



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Tesis**

Grado de depresión en gestantes adolescentes y relación con los resultados  
neonatales en el Hospital María Auxiliadora enero - julio 2018

**Para optar el Título Profesional de  
Licenciado en Obstetricia**

**Presentado por:**

**Autor:** Baylón Leithert, José Daniel

**Asesor:** Mg. Orderique Torres, Luis Fernando

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0000-7870-4663>

**Lima – Perú**

**2019**

## **Dedicatoria**

A Dios, quien me dió las fuerzas suficientes para terminar satisfactoriamente este proyecto.

A mis padres Pedro y Luisa, que estuvieron siempre a mi lado apoyándome a seguir día tras día sin desfallecer y demostrándome que todo se puede si uno lo quiere.

A mi hermano Andrés, quien me motivó a seguir estudiando y salir adelante y saber que soy un orgullo para él.

A mi esposa Massiel, quien siempre estuvo a mi lado motivándome y dándome fuerzas en momentos de poca salud para lograr mis objetivos y quien tuvo mucha importancia en este estudio.

A los Licenciados de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora quienes velaron por mí en momentos de enfermedad y me motivaron a seguir con el internado luego de una recuperación lenta

## **Agradecimiento**

A Dios, por darme un día más de vida y las fuerzas necesarias para concluir éste trabajo de investigación y que mi familia tenga salud para celebrar este objetivo cumplido.

A la Universidad Norbert Wiener por ser mi casa de estudios y tener docentes capacitados para la enseñanza adecuada, específica y ética, y así realizar sin contratiempos este trabajo de investigación.

A mi asesor de Tesis, Luis Orderique Torres, que demostró gran paciencia y dedicación con total apoyo a este estudio, dejando en claro la clase de profesional, persona y amigo que es.

A las Licenciadas, Jackeline Paredes Santos y Yessenia Vela Casanova que me cuidaron e instruyeron en el camino del internado para cumplir adecuadamente el trabajo de investigación.

Al Director, Dr. Jorge Coello, por darme la oportunidad de realizar el trabajo de investigación en el Hospital María Auxiliadora sin contratiempos y con las facilidades del caso.



ASESOR: Mg. LUIS FERNANDO ORDERIQUE TORRES.

## JURADO

Presidente: Dr. Carlos Rodríguez Chávez

Secretario: Mg. Ana Alcántara Chávez

Vocal: Lic. Ingrid Aréstegui Meléndez

# INDICE

## TABLA DE CONTENIDO

---

---

<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS:</b> .....	<b>9</b>
<b>1. EL PROBLEMA</b> .....	<b>12</b>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	12
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
<i>Objetivo general</i> .....	16
<i>OBJETIVOS ESPECIFICOS</i> .....	16
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
ANTECEDENTES. ....	17
BASE TEÓRICA.....	27
TERMINOLOGÍA BASICA.....	28
HIPÓTESIS.....	36
VARIABLES E INDICADORES.....	36
<b>3. DISEÑO Y METODO</b> .....	<b>38</b>
TIPO DE INVESTIGACIÓN. ....	38
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
TÉCNICA E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	39
METODO DE PUNTUACION PARA TEST DE CAPURRO.....	42
FORMA EN QUE SE REALIZA EL EXAMEN.....	43
PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	45
ASPECTOS ÉTICOS.....	46
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIONES</b> .....	<b>47</b>
RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN.....	55
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>57</b>
RECOMENDACIONES.....	58
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>59</b>
<b>7. ANEXOS</b> .....	<b>62</b>

TEST DE ZUNG.....	63
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	64
8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	67



## ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS:

---

<i>Tabla 1: CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN EL ESTUDIO .....</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 2 GRUPO DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL ESTUDIO .....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 3: REPERCUSIONES EN EL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 4: CUADRO COMPARATIVO REPERCUSIONES EN EL RECIEN NACIDO VS GRADO DE DEPRESIÓN EN LA GESTANTE ADOLESCENTE.....</i>	<i>52</i>

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar la relación entre el grado de depresión en gestantes adolescentes y los resultados neonatales en el Hospital Nacional María Auxiliadora en el periodo agosto diciembre 2018.

**Metodología:** Estudio realizado de tipo analítico de cohorte transversal en una población de 50 gestantes adolescentes a partir de las 37 semanas, entre las edades comprendidas de 10 a 19 años. Se aplicó el test de Zung junto con las características socio-demográficas maternas y datos del recién nacido.

**Resultados:** El 60% de las participantes en el estudio presentan la edad de 17 años. En cuanto a la presencia de depresión, dió como resultado un 86% de pacientes sin depresión y un 14% con depresión leve o moderada de cuatro posibles resultados, que son: depresión dentro de límites normales, depresión leve o moderada, depresión moderada a intensa y depresión intensa. En los neonatos se observa un 74%, con buen peso al nacer, en los test realizados, TEST DE APGAR, TEST DE SILVERMAN Y TEST DE CAPURRO se evidencia un puntaje significativo para dos de tres test e intervinientes.

**Conclusión:** Se demostró un resultado significativo para el test de Silverman y test de Capurro en este estudio y un resultado no significativo para las variables, Peso del recién nacido, Apgar y Tipo de parto

**Palabras claves:** Depresión, adolescente, neonato.

## **SUMMARY**

**Objective:** To determine the relationship between the degree of depression in pregnant adolescents and neonatal outcomes in the National Hospital María Auxiliadora in the period August, December 2018.

**Methodology:** A cross-sectional cohort analytical study was conducted in a population of 50 adolescent pregnant women from 37 weeks, between the ages of 10 to 19 years. The Zung test was applied together with the maternal socio-demographic characteristics and newborn data.

**Results:** 60% of the participants in the study have the age of 17 years. Regarding the presence of depression, resulted in 86% of patients without depression and 14% with mild or moderate depression of four possible outcomes, which are: depression within normal limits, mild or moderate depression, moderate to intense depression and intense depression. In the neonates 74% are observed, with good weight at birth, in the tests performed, APGAR TEST, SILVERMAN TEST and CAPURRO TEST a significant score is evidenced for two of three tests and interveners.

**Conclusion:** A significant result was demonstrated for the Silverman test and the Capurro test in this study and a non-significant result for the variables, Weight of the newborn, Apgar and Type of delivery

**Keywords:** Depression, adolescent, neonate.

## 1. EL PROBLEMA

---

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

---

La depresión es un trastorno psicológico que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la niñez, pubertad y adolescencia con una prevalencia entre el 2% y el 5%; y en la adolescencia, entre el 4% y el 8%, con un incremento aproximado al 25% al final de la adolescencia. Este trastorno se presenta tanto en niñas como en niños y durante el desarrollo y la adolescencia esta tendencia cambia en razón de 2-1 en favor a las mujeres

Los cambios bruscos de ánimo son signos predictores mayores para una conducta suicida en adolescentes y mientras más temprano se manifiesten estos cambios, mayor será el riesgo de suicidio o intentos de suicidio, convirtiéndose este trastorno de interés en salud pública

Este trastorno es muy frecuente en el mundo con un aproximado de 300 millones de personas afectadas, este trastorno varía habitualmente al estado de ánimo frente a los problemas de la vida cotidiana, convirtiéndose así en un problema de salud pública especialmente cuando el trastorno es de una intensidad alta y de larga duración, ocasionando problemas en las actividades laborales, educativas y sobretodo familiares. Anualmente se estima que hay cerca de 800 mil suicidios, presentándose, así como segunda causa de muerte más importante en el grupo etario entre 15 y 29 años de edad

Habiendo un tratamiento específico para este trastorno, más de la mitad de los afectados no tienen el tratamiento, ya sea por la falta de recursos o personas de salud capacitadas, además de tener una sociedad que estigmatiza este trastorno hace que la búsqueda de ayuda sea menos.

