

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE  
HUAMANGA  
FACULTAD DE OBSTETRICIA  
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA  
FACTORES DE RIESGO A DEPRESIÓN PUERPERAL EN  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
AYACUCHO.ENERO –ABRIL 2014.**

**PRESENTADO POR:**

OCHOA CÁRDENAS, FLOR CAROLINA

TUCNO RUIZ, ELIA NOHELI

**ASESORA:**

INFANTE BEINGOLEA, ALBINA

**AYACUCHO –PERÚ  
2014**

## DEDICATORIA

*Con inmenso amor y eterna gratitud a Dios, por su amor, consideración y bondad.*

*A mi Padre por su confianza, apoyo*

*Y su ejemplo de superación y fortaleza*

*A mi Madre por su comprensión, amor y apoyo incondicional por darme fuerzas y valor en los momentos más difíciles.*

*A mi hermana por su comprensión*

*y buenos deseos para mi futuro.*

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo principalmente a Dios, mi amigo fiel, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional*

*A mi padre por sus consejos y orientaciones, por ayudarme a perseverar en el caminar de mi vida.*

*A mi madre por ser el pilar más importante de mi vida, por su cariño, comprensión, su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi vida*

*A mis hermanas por todo el apoyo y comprensión que me brindaron*

*A mis amigas; Nelida, Zulma, Flor, Mari, Neri, por todos los consejos y apoyo que me brindaron*

**Elia**

## *AGRADECIMIENTO*

*A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, forjadora de profesionales competentes.*

*A la Facultad de Obstetricia y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra Formación Profesional.*

*A la asesora: Albina, Infante Beingolea, por sus orientaciones, aportes, sugerencia y paciencia durante el desarrollo de la presente investigación.*

*A la Dirección Regional de Ayacucho, por las facilidades para acceder a la muestra en estudio.*

*A las púerperas adolescentes con o sin depresión puerperal, que aceptaron participar en la investigación.*

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	07
-------------------	----

### CAPITULO I

#### FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15

### CAPITULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	16
2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA.....	20
2.2.1. DEPRESIÓN PUERPERAL .....	20
FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL .....	21
CAUSAS DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL .....	21
SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO .....	21
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.....	27
PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO .....	29
FACTORES ASOCIADOS ADEPRESION PUERPERAL.....	30
2.2.2. ADOLESCENCIA.....	33
2.2.3. PUERPERIO .....	34
2.2.4. ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH.....	35
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVO .....	38
2.4. HIPÓTESIS .....	40
2.5. VARIABLES E INDICADORES.....	41

### **CAPITULO III**

#### **DISEÑO METODOLÓGICO**

3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.3.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.4.	MÉTODO DE ESTUDIO .....	42
3.5.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	42
3.6.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	43
3.7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	44
3.6.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.7.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	45

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	46
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXO	

## INTRODUCCIÓN

Existe un consenso generalizado que la depresión puerperal es un problema de Salud Pública, conllevado por cambios hormonales y otros factores que inducen a estos trastornos depresivos. Asimismo el momento del parto comprende un periodo clave en el funcionamiento psicológico de la mujer denominado puerperio, en el cual se desencadena una serie de cambios importantes en la fisiología neuroendocrina que pueden llevar a trastornos síquicos, esta acumulación de cambios físicos, psicológicos y sociales son los que hacen vulnerables a las mujeres parturientas a padecer este tipo de trastornos<sup>1</sup>.

Asimismo los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre el 8 y el 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto<sup>2</sup>.

La depresión posparto hace de la maternidad una mala experiencia y

dificulta la relación entre la pareja. La gran mayoría de las mujeres que lo padecen no reconocen tenerlo. Por miedo a la percepción de fracaso personal y la baja autoestima, lo que resulta un problema de salud sub diagnosticado que repercute de manera negativa en la relación madre – bebé<sup>3,4</sup>.

Preséntando síntomas depresivos como: la tristeza, irritabilidad, fatiga, insomnio, pérdida del apetito, incapacidad para disfrutar, desbordamiento, las madres con depresión posparto, tienen la sensación de no disponer de nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. Es fundamental en esta etapa la labor profesional de atención primaria, para identificar los posibles factores de riesgo como parte de los cuidados puerperales, de esta manera podría llevarse a cabo la prevención de estos trastornos cuando sea posible<sup>5</sup>.

No se ha hallado un único factor desencadenante para la depresión puerperal, por lo que la depresión puerperal, se trata de una alteración de etiología multifactorial: el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, el parto por cesárea, pues estos factores y/o otros aumentan el riesgo de padecer depresión puerperal<sup>6,7</sup>.

En la depresión postparto en adolescentes presentan varios factores que pueden repercutir en su aparición, entre las que se destacan la historia psiquiátrica prenatal, la autoestima, el estrés del cuidador del bebé, la ansiedad prenatal, estrés, apoyo social, la relación de pareja, la historia



de depresión, estado civil, estatus socioeconómico y el embarazo no planificado/no deseado. Dentro de los predictores más fuertes de la depresión postnatal se señalan a la depresión prenatal, la autoestima, el estrés de cuidar del bebé y la ansiedad prenatal. Todos estos factores pueden debilitar a la adolescente y su desarrollo emocional, así como debilitar al bebé y a su padre, lo que caracteriza al contexto de depresión postnatal<sup>7</sup>.

Por ello teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas encontramos importante realizar el presente trabajo de investigación que tiene como objetivo conocer cuáles son los factores de riesgo a depresión puerperal, en las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, y se obtuvieron los siguientes resultados: El 47.4% (46) adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho presentaron depresión postparto y el 52.6% (51) no presentaron depresión postparto. La depresión puerperal en adolescentes está relacionada con los factores estado civil, paridad, embarazo no deseado y violencia familiar ( $P < 0.05$ ) y no está relacionada con los factores edad, ingreso económico y tipo de parto ( $P > 0.05$ ). Los factores de riesgo para depresión puerperal de acuerdo a la Odds Ratio (OR) fueron el estado civil, paridad, embarazo no deseado y violencia familiar.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle, así como también en los textos de Celcio y Galeno<sup>3</sup>.

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de Salud Pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las puérperas de bajo ingreso económico.<sup>8</sup>

La Depresión puerperal tiene una prevalencia que oscila entre el 10–15%según la literatura mundial. No solo afecta la calidad de vida de la madre sino también a los que la rodean, como: pareja, familia y en

especial la salud del recién nacido. Tomando en cuenta que las madres son el contacto del bebé con el mundo, la Depresión Puerperal tiene un efecto negativo en el desarrollo emocional del bebé y afecta gravemente a largo plazo la relación emocional madre a hijo<sup>9,10</sup>.

La Depresión Puerperal, es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo<sup>11,12</sup>.

Vivimos en una sociedad que no tolera los sentimientos maternos de miedo y ambivalencia. A veces la expresión de esos sentimientos se interpreta como inapropiada y fuera de control. Las mujeres tratan de superar sus expectativas de madre y cuando no lo logran, se sienten incómodas, culpables y angustiadas. No piden ayuda porque no quieren ser consideradas "malas madres". Los síntomas de depresión luego del nacimiento caen sobre la comunidad médica ya que las mujeres consultan con Psiquiatras, Obstetras, Pediatras, y médicos generales<sup>13</sup>.

Durante el puerperio se suscitan una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan mayor vulnerabilidad, pues los cambios hormonales y los escasos recursos psicológicos para enfrentar los eventos psicosociales favorecen la aparición de dicha patología<sup>13</sup>.

Las madres Adolescentes sufren este trastorno en silencio tras el nacimiento de su hijo, se desconoce la causa pero algunos investigadores

afirman que en la adolescencia se debe básicamente porque no es un hijo deseado<sup>14</sup>.

