

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Prevalencia y asociación entre la cesárea no
programada y la depresión postparto en
postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional
Materno Perinatal**

TESIS

para optar el título de Licenciada en Obstetricia

AUTORES

Rosario de Jesús Paima Peña

Ruth Isabel Vásquez Jara

ASESOR

Carolina Beatriz Tarqui Mamani

Lima – Perú

2011

DEDICATORIA

*A nuestros padres, por su apoyo constante y consejos
que guían nuestras vidas. Nuestra gratitud eterna.
A nuestra asesora, por su orientación y tiempo brindado
en la realización del presente trabajo.
A nuestra Universidad, que nos albergó durante estos años,
en cuyas aulas nuestros docentes nos brindaron conocimientos
y experiencias que encaminaran nuestra vida profesional.*

INDICE

Resumen	4
Introducción	5
Marco teorico y antecedentes	7
Objetivos de la investigación	13
Material y métodos.....	14
Tipo y diseño de estudio	14
Población de estudio.....	14
Criterios de selección.....	14
Muestra.....	15
Variables.....	16
Recoleccion de los datos	17
Análisis y procesamiento de los datos	18
Aspectos éticos.....	18
Resultados.....	19
Discusión	23
Conclusiones	24
Recomendaciones	24
Referencias bibliograficas.....	25
Anexos.....	27

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de la depresión postparto y la asociación que existe entre la cesárea no programada con la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Inst. Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, transversal. La muestra estuvo constituido por 503 mujeres adolescentes postcesareadas que fueron atendidas en el INMP, de las cuales 216 adolescentes tienen un riesgo de depresión postparto y 196 presentan una probable depresión. En el análisis se incluyo el promedio, desviación estándar, las frecuencias y la asociación entre el tipo de cesárea y la depresión postparto, se realizo mediante la Escala Edinburgh para la Depresión Postparto. **Resultados:** Se incluyó 503 adolescentes postcesareadas, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 19 años, siendo el promedio 17,6 años \pm 1,05 años. 4%(20/503) eran casadas, 47% (238/503) convivientes y 49% (245/503) solteras. 5% (27/503) tenían un grado de instrucción Primaria, 89% (444/503) Secundaria y 6% (32/503) Superior. 97% (489/503) presentaba una condición familiar dependiente, 3% (14/503) era Independiente. 95% (478/503) tuvieron controles prenatales y un 3% (25/503) no. El 54% (271/503) fueron cesáreas no programadas y el 46% (232/503) programadas. Se encontró asociación significativa entre la cesárea no programada con el riesgo y/o probable depresión postparto. **Conclusiones:** La prevalencia de la depresión postparto en adolescentes postcesareadas de INMP fue del 39%. 54% fueron cesáreas no programadas, De las adolescente con “riesgo de depresión postparto”, el 62% fueron cesáreas no programadas y de las que tuvieron “probable depresión postparto”, el 54 % fueron no programadas. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión postparto en las adolescentes postcesareadas.

Palabras claves: adolescente, embarazo en adolescencia, depresión postparto.

I. INTRODUCCIÓN

La cesárea ha sido incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran incrementar el riesgo de muerte para la madre y/o el niño. En los últimos años se ha observado que se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.

Muchas mujeres se han recuperado completamente tanto física como emocionalmente de una cesárea, otras no. Poca atención se ha prestado al impacto psicosocial que un nacimiento quirúrgico puede tener sobre el bienestar emocional de las mujeres. Sus experiencias personales han sido a menudo trivializadas, no comprendidas, o ignoradas por la comunidad médica.

El porcentaje de cesáreas en el mundo está aumentado, especialmente en los países desarrollados, en la última década(1). Chile: 40%, Brasil: 80%, China: 22-25%, India: 20-47%, Países Árabes: 5-15%, Malasia: 16%. En el Perú, 20% de nacimiento en MINSA son por cesárea (2). Para algunas mujeres la cesárea no supone ningún trauma aparente, sin embargo, otras van a experimentar una compleja reacción psicológica, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y en el vínculo con sus hijos, o van a sufrir incluso la llamada "depresión post cesárea" o bien un síndrome de estrés postraumático en algunos casos (3).

Los efectos psicosociales se originan por diferentes aspectos ante la presencia de diversas situaciones. Cuando se producen tienen una incidencia en la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos. La existencia de riesgos psicosociales afectan, además de a la salud al desempeño del trabajo y en las relaciones sociales de las personas.

Las causas que originan los riesgos psicosociales son muchas y están mediadas por las percepciones, experiencias y personalidad de cada persona.

La evaluación de riesgos es un paso necesario para detectar, prevenir y/o corregir las posibles situaciones problemáticas relacionadas con los efectos psicosociales.

La adolescencia es la etapa de la vida que constituye el periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. Está caracterizada por cambios físicos, biológicos y sociales; cambios que culminan cuando el niño se convierte en un adulto con la madurez personal y social que es esperable en estos y con la necesaria preparación para ejercer los derechos que se le conceden y para comprometerse con las obligaciones que supone abandonar la niñez.

El proceso de la adolescencia debe llevar a la persona a alcanzar la mayor autonomía de los padres, una autodefinición como persona y capacitarle para establecer relaciones apropiadas y tomar decisiones sobre su futuro (4).

La alta prevalencia de cesáreas en el Instituto Nacional Materno Perinatal el cual solo en el 2008 hubieron 7105 cesáreas el cual corresponde a aproximadamente el 40% de todos los partos atendidos en dicha institución y que a su vez la mayoría de estos son en gestantes adolescentes cuya cifras son de 953 cesáreas, lo cual representa el 34% de todas las cesáreas realizadas en el periodo del 2008.

Estas consideraciones conllevan a plantear la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la depresión postparto en post cesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011?

¿Existe relación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en post cesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011?

