**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

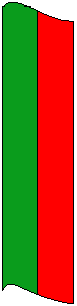
**FACTORES DETERMINANTES DE DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA.**

**AUTOR:**

RUDY FROILAN CARRIÓN RUIZ

**DIRECTOR DE TESIS:**

Dr. ERNESTO RODRIGO ORTIZ FLORES



**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MÉDICO GENERAL**

**LOJA, OCTUBRE 2014**

**CERTIFICACIÓN**

**Dr. Ernesto Ortiz**

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**CERTIFICA:**

Que la tesis de grado titulada: **“FACTORES DETERMINANTES DE DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA*.*”,** de autoría del Sr. Rudy Froilán Carrión Ruiz, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de Médico General. Ha sido dirigida y revisada en su integridad, cumpliendo con los requerimientos académicos estipulados para su aprobación; por lo que se autoriza su publicación.

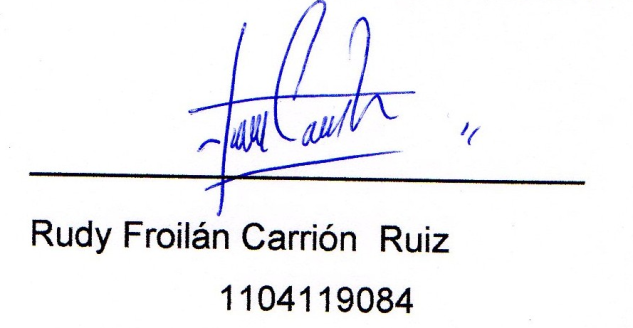
Loja, 10 de octubre del 2014



**AUTORÍA**

Yo, RUDY FROILAN CARRIÓN RUIZ, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Personalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca virtual.



Loja, 10 de octubre de 2014

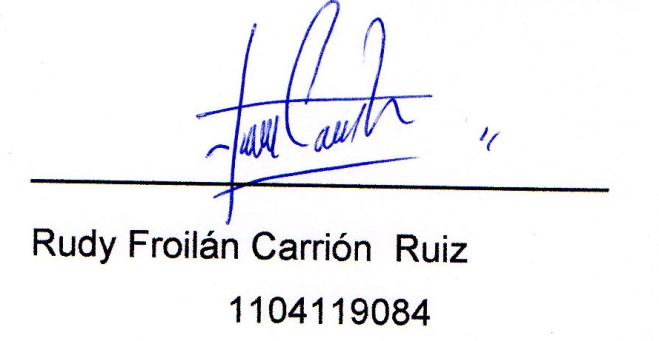
# CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, RUDY FROILAN CARRIÓN RUIZ, declaro ser autor de la tesis titulada FACTORES DETERMINANTES DE DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 03 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma el autor.



Dirección: Sauces Norte; Pedro Pablo Rubens y Miguel Ángel, esquina.

E-mail: malganos\_9144@hotmail.com Celular: 0989701580

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Ernesto Ortiz

**DEDICATORIA**

A Dios por ser artífice de cada triunfo alcanzado en mi vida.

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional brindado durante el transcurso de mi formación profesional**.**

**AGRADECIMIENTO**

Por la elaboración correcta de este trabajo de tesis, se agradece infinitamente la colaboración de instituciones y personas que fueron pilar fundamental en el apoyo para la realización exitosa de esta investigación:

* Universidad Nacional de Loja, área de la salud humana
* Hospital Regional Isidro Ayora de Loja
* Dr. Ernesto Ortiz, docente de pregrado del Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja y director de esta investigación
* A las madres encuestadas por su colaboración en la toma de datos para la realización de esta investigación.

**INDICE**

CERTIFICACIÓN………………………………………………………………….….. I

AUTORÍA…………………………………………………………………………...…. II

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS………………………………………….. III

DEDICACTORIA………………………………………………………………..…… IV

AGRADECIMIENTO…………………………………………………………………. V

INDICE……………………………………………….…………………………………6

TEMA……………………………………………………………………………………9

RESUMEN……………………………………………………………………………10

SUMMARY……………………………………………………………………………11

INTRODUCCIÓN…………………………………………………………………….12

REVISIÓN DE LITERATURA……………………………………………….………14

CAPITULO 1……………………………………………………………….…………14

1. PUERPERIO……………………………………………………….……………...14

1.1 CAMBIOS FÍSICOS……………………………………………………..15

1.1.1 ELIMINACIÓN DE AGUA………………………………….....15

1.1.2 MODIFICACIONES DEL APARATO CIRCULATORIO……15

1.1.3 MODIFICACIONES A NIVEL HORMONAL………………...16

1.1.4 MODIFICACIONES EN EL ABDOMEN……………………..16

1.1.5 MODIFICACIONES EN EL APARATO URINARIO………..16

1.1.6 MODIFICACIONES EN LA PIEL…………………………….17

1.1.7 MODIFICACION EN LAS DEFENSAS INMUNITARIAS….17

1.1.8 MODIFICACIONES EN LAS MAMAS……………………….17

1.1.9 MODIFICACIONES ANATÓMICAS………………………….18

1.1.10 MODIFICACIONES EN EL ÚTERO……………………......18

1.1.11 MODIFICACIONES EN LOS OVARIOS…………………...20

1.2 PATOLOGÍA EN EL PUERPERIO…………………………………….20

1.3 ETAPAS DEL PUERPERIO…………………………………………….21

1.4 SIGNOS CLÍNICOS DEL PUERPERIO……………………………….22

1.4.1 PÉRDIDA DE PESO…………………………………………..22

1.4.2 INVOLUCIÓN UTERINA………………………………………22

1.4.3 INCREMENTO EN LA MICCIÓN…………………………….22

1.4.3.1 HEMATURIA………………………………………....22

1.4.3.2 RETENCIÓN URINARIA…………………………...23

1.4.3.3 INFECCIÓN URINARIA…………………………….23

1.4.4 EVACUACIÓN DEL INTESTINO…………………………….23

1.5 CUIDADOS DE LA MADRE EN EL PUERPERIO…………………..23

1.5.1 INDICACIONES Y RECOMENDACIONES………………...24

1.5.2 REPOSO POSTPARTO………………………………………24

1.5.3 DIETA…………………………………………………………...24

1.5.4 HIGIENE………………………………………………………..25

1.5.5 MEDICAMENTOS……………………………………………..25

1.5.6 REINICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL……………………25

CAPITULO 2…………………………………………………………………………25

2. DEPRESIÓN POSTPARTO……………………………………………………..25

2.1 CAUSAS DE DEPRESIÓN POSTPARTO…………………………...27

2.2 SINTOMATOLOGÍA……………………………………………………..28

2.3 TRATAMIENTO………………………………………………………….29

2.4 ESPECTATIVA…………………………………………………………..30

2.5 POSIBLES COMPLICACIONES…………………………………….....30

2.6 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POSTPARTO……..30

2.7 PREVENCIÓN……………………………………………………………30

2.8 TRISTEZA POSTPARTO O POSTPARTUM BLUES………………..31

2.9 DEPRESIÓN POSTPARTO SIN PSICOSIS………………………….32

2.10 DEPRESIÓN POSTPARTO CON PSICOSIS……………………….33

2.11 PÉRDIDA DEL EMBARAZO…………………………………………..34

CAPITULO 3………………………………………………………………………….35

3. SEXUALIDAD EN ADOLECENTES……………………………………………35

3.1 EMBARAZO EN LA ADOLECENCIA…………………………………36

3.2 MALTRATO AL ADOLECENTE……………………………………….38

3.2.1 DATOS EN EL ECUADOR…………………………………..39

3.3 ASPECTOS PSICO-SOCIALES DEL EMBARAZO ADOLECENTE.40

3.4 ACTITUD HACIA LA MATERNIDAD…………………………………..41

3.5 CONCECUENCIA PARA EL HIJO DE LA MADRE ADOLECENTE.42

CAPITULO 4………………………………………………………………………….43

4. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO………………..43

4.1 INSTRUCCIONES DE USO……………………………………………43

4.2 PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN…………………………………….44

MATERIALES Y MÉTODOS………………………………………………………..45

RESULTADOS……………………………………………………………………….47

DISCUCIÓN……..……………………………………………………………………59

CONCLUSIONES…….……………………………………………………………...61

RECOMENDACIONES……………………………………………………………..62

BIBLIOGRAFÍA……………………………………………………………………….63

ANEXOS………………………………………………………………………………67

**TEMA**

**FACTORES DETERMINANTES DE DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA**

**RESUMEN**

La depresión en el puerperio es una patología que afecta a las mujeres que acaban de ser madres y que muchas veces no es detectada por el personal de salud, la relación afectiva madre e hijo se fortalece durante las primeras horas postparto.

El objetivo propuesto fue identificar los factores determinantes y la incidencia de depresión en el puerperio en pacientes de 15 a 39 años del Hospital Regional “Isidro Ayora”.

Se contó con una muestra total de 90 puérperas cuyo parto se produjo en el Hospital Isidro Ayora entre los meses de abril a septiembre del 2013 y cuya edad se encuentre entre 15 a 39 años, a todas las puérperas se les aplico dos encuestas una de las cuales se basó en la escala de Edimburgo para a través de estos objetos de recolección de datos detectar la incidencia y factores determinantes para la depresión postparto.