La depresión puerperal puede afectar a mujeres adolescentes que están felizmente casadas o que están en conflicto con su pareja. Pueden afectar a las adolescentes que tienen muchas ganas de quedar embarazadas y aquellas que quedaron embarazadas de un hijo no deseado. Puede tratarse de adolescentes que vienen de familias estables o de familias disfuncionales que tuvieron episodios de depresión. Le puede pasar a cualquier mujer adolescentes inmediatamente después del nacimiento del bebé o muchos meses después. Por lo cual la depresión puerperal no ha sido comprendida y por ende mal diagnosticada por mucho tiempo tanto por las madres como por la comunidad médica<sup>15</sup>.

La mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lugar las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión<sup>15</sup>.

El reconocimiento de la depresión postparto en la atención médica habitual, y sobre todo primaria es pobre<sup>16</sup>.

En España se ha estimado que esta enfermedad afecta alrededor del 13% de las mujeres tras el puerperio y hasta un 26% si se trata de madres adolescentes. Cuya prevalencia se cifro en un 13,16% en un estudio en el

que se aplicó como medida de cribado la escala de depresión de Edimburgo a las 6-8 semanas posparto<sup>17</sup>.

En la ciudad de Trujillo se reporta que una de cada 10 puérperas son afectadas por la depresión posparto, y puede desarrollarse aun cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos la madre teme desesperadamente perder a su bebé, por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente. Es frecuente que la paciente desee ser constantemente ser tranquilizada por su pareja, familia, su médico o cualquier persona<sup>14</sup>.

Las adolescentes embarazadas son susceptibles a presentar una serie de complicaciones tanto en el intra como en el postparto, con mayor frecuencia que las no adolescentes. Una de las complicaciones que se presentan en el postparto es la depresión postparto, cuya incidencia ha ido en vertiginoso ascenso, sobre todo en aquellos países en que existen registros de cada uno de dichos casos. A pesar de que existen en nuestros centros asistenciales áreas destinadas a la atención de madres adolescentes, la depresión postparto es un problema al cual no se le ha dado seguimiento adecuado lo que aunado al sub-registro de casos de depresión postparto han hecho que a esta entidad no se le dé la importancia que realmente posee. Existen múltiples factores que inciden en la depresión posparto, que deben ser identificados para que las adolescentes no presenten complicaciones a futuro ya sea en el ámbito familiar, personal y laboral. Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

## **1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA**

¿Cuáles serán los factores de riesgo a depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, entre los meses de Enero –Abril2014?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Conocer los factores de riesgo a depresión puerperal, en las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, entre los meses de Enero - Abril 2014.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

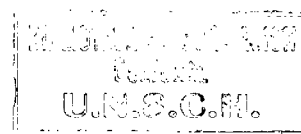
- Identificar la frecuencia de la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho.
- Relacionar la depresión puerperal en adolescentes con los factores: edad, estado civil, embarazo no deseado, ingreso económico, paridad, vía de culminación del parto, violencia familiar

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

**Molero et al (Chile:2014)**, “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas”, Objetivo: Comparar la prevalencia de depresión posparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. Manuel Noriega Trigo”, en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. Métodos: Investigación comparativa con diseño no experimental, transeccional, de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); las que fueron evaluadas





mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y por un guion de entrevista para identificarlos factores de riesgos asociados a esta patología. Resultados: Al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ( $5,88 \pm 1,96$  vs.  $11,58 \pm 2,9$ ;  $p < 0,001$ ), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ( $p < 0,05$ ), sentimiento de culpa ( $p < 0,001$ ) y dificultad para la concentración ( $p < 0,001$ ), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ( $p < 0,05$ ), las dificultades con la lactancia ( $p < 0,001$ ) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ( $p < 0,001$ ). Conclusión: La DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes<sup>18</sup>.

**Sánchez y Sánchez (Venezuela: 2010)**, "Adolescentes: Factores que inciden en la depresión postparto. Caracas, Venezuela", Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a la depresión postparto en adolescentes atendidos en un establecimiento de salud público. Métodos: Investigación descriptiva, transversal. Muestra constituida por 85 adolescentes de 14 a 198 años. Resultados: Reportó asociación directa entre la depresión postparto con el trato de los padres hacia las adolescentes ( $P=0.01$ ), y entre la depresión postparto con la violencia

familiar dentro del hogar de las adolescentes ( $P=0.00$ ). Conclusión: Existen variables que inciden en la depresión postparto que deben ser identificados para que las adolescentes, no presenten complicaciones a futuro<sup>19</sup>.

**Bolzán et al (Argentina: 2009)**, “Maternidad adolescente y depresión posparto”, Objetivo: Describir la problemática de la maternidad adolescente en el Servicio de Neonatología del Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Materiales y Métodos: no experimental, descriptivo, transversal. Estuvo constituida por 16 mamás adolescentes de 16 a 21 años. Resultados: El análisis del resultado total del EPDS mediante la prueba T para diferencias de medias de una muestra, reveló una media altamente significativa ( $\mu=14,38$ ;  $p \leq .000$ ). La media supera la puntuación de 10, lo cual indica una tendencia de riesgo a depresión post parto en la muestra estudiada. El análisis de frecuencia del EPDS nos indica que tres mamás adolescentes presentaron ausencia de riesgo de depresión ( $n=3$ ; 18,75%) y trece mamás presentaron riesgos de depresión post parto ( $n=13$ ; 81,25%). Conclusión: Existen factores de riesgo asociados a la depresión postparto en adolescentes<sup>20</sup>.

**Latorre et al (Colombia: 2006)**, “La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia”, Objetivos: establecer la incidencia de depresión posparto en adolescentes de Bucaramanga y compararla con la presentada en mujeres mayores. Métodos: estudio de cohorte (mayo/2003 – abril/2004) con 286 mujeres puérperas provenientes de once centros asistenciales de Bucaramanga y seguidas

seis semanas. Se recogió información sobre aspectos sociodemográficos, variables obstétricas, antecedentes psiquiátricos, datos del recién nacido y lactancia. El diagnóstico de depresión posparto fue establecido por un psiquiatra de acuerdo con criterios de DSM IV. Se midieron tasas de incidencia por grupos de edad, se calcularon razones de tasas y se ajustó el riesgo de padecerla por regresión de Cox. Resultados: la tasa de incidencia de depresión pos-parto en adolescentes fue de 0,6 casos/1.000 días – persona (IC 95% 0,07–2,2); en mujeres de 21 a 34 años fue de 1,0 caso/1.000 días – persona (IC 95% 0,3–2,0); y de 1,9 casos/1.000 días – persona (IC95% 0,3–5,4) en mujeres mayores. Cuando se hizo ajuste, el hazard ratio fue de 3,0 (IC95% 0,3–29,9) para las mujeres de 21 a 34 años y de 7,4 (IC 95% 0,6–95,6) para las madres mayores de 34 comparándolas con adolescentes. Conclusiones: la depresión posparto constituye un problema de salud frecuente en Bucaramanga. Las madres adolescentes no presentan un riesgo mayor que el de otras mujeres<sup>21</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA**

### **2.2.1. DEPRESIÓN PUERPERAL**

Es un trastorno o alteración del estado mental, que se inicia en las primeras doce semanas tras el parto, La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, expresado con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios molestias digestivas, dolor de cabeza, fatiga, ansiedad elevada, etc.

En las enfermedades psiquiátricas en las adolescentes se observa prevalencia, expresiones y respuestas de depresión en distintos niveles. Estas diferencias se relacionan con factores neurobiológicos y psicosociales. Efectivamente, hay un dimorfismo cerebral, anatómico y sobre todo, funcional, entre ambos sexos, que parece estar determinado por los esteroides sexuales: estrógeno, andrógeno y progesterona<sup>22</sup>.