Sabemos que ante la presencia de un embarazo en adolescentes que a la vez este termina por cesárea se observarán diversos cambios, en el Área psicosocial, familiar, afectivo-personal y sexual, pudiendo terminar en una depresión postparto.

Las reacciones ante un suceso pueden ser diferentes, esto esta influenciado por una serie de factores, en **primer** lugar los factores obstétricos, es decir los motivos por el que decidieron la cesárea y el como se desarrolló la intervención. Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer puede experimentar mayores dificultades en el postparto. Por el contrario, las cesáreas programadas pueden permitir que la mujer se prepare mejor psicológicamente para la intervención (3). En **segundo** lugar, la calidad de la atención recibida es un aspecto crucial en la recuperación de la cesárea. Si la mujer se ha sentido participe de la decisión, si ha sido bien informada de las opciones, y sobre todo si ha percibido la cesárea como imprescindible es más probable que la asimilación sea relativamente sencilla. Por el contrario, si se ha sentido maltratada verbalmente, si no ha sido acompañada emocionalmente y si la indicación de la cesárea ha sido dudosa o claramente innecesaria el malestar psicológico probablemente será significativo o incluso creciente conforme pase el tiempo.

Algunos autores han sugerido que los rasgos de la personalidad previa podrían causar las diferencias en la adaptación en el postparto inmediato. Lo que parece evidente es que la reacción va a estar muy influida por las expectativas que la mujer tenía respecto al parto así como su visión del nacimiento, su satisfacción corporal previa o incluso su vivencia de la sexualidad.

El estudio se propone determinar si existe o no una relación entre la cesárea en adolescentes y el desarrollo de una depresión postparto, para así, de esta manera, realizar intervenciones que puedan ayudar a disminuir este riesgo.

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

Cesárea

Es la extracción del feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero.(5) Ésta debe darse sólo ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. Desde hace varias décadas la cesárea es un procedimiento que está en aumento en todo el mundo y las razones de que esto suceda van desde lo subjetivamente emocional hasta lo prácticamente económico. La Organización Mundial de la Salud establece que en ninguna parte del globo existen razones suficientes para que el porcentaje de cesáreas supere el 15%. Además, advierte que hay diez veces más posibilidades de terminar en la unidad de cuidados intensivos tras una cesárea selectiva planificada, que tras un parto vaginal. Debido a esto, recomiendan fuertemente dejar la intervención quirúrgica sólo para casos en los que no sea factible la otra opción.

Indicaciones para realizar una cesárea: (6)

Absolutas: Cesárea iterativa, cesareada anterior con periodo intergenésico corto, Sufrimiento fetal, Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.), Desprendimiento prematuro de placenta, Placenta previa centro total, Incompatibilidad céfalo pélvica, Estrechez pélvica, Prolapso de cordón umbilical, Macrosomía fetal, Infección por Herpes activa, Tumores obstructivos benignos y malignos, Cirugía uterina previa, antecedente de plastía vaginal, Infección por VIH.

Relativas: Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento, Presentaciones anómalas, Anomalías fetales, Embarazo múltiple, Asimetría pélvica; Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia; Preeclampsia

severa, eclampsia, síndrome de Hellp; Insuficiencia cardio-respiratoria, Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina), Papiloma virus humano.

La **Cesárea Programada** se produce cuando se identifica una causa durante el control del embarazo que hace imposible el parto por vía vaginal.(6)

La **Cesárea no programadas (Emergencia)**: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.(6)

Efectos psicológicos

Durante años los investigadores se han enfocado en los aspectos técnicos y rangos apropiados de la cesárea: como procedimiento quirúrgico. Sin embargo, el nacimiento por cesárea puede tener poderosos efectos psicosociales en las mujeres y en su habilidad para adaptarse a la maternidad. La experiencia de la mujer de un parto por cesárea y sus percepciones de este evento, están influenciadas por múltiples y complejos factores: el motivo por el cual se hizo la cesárea, sus valores culturales, sus creencias y expectativas sobre el nacimiento, posibles eventos traumáticos en su vida, soporte social disponible, y su sentido personal de control; son solo unos pocos.

A principios de los años 80, mientras las tasas de cesáreas en USA crecían rápidamente comienza la inquietud sobre los efectos psicosociales negativos de la cesárea en algunas mujeres. Reportes y testimonios personales han ayudado a incrementar la conciencia sobre las repercusiones psicosociales negativas que algunas mujeres experimentan después de la cesárea. Estudios sugieren que los efectos psicosociales negativos de las cesáreas pueden ser significativos y profundos para algunas mujeres. Numerosos reportes indican que la cesárea, especialmente cuando no ha sido programada, puede aumentar en algunas mujeres el riesgo de depresión y estrés postraumático. (7).

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. No sabemos porque la maduración comienza cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cual es el mecanismo exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o

tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar. (8)

En lo Psicológico

Según Piaget, el maravilloso suceso que ocurre en los adolescentes, es el desarrollo del pensamiento abstracto. La crítica aparece construida por ellos y no transferida por sus padres o profesores. Aparece la "originalidad" como búsqueda de su identidad, todo esto, es como parte de la teoría triárquica de la inteligencia, expuesta por Sternberg, que dice que el adolescente desarrolla la inteligencia a través de la incorporación de la capacidad analítica (crítica), la capacidad creativa (usando la experiencia) y el reconocimiento de lo práctico (capacidad de adaptación). El joven empieza de los 10 a 12 años a identificarse más en su pensamiento con sus pares y ha disminuido la "influencia" de su familia. De los 13 a los 16 años, busca "imponer" su pensamiento, expresando "rebeldía" hacia las "influencias" previas derivadas de la autoridad, representadas en padres y profesores, caracterizada por fases de "conflicto" en donde está de acuerdo o en desacuerdo con diversas posturas y en un mismo momento (confusión). En el adolescente el "yo" controlado por la autoridad paterna, busca su liberación y su expresión. Esta "ruptura" se establece de manera paulatina, iniciando en la edad de los 10 a los 12 años, donde la búsqueda de una postura independiente a la de sus padres empieza a manifestarse (de hecho deja de "meterse" con sus padres y busca a sus "pares") y se hace "cataclísmica" entre los 13 y los 16 años y empieza a "decantarse" entre los 17 y 21 años. Ladame propone como fuente impulsora poderosa del cambio, la aparición del "erotismo" en el adolescente o surgimiento de la expresión de la sexualidad. El no saber con certeza que se quiere, sumado a la "rebeldía" hacia la autoridad, somete las decisiones a que se vea enfrentado el joven a peligros bien definidos. De los 17 a los 21 años el joven empieza a sumir una mayor coherencia entre lo que piensa y lo que hace. Es en esta fase donde "siente" la fuerza de cambiar al mundo lo que intentara si comparte con pares que perciben el mundo de igual manera, siendo también la etapa del riesgo de vinculación del joven a actividades grupales delincuenciales. Los padres lo "liberan" del control y empiezan a asumir su autonomía con lo que la posibilidad de asumir un comportamiento de riesgo se incrementa.