Entre los resultados obtenidos se evidenció que un 31.11 % correspondiente a 28 pacientes encuestadas cumplieron con criterios para catalogarse como depresión postparto, de este total de pacientes deprimidas el 35.71 % manifestaron tener ideas de auto daño, el 57.14 % se encontraban en una edad comprendida entre 15 y 20 años, el 64.28 % se encontraban solteras, el 50 % mencionaron que este era su primer parto, el 82.14 % no habían tenido antecedente de aborto, el 78.57 % no utilizaban ningún método anticonceptivo, el 71.42 % definió su estatus económico como bajo, el 67.85 % refirió no recibir apoyo económico de su familia, el 46.42 % refirió que no tiene apoyo psicológico de su familia, el 42.85 % no tienen una pareja estable y el 92.85 % no planeo su embarazo.

La incidencia de depresión post parto en puérperas del hospital Isidro Ayora es del 31.11 % y los principales factores determinantes de esta patología son en orden de frecuencia la falta de planificación de embrazo, la falta de uso de métodos para planificación familiar, estatus económico bajo, falta de una pareja estable y falta de apoyo familiar económico y psicológico.

**Palabras Clave**: Depresión, puerperio, factores determinantes.

**SUMMARY**

Postpartum depression is a condition that affects women and new mothers often is not detected by health personnel; affective mother-child relationship is strengthened during the first hours postpartum.

Their objective was to identify the factors and the incidence of postpartum depression in patients 15 to 39 years of the Regional Hospital "Isidro Ayora."

We included a total sample of 90 postpartum women whose birth occurred in the Isidro Ayora Hospital between April and September 2013 and whose age is between 15 to 39 years, all new mothers I we applied two surveys of which was based on the Edinburgh scale for these objects through data collection to detect the incidence and determinants factors for postpartum depression.

The results obtained showed a 31.11% corresponding to 28 surveyed patients met criteria to be classified as postpartum depression, this total of depressed patients 35.71% reported having thoughts of self harm, 57.14% were in the age between 15 and 20 years, 64.28% were single, 50% reported that this was her first delivery, 82.14% had no history of abortion, 78.57% were not using any contraceptive method, 71.42% defined their status economic and bass, 67.85% reported receiving no financial support from his family, 46.42% said that no psychological support of his family, the 42.85% do not have a regular partner and 92.85% do not plan their pregnancy.

The incidence of postpartum depression in postpartum hospital Isidro Ayora is 31.11% and the main determinants of this condition are in order of frequency embrazo lack of planning, lack of use of family planning methods, economic status low, lack of a stable relationship and lack of economic and psychological family support.

**Keywords:** Depression, postpartum, determinants.

**INTRODUCCIÓN**

El estado emocional de una persona es pilar fundamental en el equilibrio existente entre la salud física y mental, y más aún si se trata de una mujer que acaba de ser madre, de aquí se evidencia la importancia en el estudio de la depresión en el puerperio (12).

En la [fisiología](http://es.wikipedia.org/wiki/Fisiolog%C3%ADa) humana, el puerperio  es el período que inmediatamente sigue al [parto](http://es.wikipedia.org/wiki/Parto) y que se extiende el tiempo necesario para que el cuerpo materno incluyendo las [hormonas](http://es.wikipedia.org/wiki/Hormona) y el [aparato reproductor femenino](http://es.wikipedia.org/wiki/Aparato_reproductor_femenino) vuelvan a las condiciones pre gestacionales (10).

La depresión post-parto es el desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. Se caracteriza por llanto, desánimo 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 (11).

La causa exacta de la depresión posparto se desconoce. Los cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo pueden afectar el estado anímico de una mujer. Muchos factores distintos a los hormonales también pueden afectar el estado de ánimo durante este período (11).

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años, las complicaciones potenciales a largo plazo son severas y la puérpera si no recibe tratamiento puede ponerla en riesgo de hacerse daño o dañar al bebé (11).

El hecho de tener un buen apoyo social por parte de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión posparto, pero es posible que no la prevenga (12).

Las mujeres que tuvieron depresión posparto después de embarazos pasados pueden ser menos propensas a padecerla de nuevo si comienzan a tomar antidepresivos después del parto. La psicoterapia también puede ayudar a prevenirla (13).

El objetivo general planteado en esta investigación es determinar la incidencia de depresión post parto en pacientes hospitalizadas en el Hospital Isidro Ayora en el periodo entre abril y septiembre 2013, y establecer cuáles son los factores determinantes para el desarrollo de esta patología.

La presente investigación “Factores determinantes de depresión en el puerperio en pacientes del Hospital regional Isidro Ayora”, es importante debido al incremento del número de casos detectados de psicosis posparto en los últimos años, la gravedad que implica la aparición de esta patología en la organización de la relación madre-hijo y los riesgos que representa para la vida de ambos. (Valdimarsdóttir U, Hultman CM, et al 2009).

Lejos de agotarse y ser repetitivo el tema cada vez alcanza mayor proyección y atención por parte de los investigadores debido a que, aún hoy en día, no se precisa de una delimitación nosológica, debido en gran medida a su atípica sintomatología, y la falta de protocolos para su diagnóstico.

El trabajo contribuye con la población femenina lojana sin antecedentes psiquiátricos previos, además con aquellas mujeres que presentan antecedentes personales de reacciones adaptativas, fobias, episodios depresivos previos o que cuentan con una considerable carga genética, así también pone en evidencia la necesidad de un trabajo conjunto por parte del personal de salud, pacientes y familiares.

**REVISIÓN DE LITERATURA**

**CAPITULO 1**

1. **PUERPERIO**

En la [fisiología](http://es.wikipedia.org/wiki/Fisiolog%C3%ADa) humana, el **puerperio**  es el período que inmediatamente sigue al [parto](http://es.wikipedia.org/wiki/Parto) y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo las [hormonas](http://es.wikipedia.org/wiki/Hormona) y el [aparato reproductor femenino](http://es.wikipedia.org/wiki/Aparato_reproductor_femenino) vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el [embarazo](http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo). En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de [posparto](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Posparto&action=edit&redlink=1) inmediato. (12)

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un período muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las [hemorragias](http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia) posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de [sangre](http://es.wikipedia.org/wiki/Sangre) maternos. (12)

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la [lactancia materna](http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna), su salud reproductiva, [planificación familiar](http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci%C3%B3n_familiar) y los ajustes relacionados a su vida. (12)

Durante este período de transición biológica, el [recién nacido](http://es.wikipedia.org/wiki/Reci%C3%A9n_nacido) pasa a su vez por un estado de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la [muerte](http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte). (12)

**1.1 CAMBIOS FÍSICOS**

Después del parto nos encontramos con un periodo de tiempo llamado puerperio. El puerperio abarca desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan la normalidad y aparece la primera menstruación. Para conseguir esta normalidad, el cuerpo sufre una serie de cambios. La madre debe ser examinada en busca de lesiones del canal blando del parto y suturada de ser indicado. Es un período en el que son comunes el [estreñimiento](http://es.wikipedia.org/wiki/Estre%C3%B1imiento) y las [hemorroides](http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorroide), por lo que se debe prestar atención a los síntomas que sugieran estas condiciones. La [vejiga](http://es.wikipedia.org/wiki/Vejiga) debe ser vigilada para prevenir una [infección](http://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n) o detectar retención, y así cualquier otra patología que pueda ocurrir durante el puerperio, como el [síndrome de Sheehan](http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Sheehan). (12)

### 1.1.1 Eliminación del agua

Durante el embarazo se presenta un aumento de [agua](http://es.wikipedia.org/wiki/Agua) en los [tejidos](http://es.wikipedia.org/wiki/Tejido_(biolog%C3%ADa)), que es eliminada durante las primeras semanas de puerperio. Aumenta la eliminación de [orina](http://es.wikipedia.org/wiki/Orina) y [sudor](http://es.wikipedia.org/wiki/Sudor): por este método se pierden cerca de dos litros de agua. (12)

La pérdida de agua, unida a la expulsión del contenido del [útero](http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Atero), a la pérdida de [sangre](http://es.wikipedia.org/wiki/Sangre), a la involución del aparato reproductor y a la [lactancia](http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia), determina una disminución de peso en la mujer de cerca del 12,5%. (12)

### 1.1.2 Modificaciones en el aparato circulatorio

La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal; a veces el pulso incluso se ralentiza ([bradicardia](http://es.wikipedia.org/wiki/Bradicardia) puerperal) y tiene que considerarse como una respuesta fisiológica del organismo. Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. Todavía serán dolorosos e hinchados los nódulos hemorroidales, que volverán a la normalidad durante la primera semana de puerperio. (12)

### 1.1.3 Modificaciones a nivel hormonal

La cantidad de [estrógenos](http://es.wikipedia.org/wiki/Estr%C3%B3geno) vuelve a la normalidad. La progesterona vuelve a los niveles normales después de 5-6 días, y la [gonadotropina coriónica humana](http://es.wikipedia.org/wiki/Gonadotropina_cori%C3%B3nica_humana) desaparece de la sangre y la orina después de 6 días. (12)

Las glándulas endocrinas vuelven a funcionar dentro de sus valores normales, después de la hiperactividad debida al [embarazo](http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo). Enseguida después del parto, la [hipófisis](http://es.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3fisis) secreta en notable cantidad [prolactina](http://es.wikipedia.org/wiki/Prolactina), que estimula la producción de [leche](http://es.wikipedia.org/wiki/Leche). (12)