Desde el momento del parto y las semanas siguientes, comprenden un periodo clave en el funcionamiento psicobiológico de la mujer, denominando puerperio, en el cual se desencadenan una serie de cambios importantes en la fisiología neuroendocrina, que la pueden condicionar a sufrir trastornos psíquicos.

## **Fisiopatología de la depresión puerperal**

Durante el embarazo y el puerperio se dan cambios drásticos en los niveles de las hormonas maternas. Los niveles de estrógeno aumenta 50 veces del pico máximo alcanzado durante el ciclo menstrual cada trimestre y, posteriormente. La progesterona aumenta 10 veces del máximo alcanzado en el ciclo menstrual cada trimestre y disminuye hasta alcanzar los niveles foliculares en los días 3 a 7 del postparto<sup>23, 24</sup>.

La CRH (hormona liberadora de corticotropina), ACTH (hormona adrenocorticotropa) y el cortisol tienen aumentos importantes durante el embarazo con una disminución rápida de sus niveles durante el puerperio, estas modificaciones hormonales podrían ser el detonante de la depresión en algunas mujeres susceptibles. Las relaciones entre la fisiología del ciclo reproductor y psicología y psicopatología femenina son complejas<sup>25</sup>.

## **Causas de la depresión puerperal**

No existe una causa única, hay una serie de factores de riesgo que pueden favorecer o desencadenar la depresión posparto:

- Una historia previa de depresión (especialmente depresión posparto).
- Falta de apoyo por parte de la pareja.
- Un bebé prematuro con cualquier tipo de enfermedad o malformación.
- El que la nueva madre haya perdido a su madre cuando era niña.
- Un acontecimiento vitales adversos, como: fallecimiento de un ser

querido, la pérdida de empleo de la paciente o de la pareja, problemas económicos, problemas de vivienda, etc.

Hay que señalar también, que una mujer puede sufrir una depresión posparto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma. Hay muchas razones para esto, por lo tanto hay una tendencia a considerar normal el comportamiento materno y probablemente no tomar a las actitudes de la mujer muy seriamente.

Vivimos en una sociedad que no tolera los sentimientos maternos de miedo y ambivalencia. A veces la expresión de esos sentimientos se interpreta como inapropiada y fuera de control. Las mujeres tratan de superar sus expectativas de madre y cuando no lo logran, se sienten incómodas, culpables y angustiadas. No piden ayuda porque no quieren ser consideradas "malas madres". Los síntomas de depresión luego del nacimiento caen sobre la comunidad médica, ya que las mujeres consultan con psiquiatras, obstetras, pediatras y médicos generales<sup>13</sup>.

En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida pueden llevar a una depresión puerperal. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristezas, un episodio de depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar al niño. Los estudios muestran que más

del 30% de las madres primerizas experimentan depresión clínica y/o ansiedad luego del parto. Algunas piensan que es un estado de locura que lo ven exacerbado por el miedo. Otras creen que es una condición que solo afecta a las mujeres que no quieren tener hijos, no son buenas madres porque son débiles, todavía hay otras que piensan que solamente es algo que pasa a otra mujer y que a ellas no les va pasar. Ahora sabemos que estas creencias no son ciertas. La depresión posparto puede afectar a mujeres que están felizmente casadas o que están en conflicto con su pareja. Pueden afectar a mujeres que tiene muchas ganas de quedar embarazadas y aquellas que quedaron embarazadas de un hijo no deseado. Puede tratarse de mujeres que vienen de familias estables o mujeres de familias disfuncionales que tuvieron episodios de depresión. Le puede pasar a cualquier mujer inmediatamente después de nacimiento del bebe o muchos meses después. Por lo cual la depresión posparto no ha sido comprendida y por ende mal diagnosticada por mucho tiempo tanto por las madres como por la comunidad médica<sup>13</sup>.

(si es que en algún momento lo perdieron) antes que transcurra seis semanas del parto, pero las madres con depresión posparto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja.

### **Desbordamiento**

Las madres con depresión posparto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.

### **Ansiedad**

Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con él bebé por miedo a que este grite, no quisiera comer o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto en vez de sentir que han dado luz a la criatura a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos son insaludables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se "enamorado" de su hijo es realmente dura.



## **Tratamiento de la depresión posparto**

En la actualidad existe una mayor relevancia para el reconocimiento y tratamiento para la depresión en general y en la depresión posparto no debe ser una excepción. Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno hay que animar a la paciente para que exprese como se siente realmente tras el parto de su hijo.

Si manifiesta sentirse triste, desgraciada irritable, incompetente, asustada y desinteresada por él bebe, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarma y reproches.

El decirle a la madre que todo lo que está pasando es consecuencia de que tiene una enfermedad llamada depresión postparto suele ser de gran ayuda, ya que por lo menos sabrá a qué tiene que enfrentarse .Hay que tranquilizarla e intentar convencerla de que ella no es una madre caprichosa, extravagante o una mala madre, y que otras personas han padecido y padecen la misma enfermedad .La depresión posparto es muy frecuente y si se pone tratamiento sin duda mejorará

Hay que advertir a la paciente que el tratamiento necesitara su tiempo para hacer efecto y que será necesario el concertar algunas citas para que reciba el apoyo necesario hasta que se recupere.

En este momento es importante el involucrar a la pareja de la paciente de forma que él pueda comprender que es lo que ha estado pasando (no olvidemos que él también ha estado sufriendo las consecuencias de la depresión posparto). Posiblemente él sea quien mejor pueda apoyar a la

paciente, aunque también necesitara algo de apoyo para sí mismo, especialmente si es el primer hijo que tiene la pareja y si se ha sentido desplazado tras su llegada. Este es un aspecto realmente importante ya que el marido está resentido y no comprende hasta qué punto su esposa necesita de su apoyo y ayuda, podrán surgir más problemas. El marido de la paciente se sentirá aliviado por el diagnóstico y por recibir consejos sobre cómo actuar. La ayuda práctica con el recién nacido una actitud comprensiva y afectiva y el ser positivo serán apreciados incluso cuando la depresión desaparezcan<sup>27</sup>.

Es importante saber que la depresión puerperal es tratable y que desaparecerán. El tipo de tratamiento dependerá de la severidad de la depresión postparto.

La depresión puerperal puede ser tratada con medicamentos (antidepresivos) y sicoterapia muchas veces se aconseja a las mujeres que asistan a un grupo de apoyo para hablar con otras mujeres que están pasando por la misma situación. Si una mujer está amamantando, necesita hablar con su proveedor de cuidados médico sobre el consumo de antidepresivos. Algunos de estos fármacos afectan a la leche materna y no deberían usarse.

## **Prevención de la depresión puerperal**

La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. La depresión posparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja de tal manera que lo mejor es detectar lo antes posible, este trastorno para tratarlo precozmente.

Existen tres formas de prevención:

- Detectar precozmente el trastorno.
- Tratarlo rápidamente
- Evitar sus consecuencias

Si se ha sufrido previamente una depresión, esto no significa que se presente de nuevo en el siguiente parto. Sin embargo, tras el parto es necesario ponerse en contacto con un médico de cabecera para que este vigile la posible aparición de cualquier signo de recurrencia de la depresión posparto y así comenzar lo antes posible con el tratamiento.

Una vez que el bebé haya nacido, que la madre:

- Aproveche cualquier oportunidad para descansar .aprenda a echar cabezadas o pequeñas siestas .su pareja podrá alimentar al bebe por la noche, utilizando si usted lo desea incluso su propia leche extraída con anterioridad.
- Se alimenta adecuadamente. Las ensaladas, los vegetales frescos, la

fruta, los sumos, la leche y los cereales, son alimentos muy adecuados para este momento y además no necesita de mucha cocina.

- Encuentre tiempo para disfrutar con su pareja .intente conseguir una niñera y salgan junto a cenar, al cine, haber unos amigos o tomar una copa.

- Intenta intimar con su pareja incluso aunque todavía no le apetezca tener relaciones sexuales al completo.