En lo social

En la adolescencia la diferencia de edad establece características bien definidas para cada grupo, lo que determina dificultad para "mezclarse" socialmente. Dichas diferencias se hacen evidentes en el hecho, por ejemplo, de que el joven de 10 a 12 años es por completo diferente al de 17 a 21 años, siendo de los de 13 a 16 años "ese" momento en que tienen poco de ambas edades lo que hace que sea "ni de aquí ni de allá". Una

de las situaciones que suceden en la pubertad, es el posicionamiento de la identidad del joven. El joven empieza a través de las relaciones con sus padres a probar las habilidades obtenidas en su formación, siendo esta época clave en la expresión de su habilidad social (riesgo de fobia social). Una vez más, el inicio de “intercambio” social, se hace mas manifiesto de los 13 a los 16 años, en donde la aceptación de pares pasa de importante a “vital”. Una expresión del gran de importancia se establece por el hecho de que el joven que tiene dificultad para relacionarse con sus pares, a su vez tiene dificultades académicas importantes, eventos que constituyen uno de las principales situaciones de riesgo social de los jóvenes (la no aceptación por parte del grupo).

Todo lo anterior, puede resumirse como parte de la crisis del adolescente, a través de la cual va buscando su identidad y en la que de los 12 a los 13 años empieza el proceso de “ruptura” con los padres, el que se expresa de los 13 a los 16 años con la identificación a través de sus pares para llegar a la consolidación de lo que será nuevamente un ser “individual” en la etapa de los 17 a los 21 años. (9)

El embarazo en adolescentes, es aquel que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. (10)

Ante la presencia de un embarazo en adolescentes, se observará diversos cambios, entre ellos:

Área psicosocial. Existe deserción escolar. Sus aspiraciones se limitaron al cuidado de sus hijos, con la posibilidad remota de seguir estudiando, con un futuro de vida limitado. La deserción escolar representa la interrupción brusca de las posibilidades de desarrollo educacional, y la separación inesperada de las adolescentes de su grupo de amigos, viéndose obligadas a desempeñar deberes y funciones en el estrecho ámbito familiar para lo cual no están aún preparadas.

Área familiar. Las adolescentes manifiestan que las relaciones con sus padres son buenas, existe una tendencia a que las muchachas se identifiquen con las madres y los varones con sus padres, quienes a su vez tratan de enseñar a los hijos estereotipos socialmente establecidos para cada uno de los sexos.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes refirieren la existencia de una buena armonía familiar, es evidente que no existe la debida comunicación y confianza en este medio. Diferentes estudios han constatado la existencia de dificultades de comunicación en las parejas y con los hijos. (11)

Área afectivo-personal. Los adolescentes definen a sus padres como las personas o seres más queridos por ellos, aunque plantean que sus relaciones se hacen algo difícil por incomprendiones con relación a sus intereses. Los amigos ocupan un lugar importante en sus relaciones afectivas.

Área sexual. Es importante definir las diferencias entre el coito y la relación sexual. El coito es una fase dentro del proceso de la relación sexual, que puede incluso estar ausente o cumplirse en parte, sin que afecte la totalidad de la relación humana en el campo de la sexualidad. La relación sexual es un conjunto armónico de factores, de los cuales forma parte el coito, y tiene características de *historicidad, voluptuosidad, trascendencia, lenguaje y respuesta paradójal*. En diferentes etapas de la vida, como suele verse en la niñez, en la senectud muy avanzada, o inclusive en la propia etapa de vida sexual activa, cuando no se tiene pareja, está siempre presente la sexualidad, no así las relaciones coitales.

En la adolescencia la sexualidad irrumpe con mayor intensidad, y está comprobado que el inicio de las relaciones coitales ocurre entre los 12 y 13 años para ambos sexos, aunque es más temprano en las muchachas. Investigadores cubanos plantean el inicio de estas relaciones entre 12 y 17 años, mientras que autores de otros países informan edades que oscilan entre los 15 y los 18 años.

Las primeras relaciones se producen, según sus propias expresiones, en cualquier lugar, como pueden ser locales desocupados durante la noche, parques, playas, círculos infantiles, la propia escuela, y hasta la casa fundamentalmente del varón. Esto está dado porque a estas edades no hay independencia económica ni medios que permitan otras opciones, por lo que no existe intimidad en las relaciones, no les proporciona bienestar, no hay vivencia de sentimientos y emociones positivas, todo lo cual puede influir negativamente en su vida sexual futura. Son motivados por la curiosidad, el interés de adquirir experiencia, influidos por el grupo de amigos al que pertenecen, por los mensajes recibidos por los medios de difusión masiva, y en muchas ocasiones, por la pornografía.