Explorando informes epidemiológicos en el Perú, en el INSM muestra lo siguiente en un estudio realizado por Jhonatan S. Navarro, Manolete Moscoso, Gustavo Calderón (2017 p. 58)

“Informes elaborados por del instituto Nacional de Salud Mental (INSM), muestran que en Lima y el Callao los trastornos son más frecuentes con una prevalencia del 7% (3% en varones y 11% en mujeres, INSM, 2013). En la selva amazónica peruana presenta una prevalencia de 1.9% (1.6% en varones y 2.2% en mujeres, INSM, 2013); y en la provincia de Abancay, una prevalencia de 2.1% (0.9% en varones y 3.4% en mujeres, INSM, 2011). Las limitaciones de estos informes son que (a) existe una falta de diversificación de estudios respecto al tema de la depresión en adolescentes y (b) poca consistencia en los reportes periódicos. Debido a ello es que la claridad respecto de la concepción fenomenológica de la depresión adolescente podría ser difusa y requerir ser contrastada con los reportes empíricos a fin de obtener un panorama sobre los factores que integran las causas y consecuencias de la depresión en el adolescente peruano”. (2)

Tomando en cuenta los avances de investigación, se buscó en las bases de datos de conocidos buscadores académicos como “Scopus” “PubMed” “Scielo” “Redalyc” y “Google académico” revela una inexistencia de estudios de revisión sistemática sobre depresión en adolescentes peruanos.

Si se toma en cuenta los resultados nocivos de la depresión y la importancia de complementar los informes epidemiológicos del INSM, cooperaríamos para la aumentar la información del tema y así esta sirva de evidencia para la futura solución y mejoramiento de aspectos relacionados al estudio de depresión en adolescentes peruanos.

### **Embarazo adolescente.**

Embarazarse precozmente se está convirtiendo en un problema social y de salud pública mundialmente, sabiendo que la adolescencia se caracteriza por intensos y complejos cambios tanto anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sobretodo sociales, dando paso de la niñez a la adultez. El gestar en estos tiempos demanda muchos retos ya que esta nueva etapa repercute en la calidad de vida de la madre joven, de su familia y la salud del nuevo ser que lleva la adolescente ya que los prejuicios socioculturales desestabilizan frecuentemente la estabilidad económica, aconteciendo esto mayormente en sectores socioeconómicos mas disminuidos, aunque se presente en todos los estratos sociales.

Este embarazo precoz sucede entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia sin planificarlos. La gran cantidad de embarazos a esta edad son catalogados como embarazos

no planificados. El embarazo en esta etapa de adolescente puede terminar en un parto o en un aborto ya se inducido que es la decisión más frecuente alterando gravemente la salud reproductiva de la madre, o terminar en un aborto espontaneo

En algunos casos la experimentación de la sexualidad tiene un término de un embarazo a edad temprana, ya sea por la carencia de información sobre cuidados y métodos anticonceptivos y/o no tener los medios económicos y acceso a los métodos de prevención. También el temor a presentarse a un centro de salud para preguntar sobre los métodos anticonceptivos tiene ese desenlace.

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

---

¿Existen repercusiones en el estado de salud en el recién nacido de madres adolescentes con algún grado de depresión en el Hospital Nacional María Auxiliadora durante el periodo enero - julio 2018?

## JUSTIFICACIÓN.

---

Los problemas que presentan la sociedad, medios económicos, y políticos aumentan la duda en el adolescente en el bienestar futuro, ya que el aumento de desempleo a esa edad es muy alta aumenta el miedo a afrontar el embarazo, generando así en la pareja, abandono,

consumo de alcohol o drogas, cambios de pensamientos sobre su autoestima y amor propio creando un estado psicológico perfecto para que aparezca el trastorno de la depresión en ambos.

Este estudio tiene una aplicación concreta, que ayudará a resolver hábitos mentales nocivos que perjudicarían progresivamente el desarrollo del feto y del embarazo junto a la salud de la gestante y/o pronosticar una serie de problemas que podría presentar el recién nacido de una madre con algún grado de esta patología, reduciendo el nivel de morbi-mortalidad neonatal ya que este síndrome podrá ser detectado durante control prenatal y así ayudar a prever alguna situación de riesgo para el recién nacido.

## OBJETIVOS

---

### *OBJETIVO GENERAL.*

---

- Determinar la relación entre el grado de depresión en gestantes adolescentes y los resultados neonatales en el Hospital Nacional María Auxiliadora en el periodo enero - julio 2018.

### *Objetivos específicos*

---

- Describir el nivel socio-demográficas de las gestantes adolescentes incluidas en el estudio.



- Determinar el grado de depresión en gestantes adolescentes del estudio
- Describir las repercusiones neonatales de los RN de las madres adolescentes del estudio.
- Relacionar el grado de depresión y las repercusiones neonatales.

## 2. MARCO TEÓRICO

---

### ANTECEDENTES.

---

#### Investigaciones a nivel Internacional

- 1) Un trabajo titulado Inteligencia Emocional en jóvenes, Adolescentes Españoles y peruanos variables psicológicas y educativos, tiene como objetivo mostrar la relación de IE entre variables psicológicas, educativas, rasgos de personalidad estrategias de motivación y aprendizaje.

Se realizó una búsqueda de antecedentes del *problema*, luego se evaluó y se preparo el instrumento. En este estudio se

*evidenció que en el sexo femenino le da mayor importancia la búsqueda de logros futuros y satisfacción a largo plazo, el estado de humor varía al afrontar problemas o tolerar situaciones extremas, por otro lado los varones destacan la capacidad de sentir las emociones, mostrando una mayor capacidad de comprensión emocional, dejando ver un complejo repertorio de signos emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en que categoría se agrupan los sentimientos depresivos. (5)*

- 2) Un trabajo de investigación titulado Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas, en la Universidad Autónoma de México, facultad de Medicina, Instituto mexicano de seguro social unidad de medicina Familiar n°92, en el periodo enero a diciembre 2012, tuvo como objetivo determinar la depresión y frecuencia en madres adolescentes. Realizándose una investigación de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en gestantes adolescentes, siendo evaluadas con la escala de depresión de Zung, posteriormente se realizó el análisis por medio del programa SPSS V 20.

Este estudio tuvo como total 76 pacientes, obteniendo un resultado; 68.4% no presentan depresión, 22% tienen leve depresión y 9% presenta una depresión moderada, entre la semana 27 y 40 es donde se encontró mayor cantidad de depresión. (6)

- 3) Un estudio de tipo descriptivo y prospectivo realizado en la Universidad de Loja, Ecuador; titulado "Morbi-mortalidad del recién nacido, hijo de madre adolescente"; se realizó el estudio

en 50 neonatos hijos de madre adolescente que se encontraban ingresados en el área de neonatología del Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo Mayo 2014 a Marzo 2015. Se encontró que la patología más frecuente es la ictericia multifactorial con el 34 %, seguida de SDR tipo 1 con el 20 % y la neumonía intraútero con el 16%. La causa de mortalidad se debió a prematuridad grave con el 4%. La patología más evidente en las madres adolescentes es la infección del tracto urinario con el 44%, es evidente que la repercusión directa en las patologías halladas en los recién nacidos, son más marcadas cuando se presenta algún antecedente materno o se hayan alterado algunos factores de riesgo durante el embarazo.(7)

- 4) Otro estudio realizado en México sobre Morbi-mortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente, un estudio retrospectivo observacional, clínico y comparativo desde enero del 2007 a enero de 2012 con pacientes aptos referente a los criterios de inclusión. Para el presente estudio se evaluó la historia clínica del recién nacido, constando su nacimiento en el Instituto Nacional de (INPer) durante el período de estudio y que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El estudio se realizó, separando 2 grupos; el primer grupo fue, prematuros, hijos de madres adolescentes y el segundo grupo fue, prematuros, hijos de madres no adolescentes, respetando los criterios de inclusión y exclusión, se pasó a recopilar la información en una base de datos.