### 1.1.4 Modificaciones en el abdomen

El volumen del [abdomen](http://es.wikipedia.org/wiki/Abdomen) disminuye y eso facilita los movimientos del [diafragma](http://es.wikipedia.org/wiki/Diafragma_(anatom%C3%ADa)), permitiendo la [respiración](http://es.wikipedia.org/wiki/Respiraci%C3%B3n) más amplia y más profunda. El [estómago](http://es.wikipedia.org/wiki/Est%C3%B3mago) y el [intestino](http://es.wikipedia.org/wiki/Intestino) pueden padecer una ligera dilatación, con una leve disminución de velocidad de la función [digestiva](http://es.wikipedia.org/wiki/Digesti%C3%B3n). (12)

El apetito al principio es escaso, mientras que aumenta la sensación de sed. Después, el apetito vuelve a su estado normal, más lento es el retorno de la actividad intestinal a sus niveles normales. (12)

### 1.1.5 Modificaciones en el aparato urinario

En los primeros días de puerperio, los [riñones](http://es.wikipedia.org/wiki/Ri%C3%B1%C3%B3n) son sometidos a un notable esfuerzo. La [vejiga](http://es.wikipedia.org/wiki/Vejiga), que había estado comprimida mucho tiempo y ha padecido una disminución en el tono de su musculatura, aumentará su capacidad, aunque su vaciado será difícil. El estancamiento de orina en la vejiga facilita la instalación de gérmenes, que provocan [inflamación](http://es.wikipedia.org/wiki/Inflamaci%C3%B3n) en la vejiga (3% de los casos). (12)

### 1.1.6 Modificaciones en la piel

La [piel](http://es.wikipedia.org/wiki/Piel) del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de pliegues. La hiperpigmentación desaparece rápidamente ([línea alba](http://es.wikipedia.org/wiki/L%C3%ADnea_alba), rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales). (12)

A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea. (12)

Después del parto puede aparecer un período de escalofríos, que puede ser intenso y durar algunos minutos, o bien fugaz y desaparecer enseguida. (12)

La [temperatura](http://es.wikipedia.org/wiki/Temperatura) de la mujer durante el primer día puede elevarse (la axilar alcanza los 38 °C). Si la temperatura supera los 38 °C o dura más de 24 horas, hay que empezar a considerar eventuales complicaciones patológicas. (12)

### 1.1.7 Modificación en las defensas inmunitarias

Durante el puerperio, las defensas [inmunitarias](http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_inmunitario) disminuyen. Las mujeres que padezcan alguna [enfermedad infecciosa](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_infecciosa) sufren un empeoramiento después del parto. (12)

**1.1.8 Modificación en las Mamas**

Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras.

Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de la aréola y pezón. En este período, el flujo sanguíneo de la mama corresponde a 500-700 mL por minuto y es 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. La mama de la nodriza representa aproximadamente el 3% del peso corporal.

Histológicamente se aprecia una gran hiperplasia de los lóbulos y lobulillos, como en una verdadera adenosis mamaria en que alvéolos y conductillos se encuentran en íntimo contacto y aparecen dilatados con abundante secreción en su interior. (13)

### 1.1.9 Modificaciones anatómicas

El orificio del cuello del útero en las mujeres que han dado a luz sufre una modificación definitiva: de ser redondo se transforma en una hendidura dispuesta transversalmente. El fenómeno se debe a las pequeñas laceraciones producidas por el paso del [feto](http://es.wikipedia.org/wiki/Feto). La distensión del ostio vaginal determina la desaparición de toda huella del [himen](http://es.wikipedia.org/wiki/Himen). Sólo quedan pequeños restos carnosos, las llamadas carúnculas mirtiformes. ETAPAS DEL PUERPERIO a) Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos. b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia. c) Puerperio Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización. d) Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. (12)

### 1.1.12 Modificaciones en el útero

El [útero](http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Atero), que durante la gestación aumentó de tamaño unas 30-40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del [ombligo](http://es.wikipedia.org/wiki/Ombligo), para volver a bajar a su posición normal después de pocos días. (12)

La involución del cuerpo del útero afecta a todos los niveles:

* el [peritoneo](http://es.wikipedia.org/wiki/Peritoneo) se dispone en pliegues que sucesivamente desaparecen
* la [musculatura](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%BAsculo) se reduce considerablemente, gran parte de las fibras musculares formadas a causa del embarazo desaparecen y las restantes vuelven a sus dimensiones normales
* también el [tejido conectivo](http://es.wikipedia.org/wiki/Tejido_conectivo) vuelve a la normalidad.

Los productos de la destrucción de las fibras musculares se eliminan con la orina, que aumenta su contenido en [nitrógeno](http://es.wikipedia.org/wiki/Nitr%C3%B3geno). La separación de la [placenta](http://es.wikipedia.org/wiki/Placenta) y las membranas ovulares crea en la cavidad uterina una gran llaga. La cavidad también contiene coágulos de sangre y fragmentos de decidua, que serán eliminados en 2-3 días. (12)

Los productos eliminados durante el puerperio se llaman [loquios](http://es.wikipedia.org/wiki/Loquios). En los primeros tres días, los loquios están constituidos por sangre y vernix caseosa (loquios sanguíneos o rojos). En el cuarto y en el quinto día la cavidad del útero es invadida por gérmenes, que determinan un aflujo de [leucocitos](http://es.wikipedia.org/wiki/Leucocito). En este período los loquios están constituidos por glóbulos blancos y gérmenes (loquios suero-sanguíneos). A finales de la primera semana, la cavidad uterina aparece limpiada por el material necrótico, se inicia así la regeneración del [endometrio](http://es.wikipedia.org/wiki/Endometrio) y los loquios adquieren un aspecto opalescente (loquios serosos). La regeneración se extiende gradualmente. Los loquios disminuyen de intensidad, adquiriendo una textura más densa y un color blanquecino-amarillento (loquios blancos) y desaparecen a la tercera semana de puerperio. (12)

Al término del parto, el cuello uterino no se distingue del cuerpo uterino. Después de un día, el cuello se ha reconstituido, pero el canal se ha dilatado, lo que permite el paso de gérmenes. Sólo después de un mes del parto el canal cervical vuelve a sus dimensiones originales. (12)

### 1.1.13 Modificaciones en los ovarios

El [cuerpo lúteo](http://es.wikipedia.org/wiki/Cuerpo_l%C3%BAteo) gravídico en los [ovarios](http://es.wikipedia.org/wiki/Ovario) desaparece. El [sistema hormonal](http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_hormonal) vuelve gradualmente a las condiciones que permiten una nueva ovulación. (12)

El período de reanudación de la [ovulación](http://es.wikipedia.org/wiki/Ovulaci%C3%B3n) y, consecuentemente, de la [menstruación](http://es.wikipedia.org/wiki/Menstruaci%C3%B3n), varía notablemente:

* en la mujer que no amamanta, después de unos 40 días (75% de los casos)
* en la mujer que amamanta, experimenta un retraso (amenorrea de la lactancia) variable (25% de los casos), que puede durar toda la [lactancia](http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia); raras veces también puede durar más allá del destete, a causa de un hiperinvolución del útero. (12)

### 1.1.14 Modificaciones en la vagina

La [vagina](http://es.wikipedia.org/wiki/Vagina) retoma las condiciones normales en unos diez días. Los pliegues de la [mucosa](http://es.wikipedia.org/wiki/Mucosa) disminuyen: las paredes vaginales son más lisas. Esta también pierde su lubricación. (12)

**1.2 Patología en el puerperio**

Puede considerarse fenómenos patológicos del puerperio infecciones que se pueden manifestar localmente o en las [mamas](http://es.wikipedia.org/wiki/Mama). Otro carácter patológico posible son las [hemorragias posparto](http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_posparto), que pueden poner en riesgo la vida de la paciente. Para no tener una excesiva pérdida de sangre, en esta fase es fundamental que el útero esté bien contraído; de este modo los vasos presentes en la zona de inserción placentaria se "comprimen" y se evita, de ésta manera, el derrame de sangre. Después de las primeras dos horas del parto vuelven los mecanismos normales de[coagulación](http://es.wikipedia.org/wiki/Coagulaci%C3%B3n) que determinan la formación de fibrina en la zona de inserción placentaria, y por este motivo las hemorragias son más raras. (12)

Ciertas patologías afectan al útero, que van ligadas a una [atonía muscular](http://es.wikipedia.org/wiki/Aton%C3%ADa_uterina) o a la inversión completa y topográfica del útero, y pueden ir acompañadas de derrames totales o parciales de líquido; también son posibles las laceraciones del órgano. (12)

Otros problemas ligados al puerperio son la [flebitis](http://es.wikipedia.org/wiki/Flebitis), la [septicemia](http://es.wikipedia.org/wiki/Septicemia), la infección vulvo-vaginal, etcétera, todas ellas son parte de la [infección puerperal](http://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n_puerperal). El [estreptococo β-hemolítico](http://es.wikipedia.org/wiki/Streptococcus_pyogenes) es el agente más importante, junto con los anaerobios y sobre todo las [bacterias gram negativas](http://es.wikipedia.org/wiki/Bacteria_Gram_negativa). La [isquemia](http://es.wikipedia.org/wiki/Isquemia), la herida [placentaria](http://es.wikipedia.org/wiki/Placenta) y del canal blando incluyendo la [episiotomía](http://es.wikipedia.org/wiki/Episiotom%C3%ADa) y posibles desgarros perineales, la[corioamnionitis](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Corioamnionitis&action=edit&redlink=1), [ruptura prematura de membranas](http://es.wikipedia.org/wiki/Ruptura_prematura_de_membrana), partos prolongados y exámenes vaginales repetidos se han descrito como posibles factores predisponentes de la infección puerperal. (12)