La depresión Postparto

Es un resultado claramente negativo en el periodo perinatal de las mujeres, a pesar de ello, aún no se tiene claridad sobre la naturaleza de este fenómeno y su relación con diversas variables conductuales y estructurales. Típicamente, este síndrome se caracteriza por sentimientos de tristeza en la nueva mamá, una inestabilidad emocional extrema, lloriqueo, irritabilidad y fatiga.(12)

La mayor parte de la investigación sobre la depresión post-parto ha buscado causas biológicas o psicosociales de ella, tales como cambios hormonales, edad maternal y número de alumbramientos, historia psiquiátrica, atmósfera marital, una cesárea no programada, etc. Al momento se le ha dado poca consideración al impacto del contexto cultural del periodo post-parto como causa de la depresión, factores tales como la

organización de la familia y el grupo social, el papel de las expectativas de la propia madre y de las que pudieran mostrar otros familiares o personas significativas, etc.

La experiencia de la depresión post-parto se exagera y se potencializa por factores socio-culturales.

Existe una idea informal folklórica y popular acerca de este periodo como un episodio emocionalmente complejo, estresante y fatigoso. Las madres lo experimentan como “baby blues” (distimia) y posiblemente como una depresión de nivel intermedio, lo que representaría un síndrome culturalmente anclado en la cultura occidental, que es resultado parcialmente de las prácticas modernas de nacimiento y de la falta de una definición clara del rol social que esto tiene y de las previsiones para la ayuda y el apoyo que necesita la nueva madre en nuestra sociedad. Aunque la depresión post-parto es un trastorno tratable, muchas mujeres que lo padecen no reconocen tener este problema. Así, la incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20%), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses.

Al discutir las causas de la depresión postparto, debemos mencionar las teorías biológicas. A partir de la revolución psicofarmacología de los años 1950's se planteó la relación entre la depresión postparto y los cambios hormonales de la mujer. Consistentemente se notaba que la presentación de los síntomas en el tercer día del post-parto correspondía con los cambios hormonales que ocurren en ese tercer día. Uno de estos cambios hormonales que se encuentra bien establecido por la investigación y que ocurre en el periodo post-parto es una brusca caída en los niveles de estrógenos y de progesterona. Un campo de investigación más reciente se refiere a la actividad de la prolactina durante el puerperio. Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo post-parto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una depresión postparto. También se ha sugerido que el estrés psicobiológico y los cambios en los esteroides adrenales durante el post-parto, jueguen un papel en la depresión.

Se han argumentado también causas psicológicas de la depresión post-parto. En muchos reportes se encuentra que las nuevas mamás manifiestan sentimientos de “inadecuación” respecto a su relación con el bebé.

También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión postnatal. Diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto. (13)

El Instituto Nacional Materno Perinatal

El Instituto Nacional Materno Perinatal tiene 183 años de vida institucional. Si bien nació con la finalidad de atender a las mujeres en el momento del parto –en particular a las de menores recursos- desde un primer momento se incluyó la enseñanza, dando lugar a una actitud de innovación constante al quehacer institucional. Por esto, el Instituto es la cuna de la Obstetricia y la Ginecología en el país, el establecimiento en el que se realizó la primera cesárea y en donde se iniciaron los estudios de especialización en Ginecología y Obstetricia. Así, la institución evolucionó con el tiempo, desde 1992 en que se crea el Instituto Materno Perinatal, hasta el año 2006, en que es categorizado como Establecimiento de Salud III-2, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención Materno Perinatal en el país cuyo objetivo principal ha sido mejorar la calidad de atención a los usuarios. Es reconocido como centro referencial para el país, porque recibe con frecuencia neonatos y pacientes obstétricas en estado crítico. Los principales usuarios son de tipo corporativo, conformados por los establecimientos del sector que captan pacientes que no pueden ser asumidos por su cartera de servicios y, por sus complicaciones, lo que muchas veces los ponen en condición crítica, requieren de nuestros servicios. Su misión se centra en dar atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud reproductiva y al neonato de alto riesgo, efectuando su seguimiento hasta los 5 años.

1.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de la depresión postparto y la asociación que existe entre la cesárea no programada con la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Inst. Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010 a Marzo 2011.

- Determinar la frecuencia de cesáreas no programadas en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010 a Marzo 2011.
- Determinar si existe asociación entre la cesárea no programada con la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Inst. Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011.

1.2 HIPÓTESIS

Existe asociación entre la depresión postparto y las cesáreas no programadas en las adolescentes postcesareadas del INMP

II. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo observacional y transversal

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estuvo constituida por las mujeres adolescentes postcesareadas que fueron atendidas en el INMP durante los meses de Marzo 2010-Marzo 2011.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

- Gestantes adolescentes entre las edades de 15 – 19 años.
- Primigestas.
- Sin antecedentes de enfermedades de salud mental (violencia).
- Gestantes que tengan la voluntad de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Gestantes cuyo parto sea vaginal

MUESTRA

Adolescentes entre las edades de 15 – 19 años, primigestas atendidas en el INMP durante Marzo 2010-Marzo 2011.

Cálculo del tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral se tomó como referencia la población de gestantes adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal, que fueron cesareadas durante el año 2008, cuya cantidad fue 953, que equivale a un 34.23% de todas las cesáreas realizados en dicha institución.

$$n = \frac{1.96^2 0.50(1 - 0.50) 953}{1.96^2 0.50(1 - 0.50) + 0.03^2 953}$$

Donde:

- Nivel de significancia o confianza : 95% Z=1.96
- Proporción de la depresión postparto: 50%
- Nivel de precisión : (d) = 3% = 0.03

El tamaño muestral necesario para realizar el trabajo será de 503

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, por cuotas.