El estudio se realizó con 50 pacientes dividiéndolos en 2 grupos ya conocidos, (hijos de madre adolescente) e (hijos de madres no adolescentes). Las características demográficas no muestran diferencias marcadas de género, tampoco de tiempo de gestación y peso al momento del nacimiento.

Por otro lado la morbilidad neonatal de hijos de madres adolescentes, presentaron enterocolitis necrotisante (EN) de los 8 pacientes que desarrollaron (EN) en diferentes grados, en otras patologías no se evidencia una diferencia significativa. (8)

- 5) En un artículo público presentado en Chile (2016) que trata sobre “ESTRÉS PRENATAL Y SUS EFECTOS, Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil” donde nos muestra lo nocivo que es el tipo de estrés toxico para una gestante, sobre todo a nivel neurocognitivo, derivado de eventos traumáticos que pueda experimentar la madre. En el presente artículo también dice: “Se plantea que los primeros eventos traumáticos del niño pueden comenzar en el periodo prenatal y se discute sobre la importancia de una intervención temprana de neuroprotección en los programas orientados a la primera infancia. El objetivo principal de esta revisión es mostrar la evidencia que señala que las eventos traumáticos experimentados por mujeres embarazadas pueden influir en el desarrollo neurocognitivo del feto, con consecuencias a corto, mediano y largo plazo”. (E. Aguirre, M. Abufhele y R. Aguirre 2014 p. 20-24).

El estrés puede ser definido Según (Hair et al. 2015) como; “Un estado de tensión física o mental resultante de factores que tienden a alterar el equilibrio existente” producido por estresores agudos o crónicos y los recursos individuales como las condiciones socioeconómicas, personalidad, estilo de vida, apoyo social.

La capacidad del ser humano para manejar el estrés es mediante el cerebro ya que está diseñado para responder de manera adaptativa a los desafíos medioambientales.

Sabiendo esto, se puede afirmar que el estrés tóxico y las adversidades que está expuesto el feto y el niño durante sus primeros años, modifican el desarrollo cerebral, generando consecuencias ya sean físicas, neurocognitivas y/o psicológicas. También hay que tener en cuenta que las gestantes o niños que viven en pobreza o privación, son más propensas a experimentar estos trastornos.

- 6) La Universidad Veracruzana de México, se realizó un estudio (año 2016) donde participaron 89 mujeres gestantes, con un rango de edad de 16 a 42. Se evidenció que con respecto a la depresión, la mayor parte de ellas no presentan depresión con un (76,4%), sin embargo, el 15,7% presentó depresión leve que se expresa con sensaciones de tristeza y decaimiento. Mediante lo obtenido, podemos mencionar que el 23,6% de las gestantes muestran depresión (tabla 1). El 23,6% de la población que muestra este trastorno, el 66,6% de gestantes lo manifiestan en el tercer trimestre de gestación, mientras que en el segundo

trimestre se manifestó menos (14,3%). Respecto al estado civil (Tabla 3) el índice mayor de depresión se encontró en las embarazadas que viven en unión libre (42,9%).

El presente estudio está dirigido para que el profesional de salud pueda identificar el trastorno depresivo durante el embarazo y así brindar una atención integral, derivando a los especialistas correspondientes. (14)

### INVESTIGACIONES A NIVEL NACIONAL

1) Un estudio realizado en Lima, por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo Octubre-Diciembre 2014, titulado “Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes”, estudio de tipo retrospectivo, observacional de corte transversal. La unidad de análisis fueron:

- Hallazgos perinatales del recién nacido hijo de madre adolescente.
- Edad gestacional.
- Peso al nacer, peso según la edad gestacional.
- tipo de parto.
- características maternas (grupo etario, estado civil y controles prenatales)

La prevalencia de adolescentes en el estudio fue de 17.5%, encontrando mayoritariamente la edad de 17 años con características de ser madres primerizas, con pareja conyugal, siendo esta última una característica importante ya que es un factor predominante para un segundo embarazo, tomando en cuenta eso, se debe tomar medidas de planificación familiar.

Se observó a su vez que las madres tienen un adecuado control pre-natal, con un escaso número de madres con un CPN inadecuado, esta minoría podría justificarse al no tener una adecuada información sobre la importancia de los controles prenatales frente a un parto, ya que se ha descrito en el estudio que hay una fuerte asociación entre los controles inadecuados prenatales y la culminación por cesárea y neonatos no a término. Por estos factores entre otros, se debe tener un estricto seguimiento a estas adolescentes y así al culminar el embarazo, tener un neonato es favorable estado de salud.

En cuanto a los neonatos y los posibles resultados como son, prematuridad, bajo peso al nacer, y pequeño para edad gestacional no tuvieron un resultado alto como para mencionarlos. Una explicación del cual no se tiene un porcentaje alto en estas repercusiones, es que estas mismas se presentan más en adolescentes de edad temprana que son de entre 10 y 14 años.(10)

2) Un estudio realizado en Lima, por la universidad Ricardo Palma, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue titulado “Hijo de madre adolescente riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal” este estudio de tipo retrospectivo de cohorte longitudinal, en el presente estudio se determinará la prevalencia considerando la población total de recién nacidos, para el estudio analítico de casos y controles se tomaran muestras a la población de hijos de madres adolescentes y no adolescentes respectivamente.

Este estudio dio como resultado la falta de CPN en adolescentes, solo el 18% tuvo control prenatal adecuado .El bajo peso al nacer, el Apgar bajo y la prematuridad se presento con mayor frecuencia en adolescentes de edad temprana y en madres no adolescentes. Entre los factores de riesgo predominantes para presentarse una complicación materna en madres adolescentes son, hemorragia y desgarro cervicales, mientras que las complicaciones neonatales de madres adolescentes son, prematuridad y bajo peso al nacer.(11)

3) En un estudio de tipo caso control, retrospectivo, en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” de EsSalud, Ica, en el período comprendido entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014. Tomándose como casos, el total de partos adolescentes se tomo un grupo de mujeres de 20 y 34 años de igual cantidad de mujeres para cada edad, se tomaron datos sociodemográficas, antecedentes obstétricos, patológicas, nutricionales asociadas al embarazo, se elaboro una ficha basada en expertos, a la cual se transcribió la información obtenida.



Durante el periodo de estudio se presentaron 177 partos en adolescentes, representando el 6,63% del total de partos. El promedio de edad fue  $16,8 \pm 2,4$  años, el 12,4% equivalía a adolescentes de edad temprana y el 87,6% entre los 15 y 19 años al momento del parto. Los porcentajes respecto a las adolescentes varían entre ser ama de casa, estudiantes, mientras en el grupo control casi 60% eran obreras, amas de casa y estudiantes. De las enfermedades asociadas con el embarazo, no se presento diferencia alguna en las complicaciones en el embarazo entre los casos y controles. Las enfermedades hipertensivas del embarazo ocurrieron más en el grupo control.