Consecuentes al parto, se pueden dar [embolias](http://es.wikipedia.org/wiki/Embolia) gaseosas o embolias de [trombos](http://es.wikipedia.org/wiki/Trombo), que causan [asistolia](http://es.wikipedia.org/wiki/Asistolia) aguda o [edema pulmonar](http://es.wikipedia.org/wiki/Edema_pulmonar). (12)

Además, la disminución de hormonas sexuales y el aumento de la prolactina producen un efecto negativo en el estado emocional de la mujer (depresión postparto) y disminuye su deseo sexual. (12)

**1.3 Etapas del puerperio**

**a) Puerperio Inmediato**: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

**b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho**: abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

**c) Puerperio Alejado**: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.

**d) Puerperio Tardío**: puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. (12)

**1.4 SIGNOS CLINICOS FISIOLOGICOS DEL PUERPERIO**

**1.4.1 Pérdida de peso:**

En el parto, con la salida del niño/a y la placenta, la pérdida del líquido amniótico y la pérdida insensible, se produce una disminución ponderal de 5 a 6 Kg. Posteriormente, por lo explicado anteriormente en relación al balance hídrico, la mujer pierde alrededor de 2 Kg durante el puerperio temprano y alrededor de 1.5 Kg por semana en las semanas siguientes. (12)

**1.4.2 Involución uterina**

A las 24 horas después del parto, el útero se palpa a nivel del ombligo. En los 10 días siguientes, desciende clínicamente alrededor de un través de dedo por día. Al 5º día del puerperio se palpa a la mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis pubiana. En el 10º día se palpa a nivel de la sínfisis o 1-2 traveses de dedo por encima de ella. Posteriormente no debe palparse por el examen abdominal. El útero regresa a su tamaño normal entre 5 y 6 semanas después del parto. (12)

El signo clínico más importante de la involución uterina es el descenso del fondo del útero día por día. Debe tenerse en cuenta el estado de llene vesical en el momento del examen ya que la vejiga llena eleva el fondo uterino (12)

**1.4.3 Incremento en la micción**

En el puerperio temprano, hay un aumento de la diuresis debido a la reducción del compartimiento extracelular. Es muy importante la vigilancia de la evacuación de orina durante éste período ya que pueden ocurrir los siguientes problemas: (12)

**1.4.3.1 Hematuria:** Puede observarse en las primeras horas debido a traumatismo vesical en el proceso del parto. (12)

**1.4.3.2 Retención urinaria:** El traumatismo vésico-uretral que acompaña al parto puede producir edema del cuello vesical y de la uretra que dificulta la evacuación de la orina. Por otra parte, las anestesias de conducción suelen provocar hipotonía de la vejiga con la consecuente retención urinaria. En algunas oportunidades es necesario recurrir a la cateterización vesical continua o intermitente. (12)

**1.4.3.3 Infección urinaria:** Se produce habitualmente como consecuencia de la retención urinaria y de las maniobras de cateterización. Toda cateterización vesical debe ser seguida de cultivo de orina. (12)

**1.4.4 Evacuación del intestino**

Habitualmente se produce constipación los primeros días del puerperio por las razones anteriormente expuestas, sumado a las molestias perineales secundarias a la sutura de la episiotomía. (12)

**1.4 CUIDADOS DE LA MADRE EN EL PUERPERIO**

La asistencia del puerperio debe ser integral, dirigida a la madre y su hijo/a, realizada en un ambiente adecuado, con recursos suficientes y por un equipo de salud motivado que satisfaga las múltiples necesidades de este período. Describiremos a continuación los cuidados que deben prestarse durante su estadía en el hospital. (12)

Finalizado el parto, la madre debe permanecer en observación rigurosa por 2 a 4 horas en una sala habilitada para ello en lo posible contigua a la sala de parto. Debe vigilarse estrechamente el pulso, presión arterial y temperatura. Debe evaluarse la retracción uterina, la pérdida de sangre genital, realizar un balance hídrico, aliviar el dolor y entregar el apoyo sicológico necesario. (12)

En ésta etapa, el recién nacido/a realiza su período de adaptación transitorio, generalmente en las unidades respectivas. Idealmente el niño/a debiera mantenerse junto a su madre también durante éste lapso de tiempo. (12)

Luego de éstas horas de observación, la madre y su hijo/a se trasladan a la sala de puerperio donde deben permanecer hasta ser dados de alta de la maternidad. Durante la estadía en la sala de puerperio, la madre y el niño/a deben ser visitados y evolucionados diariamente por médico, matrona y/o enfermera para vigilar la evolución fisiológica de éste período, detectar oportunamente cualquier patología, brindar apoyo sicológico que ayude a la mejor relación entre la madre y su hijo/a y para motivar y reforzar las técnicas de lactancia. (12)

**1.4.1 Indicaciones y recomendaciones**

La mujer postparto debiera permanecer hospitalizada en la maternidad 3 a 4 días si el parto fue por vía vaginal y 4 a 5 días si lo fue por operación cesárea. Sin embargo, en los países en vía de desarrollo, los centros hospitalarios se ven apremiados por la gran demanda asistencial y muchas veces están forzados a dar altas precoces con todos los riesgos que ello implica. (12)

**1.4.2 Reposo postparto**

La puérpera debe mantener reposo relativo la primera semana postparto y actividad moderada hasta los 15 días. Debe levantarse precozmente, durante las primeras 12 horas después de un parto vaginal y las primeras 24 horas después de una cesárea. Con ello se evitan complicaciones urinarias, digestivas y vasculares favoreciendo el adecuado drenaje de los loquios. (12)

**1.4.3 Dieta**

La alimentación debe ser completa, idealmente hiperproteica. Después de una operación cesárea la realimentación debe ser gradual hasta la evacuación intestinal. En lo posible, debe evitarse la ingesta de alimentos meteorizantes por su efecto al niño a través de la leche materna. (12)

**1.4.4 Higiene**

La higiene general no debe descuidarse. La puérpera puede ducharse en forma habitual desde la primera levantada. El aseo genital debe realizarse al menos 4 veces al día o cada vez que acuda a vaciar su vejiga o intestino dejando escurrir agua sobre los genitales externos con un secado posterior. En los primeros días postparto, el aseo de la episiotomía debe realizarse con agua más un antiséptico no irritante para luego cubrir la zona perineal con un apósito limpio. No deben efectuarse duchas vaginales en este período. (12)

**1.4.5 Medicamentos**

En general, después del alta de la maternidad, la mujer puérpera no requiere tratamientos medicamentosos. Los retractores uterinos no tienen indicación e incluso pueden tener efectos adversos sobre la evolución de la lactancia. (12)

La suplementación de hierro podría estar indicada, en especial si el sangrado durante el parto fue excesivo con depleción de los depósitos de hierro. En estos casos se recomienda una dosis de 100 mg de hierro elemental al día. (12)

**1.4.6 Reinicio de actividad sexual**

Si la involución uterina ha sido normal y la cicatrización del periné es adecuada, se pueden reanudar las relaciones sexuales a partir de los 25 a 30 días después del parto. (12)

**CAPITULO 2**

**2. DEPRESIÓN POST – PARTO**

Las adolescentes embarazadas son susceptibles a presentar una serie de complicaciones tanto en el intra como en el post-parto, con mayor frecuencia que las no adolescentes. Dentro de las complicaciones que se presentan en el postparto enfocaremos de manera exclusiva a la depresión post-parto, cuya incidencia ha ido en vertiginoso ascenso. (3)

La depresión post-parto es el desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. Se caracteriza por llanto, desánimo 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 los sentimientos de culpa y autocensura por 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 del humor (11), su duración suele variar entre 6 a 8 semanas (3), aunque puede llegar hasta el primer año de postparto. (11)

La depresión, más frecuente en la mujer, es un problema mundial, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio. Las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables entre el 8 al 12% pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. Se ha reportado incremento de la incidencia durante la adolescencia. (6)

Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. (3)

A pesar de que existen en nuestros centros asistenciales áreas destinadas a la atención de madres adolescentes, la depresión post-parto es un problema al cual no se le ha dado seguimiento adecuado, motivado a la ausencia de personal calificado en salud mental, lo que aunado al sub-registro de casos de depresión post-parto han hecho que a esta entidad no se le dé la importancia que realmente posee. (10)

Las devastadoras consecuencias familiares de la Depresión Postparto han llamado la atención de los medios sobre casos de algunas mujeres que llegaron a matar a sus hijos mientras estaban deprimidas. Toda esa atención puesta sobre el tema ha logrado que parezca que la prevalencia del problema estuviera en ascenso. No se puede asegurar que esto así sea, pero sí sabemos que la depresión postparto es un problema sub diagnosticado. (9)

**2.1 Causas de depresión post parto**

La causa exacta de la depresión posparto se desconoce. Los cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo pueden afectar el estado anímico de una mujer. Muchos factores distintos a los hormonales también pueden afectar el estado de ánimo durante este período. (1)

* Cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto.
* Cambios en las relaciones laborales y sociales.
* Tener menos tiempo y libertad para sí misma.
* Falta de sueño.
* Preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre. (1)

Usted puede tener mayores probabilidades de experimentar depresión posparto si:

* Tiene menos de 20 años.
* Actualmente consume alcohol, alucinógenos o fuma (también ocasionan riesgos serios para la salud del bebé).
* No planeó el embarazo o tuvo sentimientos contradictorios acerca de éste.
* Tuvo depresión,  o un trastorno de ansiedad antes del embarazo o en un embarazo anterior.
* Vivió un hecho estresante durante el embarazo o el parto, por ejemplo, una enfermedad, muerte o padecimiento de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, un parto prematuro o una enfermedad o anomalía congénita en el bebé.
* Tiene un familiar cercano que haya experimentado depresión o ansiedad.
* Tiene una mala relación con la pareja o es soltera.
* Tiene problemas financieros o de vivienda.
* Tiene poco apoyo de la familia, los amigos o la pareja.(1)

**2.2 Síntomatología**

Los sentimientos de ansiedad, irritación, tristeza con llanto e inquietud son comunes en las dos primeras semanas después del embarazo. Estos sentimientos a menudo se denominan "depresión puerperal". Estos síntomas casi siempre desaparecen pronto, sin necesidad de tratamiento. (1)

La depresión posparto puede ocurrir cuando la depresión puerperal no desaparece o cuando los signos de depresión comienzan uno o más meses después de dar a luz. (1)

Los síntomas de depresión posparto son los mismos que los síntomas de la depresión que ocurre en otros momentos en la vida. Junto con un estado anímico triste o deprimido, usted puede tener algunos de los siguientes síntomas: (1)

* Agitación e irritabilidad
* Cambios en el apetito
* Sentimiento de inutilidad o culpa
* Sentirse retraída o desconectada
* Falta de placer o interés en todas o en la mayoría de las actividades
* Pérdida de la concentración
* Pérdida de energía
* Problemas para realizar las tareas en el hogar o el trabajo
* Ansiedad considerable
* Pensamientos de muerte o suicidio
* Dificultad para dormir (1)

Una madre con depresión posparto también puede:

* Ser incapaz de cuidar de sí misma o de su bebé.
* Sentir temor de quedarse sola con el bebé.
* Tener sentimientos negativos hacia el bebé o incluso pensar en hacerle daño. (Aunque estos sentimientos son aterradores, casi nunca se materializan. No obstante, usted debe comentarle al médico al respecto inmediatamente.)
* Preocuparse intensamente por el bebé o tener poco interés en él.(1)

**2.3 Tratamiento**

Una madre primeriza que tenga cualquier síntoma de depresión posparto debe ponerse en contacto con el médico o el personal de enfermería en seguida para conseguir ayuda. (1)

Aquí se presentan algunas otras sugerencias útiles:

* Solicíteles a su compañero, familia y amigos ayuda con las necesidades del bebé y el hogar.
* No esconda sus sentimientos. Hable acerca de ellos con su compañero, familia y amigos.
* No haga ningún tipo de cambios mayores en su vida durante el embarazo o inmediatamente después de dar a luz.
* No intente hacer demasiado o ser perfecta.
* Saque tiempo para salir, visitar a los amigos o pasar tiempo sola con su compañero.
* Descanse lo más que pueda. Duerma cuando el bebé esté durmiendo.
* Hable con otras madres o únase a un grupo de apoyo. (1)

El tratamiento para la depresión después del parto con frecuencia incluye medicamentos, terapia o ambos. El hecho de que usted esté amamantando o no influirá en qué medicamentos le recomiende el médico. A usted le pueden recomendar un especialista en salud mental. La terapia conductual cognitiva (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son tipos de psicoterapia que a menudo ayudan para la depresión posparto. (1)

Los grupos de apoyo pueden ser útiles, pero no deben reemplazar a los medicamentos y la psicoterapia si usted tiene depresión posparto. (1)

Tener un apoyo social bueno de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión posparto. (1)

**2.4 Expectativas (pronóstico)**

Los medicamentos y la psicoterapia profesional con frecuencia pueden reducir o eliminar los síntomas de manera efectiva. (1)

**2.5 Posibles complicaciones**

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años.

Las complicaciones potenciales a largo plazo son las mismas que en la depresión posparto que no recibe tratamiento puede ponerla en riesgo de hacerse daño o dañar al bebé. (1)

**2.6 Factores de riesgo para depresión postparto**

* Antecedentes de depresión postparto
* Antecedentes de depresión sin relación al puerperio
* Antecedentes de Transtornos en la alimentación
* Embarazo no deseado
* Embarazo en adolecentes
* Mujeres inmigrantes
* Desarraigo cultural
* Antecedente de adicciones
* Condición socio económica comprometida

**2.7 Prevención**

El hecho de tener un buen apoyo social por parte de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión posparto, pero es posible que no la prevenga. (1)

Las mujeres que tuvieron depresión posparto después de embarazos pasados pueden ser menos propensas a padecerla de nuevo si comienzan a tomar antidepresivos después del parto. La psicoterapia también puede ayudar a prevenirla. (1)

**2.8 Tristeza Postparto o “postpartum Blues” (TP)**

Este cuadro consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. (9)

Las mujeres con tristeza postparto lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de “tristeza” se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas. La propensión a desarrollar TP no parece relacionarse con su historia psiquiátrica, factores estresantes del medio, contexto cultural, alimentación o cantidad de hijos. Sin embargo estos factores pueden contribuir al desarrollo de una Depresión Mayor. (9)

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la TP. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a cambios bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de TP, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar TP. Del mismo modo, un metabolito de la progesterona, la alopregnolona, con efecto ansiolítico agonista GABA, es significantemente menor en mujeres con TP. (9)

Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la Oxitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: madres roedoras a las que se les extrajeron las células productoras de oxitocina exhibieron conductas con menos rasgos maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates. (9)

Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. (9)

Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores. (9)

Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo.

Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores. (9)

**2.9 Depresión Postparto sin Psicosis**

La prevalencia en EE.UU. es de 10-20% de las mujeres, en el lapso de 6 meses después del parto. Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor, historia de desórdenes disfóricos premenstruales (pero no necesariamente el síndrome premenstrual leve o moderado), estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial. (9)

Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé. El término Ego-Distónico refiere a pensamientos que están caracterizados por la diferencia entre su contenido y lo que la persona desea o cree en la actualidad. Esos pensamientos tienen rasgos de obsesividad, pero raramente llegan al acto, en ausencia de psicosis. Sin embargo, cuando una mujer con depresión postparto sin psicosis severa llega a conductas suicidas, puede considerar también matar a su hijo, e incluso a sus hijos más pequeños, muchas veces siguiendo el deseo de no abandonarlos. (9)

No hay evidencia directa de que el desbalance hormonal cause depresión postparto. Los cambios biológicos subyacentes en la TP pueden llevar a la depresión postparto en presencia de un contexto vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Hay evidencia indirecta que soporta esta idea; simulando el estado postparto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente es significativamente más probable producir depresión en mujeres con historia de depresión postparto que en mujeres sin antecedentes al respecto. (9)

Hay diferencias aparentemente significativas entre diferentes culturas en cuanto a la prevalencia de depresión postparto. Existen trabajos de campo que muestran que las culturas donde aparentemente hay una baja prevalencia de depresión postparto están caracterizadas por un fuerte soporte de nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo, sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, baños rituales, o el mismo retorno a su hogar de origen. (9)

La depresión postparto que no es tratada puede tener consecuencias a largo plazo.

Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro. (9)

**2.10 Depresión Postparto con Psicosis**

En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo. (9)

Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica. (9)

Las mujeres con depresión postparto con psicosis pueden tener mejorías temporarias en apariencia, despistando a pacientes y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos. (9)

Comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, al pasar al acto con mayor facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la depresión postparto con psicosis tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento. (9)

**2.11 Pérdida del Embarazo**

Las mujeres que han perdido su embarazo, o que su hijo ha nacido sin vida, tienen también riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor como los descriptos en el postparto. Para aquellas que no tienen historia previa de depresión, el nivel de riesgo es comparable con el de las madres que dieron a luz un hijo vivo. Para las que tienen antecedentes, el riesgo de recurrencia luego de la pérdida es de aproximadamente el doble. El riesgo de depresión mayor es especialmente alto para mujeres sin hijos, y ocurre aún en mujeres que no estaban felices de estar embarazada, o con un embarazo no deseado. (9)

Tanto para el caso del aborto o de un mortinato el período de alto riesgo de depresión es de 6 meses. Luego de tener un hijo muerto, las mujeres que tienen un riesgo especialmente elevado son aquellas que no presentaron signos de abatimiento durante las dos primeras semanas, por ello se considera extender en estos casos el período de riesgo a 9 meses luego de la pérdida. (9)

El parto pretérmino no ha demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto. Sin embargo, este se ha asociado a un trastorno del tipo del estrés post-traumático. (9)

Es importante tener en cuenta algunos factores que pueden inducir una mayor probabilidad de sufrir depresión puerperal. Varios estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes se asocian con una tasa mayor de depresión postparto. (9)

De la misma manera, aquellas mujeres que tienen un embarazo no deseado, sobre todo en madres solteras, mujeres con escasa red de soporte social o que estén expuestas a factores de estrés psicosocial en los últimos 6 meses. Un caso especial son las mujeres inmigrantes o sometidas a un estado de “shock cultural”. Se ha observado que las diferentes culturas han creado diferentes formas de implementar conductas de contención, que son perdidas en el momento de la inmigración y alejamiento de sus comunidades. (9)

**CAPITULO 3**

**3. SEXUALIDAD EN ADOLECENTES**

El Ecuador es una sociedad de tradiciones, de educación sexual insuficiente y pocos accesos a los servicios de salud.