- No sea muy crítica consigo misma ni con su pareja .la vida se hace bastante dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede conducir a discusiones frecuentes que no harán más que debilitar su relación en unos momentos en que esta debería ser más fuerte.

- No tema pedir ayuda cuando lo necesite, aunque su médico es quien debe realizar el diagnostico de su depresión posparto, lo que usted haya aprendido en las clases preparto y en folletos como este puede orientarle sobre cuando pedir ayuda<sup>28</sup>.

### **Factores asociados o de riesgo para la depresión postparto**

Existen diferentes grupos de factores implicados en la depresión postparto y son los sociodemográficos, biológicos, psicosociales, antecedentes psiquiátricos, entre otros<sup>29</sup>.

### **Factores sociodemográficos**

Se observaron que las dificultades económicas y las pobres relaciones maritales son factores de riesgo para la aparición y la cronicidad de la depresión postnatal. La capacidad de solventar el factor económico del hogar, acceso al transporte, nacimiento fuera del lugar de origen, inmigración en los últimos cinco años se asociaba a bajos ingresos económicos lo que influye en los síntomas depresivos. La prevalencia de la depresión postnatal es significativamente mayor en las mujeres con mayores dificultades económicas y con niveles educativos más bajos<sup>29</sup>.

El número de hijos, el hecho de que la mujer sea primípara incrementa los niveles de estrés y ansiedad, por la falta de experiencias previa para el cuidado del futuro miembro familiar. Las mujeres mayores tienen menores tasas de depresión después del parto, probablemente debido a su experiencia de vida mayor, la oportunidad que tuvieron para desarrollar estrategias de supervivencia más adaptables a diversas circunstancias de la vida y una mayor capacidad de activar los recursos de apoyo cuando los necesitaban<sup>29</sup>.

### **Los factores biológicos**

El embarazo y el nacimiento de un niño es un período marcado por cambios, no sólo en el nivel psicológico, sino también en los sistemas fisiológicos y endocrinos que pueden interferir con el estado general de la mujer. En las mujeres, los períodos con mayor depresión ocurren en etapas en que se producen los grandes cambios hormonales, como el

período premenstrual, después del parto y la peri menopausia, lo que conduce a la suposición de la existencia de factores hormonales involucrados en la manifestación de depresión en las mujeres<sup>29</sup>.

El embarazo es un proceso que involucra a numerosos cambios físicos y bioquímicos que pueden tener una relación en los cambios emocionales que ocurren durante éste período. No hay pruebas de que existe una relación lineal entre los cambios hormonales y la depresión postnatal. Sin embargo, se cree que los cambios biológicos en el contexto de la vulnerabilidad genética, estrés ambiental o la falta de apoyo social pueden conducir a la depresión puerperal<sup>29</sup>.

### **Los factores psicosociales**

Respecto al apoyo social, refieren la existencia de una relación entre el apoyo social bajo y mayores tasas de depresión postnatal. En la red de apoyo social se señala la importancia de los cambios que la familia ha sufrido en los últimos años. Se realza que las relaciones familiares contemporáneas con la familia son cada vez más pequeñas y/o inexistentes. Esto a menudo implica que el apoyo social puede disminuir, teniendo un menor número de personas para ayudar a cuidar a la madre y al bebé. Igualmente, las mujeres con menos apoyo social, menos optimismo y niveles más altos de discusión conyugal son más propensas a desarrollar depresión postnatal. Por otro lado, la existencia de conflictos con la madre, la insatisfacción conyugal y la depresión prenatal son también factores que de manera independiente predicen la ocurrencia de

depresión puerperal<sup>29</sup>.

Los acontecimientos vitales son también un factor importante a considerar ya que muchas situaciones que pueden ocurrir alteraran las vidas de las madres y por lo tanto pueden interferir con su estado de ánimo siendo factores que favorecen la aparición de la depresión puerperal<sup>29</sup>.

### **2.2.2. ADOLESCENCIA**

Adolescente viene del latín *adolescere*, que significa crecer. La organización mundial de la salud estableció que adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 a 19 años de edad, suelen dividirse en adolescencia temprana que es de (10 a 14 años de edad) y adolescencia tardía entre (15 a 19 años de edad) <sup>30</sup>.

Es un proceso dinámico, es la etapa que transcurre entre la niñez y la vida adulta, que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamiento psicológico y sociales es un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal, asociado al inicio de nuevas funciones orgánicas como la menarquía y la ovulación en el sexo femenino, y la espermatogénesis y eyaculación en el varón. Dichos fenómenos se presentan cuando el individuo alcanza un estado crítico de masturbación en su sistema nervioso central y cuando se establece el funcionamiento endocrinológico que integra diversos sistemas. Acompañando a todo este proceso biológico hay un desarrollo de eventos psíquicos emocionales y

sexuales, así como un proceso de adaptación al grupo socio – cultural de su tiempo y entorno, que lo llevan a alcanzar la madurez físico –psíquico y el estatus adecuado , que le permitan asumir responsabilidades, ejercer deberes y tener derechos de adultos<sup>22</sup>.

### **Características de la adolescencia temprana.**

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

### **Características de la adolescencia tardía.**

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional .Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

### **2.2.3. PUERPERIO.**

El puerperio es un periodo de transformación progresiva de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las



modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución de individuos hasta casi su estado primitivo. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad<sup>27</sup>.

- Puerperio inmediato. Abarca las 24 horas
- Puerperio propiamente dicha. Que comprende los primeros 10 días.
- Puerperio alejado. Que extiende hasta los 45 días y finaliza muchas veces con el retorno de las reglas
- Periodo tardío. Desde los 45 hasta los 60 días

#### **2.2.4. ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH**

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto<sup>18</sup>.

La Escala de Edinburgh se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La

escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad<sup>18</sup>.

#### Instrucciones de uso:

- 1° Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- 2° Tienen que responder las diez preguntas.
- 3° Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- 4° La Escala de Edinburgh se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

#### Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)<sup>28</sup>.

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Teniendo como resultado:

Sin depresión: 0 a 10 puntos

Con depresión: 11 a más puntos

### **2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS OPERATIVOS**

**Adolescencia:** Periodo de desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y a edad adulta suele iniciarse entre las 10 a 19 años de edad con la aparición de caracteres sexuales secundarios y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años.

**Depresión:**

Estado emocional anormal caracterizado por excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desanimo, de mérito vacío y desesperanza en grado inapropiado desproporcionando respecto a la realidad.

**Depresión puerperal:**

Es un trastorno psiquiátrico que se produce después del nacimiento del niño se caracteriza por síntomas que varían desde una tristeza post parto leve hasta una psicosis depresiva suicida profunda.

**Factor de riesgo:**

Estimulo interno o externo que puede aumentar las probabilidades de la puérpera de desarrollar o desencadenar depresión posparto. Y pueden ser:

**Edad:**

Estado de desarrollo corporal semejante desde el punto de vista de los exámenes físicos y de laboratorio a lo que es normal para un hombre o una mujer, con el mismo tiempo de vida cronológicamente.

**Estado civil:**

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes de matrimonio o de parentesco.

**Ingreso económico:**

Cantidad de dinero que ingresa al hogar por una actividad económica realizada por algún miembro familiar.

**Paridad:**

Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana.

**Embarazo no deseado:**

Proceso de gestación no aceptado por la pareja

**Vía de culminación del parto:**

Es el proceso por el cual se expulsa del útero el producto de la concepción.

**Violencia familiar:**

Es todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifiesta en el uso de la violencia física, psicológica, patrimonial y/o económica o sexual

## **2.4. HIPÓTESIS**

La edad temprana, estado civil no estable, el embarazo no deseado, el bajo nivel económico, la primiparidad, la vía de culminación del parto por cesárea y la violencia familiar. Son factores de riesgo a depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho.