En relación a las complicaciones perinatales, estas se presentaron con mayor frecuencia en el grupo control.

Se presentó: más macrosomía fetal en el grupo control que en las adolescentes.

En tanto a neonatos se presento: mas infecciones en adolescentes, también mayor cantidad de cesáreas por DCP y SFA en adolescentes, mientras que en el grupo de control las cesáreas fueron por trabajo de parto disfuncional, macrosomía fetal y cesárea precia. (12)

- 4) Un estudio realizado en Lima, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, de tipo cuantitativo, analítico de corte transversal, sobre los “Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en INMP”;se observo que el ser violentada en la

niñez, psicológicamente o físicamente presenta un riesgo importante para la presencia de la depresión durante en el embarazo. El maltrato psicológico a edad temprana en la niñez, puede generar daños a largo plazo o a corto plazo, pues hay estudios donde se evidencia que adultos que hayan tenido un evento agresivo en los últimos 12 meses, han presentado violencia psicológica durante la niñez.

Un estudio demuestra que el haber presentado depresión antes del embarazo o haber sufrido algún maltrato en la niñez o adolescencia es asociada a la depresión durante el embarazo. Dependiendo la relación que la adolescente tenga con su familia es el riesgo que tenga en presentar depresión o no. Así mismo ser maltratada por la pareja y no tener una buena relación con el mismo, incrementa el riesgo de presentar depresión en el embarazo. En cambio, tener buena relación con la pareja y familia reduce el riesgo y protege a la adolescente en que se presente una depresión en la gestación (13)

- 5) En la universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque, se realizó un estudio titulado “Frecuencia y características de la depresión postparto en el distrito de Lambayeque”, estudio de tipo analítico de casos y controles de corte transversal en una muestra de 145 puérperas del distrito de Lambayeque, de un periodo post parto de hasta 12 semanas

La frecuencia de depresión postparto del estudio fue de 33.8%, el factor edad no presenta una asociación para este trastorno, el estado civil “casada” es un factor protector de la depresión en la gestación como lo demuestra los porcentajes de 24.5% de casadas en los casos y un 36.46% de los controles que son casadas, a su vez el vivir con el padre del recién nacido reduce el riesgo de presentarse la depresión postparto, también el nivel socioeconómico es un factor de riesgo.

## BASE TEÓRICA

---

### Dimensión conceptual del trastorno Depresión

Usualmente es representado por sentimientos de inutilidad, falta de alegría, sentimiento de culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos periodos de ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia y en general los

periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas

La muerte es el destino inexorable de la vida. La depresión es la muerte lenta de la vida. Después de la crisis viene la lisis con el devenir del envejecimiento hasta llegar a la muerte. La depresión es la lisis de la vida. Por lo tanto la depresión (muerte y/o lisis), es el destino inexorable de la vida, si no fallecemos antes. Estas reflexiones son hechas con el objeto de intentar demostrar que hay un "endón" (algo endógeno) en cada depresión. La depresión es una enfermedad médica con etiopatogenia, epidemiología, semiología, clínica, historia natural, laboratorio (marcadores biológicos), pronóstico y tratamiento biológico. Se usa como sinónimos: depresión endógena, melancolía y depresión mayor. La depresión psicológica no es una enfermedad médica y se le denomina también depresión exógena, neurótica, distimia y depresión menor.

## TERMINOLOGÍA BÁSICA

---

La depresión como trastorno

Según la "American Psychiatric Association" el trastorno depresivo es un "grave trastorno primario del estado mental con la consiguiente perturbación del pensamiento y de la conducta" Freud, proponía que el estado depresivo es la consecuencia de la agresión vuelta hacia adentro. Otros autores consideran que la desesperación del paciente es una consecuencia del modo en que él ve el mundo, del modo en que concibe el propio futuro. Es necesario considerar a este respecto la que supone el futuro para nuestros niños de hoy, sobre todo en la

adolescencia. Ellos mismos se refieren a un futuro “negro” porque están experimentando, por ejemplo, el fracaso de su hermano en conseguir un cierto empleo que nunca llega, la desesperación en que se hunde y, probablemente la tendencia a las drogas como medio o instrumento de calmar sus penas.

Esta crisis social, que indudablemente puede percibir el niño, también es un elemento que puede coadyuvar a la presencia de una determinada depresión. Como consecuencia de una crisis familiar, social y personal, el niño puede tener un estado apático, una actitud pasiva (pasotismo) y de indiferencia ante la vida. En el caso de las actividades escolares, el niño es tildado únicamente de vago, inútil, etc., cuando en realidad el niño arrastra una depresión y el fracaso escolar manifestado es únicamente uno de los síntomas que acompañan al cuadro clínico. Paralelamente la vivencia del fracaso, del abandono, del aislamiento, de la incompreensión, da lugar a un concepto de autoestima deteriorado. (24)

Tipos de depresión.

Depresión

La depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, sentimientos o emociones como, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas como cognitivo, volitivo o incluso somático. Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la

práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía (8)

### Melancolía puerperal

Es un cuadro grave de depresión posparto. Pueden aparecer síntomas delirantes con ideas de daño hacia el recién nacido, visiones casi alucinatorias vividas como fobias de impulsión infanticidas y sentimientos de culpa y catástrofe. (9)

### Depresión mayor

Este tipo de depresión es motivo de hospitalización voluntario o involuntario por riesgo de auto daños infringidos en la gestante, también por la falta de controles prenatales y cuidados obstétricos.

Propuestas muchas hipótesis sobre este trastorno, la hipótesis monoaminérgica considera que existe un desequilibrio entre 3 neurotransmisores principales como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, respecto a la serotonina regula el estado de ánimo, actividad física, sexual, regulación del sueño, apetito, presión arterial y secreción de hormonas, la síntesis y disponibilidad de serotonina al estar disminuida, provoca en la persona, ideas de suicidio, cansancio crónico, fatiga general, disminución en movilidad y rechazo a actividades físicas cotidianas, la noradrenalina al igual de la serotonina, al estar disminuida, aumenta los síntomas provocados por la falta de serotonina, insomnio, aumenta las ideas de suicidio, falta de apetito, alteraciones motoras al igual que la dopamina disminuida provocaría anhedonia, cansancio mental y físico. Estos neurotransmisores son unos de las principales responsables de la

génesis de la depresión, al tener estos neurotransmisores en constante desequilibrio disminuyen los niveles de receptores neuronales o incluso disminuye el número de receptores hasta desaparecer. (9)

Atención inmediata del recién Nacido.

Reacción del niño frente al parto.

A mayor tiempo en trabajo de parto, el medio fetal experimenta un cambio progresivo y el aporte sensorial del feto va en aumento (por ejemplo: amniotomía, estimulación del parto por ocitócicos, aplicación de fórceps, presión sobre el fondo uterino, diversos métodos de extracción, hiperventilación y agentes administrados a la madre como drogas, anestésicos y glucosa). Los estímulos del parto se refuerzan con el alud de nuevos cambios que el niño encuentra inmediatamente después de salir del medio intrauterino (oscuro, abrigado y acuoso, con un mínimo de estimulación sensorial, donde la respiración y la nutrición estaban a cargo del organismo materno) hacia un nuevo ambiente donde el medio es el aire, las temperaturas son inestables, los estímulos sensoriales son mayores y constantes, y las funciones fisiológicas de la respiración y la nutrición están a su cargo. (3)

La suma de todos estos estímulos origina una reacción masiva del sistema nervioso simpático. Estos cambios se expresan en las modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal y neonatal en el momento del parto, en los RN a término vigorosos, que tienen un elevado puntaje de Apgar, al final del trabajo de parto la frecuencia

cardíaca fetal fluctúa en torno a la línea basal y regresa con rapidez a esta última después de taquicardia o bradicardia. Estas amplias oscilaciones reflejan la intensidad de los aportes sensoriales que llegan al feto al final del parto y la rapidez de su respuesta a estos estímulos. Luego del parto se origina un incremento abrupto de la frecuencia cardíaca. Durante un breve lapso ocurren variaciones alrededor de una línea basal más alta, hasta que después la frecuencia comienza a descender de manera irregular.