Se señala que el inicio de la vida sexual es entre los 13 a 14 años en varones y 15 años en mujeres.

El 98% conoce los métodos anticonceptivos pero solo el 9% los usa. El 10,3% de las adolescentes está unido o casado y de ellos solo el 51,6% usan métodos anticonceptivos.

Se estima que de cada 100 casos de violación sexual, el 88% se producen en niñas y adolescentes y el 51% se encuentran entre las edades de 13 y 17 años. (4)

**3.1 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

El embarazo en la adolescencia representaba en 1958 el 11,2%; en 1980 el 13,3%; en 1990 el 14,2%; en 1993 el 15%. (2) Según el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, en el año 2008 el embarazo en menores de 19 años representó el 15% del total de embarazos. (8)

El 57% de mujeres casadas y solteras entre los 15 y 19 años tienen embarazos no planeados o no deseados. Pathfinder señala que en un 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 niñas atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación. (4)

En un estudio de Perú realizado en 2,037 escolares de Lima entre 11 y 18 años pertenecientes a estratos alto, medio y bajo se pudo demostrar que el 10% son nacidos de madres adolescentes, y que este porcentaje es mayor en la clase media y baja que en la clase alta; indicando que el problema del embarazo en adolescentes se acentúa en estratos más deprimidos. (5)

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. (7)

Según el Censo de 2010, en Ecuador hay 346 700 niñas (de 10 años a 14 años). La cifra de embarazos trepó en la última década. (6)

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales. (6)

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 2 080 ya han sido madres. (6)

Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. (6)

A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. (6)

En efecto, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre. (6)

Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes. (6)

En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes. (6)

Debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla). (6)

En ella, los ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social (MIES) y Coordinador de Desarrollo Social y la Secretaría del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar, acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general, según explicó Doris Soliz, ministra coordinadora de Desarrollo Social. (6)

"Habla serio, sexualidad sin misterios", es el eslogan de la campaña, que busca incentivar la conversación sobre sexualidad en el hogar, en los establecimientos educativos y otros espacios, dejando atrás miedos y tabúes que impiden tener un conocimiento claro, que podría evitar los embarazos a temprana edad y los no deseados así como los abortos y la muerte materna. (6)

Sobre este plan, cuyas bases fueron establecidas en 2011, el pasado jueves, las autoridades del frente dieron a conocer las acciones realizadas y a seguir en distintos ángulos como la implementación de la línea gratuita 1800-445 566, que brinda información sobre estos temas; la formación de profesionales de salud en planificación familiar y anticoncepción y la dotación de métodos anticonceptivos gratuitos en unidades de salud a escala nacional. (6)

Se han habilitado también 15 unidades que brindan atención en casos de violencia sexual e intrafamiliar y otros temas, explicó Carolina Vance, ministra de Salud (e). (6)

Gloria Vidal, titular de Educación, enfatizó en la labor de prevención y dijo que se está trabajando en la formación de maestros, en la inclusión de educación en sexualidad en las carreras universitarias, primordialmente en la docente y en el abordaje de los delitos sexuales en el sistema educativo. (6)

El MIES abrirá espacios para jóvenes que busquen información sobre alternativas para evitar el embarazo adolescente; se prevén realizar 20 programas radiales y una revista juvenil sobre sexualidad, además de difundir material por Internet, según indicó Ximena Ponce, ministra de Inclusión Económica y Social. (6)

La Enipla se ha planteado como metas reducir hasta 2013 en 25% la fecundidad no deseada, en especial en los sectores con mayor pobreza y menor educación; prevenir el embarazo en adolescentes en 25% y evitar la violencia sexual y el embarazo como directa consecuencia. (6)

**3.2 El maltrato al adolecente**

Según consta en el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, las mujeres que tuvieron su primer hijo en esa etapa tienen en un período menor su segundo hijo. (6)

En el mismo documento, en una exposición realizada por los ministros del Frente Social en el Centro de Convenciones Eugenio Espejo, se señala también que una mujer que recibió maltrato antes de los 15 años tiene más probabilidades de tener dos o tres hijos. Si la violencia se mantiene más allá del lapso citado, aumenta la posibilidad de tener cuatro o más hijos, consta en el Informe mundial sobre la violencia y la salud, divulgado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se dice, además, que la tasa global de fecundidad en el Ecuador es de 2,4 hijos por cada mujer. (6)

En las mujeres no pobres, esta tasa se reduce a 1,9, es decir, 0,5 hijos menos en promedio que la escala nacional. Según el cálculo de necesidades básicas insatisfechas, las mujeres pobres tienen una cifra de fecundidad de 3,5 hijos, uno adicional sobre el índice nacional y 1,6 hijos más que las mujeres no pobres, según el Censo de 2010. Ante ello, las autoridades destacaron la necesidad de generar cambios, para evitar que la vida de niñas y adolescentes se vea truncada por un embarazo no deseado. (6)

**3.2.1 Datos en Ecuador**

Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santigo y Zamora Chinchipe, según el Censo Población y Vivienda 2010. (6)

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto (32%), los trastornos hipertensivos (30%) y las sepsis (14%). Otras causas constituyen el 15%. (6)

Las proporciones de maternidad en la juventud son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altos y 11% con secundaria completa). (6)

Un embarazo en la adolescencia equivale a 2,5 años de escolaridad menos. (6)

**3.3 Aspectos Psicosociales Del Embarazo En La Adolecente**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. (2)

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.(2)

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. (2)

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico. (2)

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (2)

**3.4 Actitudes hacia la maternidad**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre-impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. (2)

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. (2)

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. (2)

Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. (2)

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. (2)

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. (2)

**3.5 Consecuencias para el hijo de la madre adolescente**

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". (2)

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. (2)

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos. (2)

**CAPITULO 4**

**4. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO**

**(Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS)**

El uso de herramientas de rastreo, como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo que ha sido validada en diversos estudios internacionales (9) (14) (25) (26) es efectiva en cuanto a realizar el diagnóstico temprano de la depresión. (3)

Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión postparto. Su aplicación puede realizarse desde el puerperio inmediato para contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente. (24) Anexo Nº 02.

La EPDS fue creada por Cox et al. el año 1987, en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de 10 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. (3)

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 2-4 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. (3)

**4.1 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 madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del castellano sean limitados o que tenga problemas para leer. (3)

**4.2 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) (3)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. (3)

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan. (3)

**MATERIALES Y MÉTODOS**

**TIPO DE ESTUDIO**

Estudio de tipo descriptivo, prospectivo y transversal

**POBLACIÓN Y MUESTRA**

Universo: Todas las puérperas del Hospital Regional Isidro Ayora Loja

Muestras: Puérperas cuya edad se encuentre comprendida entre 15 y 39 años y que hayan sido atendidas en el periodo de abril – septiembre del 2013 y que presentaron sintomatología depresiva.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

* Madres cuyo parto se lleve a cabo en los meses de abril – septiembre del 2013
* Madres cuya edad se encuentre entre los 15 y 39 años de edad
* Madres que acepten la participación en el estudio

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

* Madres con otras enfermedades psiquiátricas
* Situación de duelo o muerte de su hijo, antes de realizar la encuesta Escala de Edimburgo.
* Madres con tratamiento con antidepresivos

**PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS**

Con la autorización respectiva del Director del Hospital Regional Isidro Ayora para realizar el estudio, se accedió al registro de partos atendidos durante los meses de abril – septiembre del 2013 para identificar a las puérperas.

Se informó a la madre sobre el estudio, luego con un documento de consentimiento informado, firmado por la madre se solicitó la aprobación de su participación.

Se empleó la Escala de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depresión Scale - EPDS) para la detección de la depresión post-parto en la primera semana de puerperio.

Para la investigación de los factores psicosociales se empleó una encuesta estructurada especialmente elaborada para el estudio, la cual se enfoca en recolectar información sobre los factores sociales y psicológicos de la madre, además de los datos personales para realizar el seguimiento.

**RESULTADOS**

**TABLA 1**

**INCIDENCIA DE PARTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO COMPRENDEDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DEL 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INCIDENCIA/MES** | **ABRIL** | **MAYO** | **JUNIO** | **JULIO** | **AGOSTO** | **SEPTIEMBRE** | **TOTAL** |
| **NÚMERO** | **142** | **147** | **129** | **135** | **136** | **139** | **828** |
| **PORCENTAJE** | **17.14%** | **17.75%** | **15.57%** | **16.30%** | **16.42%** | **16.78%** | **100%** |

**Fuente**: Libro De Registro De Partos De Centro Obstétrico Del Hospital Regional Isidro Ayora

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

El total de partos atendidos en el periodo de tiempo que abarca este estudio es de 828 de los cuales el 17.75% correspondiente a 147 partos fueron atendidos en mayo siendo este el mes con más atenciones de partos, contrario a junio con un porcentaje de 15.57% correspondiente a 129 partos.