2.5 VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR	CRITERIOS DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE/ INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION
Depresión Postparto	Disforia		< 10	Sin riesgo de depresión	Cualitativa ordinal	Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal
	Ansiedad		10 a 12	Riesgo de depresión		
	Sentimiento de culpa					
	Ideas suicidas					
	Dificultad de concentración		≥ 13	Probable depresión		
Grado de instrucción		Nivel de escolaridad	Primaria Secundaria Superior	Completa Incompleta	Cualitativa nominal	Entrevista
Condición familiar		Dependencia de familiares	Dependiente Independiente	Depende de la familia No depende de familia	Cualitativa nominal	Entrevista
Estado civil		Relación que existe con la pareja	Conviviente Soltera Casada	Solo vive con la pareja No vive con la pareja Es casada	Cualitativa nominal	Entrevista
Control Prenatal		Asistencia al numero de controles adecuados	Si No	≥ 6 < 6	Cualitativa ordinal	Entrevista
Tipo de cesárea		Como concluyó el embarazo	Programada No programada	Fue programada Emergencia	Cualitativa nominal	Entrevista

RECOLECCION DE LOS DATOS

a. Plan de recolección de datos

Primero, se revisó los registros de atención en el área de obstetricia.

Segundo, se aplicó los criterios de selección.

Tercero, se explicó a la participante del estudio, sus objetivos y luego de su consentimiento verbal se aplicó la encuesta, que se basa fundamentalmente en la Escala Edinburgh para la Depresión Postparto.

b. Diseño de instrumento

El instrumento es un formulario de Escala Edinburgh para la Depresión Postparto, contiene las preguntas sobre, los datos generales que incluyen la Edad, Estado Civil, Grado de Instrucción, condición familiar, tipo de cesárea y si tuvo o no control prenatal.

Este instrumento ha sido diseñado específicamente como método de despistaje para depresión posparto, consiste en un registro de autoaplicación, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto

EPDS 10-12: puntaje límite para riesgo de depresión

EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión

Previamente se realizó un estudio piloto con el objetivo de identificar la viabilidad del estudio, determinar el tiempo de aplicación del instrumento e identificar algunos resultados

Entre los resultados encontrados podemos mencionar:

Del total de adolescentes postcesareadas, el 60% fueron cesáreas no programadas y un 40% programadas, obteniendo como resultado, que el 17% de las adolescentes cesareadas que no fueron programadas presentan un riesgo de depresión postnatal, y el 83% restante tienen una probabilidad de depresión postnatal. De las adolescentes cuya cesárea fue programada, el 100% tiene probabilidad de depresión posparto.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Procedimiento de procesamiento y análisis de datos

- Se realizó la digitación en el programa de Excel y fueron analizados en SPSS versión 15
- Se realizó un análisis exploratorio de las variables.
- Se calculó promedios, desviación estándar.
- Se calculó Chi-cuadrado y Odds ratio para evaluar la asociación entre el tipo de cesárea y la depresión postparto.
- Se recategorizó algunas variables para calcular el Odds ratio.
- Los resultados son presentados en tablas y gráficos

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio no involucró riesgo alguno para las participantes, sin embargo se solicitó el consentimiento y asentimiento de las participantes.

Se consideraron 4 principios éticos fundamentales:

- **Conocimiento o participación libre y voluntaria:** Se solicitó el consentimiento de cada persona a la cual se encuestó para la recolección de datos.
- **Justicia:** De acuerdo con este principio se difundieron los resultados obtenidos al final de la investigación.
- **No maleficencia:** En base a este principio se realizaron todos los objetivos y acciones buscando el bienestar de la población en general.
- **Confidencialidad:** En consideración y respeto de este principio no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio.

Consentimiento Informado

Para el presente estudio se informó verbalmente la naturaleza, título, objetivo, propósito del mismo a fin que el entrevistado decida libremente participar, quedando registrado su consentimiento en un formulario de aspecto legal, incluido en los anexos.

III.RESULTADOS

Se incluyó 503 adolescentes postcesareadas del INMP en el periodo Marzo 2010-Marzo 2011, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 19 años, siendo el promedio 17,6 años y su desviación estándar (DE) de 1,05 años.

4% (20/503) eran casadas, 47% (238/503) convivientes y 49% (245/503) solteras. 5% (27/503) tenían un grado de instrucción Primaria, 89% (444/503) Secundaria y 6% (32/503) Superior. 97% (489/503) presentaba una condición familiar dependiente, 3% (14/503) era Independiente. 95% (478/503) tuvieron controles prenatales y un 3% (25/503) no. El 54% (271/503) fueron cesáreas no programadas y el 46% (232/503) programadas.

Figura 1. Estado civil de las adolescentes postcesareadas del INMP

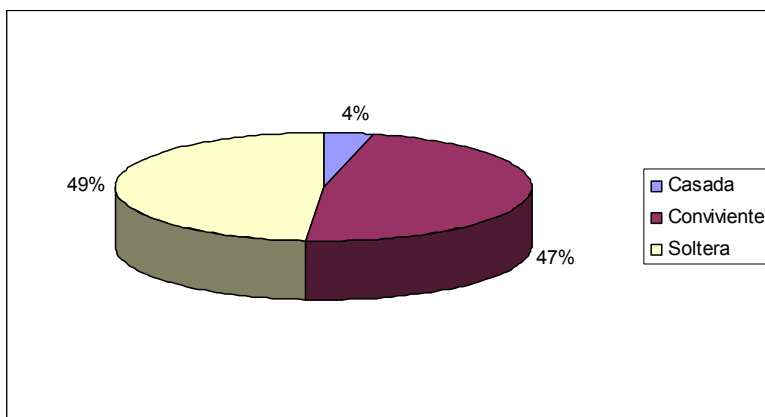


Figura 2. Grado de instrucción en las adolescentes postcesareadas del INMP

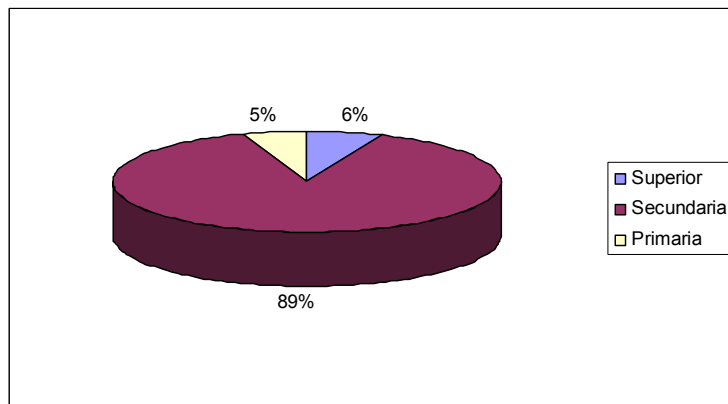


Figura 3. Condición familiar que presentan las adolescentes postcesareadas del INMP