En los neonatos en quienes la respuesta al parto es sub-óptima y los puntajes de Apgar en el primer minuto son bajos, las frecuencias cardíacas pueden permanecer en un nivel demasiado bajo o demasiado altas y no retornar con rapidez a las basales después de las amplias oscilaciones. La incapacidad para volver a la frecuencia basal constituye un desequilibrio autónomo. (13)

### Asfixia Neonatal

Es la ausencia de respiración efectiva al momento del nacimiento con grados variables de acidosis, hipoxemia e hipercapnia. Fisiopatológicamente se presentan alteraciones circulatorias, durante la asfixia se produce una redistribución de la circulación sistémica, aumenta la perfusión hacia el cerebro, corazón, glándulas adrenales y disminuye hacia el pulmón, riñones e intestino.

La tolerancia de la asfixia dependerá de su capacidad de mantener una adecuada perfusión que a su vez depende en gran medida de las reservas de glucógeno en el miocardio.



## Factores pre-disponentes

Interrupción del flujo sanguíneo a nivel del cordón o placenta. Disminución del flujo sanguíneo por problema de la madre (hipotensión arterial). Incapacidad de R.N. para responder ante el medio ambiente (pretérmina depresión por drogas). Nacimiento por cesárea. Sufrimiento fetal. Líquido anmiótico meconizado.

## Signos y Síntomas

Leve o moderado (Apgar 4-6) esfuerzos respiratorios débiles, cianosis, la frecuencia cardíaca mayor de 100, tensión arterial se mantienen grave (0-3), apnea o esfuerzo respiratorio aislado, palidez. La FC. es menor de 100 y P.A. disminuye. Taquicardia, Bradicardia, Cianosis, Distensión Abdominal, Oliguria, Edema, Convulsiones, Flacidez, Hipoactividad (18)

## Test de APGAR

El test de Apgar es un examen clínico de neonatología, empleado en la recepción pediátrica, donde el médico clínico pediatra o neonatólogo certificado realiza una prueba medida en 5 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica del estado general del neonato después del parto. Este test lleva el nombre por Virginia Apgar, anesthesióloga, especializada en obstetricia, quien ideó el examen en 1952 en el Columbia University's Babies Hospital.

El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisioanatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca,

reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación baja al minuto que a los 5 obtiene unos resultados normales no implica anormalidad en su evolución. De lo contrario un recién nacido que marca 0 puntos de Apgar se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte.

La palabra APGAR, puede usarse como acrónimo o regla mnemotécnica recordando los criterios evaluados:

Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración. (17)

#### Test de Silverman y Anderson:

En neonatología, la prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta así:

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve
- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
- Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa. (18)

### Test de Capurro.

El test de Capurro (o método de Capurro) es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.

La valoración puede determinar cinco intervalos básicos para la edad gestacional:

Postmaduro	42 semanas o más.
A término	Entre 37 y 41 semanas.
Prematuro leve	Entre 35 y 36 semanas.
Prematuro moderado	Entre 32 y 34 semanas.
Prematuro extremo	Menos de 32 semanas.

## HIPÓTESIS

---

### **Hipótesis de la investigación:**

Cuanto mayor sea el nivel de depresión en la gestante adolescente, mayores repercusiones presentará el recién nacido en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2018.

### **VARIABLES E INDICADORES.**

---

#### **Variable independiente:**

Grado de depresión en gestantes adolescentes.

#### **Variable dependiente:**

Repercusiones en el recién nacido.

#### **Intervinientes:**

Nivel socio demográfico.

Pareja presente

Edad

Paridad

Estado civil

Lugar de procedencia

Grado de instrucción

### Cuadro de Operacionalización de variables

Variables	Tipo de variables	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	valores
Repercusiones en el Recién Nacido	nominal	multidimensional	test de Apgar	RN severamente deprimido	de 0 a 3 pts
				RN moderadamente deprimido	de 4 a 6 pts
				RN en buenas condiciones	de 7 a 10 pts
			test de Capurro	Prematuro extremo	<32 semanas
				Prematuro moderado	32 a 34 semanas
				Prematuro leve	35 a 36 semanas
				A termino	37 a 41 semanas
				Postérmino	42 semanas o mas
			test de Silverman	sin dificultad respiratoria	0 pts
				dificultad respiratoria leve	de 1 a 4 pts
				dificultad respiratoria moderada	de 5 a 7 pts
				dificultad respiratoria severa	de 8 a 10 pts
			Grado de depresión en madres adolescentes	ordinal	multidimensional
depresión leve o moderada	de 45 a 59 pts				
depresión intensa	de 60 a 74 pts				
depresión severa	>75 puntos				

### 3. DISEÑO Y METODO

---

#### TIPO DE INVESTIGACIÓN.

---

Este estudio es de tipo analítico de corte transversal porque se busca asociación entre las variables dependientes e independientes de forma simultánea versus los participantes del estudio dentro de las semanas de gestación establecidas en el estudio

#### POBLACIÓN Y MUESTRA.

---

La población de estudio serán las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestante adolescente de 10 a 19 años 11 meses y 29 días.
- Gestantes adolescentes desde el segundo trimestre de gestación a término.
- Gestante adolescente que acudan a su CPN y realice el parto en el Hospital Nacional María Auxiliadora.
- Gestante Adolescente que acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Gestantes menores de 10 años y/o mayores de 19 años 11 meses y 29 días.
- Gestantes adolescentes dentro del primer trimestre.
- Gestante que se atiende en otros servicios del Hospital Nacional María Auxiliadora.
- Gestante con amenaza de aborto por patologías diferentes.
- Gestante adolescente que no acepte participar en el estudio.

## TÉCNICA E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

---

### Técnica

La técnica empleada fue un test psicológico usado para la medición de depresión y ansiedad y debió contar con la autorización verbal y escrita de las participantes en el estudio. El test se describe a continuación:

### Instrumento de recolección de datos

El instrumento empleado fue el test del Dr. W. Zung publicado por primera vez en 1965 en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desordenes emocionales, esta prueba comprende de 20 ítems. Cada ítem se refiere a una característica específica y común en la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente conocidos como desordenes depresivos. Este test consiste en que los 20 items se dividen en 3

grupos, ocho ítems exploran síntomas somáticos y los otros ocho exploran aspectos cognitivos y los últimos 2 ítems examinan el estado de ánimo y aspecto psicomotores del participante del estudio. Los párrafos están divididos en 4 columnas encabezadas por: MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, MUCHAS VECES Y CASI SIEMPRE. A este se agregó otros ítems socio-demográficos de la madre: EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN, EDAD GESTACIONAL, NÚMERO DE HIJOS, ESTADO CIVIL, PAREJA PRESENTE, LUGAR DE NACIMIENTO y los resultados neonatales. (25)

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente.

Hay 20 ítems en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa.















Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).