**TABLA 2**

**INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POST PARTO EN LAS PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO** | **TOTAL DE ENCUESTADAS** | **PUERPERAS DEPRIMIDAS** | **PUERPERAS NO DEPRIMIDAS** |
| **NÚMERO DE ENCUESTADAS** | **90** | **28** | **62** |
| **PORCENTAJE** | **100%** | **31.11%** | **69.89%** |

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Se aplicó la encuesta y escala de Edimburgo a un total de 90 puérperas las cuales cumplieran con los criterios de inclusión, de estas encuestas se encontró que un total de 31.11% correspondiente a 28 pacientes se encontrabas con criterios suficientes para catalogarse como depresión post parto, mientras que el 69.89% correspondiente a 62 pacientes no demostraron ninguna alteración psicológica de depresión.

**TABLA 3**

**DEPRESIÓN POSTPARTO Y SU RELACIÓN CON IDEAS DE AUTODAÑO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 puérperas que se encontraron con depresión postparto un total de 35.71 % correspondiente a 10 pacientes demostraron que han tenido ideas de auto daño, mientras que el 64.29 correspondiente a 18 pacientes no demostraron tener tendencia al auto daño.

**TABLA 4**

**EDAD DE LA MADRE Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión en el puerperio un total de 57.14 % correspondiente a 16 pacientes se encontraban en una edad comprendida entre 15 y 20 años representando la gran mayoría, contrario al 7.14% correspondiente a 2 paciente que se encontraba en una edad comprendida entre 31 y 39 años.

**TABLA 5**

**ESTADO CIVIL DE LA MADRE Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 64.28 % correspondiente a 18 pacientes fueron solteras y no tenían una pareja estable representando una gran mayoría, contrario a pacientes divorciadas con un porcentaje de 7.14% que corresponde a 2 paciente, no se encontró ninguna paciente viuda que presente esta patología.

**TABLA 6**

**PARIDAD DE LA MADRE Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POST PARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 50 % correspondiente a 14 pacientes manifestaron que el parto actual era el primero, representando así la gran mayoría, contrario a esto con un 7.14% correspondiente a 2 pacientes que mencionaron que este era su tercer parto.

**TABLA 7**

**ANTECEDENTES DE ABORTO Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POST PARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 82.14 % correspondiente a 23 pacientes manifestaron que no tenían antecedente de aborto anterior, contrario al 17.86 % que corresponde a 5 pacientes que mencionaron que han tenido al menos un aborto anterior.

**TABLA 8**

**USO DE ANTICONCEPTIVOS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POST PARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 78.57 % correspondiente a 22 pacientes manifestaron que no realizaban planificación familiar con ningún método anticonceptivo representando su gran mayoría, contrario al 3.57% correspondiente a 1 paciente que manifestó que estaba usando preservativo como método anticonceptivo, no hubo ninguna paciente deprimida que manifieste el uso de T de cobre.

**TABLA 9**

**NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 71.42 % correspondiente a 20 pacientes manifestaron que su estatus económico es bajo, contrario a esto un total de 10.71 % correspondiente a 3 pacientes manifestaron su estatus económico es alto.

**TABLA 10**

**APOYO FAMILIAR ECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 67.85 % correspondiente a 19 pacientes manifestaron que no cuentan con apoyo económico por parte de su familia, un 46.42 % correspondiente a 13 pacientes manifestaron que no cuentan con apoyo psicológico familiar, contrario a esto un total de 32.14 % correspondiente a 9 pacientes manifestaron que sus familias las apoyan económicamente y un 53.57 % correspondiente a 15 pacientes manifestaron que sus familias las apoyan psicológicamente.

**TABLA 11**

**CALIDAD DE RELACIÓN CON LA PAREJA Y SU RELACIÓN EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 42.85 % correspondiente a 12 pacientes manifestaron que no tienen pareja, contario a esto un 14.28 % correspondiente a 4 pacientes manifestaron que su relación es buena y regular.

**TABLA 12**

**PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERAS ENCUESTADAS QUE SE ENCUENTREN EN EDAD ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN EL PERIDO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y SEPTIEMBRE DE 2013.**

**Fuente**: Encuesta y escala de Edimburgo aplicada a las puérperas que aceptaron el estudio.

**Autor:** Rudy Froilán Carrión Ruiz

Del total de 28 pacientes que se encontraron con depresión post parto un total de 92.85 % correspondiente a 26 pacientes manifestaron que su embarazo no fue planeado, contario a esto un total de 7.15 % correspondiente a 2 pacientes manifestaron que si planificaron su embarazo.

**DISCUSIÓN**

Durante los meses de abril a septiembre del 2013 en el hospital Isidro Ayora se atendieron 828 partos en total, de los cuales se tomó una muestra de 90 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron participar en el estudio, de este total mediante la aplicación de un test y de la escala de Edimburgo se estableció que 28 puérperas tenían criterios suficientes para ser catalogadas como depresión post parto.

Del total de puérperas deprimidas el 57.14 % corresponden a una edad entre 15 y 20 años por lo cual pueden ser catalogadas como embarazo en la adolescencia un dato sumamente elevado en comparación con las cifras del último censo en todo el Ecuador el cual revelo que el 17 % de adolescentes en el país son madres, cifras similares al 15% según el instituto nacional de estadísticas de Chile el 2008 (19) y al 12 % reportado en República Dominicana por Tejada Cruz et. al el año 2002 (20).

La incidencia de depresión post parto usando la escala de depresión post parto de Edimburgo (EPDS) alcanzó niveles elevados con un total de 35.71 %, valor superior al 25.9 % de Figueiredo et al. En Portugal el año 2007. (13), así también nuestro estudio se encuentra por encima de estudios predecesores como el 17.4% de Schaper et al. En Wisconsin (EE.UU) el año 1994 (14), de García Esteve et. al el año 2000 (15), y Ascaso Terren et. al el año 2003 en España (16), Evins GG et. Al en Asheville Nc (EE.UU) el año 2000 con 35.4 % (17), Moreno Zaconeta et. Al en Brasil el 2004 con 22.2 % y Dennis Cl en Toronto (Canadá) el 2004 con 29.5% (18).

La incidencia de ideas de auto daño en madres según la escala de Edimburgo fue de 35.71 % en las pacientes con depresión post parto, similar al 33.4 % encontrado en el estudio “Factores psicosociales asociados y detección de depresión post parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue – Tacna” realizado por Javier Tejada en 2009. (18)

En cuanto a los factores sociales; según la pareja, encontramos que del total de pacientes con depresión post parto el 64.28 % se encontraba sin una pareja estable. Esto podría explicarse como un sentimiento de inseguridad al no tener un apoyo afectivo que frecuentemente es dado por una pareja estable, de esta forma se explica la ausencia de pareja como un factor predisponente para el desarrollo de depresión post parto.

Con respecto a la paridad, el 50 % de madres encuestadas refirieron que el parto que cursaron era el primero, por lo cual se puede asociar directamente, que las primíparas tienen mayor predisposición a desarrollar depresión post parto que las multíparas.

Del total de puérperas que se catalogaron como deprimidas el 82.14 % no refirieron antecedentes de aborto por lo cual no se puede establecer una relación directa para que el antecedente de aborto sea considerado como factor predisponente para el desarrollo de esta patología, contrario a estén el estudio “Factores psicosociales asociados y detección de depresión post parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue – Tacna” realizado por Javier Tejada en Tacna – Perú en 2009 (24) el cual reporta que en su estudio se encontró que el 50 % de puérperas deprimidas tenían un antecedente de procedimientos abortivos (24).

El 78.57 % de las puérperas deprimidas refirieron que no utilizaron ningún método de planificación familiar, esto nos alerta a pensar que la gran mayoría de puérperas no toman conciencia sobre la anticoncepción y la planificación familiar, probablemente por conocimiento inadecuado o mal información, Javier Tejada en su estudio “Factores psicosociales asociados y detección de depresión post parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue – Tacna” realizado en Tacna Perú en 2009 (24) nos menciona que en su estudio el 47.7 % de puérperas no utilizaban métodos anticonceptivos, el 20 % utilizaba métodos de barrera y el 22.7 % utilizaban métodos hormonales, datos alarmantes que expresan que el porcentaje en el país vecino es menor.

Del total de puérperas deprimidas encontradas en este estudio el 71.14 % calificó su estatus económico como bajo, un dato elevado muy alarmante que nos permite relacionar directamente es estatus económico bajo como factor predisponente para el desarrollo de depresión post parto, esto se podría relacionar directamente con la dificultad para el acceso a la información que tiene la clase social baja, de esta forma la desinformación ocasiona que no se realice la planificación familiar adecuada, y como se discutió anteriormente la falta de planificación familiar es un factor que se relaciona directamente con el desarrollo de esta patología.

En referencia a los factores psicológicos, según el entorno familiar y el apoyo que la familia brinda a la puérpera deprimida se encontró que el 46.42 % no tienen un apoyo familiar psicológico satisfactorio y el 67.85 % no cuenta con un apoyo familiar económico, esto se podría explicar como un sentimiento de culpa de la madre que no ha planificado su embarazo y la falta de información en la familia que siente que la integración de un nuevo miembro de la familia representa gastos elevados en la economía familiar, contrastando estos datos con el estudio “Factores psicosociales asociados y detección de depresión post parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue – Tacna” realizado por Javier Tejada en Tacna – Perú en 2009 (24) quien en su investigación nos muestra que el 56.3 % de su muestra investigada refirió no tener ningún tipo de apoyo familiar.

