

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**TAMIZAJE DE
DEPRESIVOS
MADRES
MEXICANAS Y**

**SÍNTOMAS
POSTPARTO EN
ADOLESCENTES
FACTORES DE**

RIESGO ASOCIADOS

Por

DRA. MARIANA LEAL TREVIÑO

**Como requisito para obtener el Grado de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Febrero, 2019

**TAMIZAJE DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS POSTPARTO EN
MADRES ADOLESCENTES MEXICANAS Y FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS**

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Con todo mi amor para mis padres José Luis Leal Rodríguez y Consuelo Treviño Garza de Leal quienes con su amor, paciencia y esfuerzo hicieron todo en la vida para permitir llegar a cumplir mis sueños. Ustedes quienes son las personas mas importantes en mi vida, quienes nunca dejaron de confiar en mí, por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi hermano José Luis por todo su cariño y apoyo incondicional en todo momento.

A mi esposo Gustavo por apoyarme cuando más lo necesitaba, por extender su mano en momentos difíciles, por su amor, paciencia y comprensión brindado cada día.

A mis maestros que, en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos de la vida, especialmente al doctor Donato Saldivar Rodriguez, director de mi tesis por su confianza y gran apoyo en este proyecto.

A mis hermanos de generación Cristina, Angélica, Roberto, Marcelo, César y Marco por demostrar apoyo incondicional, cariño y amor.

ÍNDICE

Capítulo	Página
Capítulo I	
1. RESUMEN.	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.	2
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS.	13
3.1 Hipótesis Alternativa.	13
3.2 Hipótesis Nula.	13
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS.	14
4.1 Objetivo General	14
4.2 Objetivos Específicos	14
4.3 Justificación y planteamiento del problema.	15
Capítulo	Página
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS.	16
5.1 Análisis estadístico.	20
5.2 Tamaño de muestra.	20
5.3 Aprobación del comité de ética.	20

Capítulo VI	
6. RESULTADOS.	21
 Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN.	35
 Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN.	40
 Capítulo	Página
Capítulo IX	
9. BIBLIOGRAFÍA.	41
 Capítulo X	
10. RESUMEN AUTOBIBOGRÁFICO.	45
 Capítulo XI	
11. ANEXOS.	46
11.1 Escala Edimburgo para la Depresión Postnatal	46
11.2 Inventario de BECK.	47
11.3 Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK.	50
11.4 Cuestionario Sociodemográfico y factores obstétricos	51
11.4 Carta de Aceptación del Comité de Ética.	53
 Capítulo XII	
12. ABSTRACT	54

**TAMIZAJE DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS POSTPARTO EN
MADRES ADOLESCENTES MEXICANAS Y FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS**

Aprobación de la tesis:



Dr. med. Donato Saldívar Rodríguez

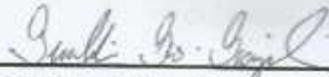
Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia

Director de Tesis

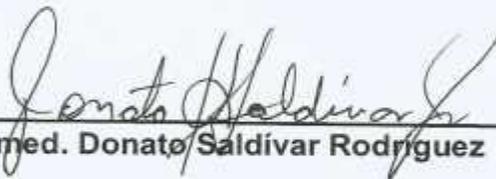


Jefe de Enseñanza

del Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dra. Sci. Geraldina Guerrero González
Coordinadora de Investigación
del Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. med. Donato Saldívar Rodríguez
Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

CAPITULO I

RESUMEN

La maternidad como tema central, enfocado durante el puerperio, representa una crisis vital y evolutiva que afecta a todo el grupo familiar. Particularmente en la etapa de la adolescencia, esta crisis reviste características específicas.

Objetivo: Conocer la prevalencia de los síntomas depresivos postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” utilizando la escala de depresión postparto de Edimburgo.

Metodología: Se investigó esta problemática a través de la aplicación la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, usando la versión traducida al español validada en México. Se aplicó también el inventario de depresión de BECK, diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adolescentes y se evaluó el apoyo social con la escala Duke-UNC. Se realizaron pruebas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como la prueba de V de Cramer para las variables nominales bajo un índice de significancia ($p = 0.05$).

Resultados: Participaron 215 mujeres adolescentes, la mayoría en etapa de adolescencia tardía (80.9%) y primigestas (56.3%), con educación de secundaria terminada (47.9%). La mayoría viven en unión libre (70.7%) Para el cuestionario de DUKE-UNK la puntuación fue considerada normal (92.6%). Para el apoyo afectivo fue igual (91.6%) En cuanto al apoyo percibido fue de 96.3% para un apoyo normal. Se aplicó el cuestionario de Edimburgo para la depresión posnatal, encontrando que el 89.8% de la muestra no tiene riesgo para la depresión postparto. Se aplicó el inventario de Beck encontrando que la mayor parte de la muestra (86.0%) se encuentra dentro de los rangos normales.

Conclusiones: La prevalencia para depresión postparto en madres adolescentes fue menor a lo reportado en la literatura. Se acepta la hipótesis nula. El estado civil de unión libre es factor de riesgo en nuestra población mientras que la buena convivencia familiar y de pareja fueron factores protectores. Se recomienda incluir dentro de la evaluación posnatal la aplicación de la Escala de Edimburgo, como medida de tamizaje oportuno de síntomas depresivos y diagnosticar oportunamente esta patología, para evitar sus consecuencias durante el puerperio en nuestras madres adolescentes.

Palabras clave: *Síntomas depresivos, posparto, madres adolescentes*

CAPITULO II

2. INTRODUCCIÓN

Los problemas emocionales en el postparto se pueden encontrar desde los tiempos de Hipócrates, quién describe la manía postparto como delirium asociado a sepsis puerperal, entidad común en la antigua Grecia [1].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración [2].

Ésta entidad es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio [1] y constituye un problema de salud pública, con una prevalencia mundial que fluctúa entre un 10% a 15%; tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.

La OMS (1995) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos

de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, fijando sus límites entre los 10 a 19 años de edad [13] y destaca que ellos representan un porcentaje importante de la población en todas las regiones del mundo [3]. Según Fishman, las tareas esenciales de la adolescencia se centran en torno a la búsqueda de la identidad, el desarrollo de las competencias sociales, la elaboración del narcisismo adolescente y el logro de la autonomía [13,32].

Actualmente, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que casi una de cada cinco personas en México tiene entre 10 a 19 años de edad. Esto significa que en el país viven 22.4 millones de adolescentes. Prácticamente la mitad (11.3 millones) tienen de 10 a 14 años de edad y 11.1 millones tienen entre 15 y 19 años de edad. El peso relativo de este grupo casi se ha duplicado desde 1970, año en el que la población de 10 a 19 años era sólo 11.4% del total nacional [3].

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en ésta edad; el 88% de las adolescentes vivían en países en desarrollo y el 19% de ellas han tenido un embarazo antes de los 18 años de edad; lo que representa prácticamente siete millones de nacimientos productos de madres adolescentes menores de 18 años. De estos, dos millones son de menores de 15 años [3].

Según la OMS, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos a

nivel mundial, de los cuales el 95% ocurren en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de unión libre o un matrimonio [3].

Según el Banco Mundial, América Latina y el Caribe presentan las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina éste proceso ha sido extremadamente lento, al parecer por las condiciones de desigualdad que presenta la región [3].

Un dato preocupante es que América Latina y el Caribe es la única región donde los nacimientos de hijos de madres menores de 15 años aumentaron. La UNICEF agrega a esto que el 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, el porcentaje más elevado entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres, a nivel mundial [3].

Valencia y Schiavon analizaron el Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) entre 2008 y 2011, encontrando que “se realizaron 8,263,020 certificados de nacimientos”, de éstos, 0.7% pertenecen a adolescentes muy jóvenes, en el grupo de edad de 10-14 años; 18.9% fueron en adolescentes

entre 15 y 19 años; 29.5% en mujeres del grupo de 20-24 años; 24.5% en el grupo de 25-29 años y finalmente, 25.7% en mujeres de 30 años y más [3].

Debe agregarse que las madres adolescentes presentan proporciones variables entre las entidades federativas de nuestro país. En 2013, en Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero y Nayarit, más del 19% de los nacimientos fueron de adolescentes, comparado con menos del 16% en el Distrito Federal, Nuevo León y Querétaro.

En términos de fecundidad, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2009 señala que el promedio nacional de nacimientos de las mujeres de 15 a 19 años de edad fue de 69.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres. Zacatecas, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, Colima, Morelos, Oaxaca, Nuevo León y el Distrito Federal tuvieron tasas menores de 65 por cada 1,000; mientras que Quintana Roo, Nayarit, Chiapas, Durango, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua y Jalisco tuvieron tasas mayores a 75 por cada 1,000 [3].

Que la incidencia del embarazo adolescente no haya disminuido se explica en parte por el hecho de que no han crecido las oportunidades para acceder a mayores grados de escolaridad ni el acceso a trabajos apropiados que les permitan seguir estudiando. Adicionalmente el aumento en la actividad sexual en adolescentes y la falta de uso regular de métodos anticonceptivos han sido importantes factores de las tendencias observadas. Según las estimaciones

realizadas por CONAPO con base en la ENFES 1987 y la ENADID 2009, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años de edad que eran sexualmente activas pasó de 11.9% a 15.2% en esos 22 años [3].

Si bien es equívoco hablar de maternidad adolescente como concepto general, ya que la maternidad para una joven de 19 años representa una experiencia completamente distinta que para una adolescente de 14 ó 15 años, es demasiado frecuente que no se tome en cuenta la significación del estadio evolutivo de la joven madre en cuestión [13]. El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica (entendiéndose por tal al tiempo que ocurre desde la menarca) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen [14].

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar [15].

A nivel psicológico, el embarazo en la adolescencia representa una crisis que se superpone con la crisis propia de la etapa. Según Webster [16], una crisis constituye un estado de cosas en el que es inminente un cambio decisivo en un sentido o en otros. Tanto la adolescencia como el embarazo constituyen crisis del desarrollo, las cuales según Pittman [17], son universales y previsibles; y como tales pueden representar cambios permanentes en el status y en la

función de los miembros de la familia. A su vez, ambas crisis comprenden profundos cambios somáticos y psicosociales, con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos actuales y anteriores. La adolescente frente al embarazo puede adoptar diferentes actitudes y/o conductas, que dependerán de su historia personal y del contexto familiar, cultural y social [13].

El embarazo en adolescentes afecta negativamente la salud de las jóvenes mujeres y la de sus hijos/hijas; es un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento; es económico porque posibilita mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano sustentable y es, en todo caso un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [3].

Existe evidencia de que el embarazo adolescente tiende a concentrarse en grupos de población con bajo nivel socioeconómico y de educación, así como en condiciones inadecuadas de salud. La mayoría de estas mujeres abandonan la escuela en busca de un trabajo, el cual predominantemente es informal, con bajos salarios y sin derechos como guarderías o atención médica adecuada para ellas y sus hijos/as.

Además de estos problemas, también se ha informado que, en comparación con las mujeres adultas, las madres adolescentes presentan mayores niveles de estrés en el período prenatal y perinatal, así como niveles más bajos de

autopercepción de la competencia parental, lo que se asocia con mayores tasas de depresión posnatal.