- El rango de calificación es de 20-80.
  - • 25-49 rango normal
  - • 50-59 Ligeramente deprimido
  - • 60-69 Moderadamente deprimido
  - • 70 o más, Severamente deprimido <sup>(16)</sup>

## **APLICACIÓN DEL TEST DE SILVERMAN Y ANDERSON**

Es recomendable que se pase al niño dentro de la primera hora de vida y dentro de la primera media hora de vida en los neonatos pretérmino, con alguna dificultad respiratoria, aspirado de líquido en el parto, etc. Con

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bunbun

una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10, a mayor puntuación peor es la dificultad respiratoria, los recién nacidos que nazcan con una puntuación entre 7 y 10 puntos precisarán de algún tipo de soporte respiratorio.

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.

- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.

## METODO DE PUNTUACION PARA TEST DE CAPURRO

A cada parámetro fisiológico se le asocia una puntuación de acuerdo con la siguiente tabla:

Sistema de puntuaciones					
Forma de la oreja (Pabellón)	Aplanada, sin incurvación	Borde superior parcialmente incurvado	Todo el borde superior incurvado	Pabellón totalmente incurvado	—
	0 pts	8pts	16 pts	24 pts	
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable	Palpable, menor de 5mm	Palpable, entre 5 y 10 mm	Palpable, mayor de 10 mm	—
	0 pts	5 pts	10 pts	15 pts	
Formación del pezón	Apenas visible, sin areola	Diámetro menor de 7.5 mm, areola lisa y chata	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde no levantado	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde levantado	—
	0 pts	5 pts	10 pts	15 pts	
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa	Fina, lisa	Más gruesa, discreta, descamación superficial	Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies	Gruesa, grietas profundas apergaminadas
	0 pts	5 pts	10 pts	15 pts	20 pts
Pliegues plantares	Sin pliegues	Marcas mal definidas en la mitad anterior	Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior	surcos en mitad anterior	surcos en más de la mitad anterior
	0 pts	5 pts	10 pts	15 pts	20 pts

A continuación, se suman las puntuaciones obtenidas (a esta suma la llamaremos  $P$ ) y se aplica la siguiente fórmula para obtener la edad gestacional estimada (que llamaremos  $E$ ):

$$E=204+P/7$$

## APLICACIÓN DEL TEST DE APGAR

La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

En casos raros, el examen se terminará 10 minutos después del nacimiento.

Virginia Apgar, MD (1909-1974), comenzó a utilizar el puntaje Apgar en 1952.

### FORMA EN QUE SE REALIZA EL EXAMEN

---

La prueba de Apgar la realiza un médico, una enfermera obstétrica (comadrona) o una enfermera. El proveedor examina en el bebé:

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 según el estado observado.

Esfuerzo respiratorio:

- Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

Tono muscular:

- Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo:

- Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.

- Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

Color de la piel:

- Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

## PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

---

Los datos de estudio fueron observados e ingresados al programa estadístico Microsoft Office Excel 2007y SPSS versión 20.0. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos verificando la correlación que existe entre variables.

Se procederá al análisis de los datos mediante la prueba estadística Chi Cuadrado y se calculará la medida de tendencia central en variables cuantitativas y distribución porcentual en variables cualitativas.

## ASPECTOS ÉTICOS.

---

En la hoja de recolección de datos se mantiene en anonimato los datos del paciente dentro del estudio, así también se garantizo la veracidad de los resultados del test empleado. Se brindo el consentimiento informado tipo oral y escrito junto con la finalidad del estudio.

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIONES.

### RESULTADOS

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN EL ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD MATERNA	14 AÑOS	1	2%
	15 AÑOS	1	2%
	16 AÑOS	10	20%
	17 AÑOS	15	30%
	18 AÑOS	13	26%
	19 AÑOS	10	20%
	TOTAL	50	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	5	10%
	SECUNDARIA COMPLETA	15	30%
	SECUNDARIA INCOMPLETA	26	52%
	TÉCNICO	3	6%
	SUPERIOR	1	2%
TOTAL	50	100%	
HIJOS ANTERIORES	0	48	96%
	1	2	4%
	TOTAL	50	100%
ESTADO CIVIL	SOLTERA	19	38%
	CASADA	1	2%
	CONVIVIENTE	30	60%
	TOTAL	50	100%
PAREJA PRESENTE	SI	39	78%
	NO	11	22%
	TOTAL	50	100%

FUENTE: PROPIO DEL AUTOR

**Tabla1.** *Se puede observar que respecto a los aspectos socio-demográficos, en la edad materna prevalece la edad de 17 años con 30%, seguido con pacientes de 18 años con 26% y un porcentaje igual en las pacientes de 16 y 19 años con 20%, al igual que las gestantes de 14 y 15 años con 2% por igual. A su vez el grado de instrucción es marcado en consecuencia a secundaria incompleta con un 52%, un 30% con secundaria completa, 10% solo cuentan con primaria, y un 8% tiene estudios técnicos o superior. La mayor cantidad de gestantes de este estudio tuvo a la pareja presente durante el embarazo con un 78%, a su vez un alto 22% afirman no haberlo tenido. El 4% de las pacientes en estudio presentaron hijos previos y un 96% no cuentan con hijos previos a este parto. Un 60% son convivientes, 38% solteras y un 2% casadas.*



TABLA 2 GRUPO DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL ESTUDIO

		Frecuencia	Porcentaje
GRADO DE DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	42	84 %
	LEVE O MODERADA	8	16 %
	Total	50	100 %

FUENTE: PROPIO DEL AUTOR

**Tabla2.** Los resultados de las pruebas realizadas en las participantes del estudio dio un 16% de de gestantes adolescentes con un grado de depresión leve o moderado.

TABLA 3: REPERCUSIONES EN EL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

	REPERCUSIONES	Frecuencia	Porcentaje
PESO RECIEN NACIDO	PEG	8	16 %
	AEG	37	74 %
	GEG	5	10 %
	Total	50	100 %
APGAR	SIN DEPRESIÓN	48	96 %
	DEPRESIÓN MODERADA	1	2 %
	DEPRESIÓN SEVERA	1	2 %
	Total	50	100 %
SILVERMAN	NORMAL	34	68 %
	DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE	13	26 %
	DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA	2	4 %
	DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA	1	2 %
	Total	50	100 %
CAPURRO	A TERMINO	43	86 %
	PREMATURO LEVE	7	14 %
	Total	50	100 %

FUENTE: PROPIO DEL AUTOR

(\*) Los porcentajes de los RN pueden tener uno o más patologías.

*Tabla 3.* En este cuadro podemos apreciar las repercusiones en el RN de la madre adolescente, percibiendo un 16% de RN con un peso al

*nacer considerado PEG y un 10% de RN con un peso al nacer GEG. Considerando el alto porcentaje de RN sin depresión en el test de APGAR, cabe resaltar un 4% de los RN presentaron una depresión entre moderada y severa. Así mismo en el test de Silverman se encuentra un 26% de RN con dificultad respiratoria leve y un 6% de RN con dificultad respiratoria entre moderada a severa. Realizado el test de Capurro a los RN un 14% de RN presentaron una madurez prematura o leve.*

TABLA 4: CUADRO COMPARATIVO REPERCUSIONES EN EL RECIEN NACIDO VS GRADO DE DEPRESIÓN EN LA GESTANTE ADOLESCENTE.