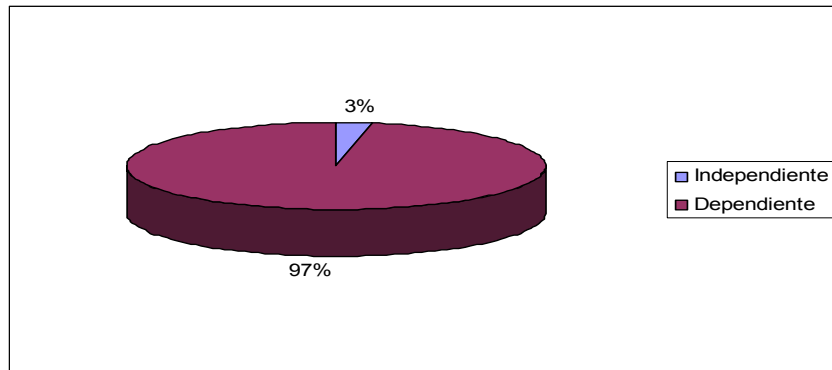


Figura 4. Control Prenatal en adolescentes postcesareadas del INMP

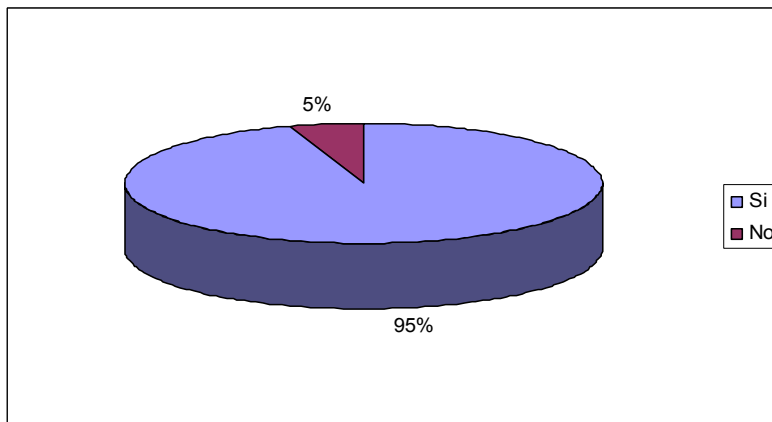
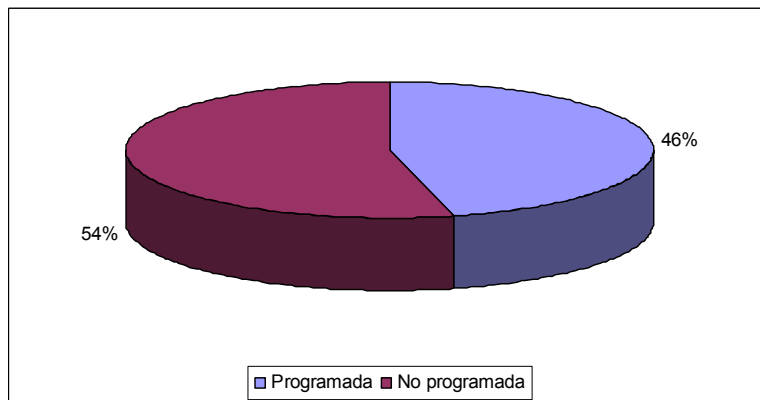


Figura 5. Tipo de cesárea realizada a las adolescentes postcesareadas del INMP

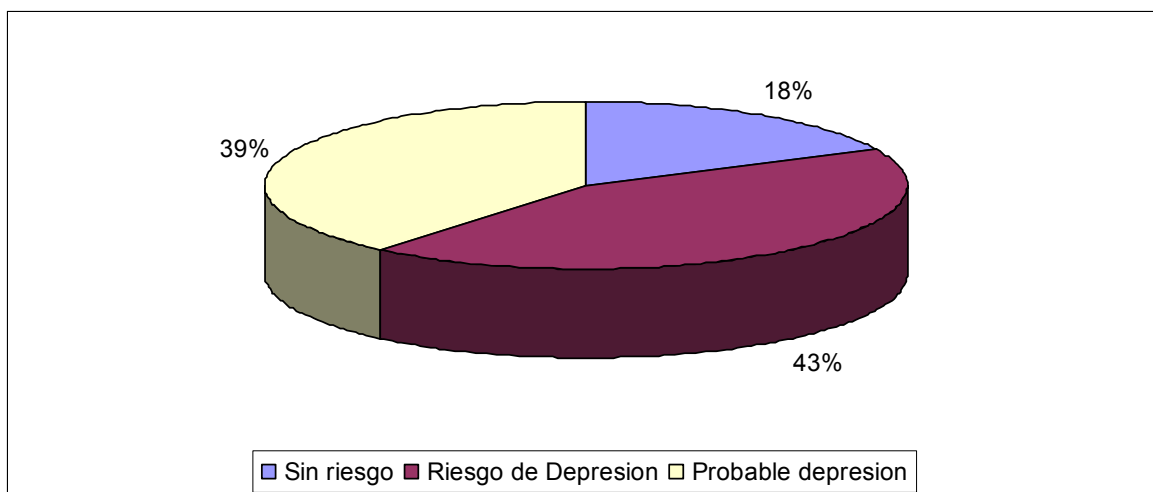


Se encontró que el 18% no presentaron riesgo de depresión postparto, siendo la edad promedio 19 años; DE 0,5 años. 13% (12/91) eran casadas, 84% (76/91) convivientes y 3% (3/91) solteras. Así mismo el 79% (72/91) presento nivel educativo secundario y 21% (19/91) Superior. El 90% (82/91) presentaban una condición familiar dependiente, 10% (9/91) era Independiente. Todas las gestantes incluidas tuvieron controles prenatales, el 34% (31/91) fueron cesáreas no programadas y el 66% (60/91) programadas.