En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de depresión postparto; en Chile de 50.7%, Colombia de 32.8%, Perú de un 24.1% y Venezuela del 22% [4]. En México, se han realizado un número limitado de estudios de prevalencia de depresión postnatal. La prevalencia de reportes oscila entre 1.8% y 32.6% [5,18,19,30]. Sin embargo, es difícil determinar la prevalencia real de este trastorno, ya que se reflejan importantes diferencias metodológicas entre los estudios, así como la falta de pruebas homogéneas y estandarizadas para medir la depresión.

En general, la depresión posnatal es el trastorno del estado de ánimo más frecuente asociado con el parto. Ocurre en mujeres que cumplen con los criterios diagnósticos de depresión unipolar mayor o menor. De acuerdo con muchas revisiones y estudios, se define el período posparto como los primeros 12 meses después del nacimiento [9,10]. Sin embargo, no existe un consenso establecido sobre qué período de tiempo es el período de posparto [11,12]. Se ha reportado que suele iniciar en la tercera o cuarta semana postparto hasta el año después del nacimiento, encontrándose un pico en la semana 8 y 12 postparto [7,9]. El cuadro clínico es similar a los trastornos depresivos observados en otras etapas de la vida, teniendo el humor deprimido y falta de placer en las actividades -anhedonia- como síntomas cardinales, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su

consideración como entidad específica. El cuadro se caracteriza por llanto, tristeza, desánimo, irritabilidad, enojo, niveles bajos de energía, falta de interés, disminución de niveles de atención y concentración y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también, trastorno del sueño, sentimientos de culpa y autocensura por considerar no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión [13].

Episodios previos de depresión, ansiedad y estrés durante el embarazo, historia de trauma, mala calidad de la relación con la pareja o abandono por parte de la pareja, el embarazo no planificado y los problemas familiares fueron factores de riesgo asociados con la depresión posnatal en otra muestra de mujeres mexicanas de entre 16 y 43 años que buscaban atención posparto en hospitales públicos en Durango, México [3].

Otros factores de riesgo identificados en la literatura, como la falta de apoyo social, la pobreza, desnutrición, la inmadurez reproductiva y la desigualdad de género tienden a comprometer el bienestar y la salud de la madre adolescente, lo que puede poner en riesgo el vínculo de apego y estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos (social, emocional o desarrollo cognitivo del niño) [1].

Por otro lado, estudios han reportado el impacto positivo de algunos factores de protección asociados con la calidad de la relación familiar y el apoyo social, que mejoran la adaptación psicológica de la madre adolescente. Una alta autoestima, mejor salud mental y el conocimiento del embarazo e incluso de las etapas de desarrollo del niño, se asocian con una mejor adaptación a la nueva función de las adolescentes como madres. [28].

Un aspecto relevante es que suele presentar dificultad para su diagnóstico, debido al bajo reporte de síntomas emocionales de las madres, pues se considera, que la atribución de la sintomatología depresiva es una reacción normal en ésta etapa. [1].

La identificación temprana de mujeres en riesgo de depresión posparto puede ser un factor idóneo para prevenir y aliviar los síntomas depresivos. Se han desarrollado herramientas de detección prenatal para identificar a mujeres con alto riesgo de depresión posparto.

Considerándose tanto el embarazo adolescente como la depresión postparto, problemas de salud pública, es conveniente detectar estos casos en las púerperas adolescentes, para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa, siendo que el método más adecuado para el diagnóstico parece ser el realizado en dos etapas: rastreo con test de auto aplicación seguido de entrevista diagnóstica en casos positivos [4].

La escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) es un instrumento desarrollado específicamente para identificar a las mujeres que sufren de depresión posnatal, demostrando un alto poder diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% [4]. La EPDS ha sido traducida de la versión original en inglés a una serie de idiomas y ha sido validada y utilizada con éxito para detectar la depresión posnatal en varios países.

El inventario de depresión de BECK (BDI-II) es un instrumento de auto aplicación diseñado para evaluar la presencia y gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años de edad, durante el período mínimo necesario para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV) [6].

Uno de los instrumentos utilizados para estudiar el apoyo social subjetivo es el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 [7]. Evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido por la paciente y tiene la ventaja de ser multidimensional. Destaca por su sencillez y brevedad. Evalúa el “apoyo confidencial” (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el “apoyo afectivo” (demostraciones de amor, cariño o empatía) [8].

El desarrollo del presente estudio permitirá detectar la prevalencia de síntomas depresivos durante el puerperio en adolescentes mexicanas, para tener una apreciación real de la frecuencia de ésta patología en nuestra institución. Además, los resultados darán a conocer los principales factores de riesgo para la depresión postparto con el fin de trabajar de manera multisectorial implicando a todos los agentes, sea individuo, familia y comunidad, para poder entender y detectar precozmente los factores de riesgo relacionados a una depresión después del parto, para así implementar y evaluar métodos para la prevención y tratamiento precoz de la depresión durante el puerperio.

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS ALTERNA

La prevalencia de los síntomas depresivos postparto en madres adolescentes es igual a la reportada en la literatura en la población mexicana.

3.2 HIPÓTESIS NULA

La prevalencia de los síntomas depresivos postparto en madres adolescentes es diferente a la reportada en la literatura en la población mexicana.

CAPITULO IV

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de los síntomas depresivos postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” utilizando la escala de depresión postparto de Edimburgo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características sociodemográficas de las madres adolescentes.
2. Determinar los factores obstétricos para la depresión postparto en las madres adolescentes.
3. Determinar la gravedad de los síntomas depresivos postparto utilizando el inventario de Beck.
4. Determinar el nivel de apoyo social funcional percibido por la madre adolescente mediante el cuestionario de Duke-UNK.

4.3 JUSTIFICACION/ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de la salud mental y la identificación de factores de riesgo deberían formar parte de la atención prenatal de rutina, ya que la salud mental materna es un problema ampliamente ignorado en la población mexicana con una alta prevalencia en la depresión posparto.

CAPITULO V

5. MATERIAL Y METODOS

El estudio propuesto corresponde a un modelo observacional, transversal, descriptivo, tipo encuesta en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" por un período de Mayo 2018 a Enero 2019.

Se seleccionaron pacientes adolescentes de 13 años a menores de 18 años 11 meses de edad cronológica (años cumplidos), cursando la tercera a sexta semana postparto y que hayan sido atendidas en esta institución para la resolución de su embarazo, a contestar cuatro encuestas dirigidas a su estado personal actual; previa aceptación y firma de consentimiento y/o asentimiento.

El Consentimiento Informado y/o asentimiento informado se obtuvo en el área de sala de maternidad mientras la paciente se encontraba en su cuarto de hospital (maternidad) posterior al parto, previa invitación al protocolo de investigación. Se realizó en una visita de duración promedio de cinco minutos. Posteriormente, se dio seguimiento mediante las encuestas aplicadas en la Consulta #14 del Servicio de Pediatría, durante la visita para el control de niño sano en ésta institución o por vía telefónica en caso de que la paciente no acudiera a las citas de control de niño sano. La duración promedio fue de cinco minutos por encuesta y de ser posible, en uno o dos tiempos.

Al momento de cursar entre la tercera a sexta semana después del parto, se les aplicó, ya sea en físico (durante la visita al servicio de Pediatría) o por vía telefónica, un cuestionario estructurado, el cual incluye datos personales, sociodemográficos y factores obstétricos para poder determinar factores protectores y de riesgo de depresión postnatal.

Adicionalmente se aplicó la Escala de Depresión de Edimburgo, usando la versión traducida al español validada en México por Alvarado et al. [23]. Éste instrumento fue diseñado específicamente como método de tamizaje y no de diagnóstico para depresión postparto. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta con un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía ente 0 a 30 puntos. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia (emoción que resulta molesta, incómoda o fastidiosa), 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos: a) sin riesgo de depresión postparto (<10 puntos) b) puntaje limítrofe para riesgo de depresión (10-12 puntos) y c) puntaje indicador de probable depresión (13 puntos).

Se aplicó la versión en español, el inventario de depresión de BECK (BDI-II), el cual es un instrumento de auto aplicación de 21 ítems, diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad

mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona eligió entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63 puntos. La depresión leve se encuentra en un puntaje de 14 a 19; la depresión moderada, un puntaje de 20 a 28 y depresión grave, un puntaje de 29 a 63.

Y por último, el apoyo social se evaluó con la escala Duke-UNC-11. El instrumento consta de 11 preguntas que se miden en un formato tipo Likert (se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración) con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (mucho menos de lo que deseo/quiero) a 5 (tanto como deseo/quiero); El instrumento se divide en dos subescalas: apoyo social afectivo (preguntas 1, 4,6,7,8 y 10) y apoyo social de confianza (preguntas 2, 3, 5, 9 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 6 y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos.

En cuanto a la confidencialidad, cada paciente se mantendrá en anonimato y tendrá su propio número de registro, en el cual por medio de éste número nos podremos dirigir en la base de datos del protocolo.

Se definen como criterios de exclusión, pacientes con antecedente conocido de enfermedad psiquiátrica y/o que se encuentran en tratamiento con psiquiatría; pacientes con dificultad mental para obtención de información, así como otros diagnósticos obstétricos como aborto, mola hidatiforme u óbito fetal.

Los criterios de eliminación abarcan las pacientes que solicitaron abandonar el estudio o proporcionaron información incompleta o insuficiente para el llenado de datos.

Importa destacar que el procedimiento a seguir en estas pacientes no representó un riesgo para la salud en éstas mujeres ni se violentaron normas éticas.

Las pacientes con un puntuación en la EPDS igual o mayor a 10 puntos, fueron catalogadas con una prueba de tamiz positiva y referidas a la Consulta de Psiquiatría, donde especialistas en ésta área por medio de una entrevista semi-estructurada de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DMS-V) confirmaron la presencia o no de depresión postparto.

5.1 ANALISIS ESTADISTICO

Se realizaron pruebas de tendencia central, así como también dispersión para las variables numéricas, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como la prueba de V de Cramer para las variables nominales.

Todo bajo un índice de significancia ($p = 0.05$). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 (IBM, Armonk, NY, USA) para Windows.

5.2 TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con una fórmula de estimación de una proporción en una población infinita. Esperando encontrar una prevalencia del 25%, con una precisión del 5% y una confianza del 90%, el resultado del cálculo fue de 215 pacientes.

5.3 COMITÉ DE ETICA

El proyecto fue sometido para aprobación por el comité de ética de ésta institución y fue aprobado y registrado con la clave: GI 18-00006.

CAPITULO VI

6. RESULTADOS

La población del estudio se conforma de 215 mujeres adolescentes en su mayoría en la etapa de adolescencia tardía (cerca de 80.9%) y primigestas (56.3%). En su mayoría perteneciente al área metropolitana (87.4%) y con un nivel de educación de secundaria terminada (47.9%). En cuanto al estado civil encontramos que la mayoría viven en unión libre (70.7%) mientras que las madres solteras corresponden a un 27.9% y las casadas a un 1.4%. En términos de las creencias religiosas encontramos que en su mayoría (69.3%) corresponden a la religión católica mientras que solamente un 8.4% es cristiana. Se demostró que las pacientes viven principalmente con la pareja y con los padres, por lo cual van conformando familias extensas. Se exhibió que más de la mitad de las adolescentes viven en una casa de su propiedad (53.5%) mientras que el resto se dividen en rentadas ó prestadas, siendo casi en su totalidad de cemento mientras que solamente tres pacientes (1.4%) en casa de madera. En cuanto al número de cuartos encontramos que en su gran mayoría (88.4%) son 4 cuartos o menos, por lo que consiguiente se puede considerar en algunos casos como hogares aglomerados.