		GRADO DE DEPRESIÓN				P <0.05
		SIN DEPRESIÓN		LEVE O MODERADA		
		N°	%	N°	%	
PESO RECIEN NACIDO	PEG	6	14	2	25	P= 0.725
	AEG	32	76	5	63	
	GEG	4	10	1	13	
TOTAL		42	100	8	100	
APGAR	NORMAL	41	98	7	88	P= 0.650
	DEPRESIÓN MODERADA	1	4	0	0	
	DEPRESIÓN SEVERA	0	0	1	13	
TOTAL		42	100	8	100	
SILVERMAN	NORMAL	28	67	6	75	P= 0.015
	DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE	13	31	0	0	
	DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA	1	2	1	13	
	DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA	0	0	1	13	
TOTAL		42	100	8	100	
CAPURRO	A TERMINO	38	90	5	63	P= 0.025
	PREMATURO LEVE	4	10	3	38	
TOTAL		42	100	8	100	
TIPO DE PARTO	ESPONTANEO	30	71	6	75	P= 0.450
	CESAREA	12	29	2	25	
TOTAL		42	100	8	100	

**Tabla4.**Correlacionando las variables, Grado de depresión y repercusiones del recién nacido (RN), se muestra un peso PEG en un 14% de RN de madres sin depresión y un 25% de RN de madres con depresión leve o moderada, seguido con un peso GEG en el 10% de RN de madres sin depresión y un 13% de RN de madres con depresión leve o moderada y un peso AEG se presenta en un 76% de RN de madres sin depresión y en un 63% de RN de madres con depresión leve o moderada.

Se evidencia un Apgar normal en el 98% de RN de madres sin depresión y en un 88% de RN de madres con depresión leve o moderada, un Apgar con depresión moderada en el RN, se presenta con un 4% de RN de madres sin depresión y un Apgar con depresión severa en el RN se presentó con un 13% de RN de madres con depresión leve o moderada.

Según el test de Silverman, muestra RN sin dificultad respiratoria y se presenta en un 67% de RN de madres sin depresión y un 34% de RN de madres con depresión leve o moderada, dificultad respiratoria leve un 31% de RN de madres sin depresión, dificultad respiratoria moderada un 2% de RN de madres sin depresión y un 13% en RN de madres con depresión leve o moderada y dificultad respiratoria severa presento un 13% en RN de madres con depresión leve o moderada.

En el test de Capurro se observa un desarrollo A término en un 90% de RN de madres sin depresión y un 63% de RN de madres con depresión leve o moderada y un desarrollo prematuro leve se presenta

en un 10% de RN de madres sin depresión y un 25% de RN de madres con depresión leve o moderada.

El parto espontáneo se presentó en un 71% de gestantes sin depresión y un 75% de gestantes con depresión leve o moderada y cesáreas se presentaron en un 29% de gestantes sin depresión y un 25% de gestantes con depresión leve o moderada.

Aplicando la prueba estadística chi-cuadrada nos muestra un resultado significativo para el test de Silverman y test de Capurro en este estudio con  $p=0.015$  y  $p=0.025$  respectivamente y un resultado no significativo para las variables, Peso del recién nacido, Apgar y Tipo de parto con  $P=0.725$ ,  $p=0.650$  y  $P=0.450$  respectivamente.

## DISCUSIÓN

---

La depresión genera un cambio psicológico y conductual como se puede manifestar en el estudio y en estudios realizados anteriormente tanto nacionales como internacionales, para este problemas, en diversos estudios se coincide en puntos específicos, como es que la depresión en el embarazo se manifiesta mayormente en la adolescencia temprana de 15 a 17 años, ya que la importancia que tienen las mujeres por la búsqueda de logros futuros a largo plazo es pospuesta por la gestación, esta depresión se manifiesta mayormente entre las semanas 27 y 40 del embarazo, generando en un porcentaje alto que los recién nacidos desarrollen patologías recurrentes que son la ictericia neonatal, síndrome de distrés respiratorio SDR, prematuridad grave y enterocolitis necrotizante. Sabiendo que la depresión en la gestación se manifiesta mayormente en el tercer trimestre como lo muestra los antecedentes bibliográficos, se puede acotar que la mayor cantidad de paciente con este trastorno son primerizas dentro de la adolescencia temprana sin una pareja conyugal acompañando el embarazo o con una pareja sin buenos lazos de convivencia y presencia de maltrato, también se manifestó que en hecho de no tener un estado civil de casada podría afectar psicológicamente a la madre y presentar un mayor porcentaje de depresión y lo más importante que son los controles prenatales se evidencio que los inadecuados CPN culminan el embarazo en una cesárea o neonatos no a término.

En esta investigación se evidenció que la edad más común entre las gestantes del estudio fue entre los 16 y 17 años coincidiendo con los

estudios internacionales que arrojan similar resultado, como también el inconcluso grado de instrucción que tiene las gestantes, con un 52% de las pacientes en estudio con secundaria incompleta. Respecto a la presencia de la pareja durante todo el embarazo, se muestra un 78% de que la pareja estaba presente contradiciendo los resultados en investigaciones previas.

Comparando las repercusiones en el recién nacido y el grado de depresión de la madre, claramente podemos observar que el peso del RN es adecuado para la edad gestacional, tenga o no depresión la madre. En el test de Apgar se observa, que el hecho de que la madre presente o no un grado de depresión, el RN no demuestra repercusión alguna, así mismo pasa con los demás parámetros medidos en el RN como el Test de Silverman, que en ambas situaciones psicológicas de la madre, no se evidencia un efecto paralelo madre – hijo.

Respecto a la madurez del RN de madres sin depresión, un 76% de neonatos no evidenciaron algún efecto y un 10% de RN de madres con depresión leve o moderada si evidenciaron efectos. El tipo de parto fue predominante por el parto espontáneo en las dos situaciones psicológicas de la madre, tomando en cuenta que las cesáreas realizadas, fueron por otras patologías.

Los porcentajes de las tablas presentadas demuestran que la hipótesis en el estudio conlleva a alguna repercusión directa al recién nacido con respecto a la aplicación del test de Capurro y el test de Silverman en RN de Madres adolescentes, por su grado de significancia.



## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

- 1) Entre las pacientes evaluadas en el estudio se evidenció que la edad de mayor índice encontrada fue de 17 años, con un nivel de instrucción de secundaria incompleta, a su vez expresaron que la pareja estuvo presente durante su embarazo sin sufrir algún tipo de abandono o rechazo, así como también se confirmó que el 96% de las pacientes en estudio son primíparas.
  
- 2) En el estudio predominó un porcentaje alto de pacientes con resultados marcados como “sin depresión” (84%). Los test realizados a los recién nacidos confirmaron un estado de salud favorable, con un porcentaje muy bajo en la presencia de alguna patología o dificultad fisiológica al nacer.
  
- 3) La búsqueda de repercusiones en el recién nacido que esté asociada a una depresión materna leve, moderada o grave no se evidenció, por lo cual no favorece la hipótesis del estudio, ya que se presentaron recién nacidos con resultados favorables en los test realizados en pacientes que presentan o no un grado de depresión.

## RECOMENDACIONES

---

- 1) Dentro de este trabajo de investigación se mejoraría la recolección de datos si se contara con un seguimiento y verificación del ambiente psico-social y domiciliario de la paciente participante de este estudio, para brindarle un ambiente más tranquilo y confiable para la veracidad de sus respuestas al test empleado.
- 2) Otra recomendación sería modificar los materiales de recolección de datos de acuerdo al lenguaje y/o cultura de la población ya que se encontraron pacientes que hablan el dialecto quechua realizará la recolección de datos más lenta del tiempo estimado.
- 3) Para abarcar una gran parte de la población, se sugiere sectorizar y verificar pacientes gestantes con criterios de inclusión para el estudio, mediante visitas domiciliarias, si estas fueran viables en poblados alejados.