## **2.5. VARIABLES DE ESTUDIO**

### **INDEPENDIENTE:**

Factores de riesgo:

Edad

Estado civil

Embarazo no deseado

Ingreso económico

Paridad

Vía de culminación del parto

Violencia familiar.

### **DEPENDIENTE:**

Depresión puerperal.

## **CAPITULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicada

#### **3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativa

#### **3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

No experimental

#### **3.4. MÉTODO DE ESTUDIO**

Prospectivo, transversal, analítico de caso control

#### **3.5. POBLACIÓN y MUESTRA**

Estuvo conformada por 97 puérperas adolescentes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho de Enero – Abril 2014.



**Casos:** 46 puérperas adolescentes con depresión posparto.

**Controles:** 51 puérperas adolescentes sin depresión posparto.

### **TIPO DE MUESTREO**

No Probabilístico por conveniencia

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

-Puérperas adolescentes con depresión puerperal atendidas en el Hospital Regional Ayacucho de enero-abril 2014.

-Puérperas que aceptaron participar en la investigación.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

-puérperas mediatas

- Puérperas adolescentes sin depresión posparto

- Puérperas adultas

- Puérperas que no deseen participar en la investigación

- Puérperas con parto múltiple

- Puérperas con recién nacidos que tengan malformaciones neonatales

- Puérperas con recién nacidos prematuros.

- Puérperas con recién nacidos hospitalizados.

-Púérperas que no realicen, su control puerperal en el Hospital Regional Ayacucho.

### 3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrevista</li> <li>▪ Aplicación del test de escala de depresión de Edimburgo</li> <li>▪ Aplicación de la ficha de tamizaje de violencia familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ficha de entrevista</li> <li>▪ Ficha del test :escala de depresión de Edimburgo</li> <li>▪ Ficha de tamizaje de violencia familiar</li> </ul>

La Escala de Edimburgo fue validado mediante el muestreo piloto realizado a 15 adolescentes púérperas, obteniendo un alfa de Cronbach $\alpha$ =0.821, que indica que el instrumento es fiable para medir la depresión puerperal.

### 3.8. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Por medio del Decanato de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional De San Cristóbal de Huamanga, se solicitó a la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena" el permiso correspondiente para realizar la ejecución del proyecto de investigación.
- Se entregó la carta de presentación expedida por el Decanato de nuestra Facultad de Obstetricia al Director del Hospital Regional de Ayacucho, quién refirió el proyecto de investigación al Departamento de Gineco – Obstetricia.

- Se presentó la solicitud para la revisión, aprobación y ejecución del proyecto de investigación al Departamento de Área de Investigación del Hospital Regional de Ayacucho.
- Se realizó un cronograma de asistencia al Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de investigación.
- Una vez obtenida la autorización, previa orientación y sensibilización se procedió a identificar y captar a las puérperas que reunirán los criterios de inclusión.
- Ya obtenido la información de participación en el trabajo de investigación se procedió a aplicar los instrumentos de investigación como: ficha de la escala de depresión, ficha de tamizaje de violencia familiar.
- Conseguido el permiso respectivo e ingresando al servicio de Gineco – Obstetricia,
- Concluida la fase de recolección de datos se procedió a codificar y vaciar los datos en una base de datos (Programa Excel).

### **3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico IBM SPSS 20.0, se elaboraron cuadros estadísticos de una y doble entrada. Asimismo se aplicó la prueba de independencia de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio y la prueba de Odds Ratio (OR) para determinar el factor de riesgo.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**Frecuencia de Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero –abril 2014.**

Frecuencia =  $Ct/Ntx 100$

Dónde:

Ct = número de casos existentes en un periodo de tiempo.

Nt= número total de individuos atendidos en un periodo de tiempo.

**Frecuencia:**

$\frac{46 \text{ puérperas con depresión puerperal enero- abril 2014}}{97 \text{ puérperas con tamizaje de depresión puerperal atendidas en el Hospital Regional Ayacucho enero- abril 2014}} \times 100$

**Frecuencia de depresión puerperal en adolescentes = 47,4%**

Durante el período de estudio un total de 97 puérperas adolescentes con tamizaje de depresión puerperal atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho presentaron depresión puerperal, representando una frecuencia de 47.4%.

Del análisis del resultado se concluye que existe elevado porcentaje de adolescentes puérperas que presentaron depresión postparto (47.4%).

Como se observa en el resultado hallado existe elevado porcentaje de adolescentes que presentaron depresión postparto; las adolescentes presentan una serie de factores de riesgo que influyen directamente en el desencadenamiento de la depresión puerperal, ya que las adolescentes al encontrarse en desarrollo físico y psicológico no están preparadas para un maternidad prematura, debido a ello que se ha encontrado elevado

porcentaje de puérperas adolescentes con depresión.

Molero et al (2014) en la investigación "Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas", reportó de un total de 50 adolescentes en estudio, el 96.0% (48) no presento depresión y el 4.0% (2) presento depresión posparto, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Bolzán et al (Argentina 2009) en la investigación "Maternidad adolescente y depresión posparto", de un total de 16 adolescentes en estudio, 81.25% (13) presentaron depresión postparto y 18.75% (3) no presentaron depresión postparto, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Tabla 01: Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación a la edad. Enero –abril 2014.**

Edad	Casos (Con Depresión)		Control (Sin Depresión)	
	Nº	%	Nº	%
Adolescencia temprana	12	26.1	10	19.6
Adolescencia tardía	34	73.9	41	80.4
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

$\chi^2_c = 0.579$  N. S.                       $\chi^2_t = 3.841$                        $P > 0.05$   
g. l. = 1                      OR= 1.447 (IC95%: 0.557 – 3.758) N. S.

La Tabla 01, referido a la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación a la edad, muestra que del 100.0% (46) adolescentes con depresión puerperal (grupo de casos).El 73.9% (34) fueron adolescentes tardíos y el 26.1% (12) adolescentes tempranos. Asimismo, del 100.0% (51) de adolescentes sin depresión puerperal (grupo control), el 80.4% (41) correspondieron a adolescentes tardíos y el 19.6% (10) a adolescentes tempranos.

Del análisis de los resultados se concluye que el mayor porcentaje de adolescentes tardías presentaron depresión puerperal 73.9%.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló dependencia estadística de asociación entre la depresión puerperal con la edad de las adolescentes ( $P > 0.05$ ); asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) también resultó ser no significativa, demostrándose que la edad de las adolescentes no puede comportarse como un factor protector y de riesgo a la vez para la depresión puerperal.

Como se observa en los resultados hallados la edad no es un factor relacionado con la depresión postparto, sin embargo, el grupo de gestantes adolescentes en general (adolescencia temprana y tardía) son vulnerables a una serie de trastornos psicológicos, ya que aún no tienen la madurez orgánica y psicológica para enfrentar un embarazo y consecuentemente la maternidad, desencadenando en ellas una serie de trastornos psicológicos como la depresión puerperal.

Bolzán et al (Argentina 2009), reportó asociación entre la edad con el riesgo de depresión ( $P < 0.05$ ), presentándose la depresión en adolescentes de 16 años a 19 años, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.



**Tabla 02: Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al estado civil. Enero – abril 2014.**

Estado civil	Casos (Con Depresión)		Control (Sin Depresión)	
	Nº	%	Nº	%
No estable	28	60.9	15	29.4
Estable	18	39.1	36	70.6
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

$\chi^2_c = 9.698$  \*\*       $\chi^2_t = 3.841$        $P < 0.05$   
g. l. = 1      OR= 3.733 (IC95%: 1.604 – 8.688)

La Tabla 02, referido a la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al estado civil, muestra que del 100.0% (46) adolescentes con depresión puerperal (grupo caso), El 60.9% (28) presentaron estado civil no estable y 39.1% (18) fueron de estado civil estable. Asimismo, del 100.0% (51) de adolescentes sin depresión puerperal (grupo control). El 70.6% (36) correspondieron a adolescentes con estado civil estable y el 29.4% (15) a adolescentes con estado civil no estable.

Del análisis de los resultados se concluye que el mayor porcentaje de adolescentes con estado civil no estable presentaron depresión puerperal 60.9%.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística de asociación entre la depresión puerperal con el estado civil de las adolescentes ( $P < 0.05$ ); asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) nos muestra que las adolescentes presentaron 3.733 veces mayor riesgo de presentar depresión puerperal

si el estado civil es no estable.

Como se observa en los resultados hallados el estado civil es un factor asociado a la depresión puerperal, las adolescentes con estado civil estable presentarán mayor apoyo emocional de parte de sus parejas para afrontar su nueva situación de maternidad comportándose como un factor protector, mientras que en las adolescentes que no tienen una relación estable se podría presentar la depresión puerperal porque no tiene con que afrontar su nueva situación de maternidad.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Bolzán et al (Argentina 2009), en el trabajo de investigación "maternidad adolescente y depresión posparto" quien reportó asociación entre estado civil con el riesgo de depresión ( $P < 0.05$ ), presentándose la depresión en 3 adolescentes solteras y en 10 adolescentes en situación de concubinato.

**Tabla 03: Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al ingreso económico. Enero –abril 2014.**

Ingreso económico	Casos (Con Depresión)		Control (Sin Depresión)	
	Nº	%	Nº	%
Bajo	32	69.6	27	52.9
Medio - Alto	14	30.4	24	47.1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

$\chi^2_c = 2.805$  N. S.       $\chi^2_t = 3.841$        $P > 0.05$

g. l. = 1      OR= 2.032 (IC95%: 0.887 – 4.682) N. S.

La Tabla 03, referido a la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al ingreso económico, muestra 100.0% (46) adolescentes con depresión puerperal, 69.6% (32) fueron adolescentes con ingreso económico bajo, 30.4% (14) fueron adolescentes con ingreso medio-alto. Asimismo, del 100.0% (51) de adolescentes sin depresión puerperal, el 52.9% (27) correspondieron a adolescentes con ingreso económico bajo y el 47.1% (24) a adolescentes con ingreso medio-alto.

Del análisis de los resultados se concluye que el mayor porcentaje de adolescentes con ingreso económico bajo presentaron depresión puerperal 69.6%.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló dependencia estadística de asociación entre la depresión puerperal con el ingreso económico de las adolescentes ( $P > 0.05$ ); asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) también resultó ser no significativa, demostrándose que el ingreso económico de las

adolescentes no puede comportarse como un factor protector y de riesgo a la vez para la depresión puerperal.

Como se observa en los resultados hallados no se encontró asociación entre la depresión puerperal con el ingreso económico, generalmente los trastornos psicológicos como la depresión tienen su origen en aspectos psicológicos de la adolescente como la expectativa de vida trazada y el no cumplimiento de esta. Las repercusiones del embarazo y parto se presentan en forma igual en todas las adolescentes de distintos estratos económicos.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Latorre et al (Colombia: 2006), en la investigación "La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia", donde no hallaron asociación de la depresión puerperal con el estrato económico ( $P=0.19$ ), reportando 73 adolescentes correspondientes al estrato económico bajo.

Igualmente, nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Molero et al (2014), donde no hallaron asociación entre la depresión y el nivel económico ( $P=0.816$ ), asimismo reportaron que el 42.9% (20) adolescentes presentan bajo ingreso familiar.

**Tabla 04: Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación a la paridad. Enero –abril 2014.**

Paridad	Casos (Con Depresión)		Control (Sin Depresión)	
	Nº	%	Nº	%
Primípara	42	91.3	38	74.5
Multipara	4	8.7	13	25.5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

$\chi_c^2 = 4.720^{**}$                        $\chi_t^2 = 3.841$                        $P < 0.05$   
g. l. = 1 OR= 3.592 (IC95%: 1.078 – 11.968)

La Tabla 04, referido a la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación a la paridad, muestra que del 100.0% (46) adolescentes con depresión puerperal, 91.3% (42) fueron adolescentes primíparas y el 8.7% (4) fueron adolescentes múltiparas, mientras que el 100.0% (51) de adolescentes sin depresión puerperal, el 74.5% (38) correspondieron a adolescentes primíparas y el 25.5% (13) a adolescentes múltiparas.

Del análisis de los resultados se concluye que el mayor porcentaje de adolescentes primíparas presentaron depresión puerperal 91.3%.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística de asociación entre la depresión puerperal con la paridad de las adolescentes ( $P < 0.05$ ); asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) nos muestra que las adolescentes puérperas presentaron 3.592 veces mayor riesgo de presentar depresión puerperal.

Como se observa en los resultados hallados la paridad está asociada a la depresión postparto, cabe mencionar que un embarazo es un evento

único, que tendrá mayores implicancias directas en la salud mental y psicológica de las adolescentes que serán madres por primera vez.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Latorre et al (Colombia: 2006), en la investigación “la depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia”, donde reportaron asociación de la depresión puerperal con la paridad ( $P=0.00$ ) reportando que el 76.7% de primíparas presentaron depresión puerperal.

**Tabla 05: Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al embarazo deseado. Enero –abril 2014.**

Embarazo deseado	Casos (Con Depresión)		Control (Sin Depresión)	
	Nº	%	Nº	%
No	34	73.9	23	45.1
Si	12	26.1	28	54.9
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

$\chi_c^2 = 8.287^{**}$        $\chi_t^2 = 3.841$        $P < 0.05$   
g. l. = 1      OR= 3.449 (IC95%: 1.462 – 8.140)

La Tabla 05, referido a la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al embarazo deseado, muestra que del 100.0% (46) adolescentes con depresión puerperal (grupo caso), 73.9% (34) correspondieron a adolescentes que no deseaban el embarazo y el 26.1% (12) correspondieron que si deseaban el embarazo. Mientras que del 100.0% (51) de adolescentes sin depresión puerperal (grupo control), el 54.9% (28) correspondieron a adolescentes que sí desearon el embarazo y el 45.1% (23) a adolescentes que no desearon el embarazo.

Del análisis de los resultados se concluye que el mayor porcentaje de adolescentes que mencionaron que no deseaban el embarazo presentaron depresión postparto 73.9%.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística de asociación entre la depresión puerperal con el embarazo deseado de las adolescentes ( $P < 0.05$ ); asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) nos muestra que las

adolescentes presentaron 3.449 veces mayor riesgo de presentar depresión puerperal debido al embarazo no deseado.

Como se observa en los resultados hallados, existe asociación directa entre la depresión postparto con el embarazo no deseado, probablemente habrá menor repercusiones psicológica en aquellas adolescentes que si deseaban quedar embarazadas, y por el contrario existirá mayores repercusiones psicológicas con surgimiento de la depresión puerperal en aquellas adolescentes que no deseaban un embarazo, puesto que no estaba en su plan de vida.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Latorre et al (Colombia: 2006), en la investigación “la depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia” donde reportaron asociación entre la depresión puerperal con la gestación no deseada, asimismo mencionan que el 21.9% (IC95%=13.1 – 33.1) correspondieron a adolescentes con gestación no deseado.



**Tabla 06: Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al tipo de parto. Enero – abril 2014.**

Tipo de parto	Casos (Con Depresión)		Control (Sin Depresión)	
	Nº	%	Nº	%
Cesárea	19	41.3	20	39.2
Vaginal	27	58.7	31	60.8
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 0.044 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 3.841 \quad P > 0.05$$

$$g. l. = 1 \quad OR = 1.091 \text{ (IC95\%: 0.484 – 2.458) N. S.}$$

La Tabla 06, referido a la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación al tipo de parto, muestra que del 100.0% (46) adolescentes con depresión puerperal (grupo caso), 58.7% (27) tuvieron parto vaginal y el 41.3% (19) tuvieron parto por cesárea. Asimismo, del 100.0% (51) de adolescentes sin depresión puerperal (grupo control), el 60.8% (31) correspondieron a adolescentes con parto vaginal y el 39.2% (20) a adolescentes con parto por cesárea.

Del análisis de los resultados se concluye que el mayor porcentaje de adolescentes que tuvieron parto vaginal presentaron depresión puerperal 58.7%.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló dependencia estadística de asociación entre la depresión puerperal con tipo de parto de las adolescentes ( $P > 0.05$ ); asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) también resultó ser no significativa, demostrándose que el tipo de parto de las adolescentes no puede comportarse como un factor protector y de riesgo a la vez para la

depresión puerperal.

Como se observa en los resultados hallados no existe asociación entre la depresión postparto y el tipo de parto, generalmente el embarazo mismo en las adolescentes es un factor incidente en la depresión postparto, ya que durante todo el proceso de gestación la adolescente está sometida a una serie de factores que repercuten en su salud mental, siendo el tipo de parto un aspecto secundario para el desencadenamiento de la depresión puerperal.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Latorre et al (Colombia: 2006), en la investigación “la depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia” no halló asociación entre la depresión puerperal con el tipo de parto, asimismo reportaron que el 61.6% de adolescentes tuvieron parto vaginal.

Asimismo Molero et al (2014), en la investigación “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas” no hallaron asociación entre la depresión y el tipo de parto, reportando 12.2% (12) adolescentes con parto por cesárea.

**Tabla 07 Depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación a la violencia familiar. Enero –abril 2014.**

Violencia familiar	Casos (Con Depresión)		Control (Sin Depresión)	
	Nº	%	Nº	%
Si	14	30.4	6	11.8
No	32	69.6	45	88.2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 5.151^{**}$$

$$\chi_i^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 1$$

$$OR = 3.281 \text{ (IC95\%: 1.139 – 9.455)}$$

La Tabla 07, referido a la depresión puerperal en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en relación a la violencia familiar, muestra que del 100.0% (46) adolescentes con depresión puerperal (grupo caso) el 69.6% (32) fueron en adolescentes que no tuvieron violencia familiar, 30.4% (14) fueron en adolescentes que tuvieron violencia familiar. Mientras que del 100.0% (51) de adolescentes sin depresión puerperal (caso control), el 88.2% (45) correspondieron a adolescentes sin violencia familiar y el 11.8% (6) a adolescentes que mencionaron tener violencia familiar.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística de asociación entre la depresión puerperal con la violencia familiar de las adolescentes ( $P < 0.05$ ); asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) nos muestra que las adolescentes presentaron 3.281 veces mayor riesgo de presentar depresión puerperal debido a la violencia familiar.

Como se observa en los resultados hallados, la depresión puerperal está

directamente relacionada con la violencia familiar; la violencia familiar es un factor muy importante en la salud psicológica de las adolescentes, debido a que las diferentes formas de violencia familiar generan ansiedad, estrés, temor, etc., que repercutirá directamente en el surgimiento de la depresión puerperal.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Sánchez y Sánchez (Venezuela: 2010), en la investigación "Adolescentes: Factores que inciden en la depresión postparto. Caracas, Venezuela" donde encontró asociación directa entre la depresión postparto con la violencia familiar dentro del hogar de las adolescentes, reportando que el 54.1% (46) de adolescentes sufrieron violencia familiar y el 45.9% (30) no presentaron violencia familiar.

## CONCLUSIONES

De los resultados hallados en la presente investigación se arriba a las siguientes conclusiones:

- 1° La frecuencia de Depresión puerperal en adolescentes puérperas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho fue de 47.4%.
- 2° La depresión postparto en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho está relacionada con los factores estado civil (OR=3.733), paridad (OR= 3.592), embarazo deseado (OR= 3.449) y violencia familiar (OR= 3.449)
- 3° La depresión postparto en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho no está relacionada con los factores edad, ingreso económico y tipo de parto ( $P>0.05$ ).

## RECOMENDACIONES

- 1° Se ha encontrado una frecuencia de adolescentes con depresión puerperal, por lo que las autoridades del MINSA, Dirección Regional de Ayacucho y los establecimientos de salud deberían realizar campañas preventivas de salud mental en adolescentes gestantes.
- 2° Realizar investigaciones referidas en los diferentes establecimiento de salud de la Región de Ayacucho con la finalidad de identificar en forma general los factores que inciden en la depresión puerperal.
- 3° Se debe aprovechar los controles puerperales para mejorar las medidas de prevención y control no solo de las complicaciones puerperales sino también de los trastornos psicológicos para poder derivar oportunamente, para este fin el profesional de obstetricia debe capacitarse para brindar orientación y apoyo emocional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stuart S, Couser G, Schilder K et al: la ansiedad y la depresión posparto: inicio y la co-morbilidad en una muestra comunitaria. *J NervMentDis* 1998; 186: 420-4
2. Maroto Navarro G, García Calvente M, Fernández Parra A.(2005), Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo . *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud (International journal of Clinical and Health Psychology)*. ISSN 1697-2600,2005, VOL.5, N°2, PP.305-318.
3. Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18 [http://www.conductitlan.net/43\\_depresion\\_post\\_parto\\_presencia\\_manejo\\_psicologico.pdf](http://www.conductitlan.net/43_depresion_post_parto_presencia_manejo_psicologico.pdf)
4. Carro García T, Sierra Manzano JM, Hernández Gómez MJ, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev Med General y de Familia* 2000; 24: 452-56.
5. Monografias .com "Perfil Psicológico de madres primerizas post-parto y afecto en el bebé".<http://www.monografias.com/trabajos94/perfil-psicologico-madres-primerizas-post-y-parto-afecto-bebe>.
6. Moreno A, Domíngues L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Revista Chilena Obstetricia-*

Ginecología 2004;69 (3):209-13.

7. Martínez M, Dolz M, Alonso J, Luque I, Palacín C, Bernal M, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESE MeD-España. *MedClín (Barc)* 2006; 12(126); 445-51.
8. Bowen A, Muhajarine N .Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35.
9. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. "Implicaciones de sincronización de los síntomas depresivos maternos para principios de desarrollo cognitivo y del lenguaje" *Rev.* 2006; 9: 65-83.
10. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003; 183:279-281.
11. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría* 2000; 38(2):84-93.
12. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología* 2003; 68(6):491-4.
13. Ascaso Terréna C, García Esteveb L, Puri Navarrob, Jaume Aguado a, Julia Ojuela, Jesús Tarragonaa M et al (2003), Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de



- depresión posparto Edimburgo .Medicina Clínica (Barcelona-España) 2003,120(9).
14. Arbulú Neira, A. (2006).Depresión posparto revista trujillana de psicología.Abril 2006
  15. Canabal, Gladys, Gonzales ,Martha . Martinez Schallmoser, Lucy, Tovar , María ,Valencia, Celmira (.2000), Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en adolescentes de Cali, Colombia, Colombia medica Vol.31 N<sup>o</sup>1,2000,pp,4-10.
  16. Barnett B, Lockhart K, Bernard D *et al*:Mood disorders among infants of mothers admitted to a mothercraft hospital. J PaediatrChildHealth 1993; 29: 270-5.
  17. Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M. Raja Casillas MI, Izquierdo Zamariego MJ, Valles Fernández N, et al. "Depresión posparto en el área de salud de Toledo". Aten Primaria 1999Sep15; 24(4):215-9.
  18. Molero KL, Urdaneta JR, Sanabria C, Zambrano BN, Contreras A, Azuaje E, Romero NB. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(4): 294 – 304.
  19. Sánchez V, Sánchez D. Adolescentes: Factores que inciden en la depresión postparto. Caracas, Venezuela. Resumen de Investigaciones Científicas. 2010. Vol. 1(1): 125-138.
  20. Bolzán C, Kunzi I, Cellerino R, Franzini C, Mendieta D. Maternidad adolescente y depresión posparto. I Congreso de Psicología del

Desarrollo y Ciclo Vital, U. A. I., Argentina, noviembre de 2009.