En relación al riesgo de depresión postparto, encontramos un 43% (216/503), la edad promedio fue de 18 años \pm 0,7 años. 4% (8/216) eran casadas, 60% (130/216) convivientes y el 36% (78/216) solteras. El 96% (207/216) tenían un grado de instrucción Secundaria y 4% (9/216) Superior. 98% (212/216) presentaba una condición familiar dependiente, 2% (4/216) era Independiente. Todas tuvieron controles prenatales, 62% (134/216) fueron no programadas y el 38% (82/216) programadas.

El 39% (196/503) presento una probable depresión postparto, cuyo promedio de edad fue 16,7 años; DE 0,9 años. 16% (32/196) eran convivientes, 84% (164/196) solteras. 14% (27/196) tenían un grado de instrucción Primaria, 84% (165/196) Secundaria y 2% (4/196) Superior. El 99% (195/196) presentaba una condición familiar dependiente y 1% (1/196) Independientes. 87% (171/196) tuvieron control prenatal y 13% (25/196) no. El 54% (106/196) fueron cesáreas no programadas y 46% (90/196) programadas.

Figura 6. Nivel de depresión postparto en adolescentes postcesareadas en el INMP



Análisis bivariado

Se encontró asociación significativa entre las cesáreas no programadas con el “riesgo de depresión postparto”, el cual se sustenta en el $\chi^2 = 20.15$ ($p < 0.0001$ y OR= 3.16 IC 95%: 1.89; 5.29).

Tabla 1. Factores asociados con el riesgo de depresión postparto en postcesareadas del INMP

VARIABLES	NIVEL DE DEPRESION POSTPARTO				x2	P	OR	IC 95%
	CON RIESGO		SIN RIESGO					
	Nº	%	Nº	%				
ESTADO CIVIL								
Sin pareja	78/216	36	3/91	3	35,49	<0,0001	16,6	5,08-54,16
Con pareja	138/216	64	88/91	88				
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Secundaria	207/216	96	72/91	79	21,58	<0,0001	6,07	2,63-14,02
Superior	9/216	4	19/91	21				
CONDICION FAMILIAR								
Dependiente	212/216	98	82/91	90	10,20	<0,003	5,82	1,74-19,41
Independiente	4/216	2	9/91	10				
TIPO DE CESAREA								
No Programada	134/216	62	31/91	34	20,15	<0,0001	3,16	1,89-5,29
Programada	82/216	38	60/91	66				

Asimismo se encontró asociación significativa entre las cesáreas no programadas y la “probable depresión postparto”, el cual se sustenta en el $\chi^2 = 9.99$ ($p < 0.002$ y OR= 3.16 IC 95%: 1.89; 5.29).

Tabla 2. Factores asociados con la probable depresión postparto en postcesareadas del INMP

VARIABLES	NIVEL DE DEPRESION POSTPARTO				x2	P	OR	IC 95%
	PROBABLE		SIN RIESGO					
	Nº	%	Nº	%				
ESTADO CIVIL								
Sin pareja	164/196	84	3/91	3	165,02	<0,0001	150,33	44,76-504,87
Con pareja	32/196	16	88/91	96				
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Primaria	27/196	14	0/91	0	35,98	<0,0001	0,17	0,07-0,42
Secundaria	165/196	84	72/91	79	25,14	<0,0001	10,89	3,58-33,14
Superior	4/196	2	19/91	21			1	

CONDICION FAMILIAR								
Dependiente	195/196	99	82/91	90	16,26	<0,0001	21,40	2,67-171,66
Independiente	1/196	1	9/91	10				
CONTROL PRENATAL								
No	25/196	13	0/91	0	12,72	<0,0001	0,65	0,60-0,71
Si	171/196	87	91/91	100				
TIPO DE CESAREA								
No Programada	106/196	54	31/91	34	9,99	<0,002	2,28	1,36-3,82
Programada	90/196	46	60/91	66				

IV. DISCUSIÓN

Pocos estudios han determinado la importancia de la edad como factor asociado a la depresión postparto, no obstante, aquellos que han encontrado asociación mencionan que existe mayor riesgo entre madres adolescentes(14). Sin embargo, no se ha encontrado estudios donde relacionen la cesárea con dicha depresión, mas aun siendo una cesárea no programada.

Según los resultados del estudio, no se encontró diferencias significativas en lo referente al estado civil, grado de instrucción, condición familiar, control prenatal; sin embargo, cuando se evaluó el tipo de cesárea se encontraron diferencias en dicha variable. Analizando cada una de estas variables se hallaron diferencias significativas respecto al riesgo y/o probable depresión postparto. El 47% de adolescentes presentaron estado civil conviviente, pero en el estudio no se indagó sobre el tipo de relación entre pareja, ya que representa un factor de riesgo para la depresión postparto según estudios realizados (15). Respecto al grado de instrucción se encontró que existe una relación de ésta, con la depresión postparto en contraste con el estudio realizado por Pérez y cols.(16) en el cual no hallaron diferencias estadísticamente significativa para esta variable.

Referente a la condición familiar y el Control prenatal, no se encontraron diferencias significativas relacionadas con la depresión postparto.

