

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



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN EN POST  
CESAREADAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA LIMA.**

**AGOSTO-OCTUBRE 2014**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**Presentado por**

**ENCISO YARANGA, Milca Havela**

**GAVILANO GODOY, Carmen Luz**

**ASESOR:**

**Mg. CHUCHON GÓMEZ, Oriol Marciano**

**AYACUCHO – PERU**

**2015**

## **DEDICATORIA**

**Dios, por ser el creador de mi vida y por darme fuerzas para no desfallecer ante las adversidades y vencer todas las dificultades.**

**Mis padres, Constantina y Eduardo por ser el pilar de mi formación, gracias por su cariño, comprensión y sacrificio han hecho posible la culminación de esta etapa de mi vida. Hoy contribuyo parte de su esfuerzo con este logro que no es mío sino de ustedes, por lo cual viviré eternamente agradecido.**

**Mis hermanos y Edwin Pérez por esa lucha incansable de ayudarme a seguir adelante, por el tiempo que nunca podre devolverles pero si agradecerles.**

**Agradecimiento infinito a  
nuestro Divino Señor que me  
permite seguir con todos mis  
objetivos y cristalizar mi  
camino.**

**Con inmenso amor y agradecimiento  
a mis padres Aureliano y Maximiliana  
quienes me brindaron su apoyo  
Incondicional y sacrificio para lograr  
terminar mi carrera profesional.**

**A mis hermanos y en especial  
Patricia por darme fuerza  
constante para lograr mi  
carrera profesional.**

**CARMEN**

## **AGRADECIMIENTO**

**A nuestra alma mater la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de formarnos como profesional.**

**A la Facultad de Obstetricia y a los Docentes, por las orientaciones e invalorable enseñanzas y consejos impartidos durante nuestra formación profesional.**

**Al Hospital María Auxiliadora-Lima por permitirnos elaborar el presente trabajo.**

**A nuestro asesor Obstetra Oriol Chuchon Gómez, por su constante apoyo desinteresado que nos permitió conseguir nuestros anhelos.**

**Las autoras**

# ÍNDICE

Pág.

Introducción

## CAPITULO I

### PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema .....	10
1.2. Formulación del Problema .....	14
1.3. Objetivos de la Investigación.....	15

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.....	16
2.2. Base Teórico- Científica .....	23
2.2.1. Adolescencia .....	23
2.2.2. Cesárea.....	24
2.2.2.1. Cesárea electiva o programada .....	25
2.2.2.2. Cesárea de emergencia o no programada .....	25
2.2.2.3. Indicaciones para realizar una cesárea .....	25
2.2.3. Puerperio.....	26
2.2.3.1. Clasificación del puerperio .....	27
2.2.4. Depresión post parto .....	27
2.2.4.1. Fisiopatología de la depresión puerperal .....	29
2.2.4.2. Clasificación de la depresión.....	29
2.2.4.3. Factores que influyen en la depresión post parto.....	31
2.2.4.4. Diagnóstico de la depresión post parto .....	35
2.2.4.5. Tratamiento de la depresión post parto.....	37
2.2.4.6. Prevención de la depresión post parto .....	39
2.2.5 Escala de Edimburgo .....	40
2.3. Definición de términos operativos .....	42
2.4. Formulación de la Hipótesis .....	44
2.5. Variables de estudio.....	45

**CAPITULO III**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Método de estudio .....	46
3.2. Tipo de estudio .....	46
3.3. Población y muestra .....	46
3.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	47
3.5. Técnicas e instrumentos de investigación .....	47
3.6. Procedimiento de la Recolección de Datos .....	48
3.7. Procesamiento y análisis estadístico .....	49

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Resultados y discusión .....	50
Conclusiones .....	75
Recomendaciones .....	76

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

## INTRODUCCIÓN

La depresión post parto es un trastorno psicológico con alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos como tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc. y físicos como la disminución de la libido, anorexia – hiperfagia, etc., y su estudio sistemático de dicho trastorno se realiza desde sólo algunas décadas atrás, debido a la real importancia que cobra la asunción de la maternidad como suceso vital de gran impacto para la madre, su pareja, su familia y especialmente para el futuro hijo con quien se vinculará esta madre.<sup>1</sup>

Por otro lado, 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 para evitar las complicaciones del parto, se vislumbra en la actualidad como un problema porque las consecuencias físicas, orgánicas y psicológicas muchas veces repercuten negativamente en la puerpera. La evaluación de riesgos de depresión en post cesárea 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.