**CONCLUSIONES**

* El total de partos atendidos en el periodo abril a septiembre del 2014 es de 828, de aquí se tomó una muestra de 90 pacientes y de ellas el 31.11 % reunió criterios suficientes para catalogarse como depresión post parto.
* El 35.71 % de puérperas deprimidas tuvieron pensamientos de hacerse daño a sí mismas, lo que se puede catalogar como depresión moderada.
* El 64.28 % de puérperas deprimidas no tenían una pareja estable.
* El 82.14 % de puérperas deprimidas no tuvo antecedentes de aborto.
* El 78,57 % de puérperas deprimidas no planificaron su embarazo.
* El 50 % de pacientes deprimidas eran primíparas, en contraste el 7.14 % eran multíparas.
* El 71.14 % de puérperas deprimidas
* El 57.14 % de pacientes deprimidas estaban en una edad entre 15 y 20 años.

**RECOMENDACIONES**

* Realizar conferencias educativas a la población mayormente afectada que son mujeres de 15 a 20 años, en coordinación con el ministerio de salud de pública y entidades educativas como el área de la salud de la Universidad Nacional de Loja que están en relación directa con las pacientes afectadas.
* Intervención de los profesionales de salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, en los adolescentes de tal manera que se imparta una educación sexual apropiada desde edades tempranas y así poder evitar futuros embarazos no deseados.
* Incentivar a la población joven y a los padres de jóvenes a ser curiosos e investigar los métodos de planificación familiar que tienen como alternativa el ministerio de salud pública para que puedan acceder a ellos.
* Coordinar conjunto con las autoridades del hospital Isidro Ayora, la realización de charlas educativas acerca de la depresión post parto de sus consecuencias y como evitarla, para de esta manera disminuir su incidencia.
* Considerar nuevos cuestionarios de evaluación diagnóstica para el reconocimiento de esta patología de una mejor manera y que estos sean aplicados por parte del personal de psicología que forma parte del hospital Isidro Ayora.
* Fomentar la realización de estudios similares a este debido a la amplia gama de factores predisponentes para el desarrollo de enfermedades psicológicas en el puerperio.
* Se recomienda que el personal de psicología se involucren en el pase de visita y en el seguimiento postparto a las pacientes que acaban de dar a luz con la finalidad de detectar y prevenir a tiempo un estado depresivo y sus complicaciones.

**BIBLIOGRAFÍA**

* 1. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. Psychiatr Clin North Am. 2010 Jun;33(2):273-93.  
     Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. Am Fam Physician. 2010 Oct 15;82(8):926-33. También disponible en la web en : http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007215.htm
  2. Issler, Juan R.. “Embarazo en la adolescencia”. Revista de postgrado de lacátedra VIa Medicina Nº107-Agosto/2001: 11-23 <http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html>
  3. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). British Journal of Psychiatry, Junio de 1987, Volúmen 150. [http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh Scale\_sp.pdf](http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh%20Scale_sp.pdf)
  4. Embarazo en la adolescencia en el Perú. [www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20Congreso/embarazo.pdf](http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20Congreso/embarazo.pdf)
  5. Quiroz Lluen, José Manuel. Efectos del embarazo en la personalidad de las adolescentes de la provincia de Ferreñafe durante el año 2006. <http://www.monografias.com/trabajos41/embarazo-efectos/embarazoefectos2.shtml>
  6. Diario Hoy, edición públicada el 27 de febrero del 2012, también disponible en la web en: [http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador primero-en-la-region-andina-536177.html](http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador%20primero-en-la-region-andina-536177.html)
  7. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez Ojeda EN, de. Manual de medicina de la adolescencia. EE.UU.: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
  8. La realidad del embarazo adolescente en Chile. La Segunda Online. 26 de Junio de 2008. <http://www.lasegunda.com/ediciononline/buena_vida/detalle/index.asp?idnoticia=417643>
  9. Acuña, Mario. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 5 Número 6: Noviembre-Diciembre 2002. <http://www.foroaps.org/files/Depresión%20Postparto.pdf>
  10. Tejada Cruz, Eglys Yadira, Morilla R., Handel-R., Del Orbe, Lourdes, PÉREZ, Maireni. Depresión post-parto en madres adolescentes. Revista Med. Dom., DRISSN-0254-4504, ADOERBIOOOI, Vol.63 No. 2, Mayo/agosto, 2002
  11. Moreno Zaconeta, Alberto, Domínguez Casulari da Motta, Lucília, França, Paulo Sergio. Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev. chil. obstet. ginecol. v.69 n.3, Pág.: 209-213. Santiago 2004. doi: 10.4067/S0717-75262004000300005. ISSN 0717-7526
  12. Molero Rodríguez, Francisca (Diciembre 2006). «La sexualidad en el embarazo y el puerperio». El Farmacéutico (Extra Embarazo) Monográfico: pp. 40-48.
  13. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. Arch Womens Ment Health. 2007; 10(3): 103-9.
  14. Schaper, AM, Rooney, BL, Kay, NR, Silva, PD. Use of the Ebinburgh Postnatal depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. J Repord Med 1994; 36:620.
  15. García Esteve, Luisa et al. Estudio de la depresión post parto en madres españolas: detección, incidencia y factores asociados. 2000
  16. Ascaso Terrén, Carlos, Tarragona, M. Jesús, Aguado, Jaume, García Esteve, Lluisa, Navarro, Puri, Ojuel i Solsona, Julia. Prevalencia de la depresión post parto en las madres españolas: Comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión post parto de Edimburgo, medicina clínica, ISSN 0025-7753, Vol. 120, # 9, 2003, pags. 326-329.
  17. Evins, GG, Theofrastous, JP, Galvin, SL. Postpartum depression: a comparison of screening ando routine clinical evaluation. Am J Obstet Gynecol 2000; 182:1080
  18. Dennis, CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression scale. J Affect discord 2004; 78:163.
  19. Moreno Zaconeta, Alberto, Domínguez Casulari da Motta, Lucília, França, Paulo Sergio. Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev. chil. obstet. ginecol. v.69 n.3, Pág: 209-213. Santiago 2004. doi: 10.4067/S071775262004000300005. ISSN 0717-7526
  20. La realidad del embarazo adolescente en Chile. La Segunda Online. 26 de Junio de 2008. http://www.lasegunda.com/ediciononline/buena\_vida/detalle/index.asp?idnotici = 417643
  21. Tejada Cruz, Eglys Yadira, Morilla R., Handel-R., Del Orbe, Lourdes, PÉREZ, Maireni. Depresión post-parto en madres adolescentes. Revista Med. Dom., DRISSN-0254-4504, ADOERBIOOOI, Vol.63 No. 2, Mayo/agosto, 2002.
  22. Livingood AB, Daen P, Smith BD. The depressed mother as a source of stimulation for her infant. J Clin Psychology 1983; 39(3): 369-75.
  23. Field T M, Sandberg D, García R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. Developmental Psychology 1985; 21(6): 1152-6.
  24. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. Clinical review. B Med J 1998; 316: 1884-86
  25. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. J Child Psychology Psychiatry 2001; 42: 871-89.
  26. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In: Cox J, Holden J. Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell, 1994. 82-102.

**ANEXOS**

**ANEXO Nº 01: FACTORES PSICOSOCIALES**

1. Estado civil
   1. Soltera ( )
   2. Unión libre ( )
   3. Casada ( )
   4. Divorciada ( )
   5. Viuda ( )
2. Edad
   1. De 30 – 29 años ( )
   2. De 25- 29 años ( )
   3. De 20 a 24 años ( )
   4. De 15 a 19 años ( )
   5. Menos de 15 años ( )
3. Edad de su pareja
   1. Más de 40 años
   2. De 30 – 29 años ( )
   3. De 25- 29 años ( )
   4. De 20 a 24 años ( )
   5. De 15 a 19 años ( )
   6. Menos de 15 años ( )
4. Número de parto
   1. Primero ( )
   2. Segundo ( )
   3. Tercero o más ( )
5. Número de abortos
   1. Ninguno ( )
   2. Uno ( )
   3. Más de uno ( )
6. Uso de anticonceptivos
   1. Preservativo ( )
   2. Regla ( )
   3. Pastillas o inyecciones ( )
   4. T de cobre ( )
   5. Ninguno ( )
7. Vive con:
   1. Sola ( )
   2. Con su pareja ( )
   3. Con sus padres ( )
   4. Con sus padres y pareja ( )
   5. Con sus suegros y pareja ( )
   6. Con otros familiares o tutores ( )
8. Sobre su familia
   1. Me apoyan económica y afectivamente ( )
   2. Solo apoyo económico ( )
   3. Solo apoyo afectivo ( )
   4. Ningún apoyo ( )
9. Sobre su pareja
   1. Buena relación, felices ( )
   2. Regular, cada uno con sus cosas ( )
   3. Me asusta, es irritable y consume alcohol o drogas ( )
   4. No tiene pareja ( )
10. Con relación al bebé
    1. El embarazo estaba planeado ( )
    2. No estaba planeado, pero estoy feliz ( )
    3. Preferiría haberlo tenido más adelante ( )
11. Como considera su estatus económico
12. Estatus alto ( )
13. Estatus medio ( )
14. Estatus bajo ( )

**ANEXO Nº 02: ESCALA DE EDIMBURGO**

****

**ANEXO Nº 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hago constar por este medio mi consentimiento y participación en el estudio de **“FACTORES DETERMINANTES DE DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA”** del cual fui informada sobre el tema y objetivos planteados.

Para constancia de lo expuesto anteriormente,

----------------------------------

Firma

Fecha: \_\_\_/ \_\_\_ / 2013