Hablando de la educación de los padres, se pudo demostrar que tanto el padre como la madre solamente tuvieron la secundaria terminada (45.6% y 56.3% respectivamente). Se mostró que sus actividades laborales, la mayoría de los

padres de las pacientes son trabajadores técnicos, obreros, con un correspondiente 75.8%; mientras que las madres se dedican al hogar (65.6%). En cuanto al ingreso familiar mensual se esta está estipulando que en su mayoría ronda alrededor de 5 mil a 10 mil pesos (54.4%).

En cuanto a la dependencia económica, ésta depende directamente en su mayoría de la pareja (58.6%) seguido de padre y madre (15.8% y 12.1% respectivamente); éste hallazgo está relacionado con el estado civil más frecuente en nuestra población (unión libre) por lo que la adolescentes dependerán económicamente de su pareja.

En cuanto la convivencia encontramos lo siguiente: la convivencia familiar en su gran mayoría (92.1%) encontramos que se tiene una muy buena o solamente buena convivencia familiar (44.2% y 47.9% respectivamente); mientras que la convivencia de pareja se encontró la misma tendencia. Motivo por lo cual la violencia ya sea familiar o de pareja tiene una tendencia disminuida ya que el 89.8% comenta que no sufre de violencia y que no han tenido agresiones dentro del último año.

En cuanto a las actividades de las pacientes encontramos que 80.5% de las pacientes no tienen alguna actividad extracurricular y la gran mayoría (97.2%) no tiene una actividad laboral actual; lo cual sugiere un gran tiempo de esparcimiento en casa ya que no realizan actividad alguna.

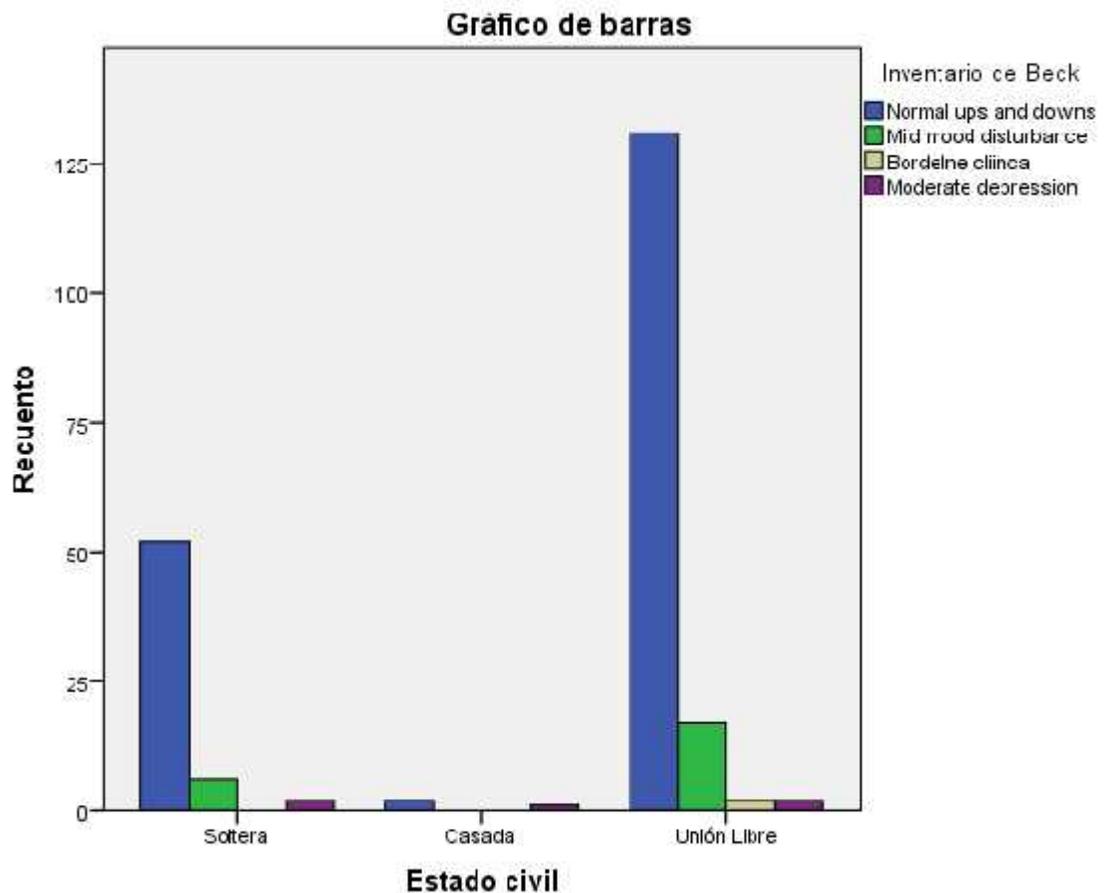
Durante el embarazo las pacientes no padecieron alguna enfermedad (66.5%). Así como alguna complicación durante el mismo (82.3%). La vía del nacimiento en su mayoría fue por parto eutócico (49.8%), así como también en su mayoría fue alimentado el producto con leche materna exclusivamente (80.9%).

En el estudio se aplicó el cuestionario de DUKE-UNK para valorar el apoyo que han recibido los pacientes, encontrando lo siguiente: En cuanto al apoyo confidencial que recibe la paciente encontramos que obtuvo una buena puntuación (>19 puntos) por lo que se considera normal (92.6%). Mismo caso para el apoyo afectivo el cual en el 91.6% obtuvo una puntuación superior de 16 puntos lo que se considera como un apoyo normal. En cuanto al apoyo percibido encontramos que el 96.3% de las pacientes tuvo una puntuación para un apoyo normal (>33 puntos). Lo que significa que a las pacientes en su gran mayoría tiene un buen apoyo por parte de su entorno.

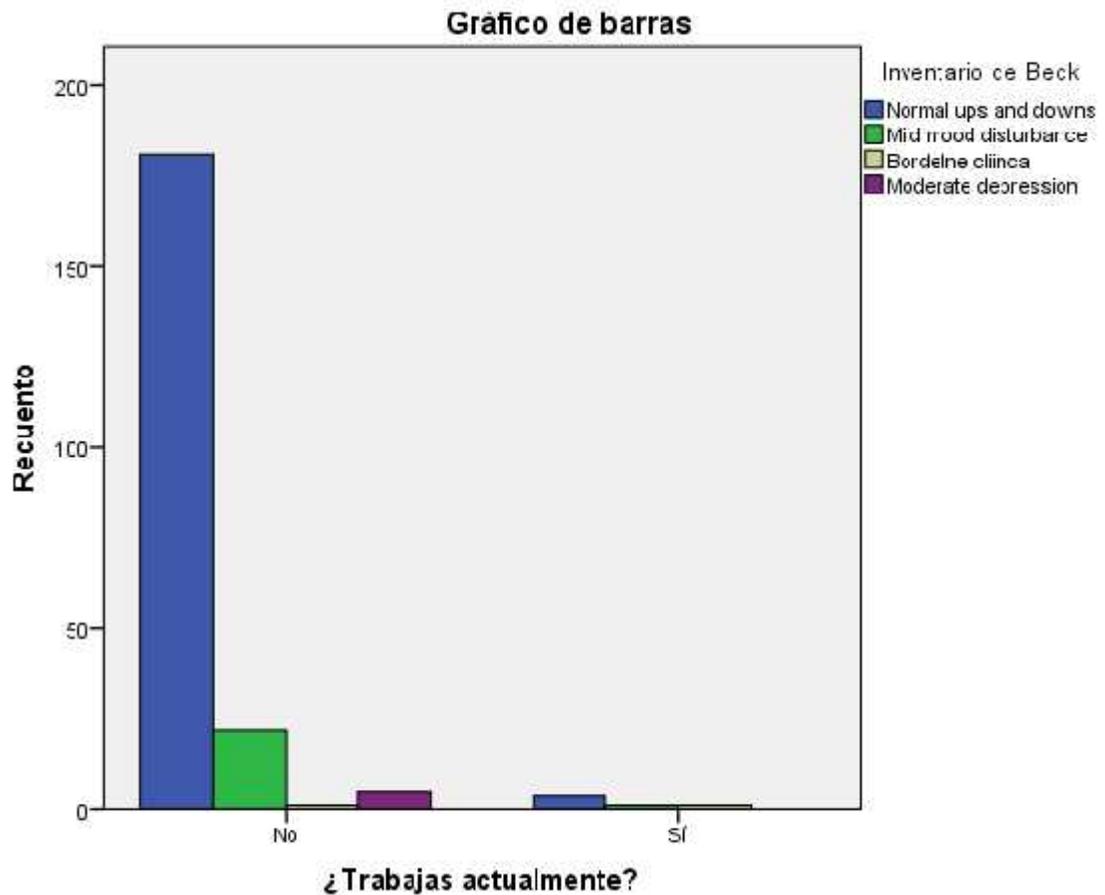
Se aplicó el cuestionario de Edimburgo para la depresión posnatal, encontrando que el 89.8% de la muestra no tiene riesgo para la depresión posparto, debido a la gran cantidad de apoyo que reciben estas pacientes.

También se aplicó el inventario de Beck encontrando que la mayor parte de la muestra (86.0%) se encuentra dentro de los rangos normales. Lo que significa que no padecen algún síntoma depresivo.

Se realizó tablas cruzadas con cada una de las variables y el inventario de Beck así como medidas simétricas como la prueba de V de Cramer para asociación de nominales encontrando lo siguiente como relevante: En el cruce de estado civil con el inventario de Beck encontramos una asociación estadísticamente significativa de una V de Cramer de 0.185 con un índice de significancia de 0.023. Lo que significa que las pacientes que son casadas presentan una marcada menor sintomatología que las demás.