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.<sup>2</sup>

La Depresión post parto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo . Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, entre otros. Asimismo, se ha asociado a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.<sup>3</sup>

La finalidad del presente estudio fue conocer los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes como el nivel de instrucción, paridad, estado civil, procedencia, condición económica,



atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, condición de Cesárea, Embarazo deseado y violencia basada en género.

La metodología de la investigación es aplicada el tipo de estudio descriptivo, transversal, prospectivo en post cesareadas adolescentes.

Los principales resultados hallados en la presente investigación fueron: El 50.9% de adolescentes post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima presentaron depresión moderada, seguido de la depresión leve con 23.2% (26). Los factores asociados a la depresión postparto en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fueron el nivel de instrucción, condición económica, estado civil, atención prenatal, psicoprofilaxis, condición de cesárea y violencia familiar ( $P < 0.05$ ) y los factores no asociados fueron la procedencia, paridad, embarazo deseado.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

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

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

Durante el embarazo y el puerperio sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y ocasionan repercusiones en la salud de la puérpera, en las relaciones conyugales y familiares, pero sobre todo dificulta la relación madre-hijo, pudiendo provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido.<sup>4</sup>

La incidencia de Depresión post parto varía ampliamente de acuerdo a patrones socioculturales, a la forma de medición, al momento de la evaluación y a los criterios diagnósticos utilizados. Se encuentran cifras desde el 3,7% al año en Minnesota, hasta del 22,4%, a los dos meses, en Chile.<sup>5</sup>

En el Hospital Hipólito Unanue Tacna la incidencia de Depresión post parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes fue 51,1%. La incidencia de ideas de auto-daño fue de 22,2% en aquellas con Depresión post parto y 4,7% en las que no presentaron depresión (RR: 1.8;  $p < 0,05$ ).

La depresión postparto en madres adolescentes alcanzó niveles elevados y en ninguna fue considerado como diagnóstico en la historia clínica.<sup>6</sup>

En el Hospital María Auxiliadora Lima de todas las puérperas con depresión post parto, 39 (32,5%) fueron puérperas adolescentes y el 23 (19,2%) puérperas adultas .existe el riesgo (OR: 2,98) de 3 veces más de tener una depresión post parto en las puérperas adolescentes que en las puérperas adultas.<sup>7</sup>

La depresión en las adolescentes puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas adolescentes; sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales o como un tabú.<sup>5</sup>

A nivel de los países en desarrollo o sub desarrollados, con economía precaria ocurre la depresión en puerperio en aproximadamente en un 50 a 70% de las adolescentes .Aquellas que presentan depresión post parto están más irritables y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una .El pico de tristeza se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el

inicio de la lactancia y dura de varios días a semanas.<sup>8</sup>

Existen pocos estudios sobre depresión post parto en cesareadas adolescentes latinas; no se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas y factores asociados con la depresión post parto. Se define depresión post parto como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. Con una incidencia de 3 a 27% que pueden durar de un mes hasta más de un año.

Las adolescentes que han tenido una cesárea no programada tienen una mala experiencia, esto hace que haya un aumento en el riesgo de ocurrencia de depresión post parto en el parto siguiente, se tiene cifras entre 45 a 80% de casos. A pesar de que sus consecuencias negativa los síntomas pueden hacerse críticos, existen un posible impacto negativo en la relación entre la madre y el niño, así como el desarrollo emocional.

El porcentaje de cesáreas en el mundo está aumentado, especialmente en los países desarrollados, en la última década. 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. 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.<sup>2</sup>

Los factores obstétricos, es decir los motivos por el que decidieron la cesárea y el cómo 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, la calidad de la atención recibida es un aspecto crucial en la recuperación de la cesárea. Si la adolescente se ha sentido partícipe 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.<sup>2</sup>

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.<sup>8</sup>

Existen muy pocos trabajos nacionales y locales publicados que enfoquen esta problemática, no existe criterios de evaluación sobre depresión puerperal tampoco no están considerados dentro de la historia materno perinatal, por lo cual el presente estudio permitirá estimar los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima. Agosto – Octubre 2014?