## 6. BIBLIOGRAFIA

---

1. Paola Pacheco Tochoy; Roberto Chaskel; Depresión en niños y adolescentes, 2016; Vol.15 Número 1 ,30.
2. Jhonatan S. Navarro-Loli; Manolete Moscosoa; Gustavo Calderón-De la Cruz; La Investigación de la depresión en adolescentes en el Perú.2017; vol.23 no.1 Lima,2017.
3. Rubén Osorio Alania; Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013; 11-13.
4. Sharmely Meliza Gomez B; Kelly Evelyn Umpiri C. ; Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro – 2017; 17,21.
5. Milagros Trigos Rubio; Dr. Jesús Nicasio García S., Dra. Deilis Ivonne Pacheco S. ; Emotional Intelligence in Spanish and Peruvian youth and adolescents: psychological and educational variables; 2013 50;70.
6. MC. CORONA BAEZ; Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en la UMF 92 en el periodo enero a diciembre 2012; 2014-14; 18.
7. Diana Elizabeth Juela M.; MORBI-MORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO, Hijo de madre adolescente en el área de neonatología del hospital Isidro ayora. Ecuador 2015. 7; 13.
8. S. Carrera Muiños , E. Yllescas Medranoa, G. Cordero González, S. Romero Maldonadob y L. Chowath Degolladoc; Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre

- adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; 2015 , 7-19.
9. Elisa Aguirre, Marcela Abufhele, Rodrigo Aguirre; ESTRÉS PRENATAL Y SUS EFECTOS Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil; 2016 8-17.
  10. Diana Eugenia Francisco B.; Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo, octubre-diciembre 2014; 17-23.
  11. Gladys Noemí Camacllanqui A.; Hijo de madre adolescente riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2013”; 2015 10-26.
  12. Guido Bendezú, Daisy Espinoza, Guido Bendezú Q. , Junior Smith Torres R. , Roberto M. Huamán Gutiérrez; Características y riesgos de gestantes adolescentes; Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 13-17.
  13. Mercado Huachupoma, Yisell Diana; Paccori Yanac, Leonor Vanesa; Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal; 2012 23-33.
  14. Greysi Jhoana Ruiz A, Heidi Organista G. , Rosa Armida López A. , Leticia Cortaza R; Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel 2017, Volumen 4 Número 12; 22-29.
  15. Islas-Domínguez L, Cardiel- Marmolejo L, Figueroa-Rodarte J. Recién nacidos de madre adolescente. Problema actual. Rev Mex Pediatr 2015;77:152-5.

16. Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.
17. Apgar, Virginia (1953). "A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant". Curr. Res. Anesth. Analg. 32(4): 260–267. PMID 13083014.
18. Ibarra Fernández, Antonio José (2007). «Valoración de la ventilación» (en español). Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Consultado el 30 de marzo de 2008.

## 7. ANEXOS

---

## ANEXO 1

### TEST DE ZUNG

Instrucciones: Se deberá responder las preguntas planeadas marcando con un aspa (X) los espacios en blanco según parezca.

Datos generales:

Edad: \_\_\_\_\_ años

Estado civil:

Grado de instrucción:

Pareja presente:

Edad gestacional:

Lugar de nacimiento:

Número de Hijos:

Grado de depression:

PREGUNTAS	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
	1	2	3	4
Me siento triste y decaído.				
Por las mañanas me siento mejor.				
Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
Me gusta mucho dormir por la noche.				
Como igual que antes.				
Aún tengo deseo sexual.				
Noto que estoy adelgazando.				
Estoy estreñado.				
El corazón me late más rápido que antes.				
Me cando sin motivo.				
Mi mente esta tan despejada como siempre.				
Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
Tengo confianza en el futuro.				
Estoy más irritable que antes.				
Encuentro fácil tomar decisiones.				
Siento que soy útil y necesario.				
Encuentro agradable vivir.				
Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.				
Me gustan las mismas cosas que antes.				

RN: PESO: \_\_\_\_\_ TALA: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_  
 T. SILVERMAN: \_\_\_\_\_ CAPURRO: \_\_\_\_\_ TIPO DE PARTO: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO.

---

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación que existe entre el grado de depresión en gestantes adolescentes y el estado de salud del recién nacidos.

¿Que propone el estudio?

Este estudio propone determinar el efecto que causa el grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el recién nacido.

¿Cómo se selecciona a los participantes?

Los participantes en este estudio serán escogidos por edad, edad gestacional, grado de instrucción, Nivel socio demográfico, pareja presente, paridad, estado civil, lugar de procedencia.

¿Cantidad de participantes?

Se estima la cantidad de 400 pacientes adolescentes gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora

Tiempo estimado del estudio:

03 semanas.

Confidencialidad:

Este estudio será estrictamente confidencial, su nombre no será utilizado en ningún informe de resultados al ser publicados.



Derechos:

Los participantes del estudio tendrán como derecho, el retiro libre y voluntario en el momento que desee, sin ningún tipo de efecto en la atención en el Hospital María Auxiliadora durante su gestación.

Los participantes que concluyan con su participación en el estudio podrán saber los resultados de investigación previa a su publicación.

Los participantes deberán firmar un consentimiento informado para participar del estudio y dejar en claro su conformidad.

Lima\_\_\_\_\_ del 201\_\_

Señor (a):

En forma libre y voluntaria yo, \_\_\_\_\_ con DNI  
\_\_\_\_\_ como padre y/o apoderado identificado(a) de  
\_\_\_\_\_ manifiesto que:

He recibido la información completa sobre el estudio que se realizará con mi menor hija.

Hay un personal de Obstetricia entrenado y calificado que realizará las pruebas a las gestantes en estudio.

También he recibido información en la cual me aclaran:

Que la Prueba de Depresión tomada en el control prenatal no tendrá un costo adicional a la atención medica cotidiana.

La información recolectada será totalmente confidencial y usada únicamente en la investigación.

La participante del estudio podrá salir del mismo, cuando ella crea conveniente y/o tenga una duda en la confidencialidad o vea irregularidades en la investigación.

Los resultados obtenidos en la investigación serán meramente usados académicamente sin fines de lucro.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la participante

Firma del encargado del estudio

## Anexo 4.

### 8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Instrumento
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>					
Repercusiones en el recién nacido	La verificación inmediata de problemas de salud del recién nacido luego del parto.	Cualitativa	Nominal	Test de Apgar. Test de Capurro. Test de Silverman	Atención inmediata del recién nacido.  Observación
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>					
Grado de depresión en gestantes adolescentes	Trastorno mentales por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanzas profundos.	Cualitativa	ordinal	Muy pocas veces Algunas veces Muchas veces Casi siempre	Test de Zung
<b>INTERVINIENTES</b>					
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento	cuantitativa	Escala discontinua	Años	Cuestionario
Paridad	Cantidad de hijos nacidos.	Cuantitativa	Nominal	Historia clínica	Historia clínica
Estado civil	Condición Cívico legal	cualitativa	nominal	Casada Soltera Viuda Divorciada Conviviente otros	Historia clínica
Presencia de pareja	Presencia del padre durante la gestación	Cualitativa	Nominal	Meses	Entrevista
Lugar de procedencia	Lugar donde vive la paciente	Cualitativa	Nominal	Distritos de Lima	Historia clínica
Grado de instrucción	Nivel educativo de acuerdo al tiempo estudiado y grado de preparación académica	Cualitativa	Ordinal	Iltrado Primaria Secundaria Superior Universitario	Historia clínica