21. Latorre JF, Contreras IM, García S, Arteaga J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162).
22. García Esteve, Luisa. (2000), Estudio de la depresión posparto en madres españolas, detección, incidencia y factores asociados. Fundación Clinic Reseca Biomédica. Referencia ,471.
23. Tulchinsky D, Hobel CJ, Yeager EM. Plasma estrone, estradiol, estriol, progesterone and 17-hydroxyprogesterone in human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 112:1095-1100.
24. Poindexter AN, Ritter NB, Besch PK. The recovery of normal plasma progesterone levels in the postpartum female. *FertilSteril* 1983; 39: 494-498.).
25. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44 (3): 234-246.
26. Cox, J. y Col (1999), Estudio de la depresión posparto en madres españolas: Detección, incidencia y factores asociados. Fundación Clínica. Recerca Biomédica. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Barcelona – España.
27. Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar (2008), Depresión posparto: ¿se encuentra asociado a la violencia basada en género? *An.Fac.Medic.*2009,70(2):115-8
28. Rojas G; Fritsch R; Solís J; González M; Guajardo V; Araya R.

Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. RevMéd Chile 2006; 134 (6): 713-720.

29. Soares F. La depresión postnatal en las mujeres: Etiología y consecuencias psicosociales. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Universitat de València. Servei de Publicacions 2011. Tesis Doctoral, p: 40-70.
30. García C. (1999). Niveles de depresión en adolescentes con aborto inducido y Adolescentes posparto que acuden a un hospital de Lima. Tesis UPCH-Lima, Perú.

**ANEXO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE OBSTETRICIA**  
**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**ESCALA DE EDIMBURGO (EPDS)**

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

**1. He sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas:**

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tanto como siempre (0) | No tanto ahora (1)   |
| Mucho menos ahora (2)  | No, no he podido (3) |

**2. He mirado el futuro con placer:**

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| Tanto como siempre (0)   | menos que antes(1) |
| Mucho menos que antes(2) | casi nada (3)      |

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas han salido mal:**

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Sí, la mayor parte del tiempo (3) | Sí, algunas 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) | siempre casi (3) |

**5. He sentido 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 agobiando:**

- |   |     |
|---|-----|
| Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto (3)    | (3) |
| Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre (2)            | (2) |
| No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien casi nunca (1) | (1) |
| No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre (0)                    | (0) |

**7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultad para dormir**

- |                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| Sí, la mayoría 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) |
| No, con mucha frecuencia (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)            | No, nunca (0) |

**Puntaje total:**

- |                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| 1. Sin depresión (0 a 10puntos)    | ( ) |
| 2. Con depresión (11 a más puntos) | ( ) |

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO (EPDS) MEDIANTE LA  
PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.821	10

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	6,80	11,537	,702	,780
Ítem 2	6,70	15,589	,014	,846
Ítem 3	7,20	13,011	,743	,786
Ítem 4	6,80	14,063	,489	,808
Ítem 5	7,20	11,958	,751	,776
Ítem 6	7,60	13,937	,605	,802
Ítem 7	6,90	11,884	,570	,799
Ítem 8	6,80	12,379	,527	,804
Ítem 9	7,30	12,642	,581	,796
Ítem 10	6,90	14,832	,193	,832



### FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR

DIRECCION DE SALUD.....ESTABLECIMIENTO.....

FECHA: .....SERVICIO: .....

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: .....

EDAD: ..... SEXO: ..... DIRECCIÓN: .....

#### LEA AL PACIENTE

Indíquenos a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las pacientes si actualmente para participar con ellas en la solución de su problema, por favor conteste a estas preguntas:

#### Pregunte :

**adulto (a).**

¿Una vez ha sido maltratada psicológicamente?  
¿Una vez ha sido maltratada físicamente?  
¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién?  
¿Desde cuándo?  
¿Cuándo fue la última vez?

**niño- niña – adolescente :**

¿Investiga tu papa o tu mama?  
¿Una persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera inapropiada o molesto?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién?  
¿Desde cuándo?  
¿Cuándo fue la última vez?

Marque con aspa (X) todos los indicadores de maltrato, que se observe: en todo los casos: niña, adolescente(s), adultos (s) adulta mayor

FISICO	PSICOLOGICO	SEXUALES
hematomas y contusiones	Extrema falta de confianza	Conducta sexual inapropiada
quemaduras y laceraciones	Tristeza, depresión o angustia	Irritación, dolor, lesión y hemorragia
heridas inexplicables	Retraimiento	Embarazo precoz
heridas y mordeduras	Llanto frecuente	Aborto o amenaza de infecciones de transmisión sexual
infección de vulva, perine y recto	Exagerada necesidad de ganar	<b>NEGLIGENCIA</b>
infección en la boca, mejilla, ojos	Demandas excesivas de atención	Falta de peso o pobre patrón de Crecimiento
irritaciones sin causa física (dermatitis, insomnio)	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	No tienes vacunas o atención de salud
	Temor a los padres o llegar al hogar	Accidente o enfermedades frecuentes
	Robo, mentira, fatiga, desobediencia	Descuido en higiene y falta de estimulación del desarrollo
	Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde	Fatiga, sueño, hambre
	Bajo rendimiento académico	
	Aislamiento de personas	
	Intento de suicidio	
	Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o Analgésicos	

FECHA: ..... DERIVADO POR: ..... NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO: .....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE OBSTETRICIA  
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



### Ficha de encuesta

Fecha.....

Nº .....

#### I. DATOS GENERALES:

##### 1.1. EDAD:

Adolescencia temprana (10 a 14 años de edad) ..... ( )

Adolescencia tardía entre (15 a 19 años de edad)..... ( )

##### 1.2. ESTADO CIVIL:

Soltera ( )                      casada ( )                      conviviente ( )                      otros ( )

##### 1.5. INGRESO ECONÓMICO:

Baja: Menor de S/.700.00 soles ( )

Media: de S/700.00-1200 soles ( )

Alta: Mayor de S/.1200.00 soles ( )

#### II. DATOS REFERENTES A LA INVESTIGACIONES:

##### 2.1. PARIDAD:

Primípara ( )                      Multipara ( )

##### 2.2. EMBARAZO DESEADO:

Si ( )                      No ( )

##### 2.3. SU PARTO FUE:

Vaginal ( )                      Cesárea ( )

##### 2.5. VIOLENCIA FAMILIAR EN EL HOGAR

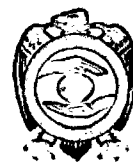
Si ( )                      No ( )

Gracias





**FORMATO DE REGISTRO SE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
CONDUCENTE AL TÍTULO UNIVERSITARIO**



**I. DATOS GENERALES**

- **Universidad:** Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
- **Facultad:** Obstetricia
- **Escuela de Formación Profesional:** Obstetricia
- **Título de la tesis:** “FACTORES DE RIESGO A DEPRESIÓN PUERPERAL EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO –ABRIL 2014”
- **Área de Investigación:** Niñez-Adolescencia
- **Autores:**
  - ✓ **Apellidos y nombres:** Tucno Ruiz, Elia Noheli
  - ✓ **DNI N°:** 46303199
  - ✓ **Apellidos y nombres:** Ochoa Cárdenas, Flor Carolina
  - ✓ **DNI N°:**41162801
- **Título profesional la que conduce:** Obstetra
- **Año de aprobación de la sustentación:** 2014