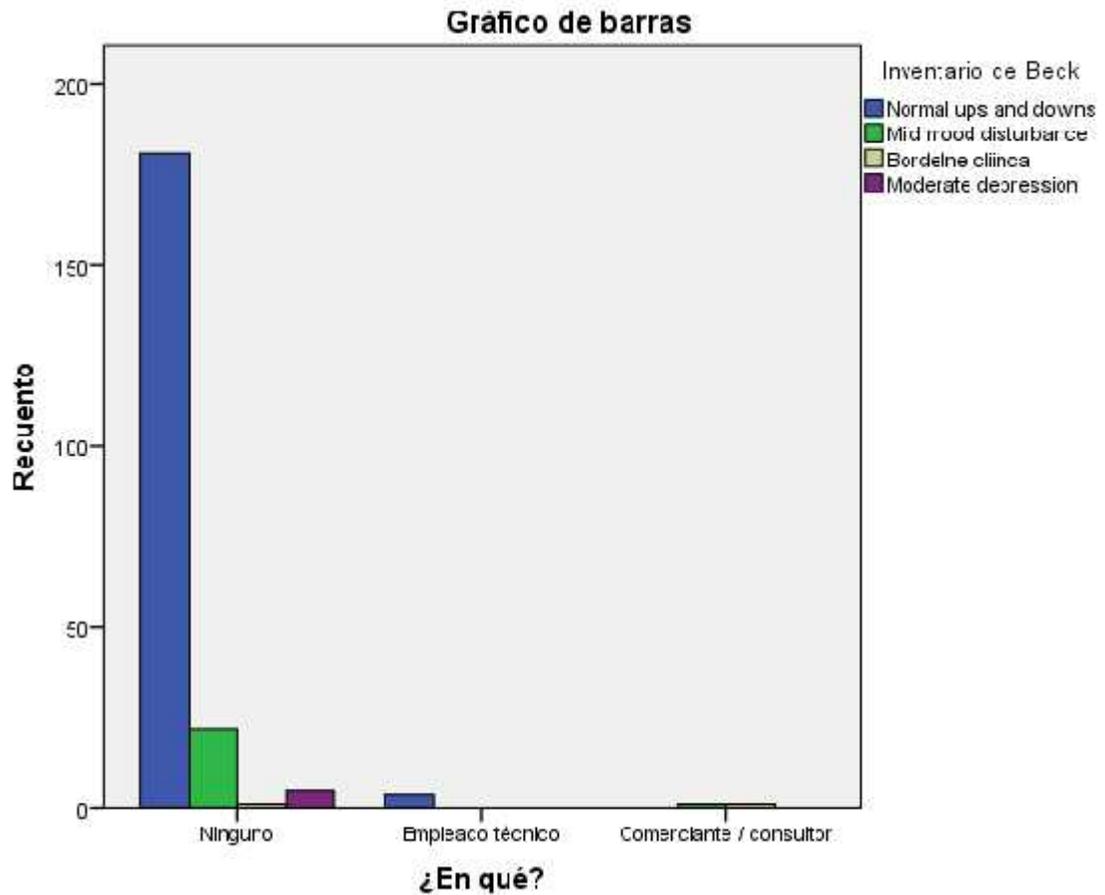


En cuanto al trabajo, actualmente encontramos que tiene una asociación estadísticamente significativa ya que mostró una V de Cramer de 0.282 con una significancia de 0.0001. Lo cual indica que el hecho de trabajar reduce considerablemente los síntomas depresivos de las pacientes, pudiéndose considerar hasta como un posible factor protector.



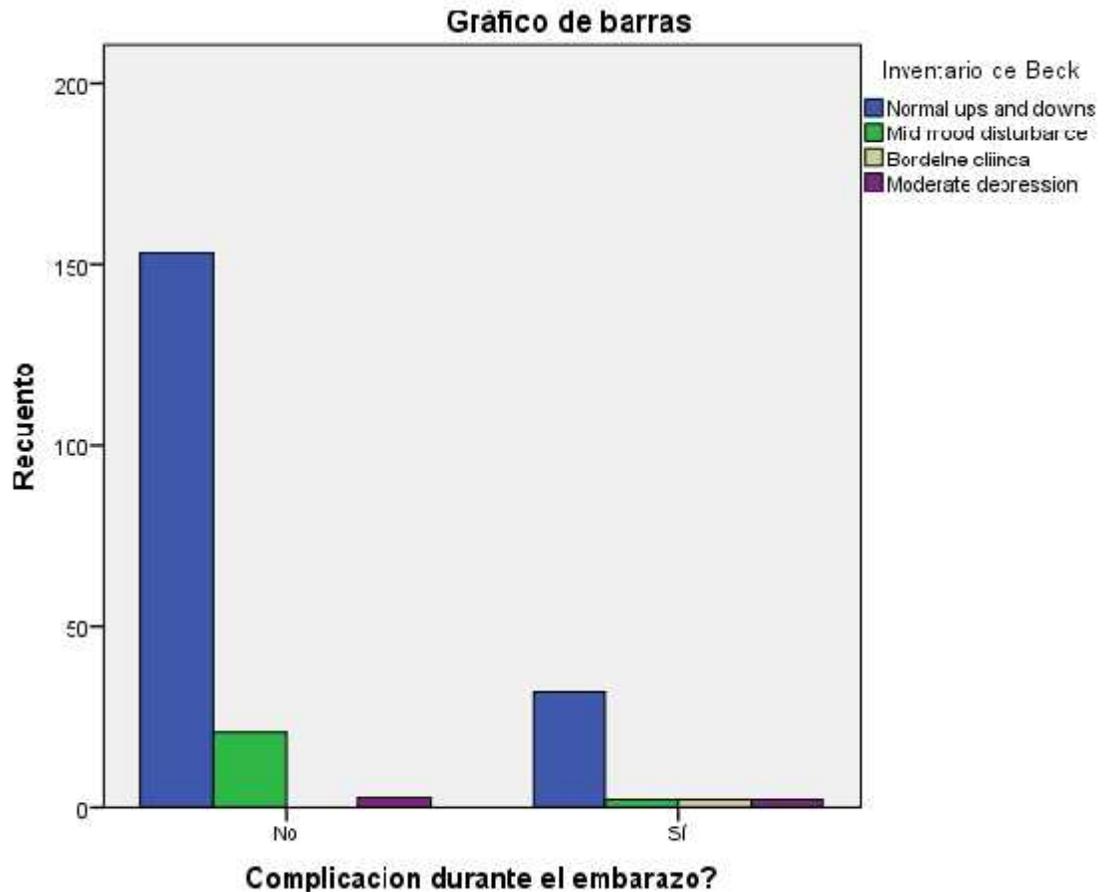
Esto reflejado obviamente, también en la variable del tipo de trabajo que realiza, obteniendo una V de Cramer de 0.366 con una significancia menor de 0.0001.

En el cual significa que entre más involucrada se encuentre con el trabajo menor síntomas depresivos tendrá la paciente.

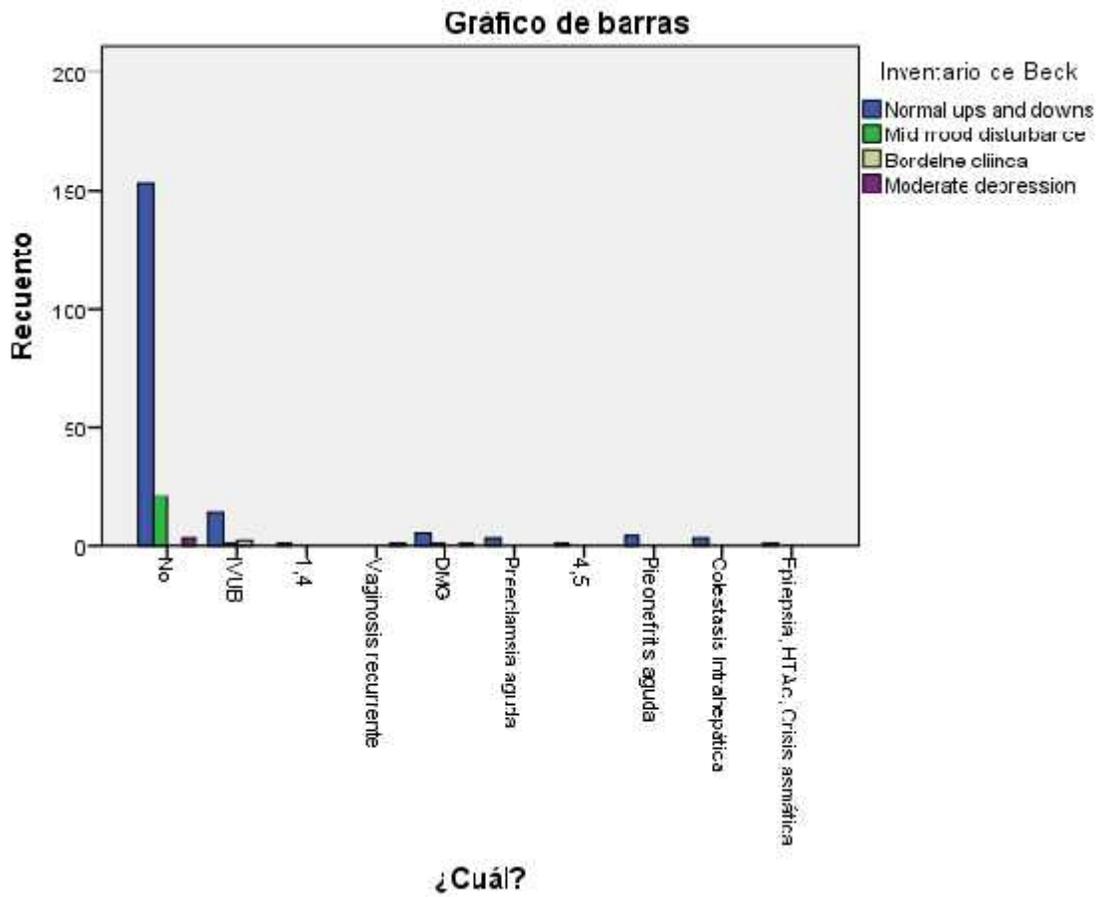


Se ha demostrado que existe asociación positiva en cuanto a la complicación de embarazo y a los síntomas depresivos del inventario de Beck , ya que se encontró que una asociación estadísticamente positiva con una V de Cramer de 0.239 con una significancia de 0.006. Lo que significa que el hecho de no

tener complicaciones en el embarazo no es garantía que no se padezca algún síntoma depresivo.



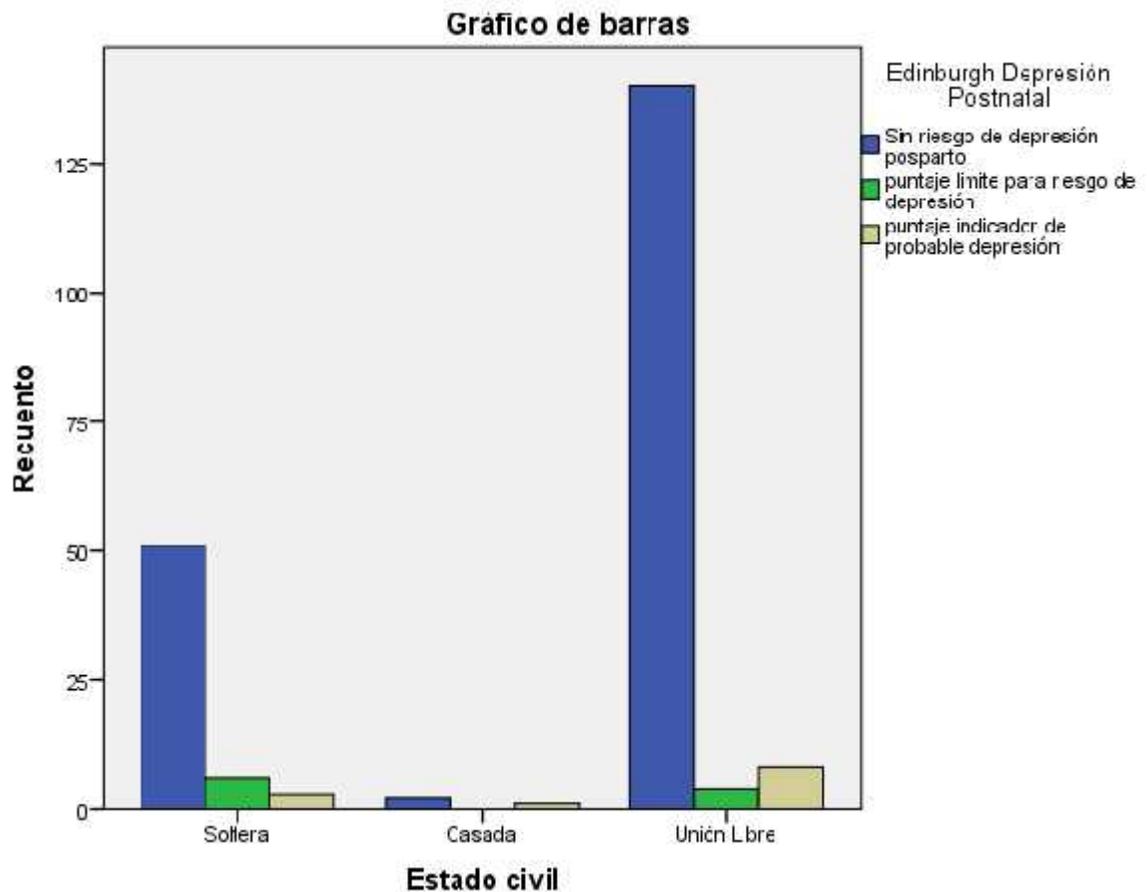
Así como también el tipo de enfermedad que tuvo durante el embarazo, (V de Cramer de 0.337 con una significancia de menor de 0.001 principalmente asociada a la infección de vías urinarias bajas). Ya que no se demostró relación con el tipo de enfermedad y los síntomas depresivos.



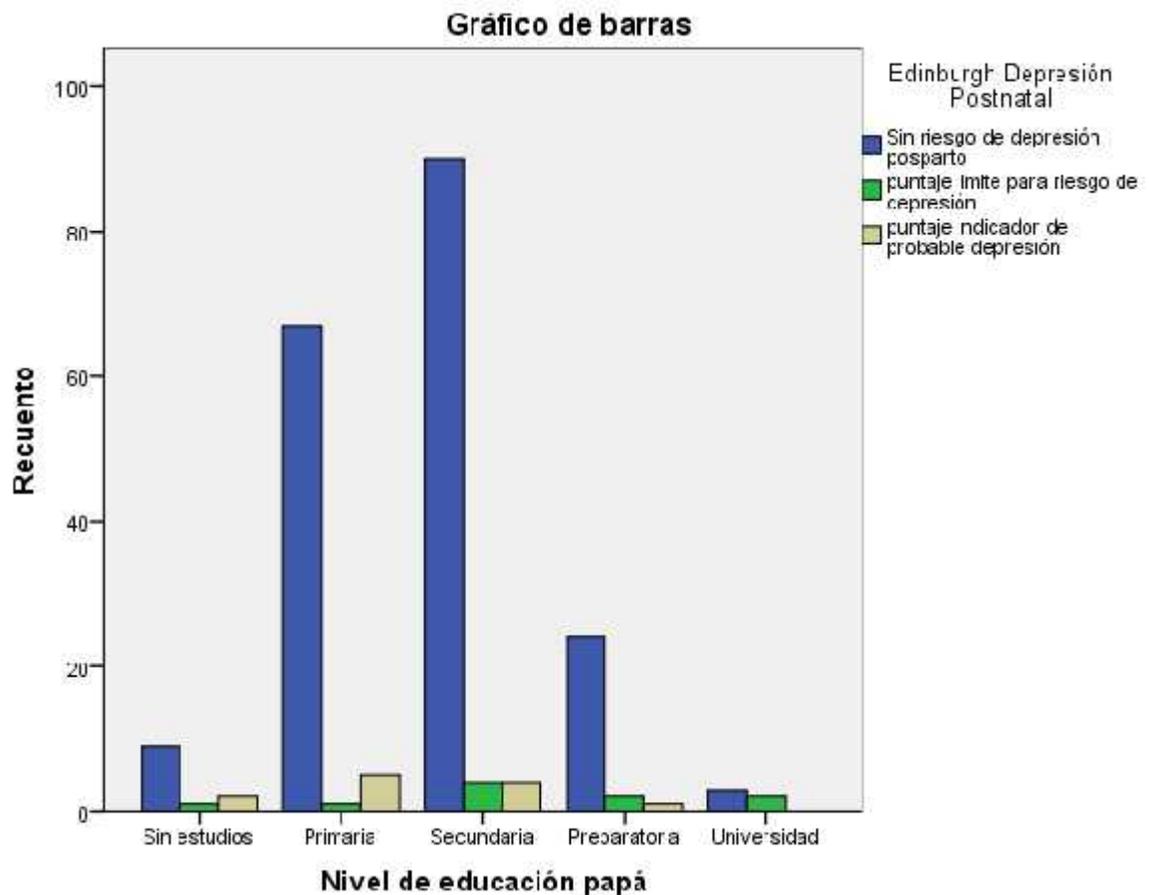
En cuanto al apoyo percibido por parte del cuestionario de Duke no encontramos alguna asociación estadísticamente significativa. Ya que en su gran mayoría obtuvo resultados de un buen apoyo, lo cual no correlacionó con alguna tendencia para síntomas depresivos.

Se realizaron tablas de contingencia con cada una de las variables encontrando lo siguiente:

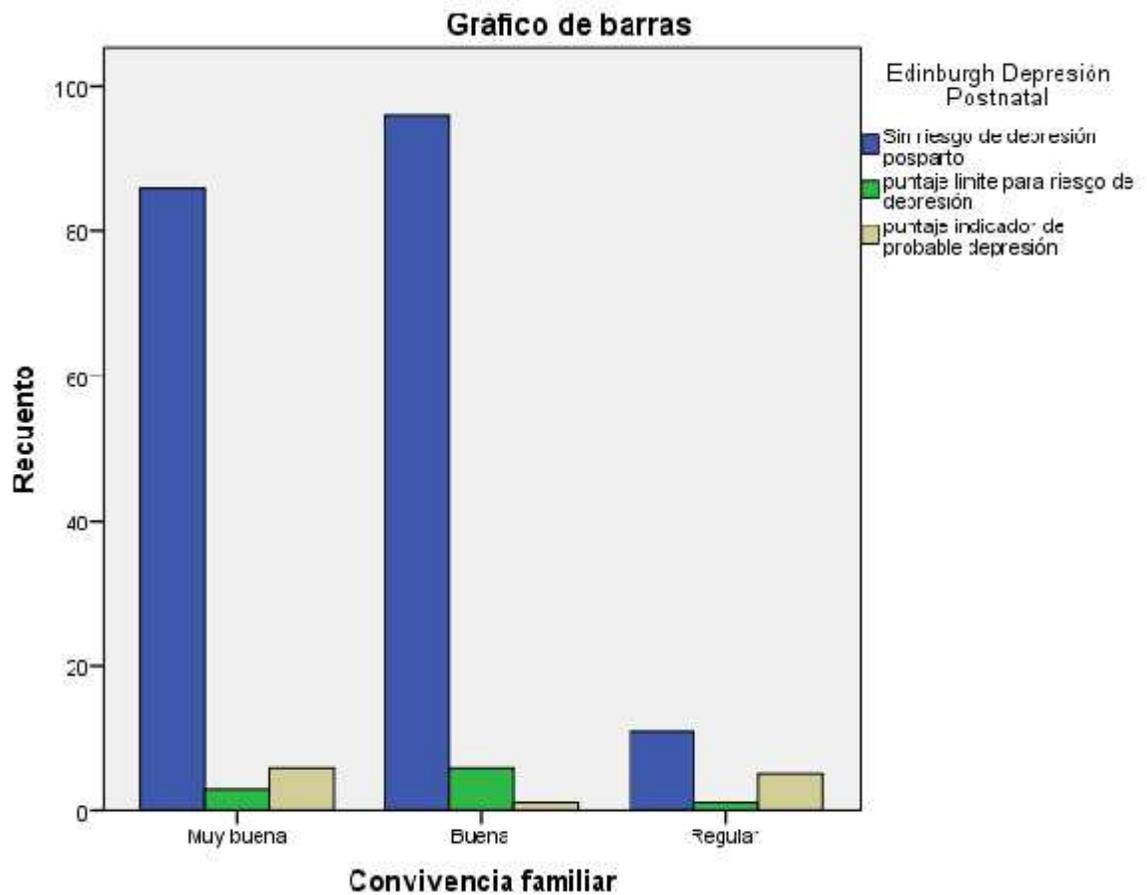
Se encontró relación positiva con una V de Cramer de 0.151 con una significancia de 0.44 con relación al estado civil. Lo que significa que conforme a la escala de depresión posnatal de Edimburgo las mujeres en pareja que son casadas son las que menos riesgo tienen para una posible depresión posparto.



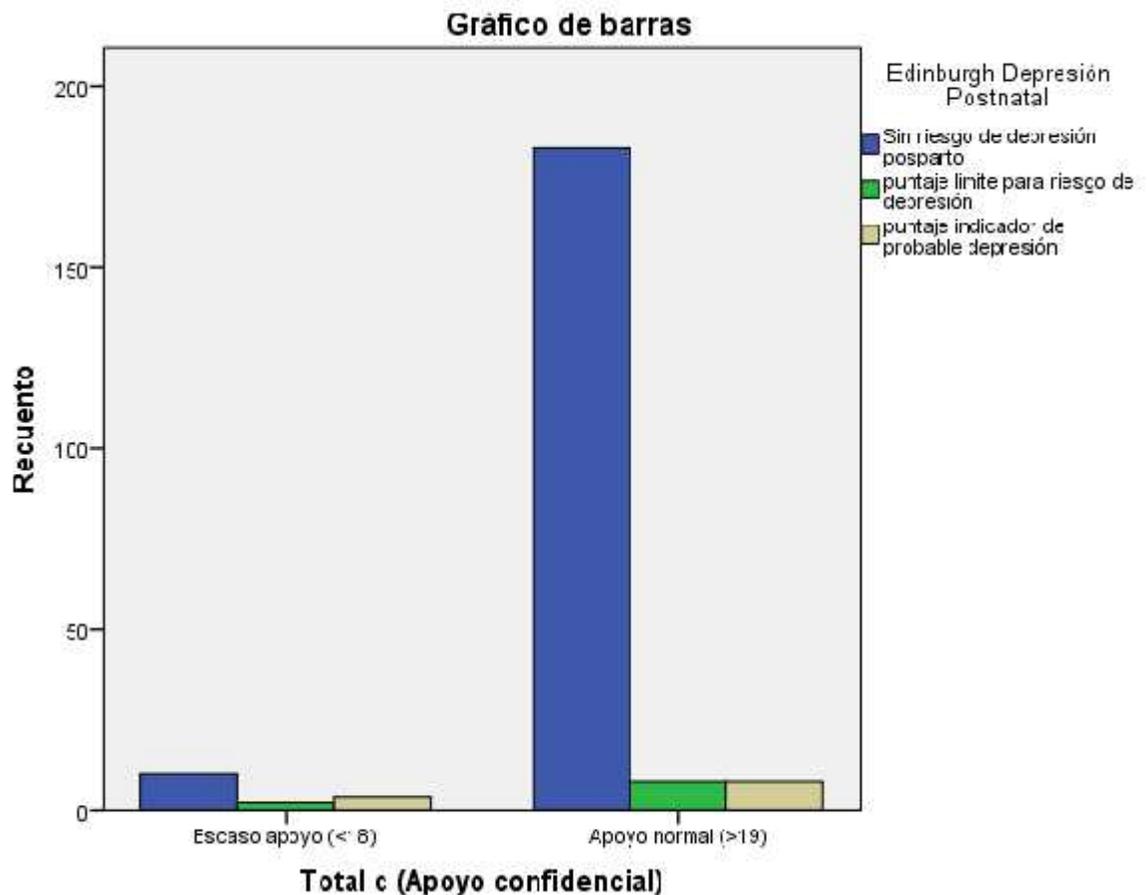
El nivel de educación del papá se ha visto una relación positiva con respecto al cuestionario de Edimburgo ya que obtuvo una V de Cramer de 0.219 con una significancia de 0.008; A diferencia de la madre la cual no obtuvo significado estadísticamente significativo. Esto indica que entre mayor sea el grado académico del padre menor será riesgo de que la paciente padezca depresión.



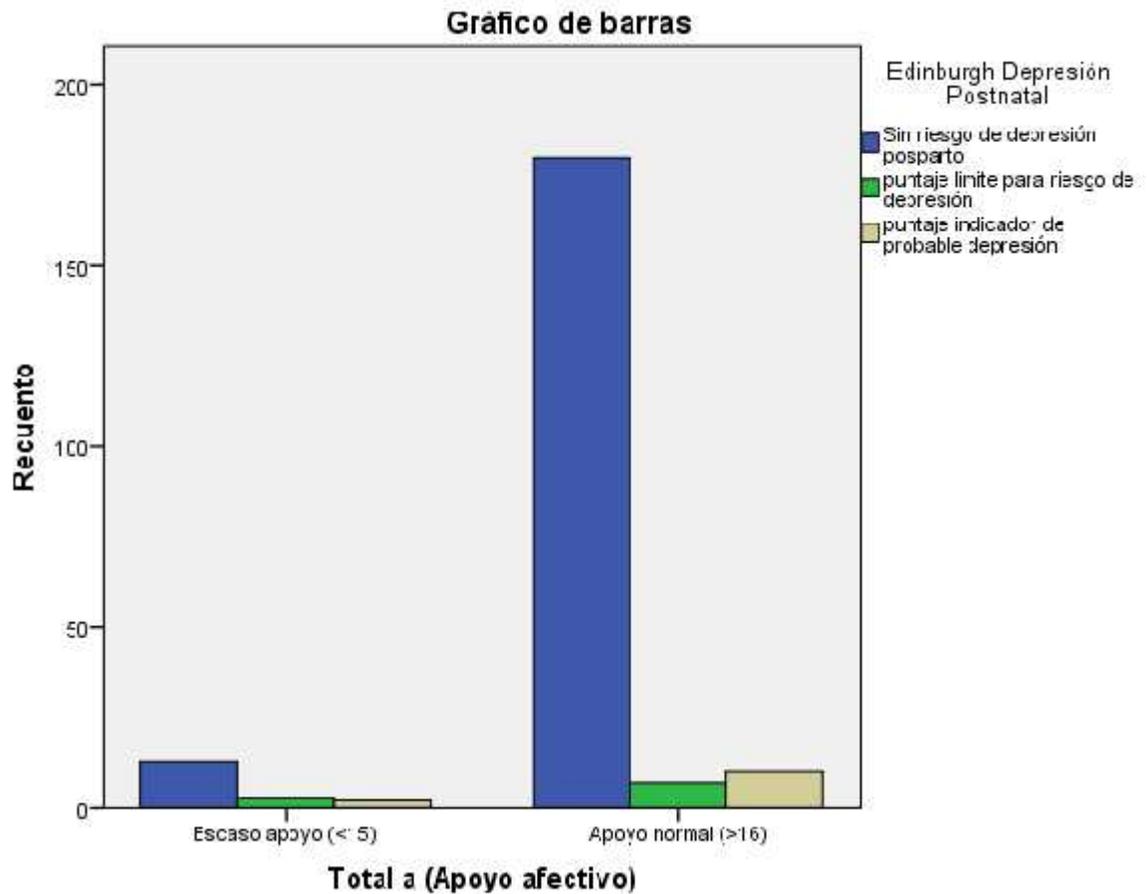
En cuanto la convivencia familiar encontramos una relación positiva con una V de Cramer de 0.234 y una significancia menor de 0.0001. A diferencia de la convivencia de la pareja ya que esta no arrojó un resultado significativo. Lo cual significa que, la buena convivencia familiar reduce significativamente el riesgo de depresión.



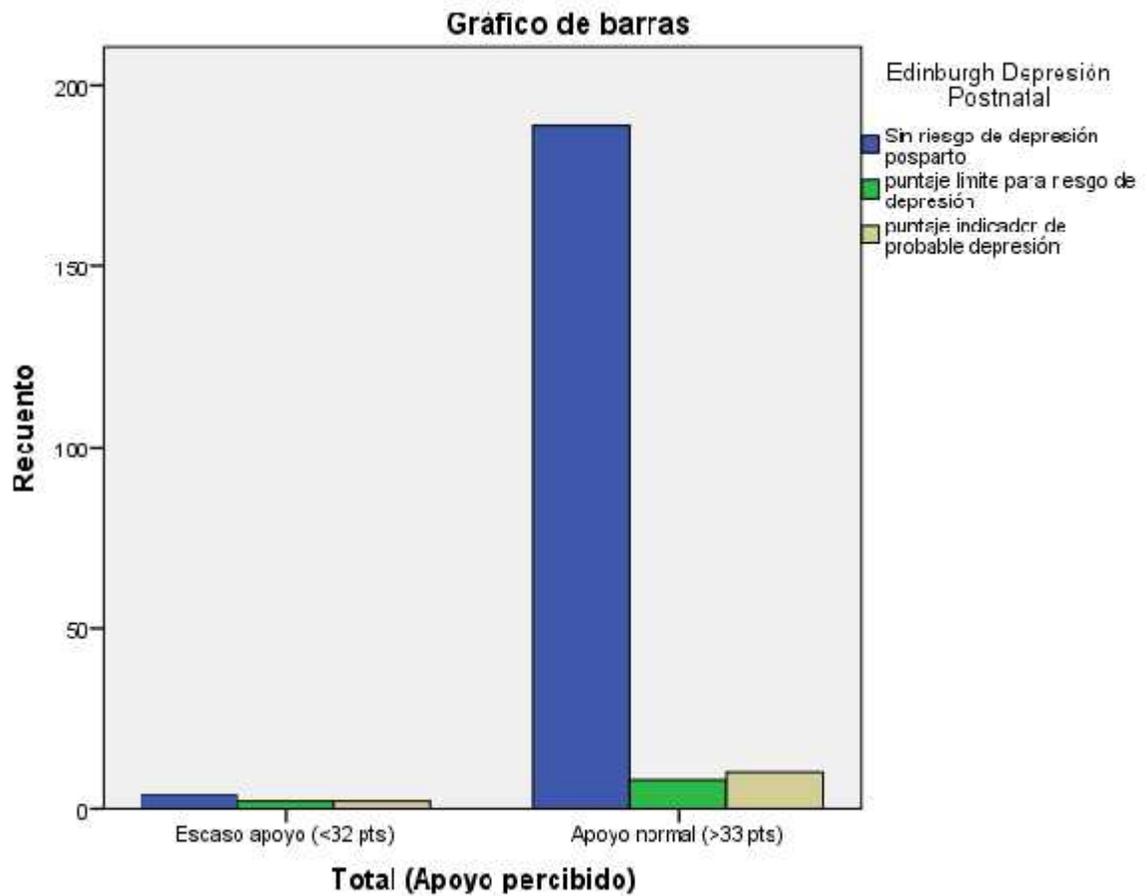
Se realizaron tablas de contingencia para el cuestionario de DUKE encontrando una alta significancia en cuanto a los resultados obtenidos en cada de las áreas que valora. Como por ejemplo en el apoyo confidencial ya que obtuvo una V de Cramer de 0.268 con una significancia menor de 0.0001. Lo cual todo esto indica que mejor sea el apoyo menor será los riesgos de depresión.



También encontramos que en el apoyo afectivo, una asociación positiva con una V de Cramer de 0.191 con una significancia de 0.020; lo que significa a mejor apoyo afectivo menor posibilidad de riesgo de depresión, como se muestra a continuación.



Para el total de apoyo percibido encontramos una V de Cramer 0.259 con un valor estadísticamente significativo de 0.001. Lo que hemos estado viendo con los casos anteriores, entre más apoyo percibido menor es el riesgo.



CAPITULO VII

7. DISCUSION

La definición de depresión se establece en función de la duración de una serie de síntomas específicos. En los estudios transversales, si no se realizan mediciones del estado de ánimo previas en el parto, no se conoce la duración de la sintomatología, por lo que no es posible determinar si el estado depresivo en el postparto es específico de la situación o no es más que la prolongación de un estado depresivo anterior. El presente estudio proporciona información acerca de la prevalencia de síntomas depresivos en madres adolescentes que se encontraban en un momento cronológico específico (cursando su tercera a sexta semana de puerperio) en la población del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, utilizando la escala de depresión postparto de Edimburgo, lo que limita a tratar los resultados encontrados haciendo referencia a estado depresivo en las primeras semanas postparto.

El nivel de corte utilizado para definir la presencia de síntomas de depresión postparto fue de 10 puntos, dado que se obtiene una sensibilidad aceptable, según diversos autores [18].

En este estudio se encontró que la prevalencia de la sintomatología depresiva en el postparto es del 10.3% entre las madres adolescentes mexicanas del área metropolitana de Monterrey. Estos datos son menores a diferencia de lo reportado a nivel nacional por Castro [19] y Alvarado-Esquivel [20] y de las

cuales, no presentan diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de la depresión postnatal en las madres adultas, según Álvarez [18] y Lara [21]. Motivo por el cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna.

Se encontró también que el estado civil influye, de manera a considerar, sobre el posible riesgo de depresión posparto, ya que se observó una tendencia en ambas pruebas que se tiene más síntomas depresivos como diagnóstico de depresión las pacientes que se encuentran en unión libre que aquellas que son casadas o solteras. Quizá ésto se deba a los roles y compromisos que se tenga con la pareja ya cuando cambie la dinámica familiar, cuando nace el nuevo integrante de la familia. Pudiéndose hasta considerar como un factor protector el hecho de estar casados, como lo reportó Beck [22] quien señaló que el estado civil interviene entre otros elementos en la aparición del trastorno puesto que pueden presentar una serie de factores estresantes, como dificultad financiera y por consiguiente tener menos recursos para manejar la transición a la maternidad.

Esto corresponde con el estudio de Pilar Matud y cols. [29] en donde se observa la misma tendencia, la cual comprueba que existe menos sintomatología depresiva cuando la mujer se encuentra casada que si se encontrara soltera, misma tendencia en el hombre, pero difiere en la intensidad.

También se ha visto que la persona que no genera ingreso económico puede

tener síntomas de depresión motivo por el cual vemos en este estudio una tendencia de síntomas de depresión en las personas que no tienen trabajo, lo que por consiguiente es inherente que no se sientan útiles, tal como lo menciona Arévalo-Pachón [24].

En el trabajo clásico de José Buendía [25] estipula que el trabajo genera sensación de utilidad y bienestar por lo que es razonable que ayude con la disminución de los síntomas depresivos y la probabilidad del diagnóstico de éste.

En el presente estudio se observó que ningún factor obstétrico, como el tipo de parto, las complicaciones durante el parto, la enfermedad del neonato ni la lactancia materna se asociaron a la depresión postparto ($p < 0.05$).

No así con los síntomas positivos que tienen alguna relación con la aparición de complicación durante el embarazo como lo propone José Urdaneta [26] en el cual no tiene relación per se, aunque se ha visto una asociación entre depresión y embarazo, en la cual una puede complicar a la otra. Motivo por el cual es de suma importancia tener en cuenta que este factor cuando se asocia al embarazo puede complicar tanto el embarazo como el parto y el posparto.

Una inspección más cercana de los datos de éste estudio, indicó que el factor de apoyo social, modera la prevalencia de la depresión postnatal en el grupo de adolescentes. Ya que las madres se enfrentan a múltiples problemas como la interrupción de la finalización de la escuela u oportunidades de carrera limitadas, pobreza persistente, pobre acceso a servicios de salud,

separación/divorcio del padre del niño, el embarazo de repetición rápido, disminución del apoyo social materno percibido, afectando la autoeficacia y capacidad de la madre. Tal como lo menciona Eugenia Canaval [27] en el cual el apoyo social tiene efecto tanto en el periodo prenatal como el posnatal.

Para el cuestionario de Edimburgo para depresión posnatal encontramos que también existe relación en cuanto al estado civil igual que al inventario de Beck con la misma tendencia en la cual las pacientes que son casadas son las que tienen una menor tendencia a presentar síntomas de depresión y en cuanto a diagnóstico por lo que pudiera considerarse quizá como un factor protector. Quizá esto sea relacionado con los cambios en la dinámica familiar cuando un hijo llega a casa, motivo que por lo general ocupará una mayor investigación en un futuro. Ya que el apoyo formal o informal, proveniente de amigos, familiares y compañeros, puede brindarse como soporte material, informativo, emocional y / o de comparación.

Nuestros hallazgos sugieren que el apoyo social se ha beneficiado aún más en las madres más jóvenes, lo que implica la importancia de mantener una red social sólida en este grupo y demuestra la pertinencia de promover el apoyo social entre las madres adolescentes. Por lo que podemos concluir que una buena relación familiar, ayuda a reducir la tasa de depresión postparto.

Se ha encontrado que existe relación con el diagnóstico de depresión posnatal y la educación del padre, con lo que podemos inferir que ésto es debido a la relación que tiene el padre con la convivencia familiar ya que entre más

estudios tenga el padre quizá mayor convivencia familiar y apoyo se pudieran generar, lo que logra que exista una menor prevalencia de depresión. Se ha comprobado que entre mejor convivencia familiar se reduce significativamente la prevalencia de depresión posnatal. Lo cual concuerda con Salazar Álvarez [28], quien menciona que existe un riesgo de 2.38 mayor de padecer depresión en los adolescentes mientras no exista un buen ambiente familiar.

En cuanto a la escala de Duke encontramos que efectivamente entre mejor apoyo tenga la persona menor prevalencia de síntomas y diagnóstico de depresión presentará, tal como se comprobó en esta investigación.

CAPITULO VIII

8. CONCLUSIONES

La prevalencia encontrada para depresión postparto en madres adolescentes fue de 10.3%. Motivo por el cual se se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna. El estado civil de unión libre se observó como factor de riesgo en nuestra población mientras que la buena convivencia familiar y de pareja fueron factores protectores.

El apoyo social modera la prevalencia de la depresión postnatal en el grupo de adolescentes. Se puede concluir que el entorno social es un elemento central en la presencia de depresión postparto, por lo cual se recomienda explorarlo de manera mas exhaustiva en el periodo gestacional. De tal modo que se puedan aplicar estrategias preventivas y promocionales que permitan mejorar las redes inmediatas de apoyo a las mujeres para una adaptación adecuada a las exigencias de la maternidad.

Al igual, se recomienda incluir dentro de la evaluación posnatal la aplicación de la Escala de Edimburgo, con la finalidad de detectar oportunamente síntomas depresivos y diagnosticar oportunamente esta patología, para evitar sus consecuencias durante el puerperio en nuestras madres adolescentes.

CAPITULO IX

9. BIBLIOGRAFIA

1. Ramírez-Meza, F, Cruz-Bello, P, Gómez Torres, D. (2013) "Revisión bibliográfica sobre la depresión postparto en madres adolescentes". Revista Horizontes en Salud. 5(7) 73-85. Recuperado de http://www.web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7_REVISION.pdf
2. OMS | Depresión [Internet]. 2017. Recuperado de : <http://www.who.int/topics/depression/es/>
3. Instituto Nacional de las Mujeres. (n.d.). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Retrieved March 31, 2018, from <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
4. Molero, K. L., Machado, J. R., V, C., Zambrano, N. B., Benítez, A. C., Quiroz, E. A., & Romero, N. B. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología,79(4), 294-304. doi:10.4067/s0717-75262014000400008
5. De Castro, F. D., Place, J. M., Billings, D. L., Rivera, L., & Frongillo, E. A. (2014). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: The role of sociodemographic and psychosocial factors. Archives of Womens Mental Health,18(3), 463-471. doi:10.1007/s00737-014-0472-1
6. Rodriguez, C. J. (2014). Propiedades Psicométricas Del Inventario De Expresión De Ira Estado - Rasgo 2 En Estudiantes De Secundaria. Revista Investigaciones Altoandinas - Journal of High Andean Investigation,16(01). doi:10.18271/ria.2014.97
7. Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke???UNC Functional Social Support Questionnaire. Medical Care,26(7), 709-723. doi:10.1097/00005650-198807000-00006

8. Cuellas-Flores, I, Dresch, V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación/ e Avaliacao Psicológica [Internet]. 2012;2(34):89-101. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645438004>
9. Women's Health Care Physicians [Internet]. Retrieved March 31, 2018, from <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression>
10. Austin, M. (2014). Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*,28(1), 179-187. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.016
11. Wisner, K. L., Moses-Kolko, E. L., & Sit, D. K. (2010). Postpartum depression: A disorder in search of a definition. *Archives of Womens Mental Health*,13(1), 37-40. doi:10.1007/s00737-009-0119-9
12. Ohara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*,9(1), 379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
13. Bolzán, C. et al. (2011). Maternidad adolescente y depresión postparto. *Rev de la Asociación de Psicoterapia de la Republica de Argentina*. 4(1): 1-16.
14. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., Monzón L. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 153: 13-17.
15. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. (2004). Caracterización de la gestante adolescente. [Versión online]. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
16. Webster, N. (1970). *An American Dictionary of the English Language*, 1828, ed. facs., New York / London: Johnson Reprint Corporation.
17. Pittman, F. (1988). *Momentos decisivos. Tratamientos de familias en situación de crisis*. Barcelona. Ed. Paidós.
18. Alvarez Escutia A. et al. (2008). Frecuencia de depresión postparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol.9 (4):133-136.

19. deCastro, Filipa et al. (2011). Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(4):210-217.
20. Alvarado-Esquivel, Cosme et al., (2015). Depression in teenager pregnant women in a public hospital in a northern Mexican city: prevalence and correlates. *J Clin Med Res*. 7:525-33.
21. Lara et al., (2012) Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica*. 31(2):102-108.
22. Beck C.T. (2001). Predictors of postpartum depression, an update. *Nursing Research*, 50, 275- 285.
23. Alvarado-Esquivel, Cosme et al., (2014) The use of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Teenager pregnant Women in Mexico: A Validation Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 129-132.
24. Arévalo-Pachón, Tendencias en la investigación psicológica sobre desempleo y salud, revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología 5(2): 17-30, diciembre 2012
25. Buendía J. Psicopatología del desempleo, *anales de psicología*, 1990, 6 (1), 21-36
26. Urdaneta J, et. al., Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo, *rev chil obstet ginecol* 2010; 75(5): 312 – 320
27. Canaval G, Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia, *Colombia Med* 2000; (31): 4-10
28. Salazar Álvarez Y, et. al., Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes *Psicología y Salud*, 2013 Vol. 23, (1) 141-148
29. Matud, María Pilar; Guerrero, Kenya; Matías, Roberto G. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, núm. 1, enero, 2006, pp. 7-21
30. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado A, Ortiz-Rocha S et al (2010) Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales

públicos de Durango. Gac Med Mex 146(1):1-9

31. Fishman C. (1989), Tratamiento de adolescentes con problemas. Bs. As: Paidós.

CAPITULO X

10. RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Mariana Leal Treviño

Candidato para el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Tesis: TAMIZAJE DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES MEXICANAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 23 de julio de 1989, hija de José Luis Leal Rodríguez y Consuelo Treviño Garza.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León obteniendo el grado de Médico Cirujano y Partero en el 2013.

Experiencia Profesional: Residente de Cuarto Año (4/4) de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

CAPITULO XI

11. ANEXOS

11.1 ESCALA EDIMBURGO PARA LA DEPRESIÓN POSTNATAL

Escala Edinburgo para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:
Sí, todo el tiempo _____ 0
Sí, la mayor parte del tiempo 1
No, no muy a menudo _____ 2
No, en absoluto _____ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|---|--|
| 1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0
No tanto ahora _____ 1
Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
No, en absoluto _____ 3 | 6. Las cosas me oprimen o agobian:
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ 2
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____ 0 |
| 2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
Tanto como siempre _____ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
Prácticamente nunca _____ 3 | 7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0 |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, algunas veces _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, nunca _____ 0 | 8. Me he sentido triste y desgraciada:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0 |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
No, en absoluto _____ 0
Casi nada _____ 1
Sí, a veces _____ 2
Sí, muy a menudo _____ 3 | 9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
Ocasionalmente _____ 1
No, nunca _____ 0 |
| 5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
Sí, bastante _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No, no mucho _____ 1
No, en absoluto _____ 0 | 10. He pensado en hacerme daño:
Sí, bastante a menudo _____ 3
A veces _____ 2
Casi nunca _____ 1
No, nunca _____ 0 |

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Texto adaptado del *British Journal of Psychiatry*, Junio, 1987, vol. 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Segovsky.

11.2 INVENTARIO DE BECK

INVENTARIO DE BECK

Nombre: _____

Entrevistador: _____ Evaluación: _____ Fecha: | |

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo, que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy.

Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
3 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 0 No me siento desanimado acerca del futuro.
1 Me siento desanimado acerca del futuro.
2 Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
3 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 0 No me siento como fracasado.
1 Siento que he fracasado más que otras personas.
2 Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
1 No disfruto de las cosas como antes.
2 Ya no obtengo satisfacción de nada.
3 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 0 No me siento culpable.
1 En algunos momentos me siento culpable.
2 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

HOJA 1

- 172 0 No siento que seré castigado.
 1 Siento que puedo ser castigado.
 2 Creo que seré castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.
- 173 0 No me siento descontento conmigo mismo
 1 Me siento descontento conmigo mismo.
 2 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 3 Me odio a mí mismo.
- 174 0 No siento que sea peor que otros.
 1 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 2 Me culpo todo el tiempo por mis errores
 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 175 0 No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 1 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
 2 Quisiera suicidarme.
 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 176 0 No lloro más que de costumbre.
 1 Lloro más que antes.
 2 Lloro todo el tiempo.
 3 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 177 0 Ahora no estoy más irritable que antes.
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 2 Me siento irritado todo el tiempo.
 3 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba.
- 178 0 No he perdido el interés en la gente.
 1 No me interesa la gente como antes.
 2 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 3 He perdido todo el interés en la gente.
- 179 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
 1 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 2 Se me dificulta tomar decisiones.
 3 No puedo tomar decisiones en nada.

- 14 0 No siento que me vea más feo que antes.
 1 Me preocupa que me vea viejo y feo.
 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
 3 Creo que me veo horrible.
- 15 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 2 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 3 No puedo trabajar para nada.
- 16 0 Duermo tan bien como antes.
 1 No duermo tan bien como antes.
 2 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir.
 3 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormir.
- 17 0 No me canso más de lo habitual.
 1 Me canso más fácilmente que antes.
 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 3 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18 0 Mi apetito es igual que siempre.
 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 2 Casi no tengo apetito.
 3 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19 0 No he perdido peso o casi nada.
 1 He perdido más de 2.5 kilos.
 2 He perdido más de 5 kilos.
 3 He perdido más de 7.5 kilos. (Estoy a dieta SI NO).
- 20 0 Mi salud no me preocupa más que antes.
 1 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
 2 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21 0 Mi interés por el sexo es igual que antes.
 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
 2 Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes.
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL

HOJA 3

11.3 CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

Indicación: Evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y persona que expresan sentimientos positivos de empatía. Esta indicada en el cuidador si no existe ningún apoyo en la red sociofamiliar.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.2.4.1. Apoyo social (CIPE-α).

Administración: Autoadministrada.

Interpretación: Recoge valores referidos al Apoyo Confidencial (ítems, 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y referidos al Apoyo Afectivo (ítems, 2,3, 5, 9 y 11). Cada aspecto se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones.

Apoyo total percibido ≤ 32 puntos – Escaso apoyo; ≥ 33 Apoyo normal
 Apoyo Afectivo ≤ 15 Escaso apoyo
 Apoyo confidencial ≤ 18 Escaso apoyo

Reevaluación: En el cuidador cuando la situación sociofamiliar cambie.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna se ha estudiado obteniéndose un valor alfa de 0,90 para el total de la escala y de 0,88 y 0,79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

	5.Tanto como deseo				1. Mucho menos de lo que deseo
1c. Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="checkbox"/>				
2a. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/>				
3a. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>				
4c. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/>				
5a. Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/>				
6c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o casa	<input type="checkbox"/>				
7c. Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/>				
8c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/>				
9a. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/>				
10c. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/>				
11a. Recibo ayuda cuando estoy enfermo/a en la cama	<input type="checkbox"/>				

TOTAL c

TOTAL a

TOTAL

11.1 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y FACTORES OBSTÉTRICOS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cuestionario Sociodemográfico y Factores Obstétricos

No. Identificación _____ Iniciales _____
 Teléfono _____
 Fecha de la encuesta _____
 Fecha nacimiento del producto _____

Fecha de nacimiento	Edad: _____		
Lugar de nacimiento	_____		
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada		
Religión	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Testigo Jehová <input type="checkbox"/> Mormón <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro		
¿Con quién vives?	<input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Sola <input type="checkbox"/> Otros familiares		
La casa donde vives es	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada de un familiar/amigo		
Material de la que esta hecha la casa	<input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Paja		
Material de la que esta hecho el piso	<input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Otro		
¿Cuántos cuartos tiene tu casa?	_____		
¿Cuál es el nivel de educación de tus familiares?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Papá <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Universidad </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Mamá <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria </td> </tr> </table>	Papá <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Universidad	Mamá <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria
Papá <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Universidad	Mamá <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria		
¿A qué se dedican tus familiares?	Papá _____ Mamá _____		
¿Cuál el ingreso familiar mensual?	Papá _____ Mamá _____		
Dependencia económica	<input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Propio		
La convivencia familiar es	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala		
La convivencia con la pareja es	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala		
Con qué frecuencia hay violencia familiares/pareja	<input type="checkbox"/> Muy frecuente <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> Nada frecuente		
Durante este ultimo año, alguien te ha agredido?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
¿Qué tipo de violencia ha sido?	<input type="checkbox"/> Chantajear, engañar, culpabilizar <input type="checkbox"/> Control o prohibir (vestimenta, amistades, celular) <input type="checkbox"/> Agresión física (golpes, empujón, patear, cachetear) <input type="checkbox"/> Psicológica (insultos, discriminación) <input type="checkbox"/> Acosos por redes sociales <input type="checkbox"/> Encerrar /aislar <input type="checkbox"/> atentado contra la propiedad <input type="checkbox"/> Amenazar con arma <input type="checkbox"/> Forzar una relación sexual <input type="checkbox"/> Amenazar de muerte <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____		
¿Hasta qué grado de educación cursaste?	<input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Preparatoria completa <input type="checkbox"/> Preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Carrera técnica completa <input type="checkbox"/> Carrera técnica incompleta <input type="checkbox"/> Cursando carrera profesional <input type="checkbox"/> Ninguno		
¿Alguna actividad extracurricular que realices?	<input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Danza <input type="checkbox"/> Artes <input type="checkbox"/> Acudir a la iglesia <input type="checkbox"/> Tocar instrumento musical <input type="checkbox"/> Pertenecer gpo comunitario <input type="checkbox"/> Estudiar lengua extranjera <input type="checkbox"/> Otro _____		

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
 Av. Francisco I. Madero Pte. sin y Av. Gonzalitos, Col. Miras Centro, 64460
 Monterrey N.L., México Apartado Postal 1-4469 Tel. directo (81) 8348 3443
 Comutador (81) 83881111 ext. 3157 y 3206 Tel. Fax. 81234538



Cuestionario sociodemográfico y factores obstétricos V.2 Mayo 2018 1



Cuestionario Sociodemográfico y Factores Obstétricos

Trabajas actualmente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿En que? _____	¿Cuanto ganas al mes?	_____
Tienes hijos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cuántos: _____	Numero de Partos	_____
		Cesárea	_____
		Aborto	_____
¿Ha tenido algún hijo fallecido?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cuántos: _____		
¿Ha asistido a 6 o más consultas de control prenatal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cuántas citas:	_____
¿Utilizaste algún método de anticoncepción previo al embarazo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuál?	_____
Intención de embarazo	<input type="checkbox"/> Deseado <input type="checkbox"/> No deseado		
	<input type="checkbox"/> Planeado <input type="checkbox"/> No planeado		
Tomaste bebidas alcohólicas, fumaste ó ingeriste alguna droga durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vodka <input type="checkbox"/> Tequila <input type="checkbox"/> Ron <input type="checkbox"/> Mezcal
			<input type="checkbox"/> Agua ardiente <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Marihuana
			<input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Tolueno <input type="checkbox"/> Resistol <input type="checkbox"/> Anfetaminas
			<input type="checkbox"/> Éxtasis/MDMA/cristal
		Frecuencia:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez al mes <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes
			<input type="checkbox"/> 2 o 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 o mas veces a la semana
¿Presentaste alguna enfermedad durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Preeclampsia, Diabetes, infección urinaria)	¿Cuál?	_____
¿Fuiste hospitalizada durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (amenaza de parto, infección del riñón)	¿Por qué?	_____
¿Presentaste alguna complicación durante el parto/cesárea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (infección herida, hemorragia, preeclampsia)	¿Cuál?	_____
Su parto actual ha sido por	<input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Uso de fórceps		
	<input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Cesárea de urgencia		
¿Cómo se alimentó el día de hoy su bebe?	<input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> Leche materna + fórmula		
	<input type="checkbox"/> Biberón leche de vaca <input type="checkbox"/> Biberón con fórmula		
En caso de no dar pecho ¿cuál fue la razón?	<input type="checkbox"/> No tengo suficiente leche <input type="checkbox"/> Rechaza el pecho <input type="checkbox"/> Problemas con los pezones	<input type="checkbox"/> La leche no lo llena	
	<input type="checkbox"/> Le da cólicos al bebé <input type="checkbox"/> Tengo dolor en las mamas		
¿Tu bebe ha presentado alguna enfermedad o complicación durante el parto que haya requerido ser hospitalizado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ya te hablan dicho que tenías/tenes alguna enfermedad psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (depresión, ansiedad)	¿Qué diagnostico?	_____
¿Ya te hablan diagnosticado depresión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo?	_____



11.5 CARTA DE ACEPTACION DEL COMITÉ DE ÉTICA



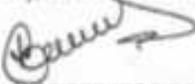
UANL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, N.L. 05 de Junio del 2018



DR. med. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL
Presidente del Comité de Ética en Investigación

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE ÉTICA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



CAPITULO XII

12. ABSTRACT

Motherhood as a central theme, focused during the puerperium, represents a vital and evolving crisis that affects the entire family group. Particularly in the adolescence stage, this crisis has specific characteristics.

Objective: To determine the prevalence of postpartum depressive symptoms in adolescent patients treated at the Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González " using the Postpartum Depression Scale of Edinburgh.

Material and methods: This problem was investigated by applying the Postpartum Depression Scale of Edinburgh, using the translated version into Spanish, validated in Mexico. The BECK depression inventory, designed to assess the severity of depressive symptoms was also applied, and social support was evaluated with the Duke-UNC scale. Tests of central tendency and dispersion were made for the numerical variables; frequencies and percentages for the categorical variables, as well as the Cramer V test for the nominal variables, under a level of significance ($p = 0.05$).

Results: 215 adolescent women were included in this study, most of them in late adolescence (80.9%) and primigravida (56.3%), with high school education (47.9%). The majority live in consensual union (70.7%). For the DUKE-UNK questionnaire the score was considered normal (92.6%). For affective support it was the same (91.6%). As for the perceived support, it was 96.3% for normal support. The Edinburgh questionnaire for postnatal depression was applied, finding that 89.8% of the sample had no risk for postpartum depression. Beck's inventory was applied finding that most of the sample (86.0%) is within normal ranges.

Conclusions: The prevalence of postpartum depression in adolescent mothers was lower than reported in the literature. The null hypothesis is accepted. Marital status of a free union is a risk factor in our population, while good family and couple relationships were protective factors. It is recommended to include the application of the Edinburgh Scale in the postnatal evaluation, as a measure of opportune screening of depressive symptoms and to diagnose this pathology in a timely manner, to avoid its consequences during the puerperium in our adolescent mothers.

Key words: Depressive symptoms, postpartum, adolescent mothers