Por otro lado, se encontró diferencias significativas entre la cesárea no programada y la depresión postparto; situación discordante con lo reportado en la revista *British Medical Journal*, el cual afirma que no existe evidencia que la cesárea programada modifique las probabilidades estadísticas que se manifieste una depresión postparto (17). Estas discrepancias con la literatura podrían ser explicadas entre otras cosas por las diferencias culturales de las poblaciones.

Existen estudios que indican que la depresión postparto puede ocurrir más frecuentemente en la segunda a la tercera semana después del parto(18), por lo que los resultados del presente estudio pueden variar debido a que las entrevistas se realizaron a puérperas mediatas postcesareadas.

CONCLUSIONES

- 39% fue la prevalencia de la depresión postparto en adolescentes postcesareadas de INMP durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011.
- 54% fueron cesáreas no programadas en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011.
- 62% de las cesáreas no programadas se presentó en las adolescentes con “riesgo de depresión postparto”.
- 54% de las cesáreas no programadas se presentó en las adolescentes con “probable depresión postparto”.
- Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo de depresión postparto en las adolescentes postcesareadas.
- Existe asociación entre las cesáreas no programadas con la probable depresión postparto en las adolescentes postcesareadas.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere al personal de salud que realice tamizajes permanentes en las adolescentes para identificar precozmente la posible indicación de cesárea.
- Se sugiere a las autoridades sanitarias que se implementen intervenciones sanitarias y el trabajo multidisciplinario orientado a identificar oportunamente factores de riesgo que conlleven a la posible indicación de la cesárea.
- Se sugiere la identificación oportuna de adolescentes postcesareadas con posible diagnóstico de depresión que permita que se brinde tratamiento oportuno y adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Beltran AP et al. **Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates.** Paediatric and perinatal epidemiology 2007;21:98-113
2. **Ministerio de Salud del Perú – MINSA**
Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>
3. Olza I. **Repercusiones psicológicas y sociales del nacimiento por cesárea.** Revista Trabajo social y Salud, num 45 p221-230. 2003
4. Loayssa J.R., Echagüe I. **La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud.** ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 93-105.
5. Schwarcz R, Fescina R, Diverges R. **Obstetricia.** 6ª Ed. Buenos Aires. 2005. p 702
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. **Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica.** Lima; 2007. p. 127
7. Mutryn, C.S. **Psychosocial impact of cesarean section on the family.** Social Science and Medicine. 1993. 37(10):1271-1281.
8. Antelo ME, Guerra JM, Padilla M, Pintado Y, Jiménez Y. **Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general.** *Rev Psicol. Psiquiatr Nino Adolesc* 2010, 9 (1): 11-27
9. Guerrero O. **¿Existe la crisis de la adolescencia?** Acta pediátrica de México. 2003; 24 (1).
10. Oliviedo, G.; Jordan, V. **Trastornos afectivos posparto.** Revista Universitas Médica. 2006. 47(2): 131-140.
11. Israel López J, Lugones Botell M, Valdespino Pineda L, Ambrosio San Martín S. **Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes.** Rev. Cubana med. Gen integr 2005.

12. Falcón Henríquez A. **Investigación sociocultural y comunicación en población.** La Habana. 1997: 52-5.
13. Vargas Mendoza J.E, García Jarquín M. **Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico.** Centro regional de investigación en psicología, volumen 3, número 1, 2009 pág. 11-18.
14. Latorre Latorre JF, Contreras Pezzotti LM, García Rueda S, Arteaga Medina J. **La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia.** Revista colombiana de obstetricia y ginecología vol. 57 no. 3. 2006. (156-162)
15. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. **Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes.** Cmaj 1996; 154:785-99.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1487795/>
16. Pérez R, Sáez K, Alarcón I, Avilés V, Braganza I, Coleman J. **Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo.** Rev. Obstet. Ginecol. Venez 2007; 67(3):187-91.
17. British Medical Journal. **Cesárea y depresión postparto.** 25 de mayo de 2008. Reino unido.
Disponible en: <http://www.hospitallocaldepiedecuesta.org/cesarea.html>
18. Morris JK, Comerford M, Bernstein PS. **Screening for postpartum depression in an inner-city population.** Obstet Gynecol 2003; 1881217-9.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748483>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA



Señoras pacientes del INMP, somos alumnos pertenecientes a la **Escuela Académico Profesional de Obstetricia**. Venimos a aplicar una encuesta con la finalidad de realizar un trabajo de investigación, para lo cual pedimos su colaboración respondiendo con sinceridad nuestras preguntas de las que quedaremos muy agradecidos. Le aseguramos la confidencialidad de los datos brindados dado que la encuesta es ANONIMA.

Edad:

Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente ()

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Condición Familiar: Dependiente () Independiente ()

CPN: < 6 () ≥ 6 ()

Tipo de Cesárea: Programada () No Programada ()

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

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo _____ 0

Sí, la mayor parte del tiempo x 1

No, no muy a menudo _____ 2

No, en absoluto _____ 3

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

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0
No tanto ahora _____ 1
Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
No, en absoluto _____ 3

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

Tanto como siempre _____ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
Prácticamente nunca _____ 3

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

Sí, casi siempre _____3
Sí, algunas veces _____2
No muy a menudo _____1
No, nunca _____0

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

No, en absoluto _____0
Casi nada _____1
Sí, a veces _____2
Sí, muy a menudo _____3

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Sí, bastante _____3
Sí, a veces _____2
No, no mucho _____1
No, en absoluto _____0

6. Las cosas me oprimen o agobian:

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____2
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

Sí, casi siempre _____3
Sí, a veces _____2
No muy a menudo _____1
No, en absoluto _____0

8. Me he sentido triste y desgraciada:

Sí, casi siempre _____3
Sí, bastante a menudo _____2
No muy a menudo _____1
No, en absoluto _____0

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

Sí, casi siempre _____3
Sí, bastante a menudo _____2
Ocasionalmente _____1
No, nunca _____0

10. He pensado en hacerme daño:

Sí, bastante a menudo _____3
A veces _____2
Casi nunca _____1
No, nunca _____0

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION