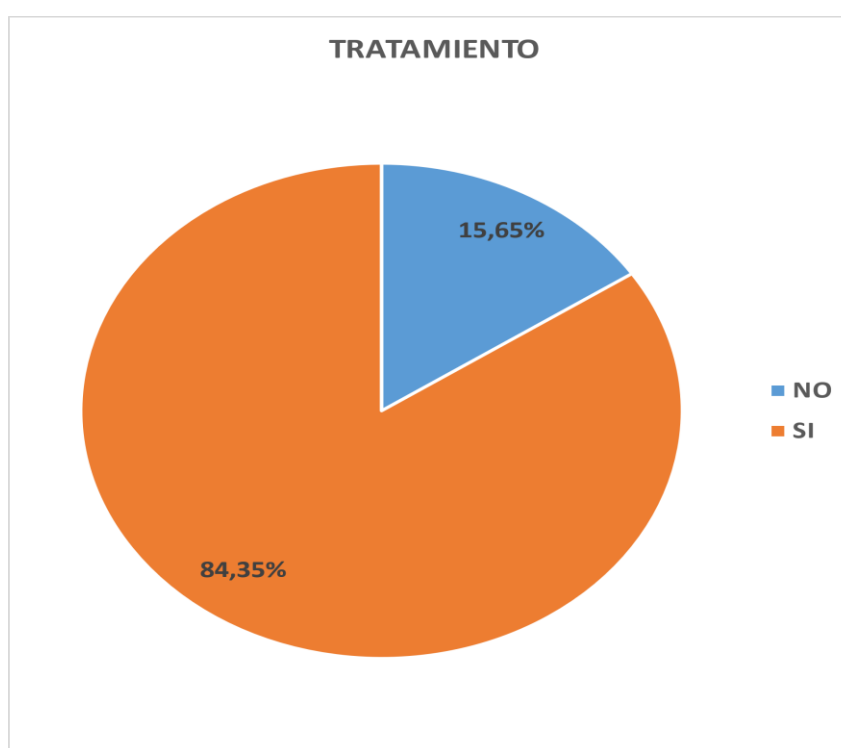
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la tabla 4 podemos determinar que más de la mitad de los pacientes tienen un estado civil correspondiente al soltero con un 58,26%, pero el segundo grupo con más incidencia es la unión de hecho con un 25,22%.

Tabla 5. Distribución porcentual de puérperas según el tratamiento

Tratamiento	n°	%
NO	18	15,65%
SI	97	84,35%
Total	115	100,00%

Gráfico No.5 Distribución porcentual de puérperas según el tratamiento



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

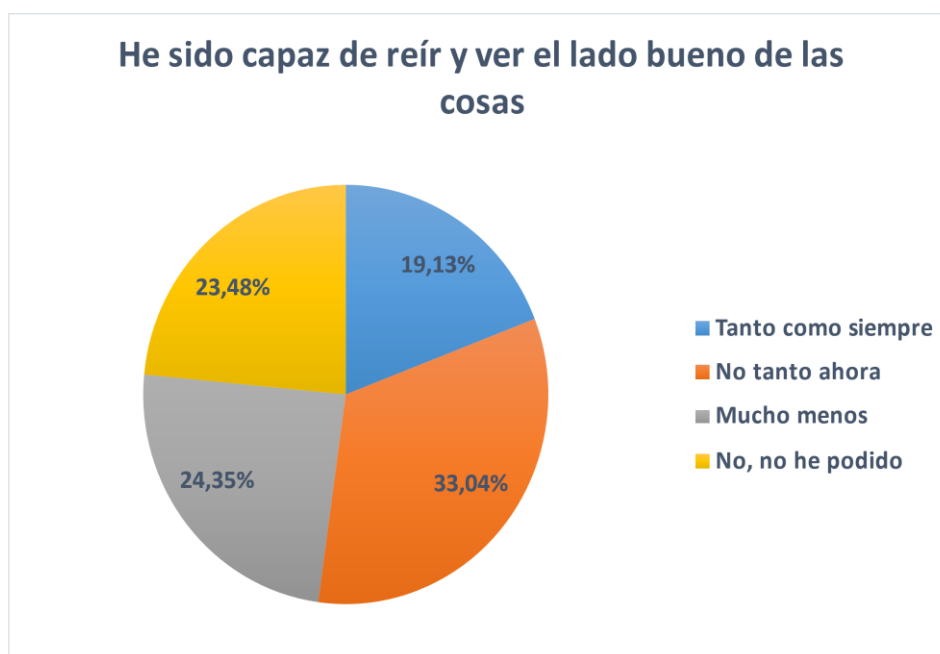
Interpretación: La gran parte de los pacientes se encontraban bajo tratamiento durante el transcurso del estudio con un total de 84,35% siendo solo una mínima cantidad de 15,65% los que no poseían tratamiento.

TEST DE EDIMBURGO

Tabla 6. Pregunta 1 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	n°	%
Tanto como siempre	22	19,13%
No tanto ahora	38	33,04%
Mucho menos	28	24,35%
No, no he podido	27	23,48%
Total	115	100,00%

Gráfico No.6 Pregunta 1 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

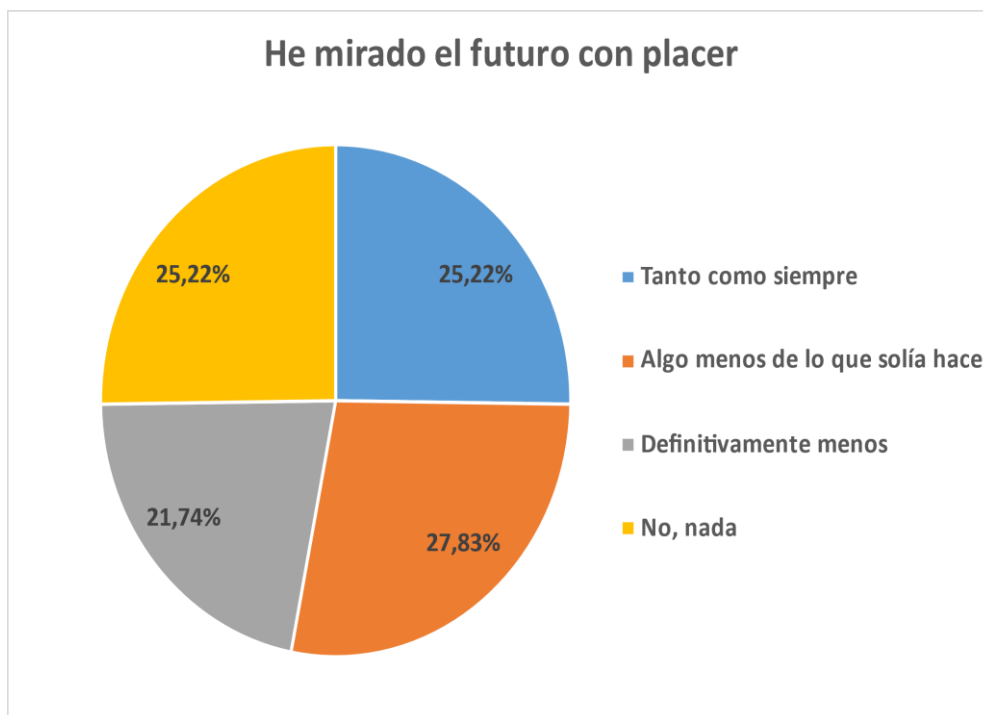
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la primera pregunta del cuestionario podemos observar que el 33,04% menciona el parámetro de “no tanto ahora”, siendo la minoría con un 19,13% el correspondiente a “tanto como siempre”.

Tabla 7. Pregunta 2 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

He mirado el futuro con placer	n°	%
Tanto como siempre	29	25,22%
Algo menos de lo que solía hacer	32	27,83%
Definitivamente menos	25	21,74%
No, nada	29	25,22%
Total	115	100,00%

Gráfico No.7 Pregunta 2 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

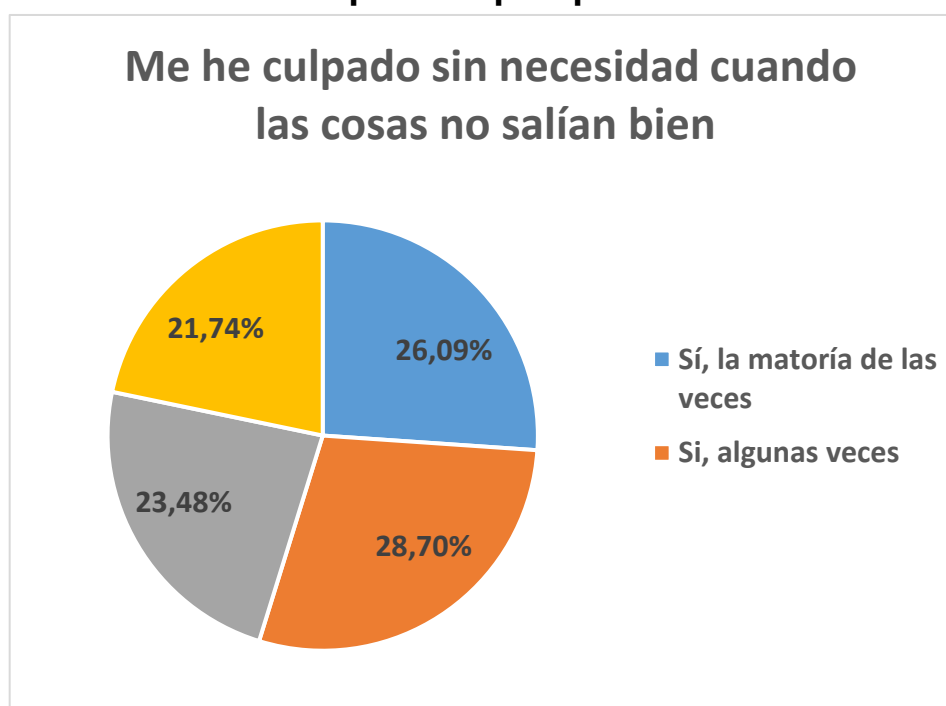
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la segunda pregunta del cuestionario podemos observar que el 27,83% menciona el parámetro de “Algo menos de lo que solía hacer”, siendo la minoría con un 21,74% el correspondiente a “Definitivamente menos”.

Tabla 8. Pregunta 3 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	n°	%
Sí, la mayoría de las veces	30	26,09%
Si, algunas veces	33	28,70%
No muy a menudo	27	23,48%
No, nunca	25	21,74%
Total	115	100,00%

Gráfico No.8 Pregunta 3 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

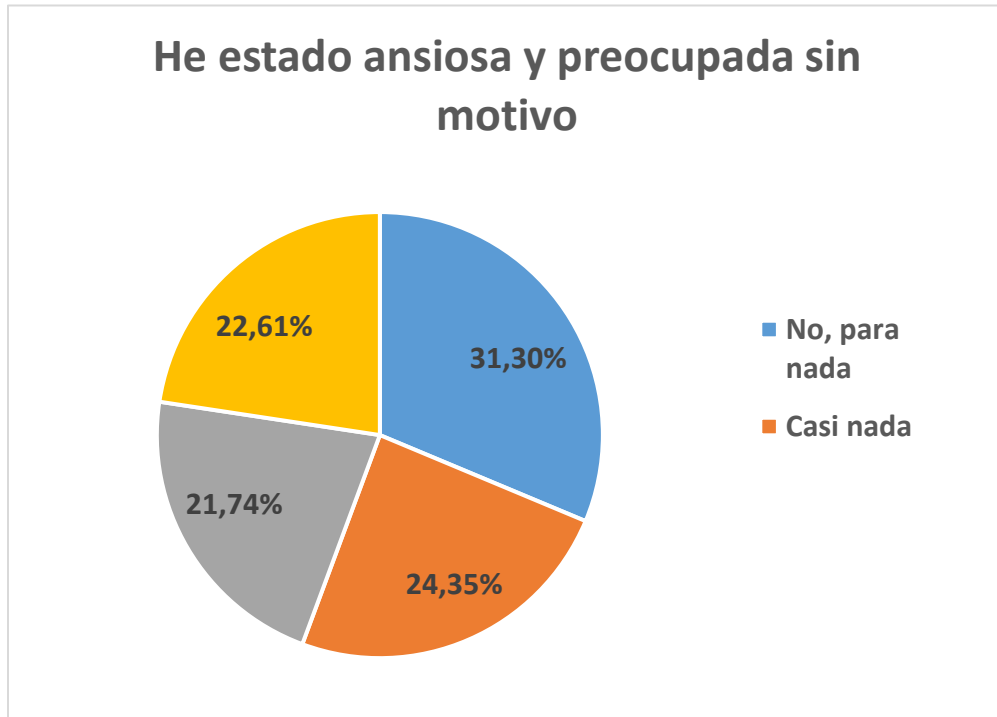
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la tercera pregunta del cuestionario podemos observar que el 28,70% menciona el parámetro de “Si, algunas veces”, siendo la minoría con un 21,74% el correspondiente a “No, nunca”.

Tabla 9. Pregunta 4 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

He estado ansiosa y preocupada sin motivo	n°	%
No, para nada	36	31,30%
Casi nada	28	24,35%
Sí, a veces	25	21,74%
Sí, a menudo	26	22,61%
Total general	115	100,00%

Gráfico No.9 Pregunta 4 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

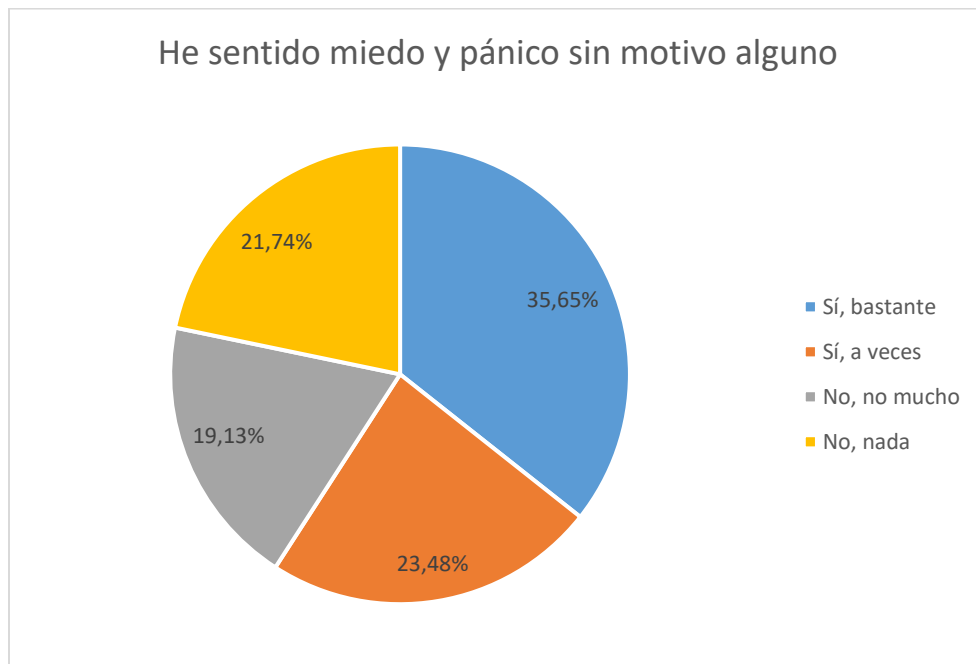
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la cuarta pregunta del cuestionario podemos observar que el 31,30% menciona el parámetro de “No, para nada”, siendo la minoría con un 21,74% el correspondiente a “Si, a veces”.

Tabla 10. Pregunta 5 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	n°	%
Sí, bastante	41	35,65%
Sí, a veces	27	23,48%
No, no mucho	22	19,13%
No, nada	25	21,74%
Total	115	100,00%

Gráfico No.10 Pregunta 5 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

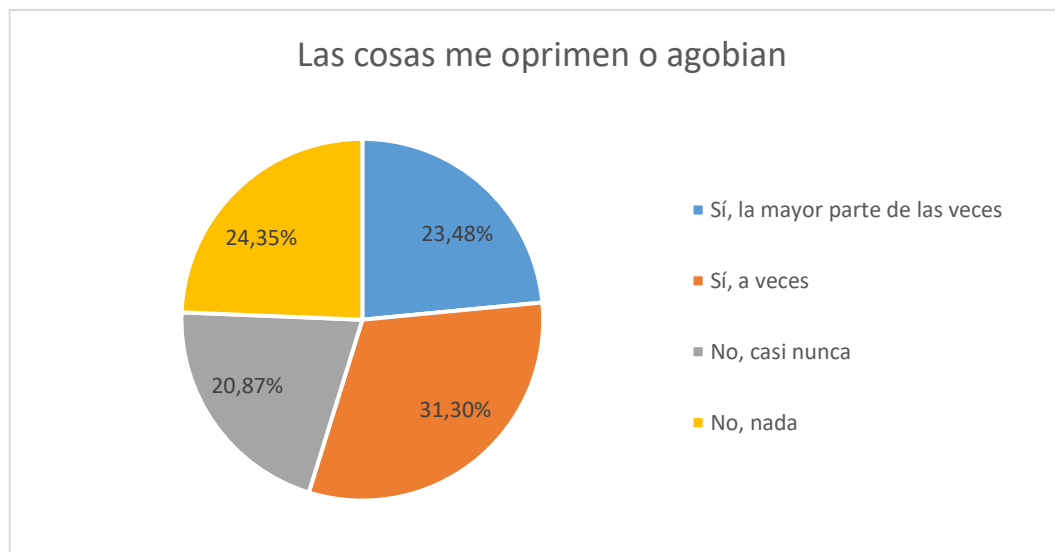
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la quinta pregunta del cuestionario podemos observar que el 35,65% menciona el parámetro de “Sí, bastante”, siendo la minoría con un 19,13% el correspondiente a “No, no mucho”.

Tabla 11. Pregunta 6 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

Las cosas me oprimen o agobian	n°	%
Sí, la mayor parte de las veces	27	23,48%
Sí, a veces	36	31,30%
No, casi nunca	24	20,87%
No, nada	28	24,35%
Total	115	100%

Gráfico No.11 Pregunta 6 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

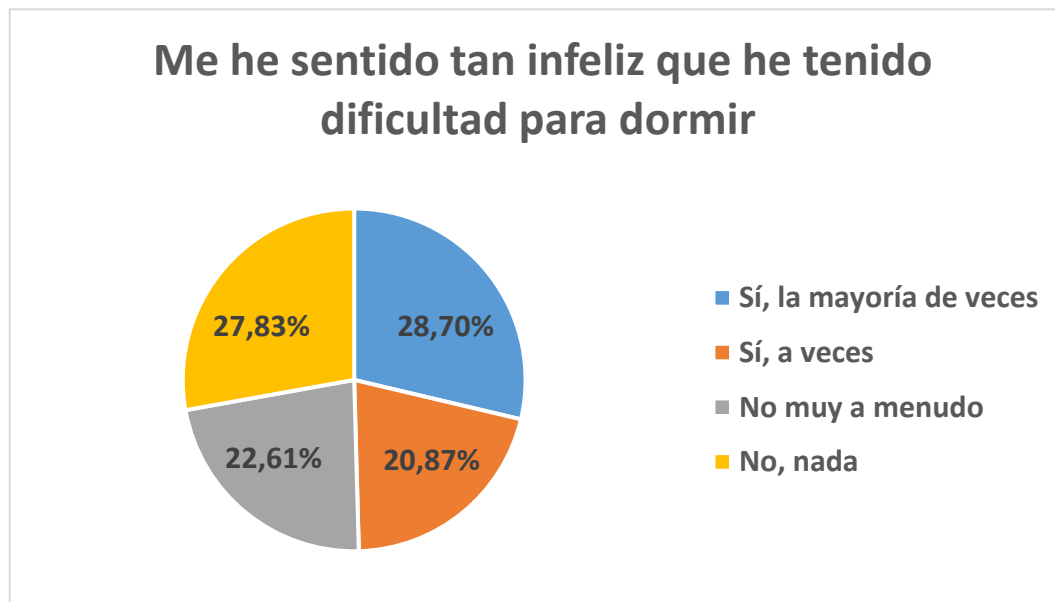
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la sexta pregunta del cuestionario podemos observar que el 31,30% menciona el parámetro de “Sí, a veces”, siendo la minoría con un 20,87% el correspondiente a “No, casi nunca”.

Tabla 12. Pregunta 7 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	n°	%
Sí, la mayoría de las veces	33	28,70%
Sí, a veces	24	20,87%
No muy a menudo	26	22,61%
No, nada	32	27,83%
Total	115	100,00%

Gráfico No.12 Pregunta 7 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la séptima pregunta del cuestionario podemos observar que el 28,70% menciona el parámetro de “Sí, la mayoría de las veces”, siendo la minoría con un 20,87% el correspondiente a “Sí, a veces”.

Tabla 13. Pregunta 8 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

Me he sentido triste y desgraciada	n°	%
Sí, casi siempre	36	31,30%
Sí, bastante a menudo	37	32,17%
No muy a menudo	17	14,78%
No, nada	25	21,74%
Total	115	100,00%

Gráfico No.13 Pregunta 8 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

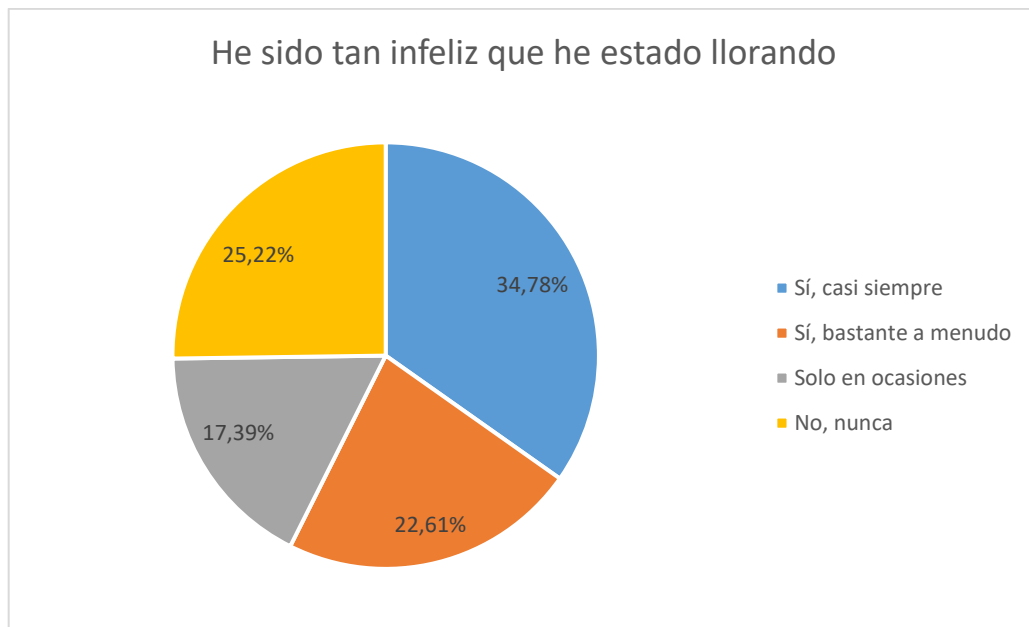
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la octava pregunta del cuestionario podemos observar que el 32,17% menciona el parámetro de “Sí, bastante a menudo”, siendo la minoría con un 14,78% el correspondiente a “No muy a menudo”.

Tabla 14. Pregunta 9 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

He sido tan infeliz que he estado llorando	n°	%
Sí, casi siempre	40	34,78%
Sí, bastante a menudo	26	22,61%
Solo en ocasiones	20	17,39%
No, nunca	29	25,22%
Total	115	100,00%

Gráfico No.14 Pregunta 9 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

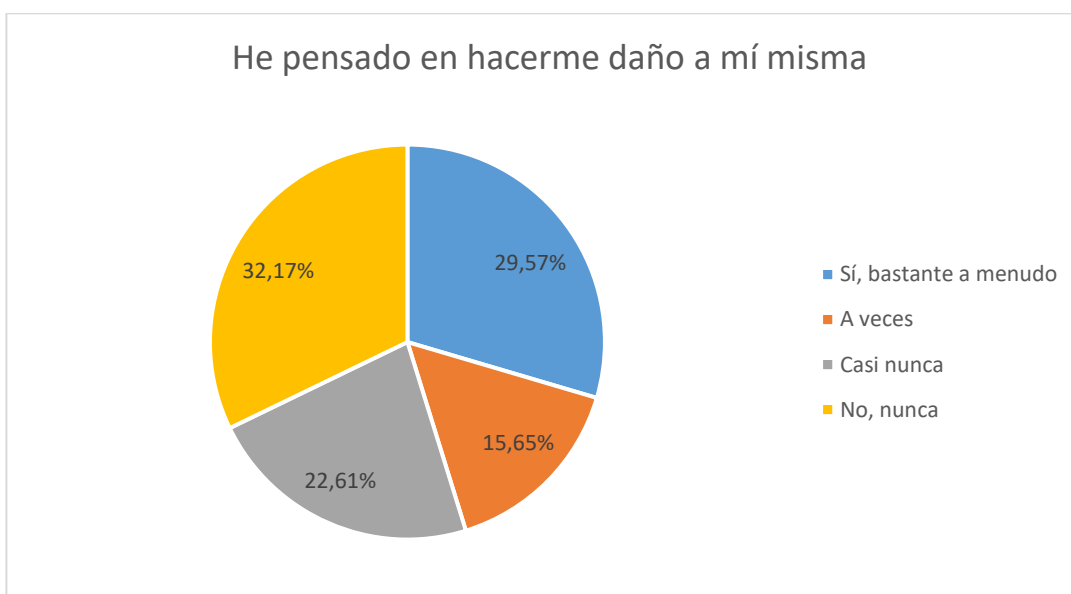
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la novena pregunta del cuestionario podemos observar que el 34,78% menciona el parámetro de “Sí, casi siempre”, siendo la minoría con un 17,39% el correspondiente a “Solo en ocasiones”.

Tabla 15. Pregunta 10 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto

He pensado en hacerme daño a mí misma	n°	%
Sí, bastante a menudo	34	29,57%
A veces	18	15,65%
Casi nunca	26	22,61%
No, nunca	37	32,17%
Total	115	100,00%

Gráfico No.15 Pregunta 10 del Test de Edimburgo para determinar depresión postparto



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

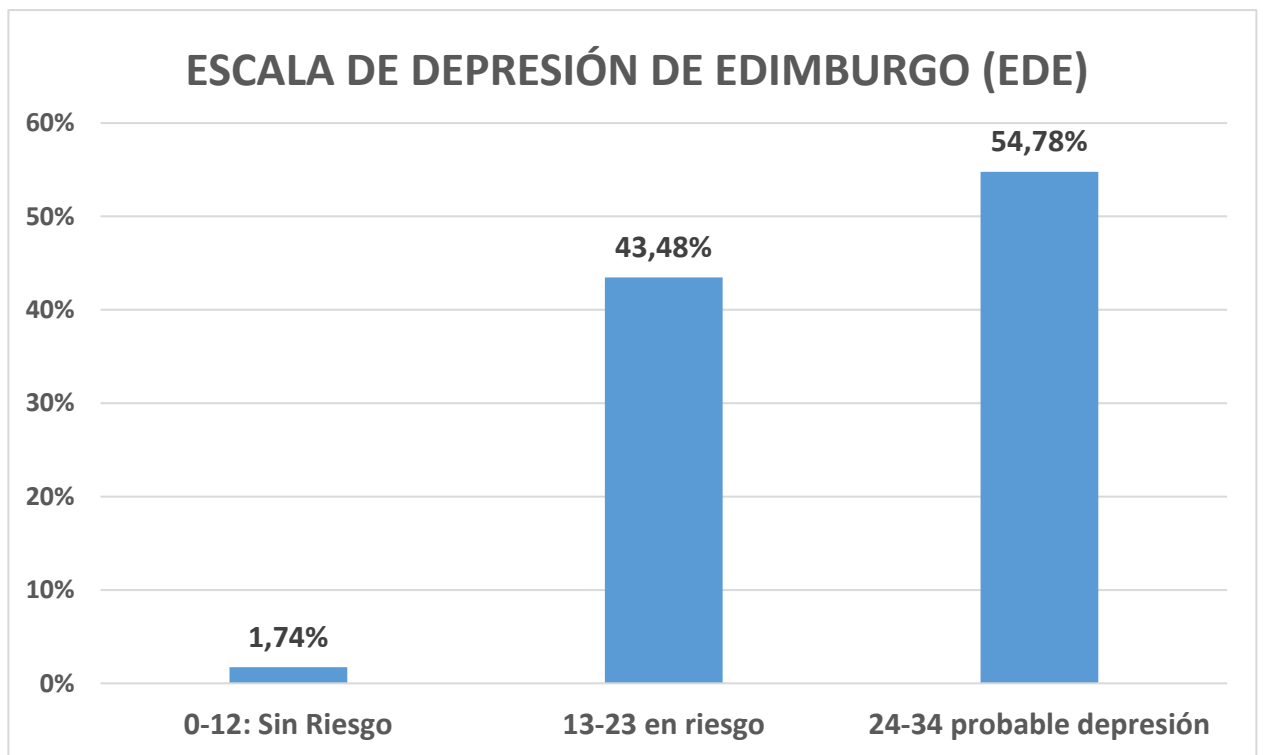
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: En la encuesta realizada sobre la décima pregunta del cuestionario podemos observar que el 32,17% menciona el parámetro de “No, nunca”, siendo la minoría con un 15,65% el correspondiente a “A veces”.

Tabla 16. Distribución porcentual de puérperas según Test de Edimburgo

Score	n°	%
0-12: Sin Riesgo	2	1,74%
13-23 en riesgo	50	43,48%
24-34 probable depresión	63	54,78%
Total	115	100,00%

Gráfico No.16 Distribución porcentual de puérperas según Test de Edimburgo



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

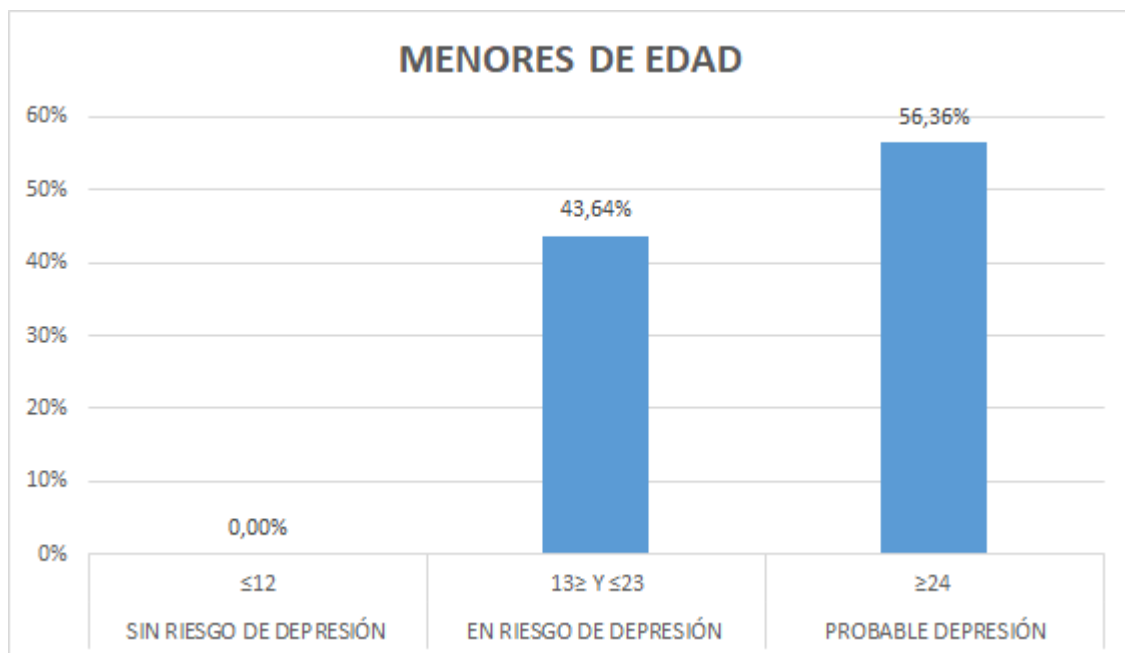
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: Podemos determinar que la mayoría de los pacientes de nuestra encuesta poseen probablemente depresión con un total de 54,78%, el segundo grupo con un 43,48% se encuentran en riesgo de depresión y solo el 1,74% de los pacientes no poseen riesgo alguno.

Tabla 17. Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y menores de edad

ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO	SCORE	MENORES DE EDAD	%
Sin riesgo de depresión	≤ 12	0	0,00%
En riesgo de depresión	$13 \geq Y \leq 23$	24	43,64%
Probable depresión	≥ 24	31	56,36%
TOTAL		55	100,00%

Gráfico No. 17 Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y menores de edad



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021

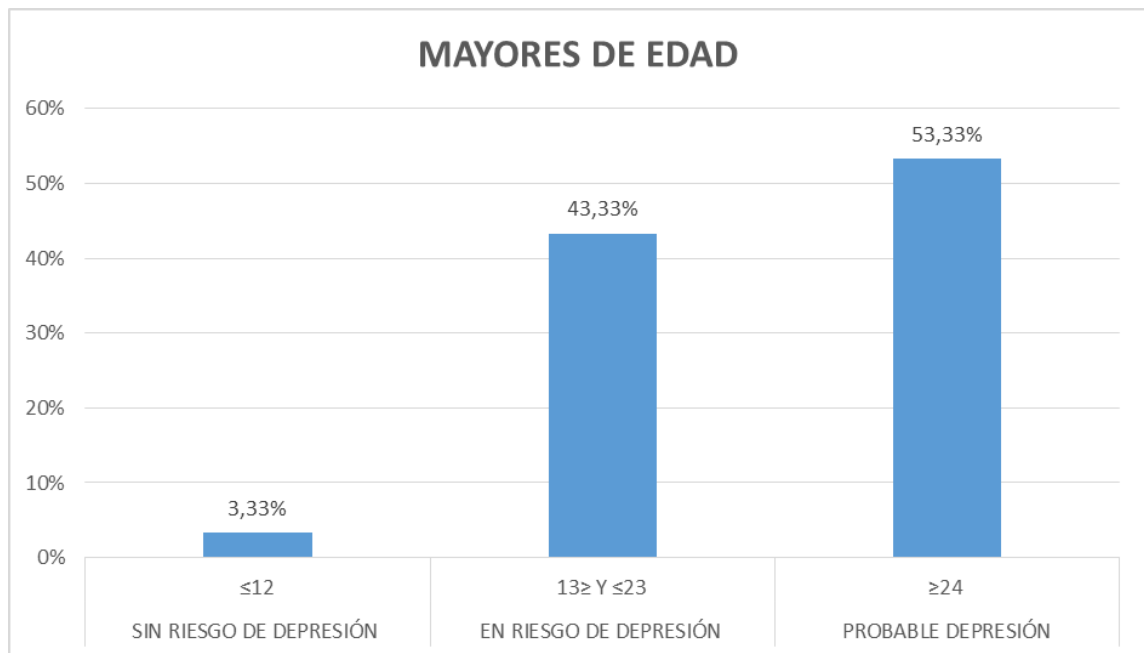
Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: Observamos que las puérperas menores de edad cuya edad comprendida estudiada corresponde de 14 a 17 años, el 56.36% de ellas según el Test de Edimburgo obtuvieron un resultado de probable depresión.

Tabla 18. Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y mayores de edad

ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO	SCORE	MAYORES DE EDAD	%
Sin riesgo de depresión	≤12 13 ≥ Y	2	3,33%
En riesgo de depresión	≤23	26	43,33%
Probable depresión	≥24	32	53,33%
TOTAL		60	100,00%

Gráfico No. 18 Distribución porcentual de puérperas en relación al Test de Edimburgo y mayores de edad



Fuente: Base de datos de Excel obtenida de la consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil durante el periodo del 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.

Elaborado por: Diego López. Mara Rubio.

Interpretación: Observamos que las puérperas menores de edad cuya edad comprendida estudiada corresponde de 18 a 19 años, el 53.33% de ellas según el Test de Edimburgo obtuvieron un resultado de probable depresión.

DISCUSIÓN

El promedio de la edad materna fue de 16 años, siendo la edad mínima de 14 años y la edad máxima de 19 años. Las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indican que en el 2019 se han registrado 51.711 nacidos vivos de “mujeres adolescentes” de 10 a 19 años, 1.816 de adolescentes de 10 a 14 años y 49.895 de adolescentes entre 15 a 19 años (29).

En relación a su estado civil se evidenció que el 58.26% eran solteras, y un 25.21% se encontraban en unión libre, por lo que podemos constatar que la mayoría de las puérperas de nuestro estudio no tienen una estructura familiar adecuada. En un estudio de 121 madres adolescentes realizado en el Hospital Israel Quintero Paredes del Cantón Paján en el periodo de enero a diciembre del 2018 el 70% de estas madres adolescentes eran solteras mientras que el 30% estaban en unión libre (30).

Solo el 1,74% de las puérperas obtuvieron resultado negativo en el test realizado, mientras que un 43,48% de la muestra tienen posibilidad de depresión el cual amerita observación en su seguimiento de consultas, mientras que el 54,78% de nuestro estudio obtuvieron un puntaje positivo en la encuesta indicándonos que la mayoría de las puérperas que se estudiaron pueden tener depresión. En un estudio se encuestó a 139 puérperas fisiológicas residentes en Bartolomé Masó de la provincia Granma, en el último semestre del año 2018, 13 pacientes dieron resultado positivo siendo el 61.91% del estudio, mientras que el 84.89% siendo 118 pacientes dieron negativo (28).

CONCLUSIÓN

En el Hospital Universitario De Guayaquil en el periodo 2020 y 2021 se realizó a 115 pacientes el Test de Edimburgo para detectar posible depresión post parto.

La mayoría de gestantes juveniles presentan mayor depresión en comparación a las pacientes que inician la adultez según el estudio realizado.

Respecto a los datos obtenidos en la presente investigación podemos concluir que la salud mental de las adolescentes en nuestro país sigue siendo un tema olvidado; el cual amerita vital importancia, debe ser incluido obligatoriamente en los programas y guías de control prenatal.

RECOMENDACIONES

- En cada consulta postnatal se debería realizar el test de Edimburgo predominantemente a pacientes con factores de riesgo.
- Impartir charlas en los hospitales y centros de salud para brindar apoyo psicológico durante y después del parto a las pacientes.
- Capacitar al personal de salud para que pueda distinguir signos de depresión en las puérperas y con esto poder registrar las patologías depresivas en el CIE 10 correctamente. Con esto se podrá realizar estudios a futuro y tener un mejor control de la salud mental en las adolescentes de nuestro país.
- Darle información al cónyuge o familiar sobre la situación que está manifestando la puérpera y sus posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Birhanu BE, Kebede DL, Kahsay AB, Belachew AB. Predictors of teenage pregnancy in Ethiopia: a multilevel analysis. *BMC Public Health*. 17 de mayo de 2019;19(1):601.
2. Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies? *Psychiatr Danub*. septiembre de 2015;27 Suppl 1:S499-503.
3. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. octubre de 2001;50(5):275-85.
4. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. enero de 2016;77:153-66.
5. Chen CH. Postpartum depression among adolescent mothers and adult mothers. *Kaohsiung J Med Sci*. febrero de 1996;12(2):104-13.
6. Drake E, Grush K, Sheeder J, Tocce K. The Association between Immediate Postpartum Etonogestrel Implants and Positive Postpartum Depression Screens in Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. octubre de 2020;33(5):550-4.
7. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. diciembre de 2013;33(8):1205-17.
8. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 27 de enero de 2019;70:183-96.
9. Marino JL, Lewis LN, Bateson D, Hickey M, Skinner SR. Teenage mothers. *Aust Fam Physician*. octubre de 2016;45(10):712-7.
10. Molina Cartes R, González Araya E. Teenage pregnancy. *Endocr Dev*. 2012;22:302-31.
11. Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child*. marzo de 2009;94(3):239-45.
12. Thomas AT. Teenage Pregnancy and Long-Acting Contraception. *J Adolesc Health*. octubre de 2019;65(4):438-9.

13. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nurs Clin North Am.* diciembre de 2019;54(4s):561-7.
14. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol.* enero de 2019;52:165-80.
15. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* abril de 2009;200(4):357-64.
16. Bourin M, Bourin M. Postpartum depression: An overview. *Archives of Depression and Anxiety.* 31 de diciembre de 2018;4(2):065-7.
17. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum Depression. En: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 10 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
18. Šebela A, Hanka J, Mohr P. Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention. *Ceska Gynekol.* Winter de 2018;83(6):468-73.
19. Vargas G, Borus J, Charlton BM. Teenage pregnancy prevention: the role of young men. *Curr Opin Pediatr.* agosto de 2017;29(4):393-8.
20. Xavier C, Benoit A, Brown HK. Teenage pregnancy and mental health beyond the postpartum period: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* junio de 2018;72(6):451-7.
21. Reinhart M, Patton C, Chawla A, Clemson C, Huang M, Bonthapally V. Treatment Of Postpartum Depression: A Systematic Literature Review. *Value in Health.* 1 de octubre de 2017;20(9):A717.
22. Hymas R, Girard L-C. Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk. *J Affect Disord.* 1 de marzo de 2019;246:873-85.
23. Phipps MG, Ware CF, Stout RL, Raker CA, Zlotnick C. Reducing the Risk for Postpartum Depression in Adolescent Mothers: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* septiembre de 2020;136(3):613-21.

24. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care*. octubre de 2007;21(5):289-98.
25. Sangsawang B, Wacharasin C, Sangsawang N. Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. abril de 2019;22(2):215-28.
26. Venkatesh KK, Phipps MG, Triche EW, Zlotnick C. The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. *Matern Child Health J*. agosto de 2014;18(6):1532-9.
27. Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: a review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. junio de 2010;23(3):172-8.
28. González-González Alianok, Casado-Méndez Pedro Rafael, Molero-Segrera Mailen, Santos-Fonseca Rafael Salvador, López-Sánchez Irina. Factores asociados a depresión posparto. *AMC* [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Abr 05] ; 23(6): 770-779. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es. Epub 19-Nov-2019.
29. INEC. [citado 2021 Abr 05]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
30. García Cevallos, G., 2020. *Vista de Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes: estudio piloto*. [online] Acvenisproh.com. Available at: <<https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/129/135>> [Accessed 5 April 2021].

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables

NOMBRE VARIABLES	DEFINICION DE LA VARIABLE	CATEGORÍA	RESULTADO	TIPO
Edad	Años cumplidos	Independiente	Años	Numérica, discreta
Procedencia	Rural / Urbano	Dependiente	Si / No	No numérica, politomica
Nivel de estudio	Escolar, secundaria, tercer nivel	Dependiente	Primaria / Secundaria	No numérica, ordinal
Estado civil	Soltera, casada, divorciada, unida	Dependiente	Soltera casada, divorciada, unida	No numérica, politomica
Test de Edimburgo	Escala de depresión postparto en atención primaria de la salud en mujeres embarazadas	Independiente	Una puntuación de 10+ muestra la Probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Ítem 10 significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales	Numérica
Paciente recibe tratamiento por depresión post parto	Comienza algún tratamiento después del diagnóstico de depresión	Dependiente	Si / No	No numérica, politomica

ANEXO 2

Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS)

SCORING GUIDE

1. I have been able to laugh and see the funny side of things

0 As much as I always could

1 Not quite so much now

2 Definitely not so much now

3 Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things

0 As much as I ever did

1 Rather less than I used to

2 Definitely less than I used to

3 Hardly at all

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong

3 Yes, most of the time

2 Yes, some of the time

1 Not very often

0 No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason

0 No, not at all

1 Hardly ever

2 Yes, sometimes

3 Yes, very often

5. I have felt scared or panicky for no very good reason

3 Yes, quite a lot

2 Yes, sometimes

1 No, not much

0 No, not at all

6. Things have been getting on top of me

3 Yes, most of the time I haven't been able to cope

2 Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual

1 No, most of the time I have coped quite well

0 No, I have been coping as well as ever

7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping

3 Yes, most of the time

2 Yes, sometimes

1 Not very often

0 No, not at all

8. I have felt sad or miserable

3 Yes, most of the time

2 Yes, quite often

1 Not very often

0 No, not at all

9. I have been so unhappy that I have been crying

3 Yes, most of the time

2 Yes, quite often

1 Only occasionally

0 No, never

10. The thought of harming myself has occurred to me

3 Yes, quite often

2 Sometimes

1 Hardly ever

0 Never

EPDS SCORE	Interpretación
Menor a 8	No depresión
9-11	Posible depresión
12-13	Posibilidad muy alta de depresión
14 o mayor a 14	Probable depresión

Fuente: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987; 150(6):782-786. BC Reproductive Mental Health Program and Perinatal Services BC. (2014), Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period. Available at: <http://tiny.cc/MHGuidelines>.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **López Romero, Diego Sebastián**, con C.C: # **0926529355**, autor del trabajo de titulación: **Detección de depresión postparto en madres adolescentes entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1 de mayo del 2021** previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

f. 

LÓPEZ ROMERO, DIEGO SEBASTIÁN

C.C: **0926529355**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rubio Ponce, Mara Alejandra**, con C.C: # **0931355226**, autora del trabajo de titulación: **Detección de depresión postparto en madres adolescentes entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1 de mayo del 2021** previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de mayo del 2021

f. *Mara Rubio*

RUBIO PONCE, MARA ALEJANDRA

C.C: 0931355226

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Detección de depresión postparto en madres adolescentes entre 14 a 19 años atendidas en el hospital general Universitario, durante el periodo de 1 de julio del 2020 hasta el 1 de mayo del 2021.		
AUTOR(ES)	Diego Sebastián, López Romero; Mara Alejandra, Rubio Ponce.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Danny Gabriel Salazar Pousada.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas.		
CARRERA:	Medicina.		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico.		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS:	51
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Materna.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Depresión post parto, test de Edimburgo, madres adolescentes.		

RESUMEN: Introducción: La depresión postparto es una afección del estado anímico, que a menudo aparece de tres a cinco días después del parto, esta enfermedad está asociada a diversos factores que conllevan a futuras complicaciones en el estado de la salud mental y la calidad de vida materna. Objetivo: Determinar la depresión post parto en madres adolescentes mediante el análisis del test Edimburgo atendidas en el Hospital General Universitario, durante el periodo 1 de julio 2020 hasta el 1 de mayo del 2021. Materiales y métodos: estudio de cohorte retrospectivo, observacional y analítico en donde se utilizó la base de datos de pacientes atendidas en el Servicio de Consulta externa del Hospital General Universitario de Guayaquil del 1 de julio 2020 al 1 de mayo del 2021. El análisis de datos se realizó en el programa Excel 2013. Conclusión: el test de Edimburgo, el cual utilizamos como método de detección de depresión en las pacientes del Hospital Universitario De Guayaquil nos permitió determinar que la mayoría de los pacientes de nuestra encuesta presentan depresión con un total de 54,78%, el segundo grupo que se encuentran en riesgo de depresión con un 43,48% y solo el 1,74% de los pacientes no poseen riesgo alguno.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593979794947 +593998123725	E-mail: maritaleja@hotmail.com diegotchi1@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio	
	Teléfono: +593997572784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	