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

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

- Conocer los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima entre los meses Agosto – Octubre 2014.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer la incidencia de post cesareadas adolescentes.
- Identificar a las puérperas post cesareadas adolescentes con depresión atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora.
- Determinar los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el servicio de Gineco obstetricia como el nivel de instrucción, paridad, estado civil, procedencia, condición económica, atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, condición de cesárea, embarazo deseado, violencia basada en género.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

**Monterrosa,A y De Arias,M (Colombia: 2006)**<sup>9</sup> En la investigación "Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia)". **Objetivo:** describir la frecuencia de parto en adolescentes en 13 años en el Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", en Cartagena (Colombia). **Metodología:** estudio de corte transversal por períodos anuales. Se incluyeron los registros de las mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea entre 1993 y 2005 y aquellos embarazos con edad gestacional mayor a 28 semanas a su terminación. Se evaluaron la edad y vía del parto. **Resultados:** reportaron de un total de 37983 partos en adolescentes atendidos entre los años 1993 – 2005, 9332 correspondieron a partos por cesárea (24.5%) y 28651 (75.5 %) a partos vaginales, sin embargo ambos porcentajes son superiores al 20%. **Conclusión:** existe un aumento en la frecuencia del embarazo y maternidad en las adolescentes, especialmente en las edades inferiores a los 15 años.



**Latorre, J. et al (Colombia: 2006)**<sup>5</sup> En la investigación “La depresión postparto en madres Adolescentes de Bucaramanga, Colombia”.  
**Objetivos:** establecer la incidencia de depresión posparto en adolescentes de Bucaramanga y compararla con la presencia en mujeres mayores. **Métodos:** estudio de cohorte (mayo/2003 – abril/2004) con 286 mujeres puérperas provenientes de once centros asistenciales de Bucaramanga y seguidas seis semanas. Se recogió información sobre aspectos sociodemográficos, variables obstétricas, antecedentes psiquiátricos, datos del recién nacido y lactancia. El diagnóstico de depresión posparto fue establecido por un psiquiatra de acuerdo con criterios de DSM IV. Se midieron tasas de incidencia por grupos de edad, se calcularon razones de tasas y se ajustó el riesgo de padecerla por regresión de Cox. **Resultados:** Reportó de un total de un total de 73 adolescentes en estudio el 90.4% de adolescentes vivían en pareja (P=0.00), 76.7% fueron primigestas (P=0.00), 41.1% de adolescentes tuvieron control prenatal (P=0.08), 21.9% mencionaron que la gestación fue no deseada (P=0.01). **Conclusión:** la depresión posparto constituye un problema de salud frecuente en Bucaramanga. Las madres adolescentes no presentan un riesgo mayor que de otras mujeres.

**Salinas, R. et al (Argentina: 2009)**<sup>10</sup> En la investigación “Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto. Argentina”, **Objetivos:** Determinar la frecuencia de cesárea abdominal en embarazadas adolescente con respecto a embarazadas no adolescentes y comparar frecuencia de cesárea abdominal y parto vaginal según periodo de la adolescencia. **Metodología:**

Estudio observacional descriptivo. Unidad de análisis: libro de partos, desde el 1º de abril al 1º de junio. El universo de estudio: constituido por mujeres en trabajo de parto; las cuales se dividieron embarazo adolescente y embarazo no adolescente (punto de cohorte 20 años). Se subdividieron en: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años) y adolescencia tardía (17-20 años). Las variables analizadas: edad materna, vías de terminación de parto. **Resultados:** de un total de 218 partos en adolescentes atendidos, 175 (80.3%) correspondieron a partos vaginales y 43 (19.7%) a partos por cesárea. De los partos vaginales, 2 correspondieron a adolescentes tempranos, 9 a adolescentes intermedios y 32 a adolescentes tardíos. **Conclusión:** La cesárea abdominal es más frecuente en mujeres adultas, mientras que en adolescentes aumenta conforme se acercan a los 20 años; a excepción de lo registrado en adolescencia temprana.

**Urdaneta, J. et al (Venezuela: 2011)** <sup>3</sup>En la investigación “Factores de riesgo de depresión post parto en puérperas venezolanas”, **Objetivo:** Comparar la prevalencia de depresión post parto en primigestas y multíparas atendidas en la división de obstetricia y ginecología del servicio autónomo hospital universitario de Maracaibo. **Metodología:** se realizó una investigación comparativa con diseño no experimental, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la escala de depresión post parto de Edimburgo. **Resultados:** reportó mayor riesgo de depresión postparto en mujeres que se sometieron a cesárea (OR=3.45, IC95% = 1.29-5.71, P=0.011), comportándose el parto vaginal como un factor de riesgo (OR= 0.28, IC95%= 0.10-0.77,

P=0.011), resultados que coinciden con los hallados en la presente investigación. **Conclusión:** la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión post parto sin diferencias en cuanto a su paridad.

**Molero,K. et al (Venezuela: 2014)<sup>11</sup>** En la investigación “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas”, **Objetivo:** Comparar la prevalencia de depresión posparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr. Manuel Noriega Trigo”, en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. **Métodos:** Investigación comparativa con diseño no experimental, transeccional, de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y por un guion de entrevista para identificarlos factores de riesgos asociados a esta patología. **Resultados:** de un total de 50 adolescentes en estudio, 4.0% (2) presentaron depresión postparto y 96.0% (48) no presentaron depresión postparto, 42.9% (42) con bajo nivel educativo (P=0.004), 16.4% (16) de adolescentes procedentes del área rural (P=0.080), 42.9% (42) presentaron bajo ingreso económico (P=0.816). **Conclusión:** La DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.

**Mitma,Y. y Pretel,K. (Ayacucho 2006)<sup>12</sup>** En la investigación “Factores predisponentes en la depresión post parto en puérperas inmediatas

atendidas en servicio de Gineco obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho". **Objetivo:** conocer los factores predisponentes de la depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el servicio de Gineco obstetricia. **Metodología** fue aplicada descriptivo transversal analítico con la aplicación de la escala post natal de Edimburgo. **Resultados:** reportó de un total de 83 puérperas inmediatas con depresión postparto, el 26.0% (63) no tenía psicoprofilaxis obstétrica y el 8.0% se había realizado la psicoprofilaxis obstétrica. **Conclusión:** Existe elevado porcentaje de depresión postparto en puérperas inmediatas atendidas en servicio de Gineco obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.

**Escobar,M. (Lima -2008)** <sup>1</sup>En la investigación "Depresión post parto y la violencia basada en género en el Hospital San Bartolomé", **Objetivos:** Determinar la asociación entre depresión posparto y la violencia basada en género. **Metodología:** Exploratorio, de corte transversal. Lugar: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Participantes: Mujeres puérperas. Intervenciones: Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos y del parto, la escala de Edimburgo, el inventario revisado de factores predictores de depresión posparto y el instrumento de detección de violencia basada en género a 100 mujeres, de 1 a 12 meses de tiempo puerperal. Principales medidas de resultados: Asociación entre depresión posparto y violencia basada en género. **Resultados:** reportó de un total de 100 mujeres en estudio, un 17% con depresión postparto. Asimismo, 51% de ellas sufrió de violencia de género, 27% manifestó haberla sufrido durante el embarazo, 45% fue víctima de

violencia psicológica, 15% de violencia física, 13% de violencia sexual durante la niñez y 10% en edades posteriores. En relación a las variables principales del estudio, se halló asociación entre violencia y depresión posparto ( $P < 0.001$ ), reportó un  $OR = 9.8$  ( $IC_{95\%} = 2.1$  a  $45$ ), que indica que las mujeres con violencia de género son más propensas a desarrollar la depresión post parto. **Conclusión:** Las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto.

**Curiñaupa, R. y Chávez, M. (Lima- 2011)**<sup>7</sup> En la investigación “factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas mediatas adolescentes y adultas Hospital María Auxiliadora”. **Objetivo** conocer los factores de riesgo asociados a la depresión post parto en las puérperas mediatas adolescentes y adultas **Metodología:** se realizó a través de un tipo de investigación aplicada cuantitativa no experimental, transversal de caso-control los principales **Resultados:** de un total de 60 adolescentes en estudio, 65.0% (39) presentaron depresión postparto, de ellas, 35.0 % (21) correspondieron a adolescentes con nivel de instrucción secundaria, 26.7% (16) con nivel de instrucción primaria y 3.3% (2) a adolescentes analfabetas, 36.7% (22) correspondieron a adolescentes solteras, 25.0% (15) a adolescentes convivientes y 3.3% (2) a casadas, 58.3% (35) correspondieron a adolescentes primíparas y 6.7% (4) a multíparas, 55.0% (33) correspondieron a adolescentes que no deseaban el embarazo y 10.0% (6) a adolescentes que si deseaban el embarazo. **Conclusión** de todas las puérperas con depresión post parto 39 (32,5%) fueron puérperas adolescentes y 23 (19,2%) puérperas adultas.

## **2.2. BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA**

### **2.2.1. ADOLESCENCIA**

Es un proceso de transición, considerado como una etapa crítica de la vida que se da de los 10 a 19 años, etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.<sup>13</sup>

#### **2.2.1.1 En lo Psicológico**

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 a disminuir 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 frases 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.<sup>14</sup>

#### **2.2.1.2 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 19 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 más manifiesto de los 13 a los 16 años, en donde la aceptación pasa de importante a “vital”. Una expresión de gran importancia se establece por el hecho de que el joven que tiene dificultad para relacionarse con sus padres, 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).<sup>14</sup>

### 2.2.2. CESÁREA

Es la extracción del feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero.<sup>15</sup>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.<sup>16</sup>

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 mundo 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.

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.



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.<sup>2</sup>

#### **2.2.2.1 Cesárea electiva o programada**

Sé produce cuando se identifica una causa durante el control del embarazo que hace imposible el parto por vía vaginal.<sup>16</sup>

#### **2.2.2.2 Cesárea de emergencia o no programada**

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.<sup>16</sup>

#### **2.2.2.3 Indicaciones para realizar una cesárea:**

##### **a. 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, Macrostomia fetal, Infección por Herpes activa, Tumores obstructivos benignos y malignos, Cirugía uterina previa, antecedente de plastia vaginal, Infección por VIH.

#### **b. 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; Pre eclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp; Insuficiencia cardio-respiratoria, Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina), Papiloma virus humano.<sup>16</sup>

#### **2.2.3. PUERPERIO**

El periodo de post parto o puerperio comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional. Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido.

Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo para responder a la lactancia.<sup>15</sup>

### **2.2.3.1 Clasificación de puerperio**

#### **a. Puerperio inmediato**

Que abarca las primeras 24 horas, las que transcurren generalmente durante la internación.

#### **b. Puerperio mediato**

Que abarca desde las 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto

#### **c. Puerperio alejado**

Se extiende desde el día 11 hasta los 42 días, fecha considerada clásicamente como la finalización del puerperio.

#### **d. Puerperio tardío**

Corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado o sea después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos.<sup>15</sup>

### **2.2.4. DEPRESIÓN POST PARTO**

Se define la depresión post-parto como un síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado, al que acompañan síntomas como lloros, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración, pérdida de apetito, etc. cuya duración puede variar desde unas Horas hasta unos días.<sup>2</sup>

Este cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en

lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor.

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: cerca del 4% de los casos persisten por un año.

En otros casos la depresión post -parto se acompaña de síntomas hipocondríacos, somatizaciones, temores y fantasías de la madre de dañarse a sí misma o a su bebé. Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas.

Las razones por las que se produce la depresión post parto no están aún muy claras. Las investigaciones psiquiátricas le atribuyen factores que van desde el desajuste hormonal, efectos fisiológicos de partos altamente difíciles, hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo.<sup>2</sup>

#### **2.2.4.1 FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN PUERPERAL**

Las relaciones entre lo fisiológico de ciclo reproductor femenino y la psicología y psicopatología femenina son complejas. El hipotálamo y la hipófisis interviene en la regulación de la función reproductora a través del sistema circulatorio portal, por el que se vierte las neurohormonas hipotalámicas, denominadas hormonas liberadoras de gonadotropinas (GnRH), que actúan sobre la adenohipofisis, además de ejercer funciones autocrinas /paracrinas en todo el organismo, ya que hay receptores en tejidos extrahipofisarios ,lo que explicaría su influencia sobre el comportamiento incluido.

Al no existir receptores para esteroides gonadales en neuronas liberadoras de GnRH, su secreción estará determinada por señales periféricas y de centros superiores del sistema nervioso central a través de neurotransmisores, como dopamina y noradrenalina, endorfina, serotonina y melatonina. La frecuencia de descarga GnRH estará estimulada por la noradrenalina, mientras que la dopamina y serotonina la inhiben, de ahí que los factores psicológicos que afecten a la función hipofisaria alteren la síntesis de catecolaminas y, en consecuencia, la liberación de GnRH.<sup>17</sup>

#### **2.2.4.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

En términos generales se distinguen tres formas bien definidas de trastornos afectivos en la depresión posparto.

##### **a) Depresión post parto leve o maternity blues**

Es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en

un 20 a 80% de las madres. Ocurre alrededor de los dos a 4 días después del parto y desaparece sin secuelas de forma espontánea, en un plazo de dos semanas.

El cortejo sintomático se caracteriza por ansiedad insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito y sentimientos de minusvalía.

Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación. No obstante debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persistan o aumenten de intensidad y deriven a una depresión postparto.<sup>18</sup>

#### **b. Depresión moderada o sin psicosis**

La clínica de este cuadro es más florida. Se inicia a las 2-3 semanas tras el nacimiento, con una duración de 4-6 semanas e incluso superior al año sin tratamiento. La prevalencia es del 5-22% de las nuevas madres según las distintas series. Puede manifestarse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste.<sup>18</sup>

#### **.c. Psicosis postparto o depresión severa**

La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el del tercer y el noveno día postparto, aunque puede iniciarse

incluso en el sexto mes. La psicosis postparto no se diferencia clínicamente de otras psicosis. Su aparición clínica comporta labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina. A lo largo del día puede existir una variabilidad sintomática importante ; puesto que la madre puede con frecuencia autolesionarse o dañar a su niño, la psicosis postparto es una emergencia médica .El 15-20% de las mujeres con psicosis postparto ha tenido episodios psicóticos previos. Las primigestas son doblemente vulnerables a la psicosis. Tras un episodio de psicosis postparto, las mujeres tienen un riesgo de recaída con episodios maníacos o depresivos.<sup>18</sup>

#### **2.2.4.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN POST-PARTO**

Los factores de riesgo que se han descrito para la depresión post-parto son variados: la edad de la puérpera, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología Gineco-obstétrica de la mujer, el tipo de parto, entre otros.

Si bien los trastornos mentales afectan a cualquier edad, raza, religión o condición económica, existen factores biológicos o psicosociales que pueden desencadenar la aparición de los mismos.<sup>18</sup>

### **a) Los factores reproductivos**

La mayor frecuencia de depresión post parto se presenta en aquellas que por primera vez experimentan la maternidad la responsabilidad que ocasiona inquietud temor, angustia por la necesidad de adaptarse a una nueva dinámica de vida donde prima el cuidado del niño, frente a esta situación, las mujeres primíparas son más afectadas a los cuadros depresivos debido a su primera experiencia de ser madre.<sup>19</sup>

### **b) Los factores psicosociales**

Pueden estar relacionados con la historia personal y particularmente con las experiencias tempranas en la vida que hacen más vulnerables a los individuos a sufrir enfermedades mentales.

### **c) Violencia basada en género**

- **Violencia física**

Incluye cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral. Acoso, violación, penetración de objetos, tocamientos y contactos no deseados, mutilación genital, Empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, quemaduras, mordeduras, estrangulamiento, puñaladas, tortura, asesinato.<sup>20</sup>



- **Violencia psicológica**

Incluye toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilizarían o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.

Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia psicológica contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral. Chistes, bromas, comentarios, amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación e insultos en público, desigualdad en el reparto de los recursos comunes, negativa a que la mujer salga sola de casa.<sup>20</sup>

- **Violencia económica**

Incluye la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la pareja.

No deja que controle los recursos de la economía familiar, limita el dinero, entrega cantidades insuficientes para el mantenimiento de la familia, la culpa de no saber administrar bien el dinero, impide que trabaje para que no tenga independencia económica.<sup>2</sup>

- **Violencia sexual y abuso sexual**

Incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima. Acoso, violación, penetración de objetos, tocamientos y contactos no deseados, mutilación genital, impide ejercer tu sexualidad libremente.<sup>20</sup>

**d) Factores sociodemográficos**

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema.<sup>18</sup>

La frecuencia de atención prenatal se asocia con la depresión post parto la mayor frecuencia de este trastorno psicológico corresponde a las puérperas no controladas o con un menor de 6 atenciones prenatales que refleja la escasa disposición para asumir con responsabilidad la maternidad sea porque se trata de embarazos no deseados, no planificados o porque desconocen la importancia de la atención prenatal como estrategia de salud materna para vigilar el curso del embarazo. El embarazo no deseado ni planificado constituye un riesgo perinatal asociado significativamente con la primera depresión post parto por que no está motivada para ejercer la maternidad.<sup>21</sup>

#### **e) Factores socioeconómicos**

Los factores sociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la depresión post-parto, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto.

Los factores sociales como la procedencia, la pobreza y los cambios tecnológicos se han asociado con el desarrollo de trastornos mentales y conductuales, sin embargo, los efectos en la salud mental no son iguales para todos los segmentos de la sociedad. Un modelo propuesto por la OMS destaca que en un sentido amplio, la pobreza se refiere a la carencia de recursos sociales (empleo, vivienda y educativos).

Las personas pobres y con grandes carencias tienen las más altas prevalencias de trastornos mentales y conductuales. El informe de la OMS considera que hay 2 mecanismos por la que se da esta mayor prevalencia, el primero debido a la mayor presencia de agentes causales y el segundo a que las personas con trastornos mentales caen en los estratos más pobres.

Las adolescentes con un ingreso económico inferior al mínimo vital tienen mayor predisposición a la depresión post parto debido a las restricciones económicas para sus necesidades básicas del recién nacido.<sup>21</sup>

#### **2.2.4.4. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO**

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes

pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo. Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan:

Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto.

– La identificación de los grupos de riesgo: sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.

– Información-Educación: Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.

– Relación médico-paciente: El médico de Atención Primaria debería

atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión postparto, aunque el más usado es The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Esta escala ha sido desarrollada para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de las madres que sufren depresión postnatal. El EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo y se han realizado diversas validaciones en numerosos países. Consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en la última semana. Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; se obtiene una puntuación global de la suma de todas ellas. <sup>18</sup>

#### **2.2.4.5. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO**

Existe escasa literatura sobre la prevención y del tratamiento multifactorial de estos trastornos, pero un manejo terapéutico adecuado incluye:

– Tratamiento psicoterapéutico: La importancia que han demostrado tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir de forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a la creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de estos problemas. En el Maternity Blues, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo, su resolución a veces puede

verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar depresión postparto.

– Tratamiento farmacológico: Existen muy pocos estudios que permitan obtener conclusiones fiables sobre este tema. Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con una depresión postparto moderada o grave requieren el tratamiento con psicofármacos; los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS). Se sabe poco de los riesgos de la exposición del niño a la medicación a través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar de forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos. Si la mujer tiene una historia previa de depresión postparto la medicación con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir una posible recaída. El tratamiento debe mantenerse de seis meses a un año. Si en la psicosis postparto existe riesgo para el niño (abandono, abuso, infanticidio) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico. Deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación.

En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva.<sup>18</sup>

#### **2.2.4.6. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POST PARTO**

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

Formas de prevención:

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

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

Una vez que él bebe haya nacido, la madre:

- Aproveche cualquier oportunidad para descansar. Su pareja podrá encargarse de alimentar al bebe por la noche, utilizando incluso la propia leche extraída con anterioridad.
- Alimentación adecuada. Como vegetales frescos, frutas, los sumos, la leche y los cereales son alimentos muy adecuados para este momento y que además no necesitan de mucha cocina.

-No tema pedir ayuda cuando lo necesite. Aunque su médico debe realizar su diagnóstico de su depresión post parto lo que usted haya aprendido en las clases pre parto y en folletos como este debe orientarle sobre cuando pedir ayuda.<sup>22</sup>

### **2.2.5. ESCALA DE EDIMBURGO**

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. Dicha escala fue planteada en 1987 por Murray y Cox para detectar posibles casos de depresión Postnatal; fue posteriormente validada en población gestante por los mismos autores (1990), y por otros investigadores en diversos países, contándose a Estados Unidos, Francia, Nigeria y el Reino Unido. Recientemente en un estudio realizado en Taiwán.<sup>23</sup>

En el Perú se realizó la validación de una versión en español de la escala de depresión post natal de Edimburgo en el 2002 por Vega Mazossti y Campos en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio



**Instrucciones de uso:**

- 1° Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- 2° Tienen que responder las diez preguntas.
- 3° Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

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

EPDS menor que 10: Sin depresión posparto

EPDS 10-12: Depresión leve

EPDS 13 a 18: Depresión moderada

EPDS  $\geq$  19: Depresión severa

## **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS**

**DEPRESIÓN POST PARTO:** Es un trastorno psiquiátrico que se produce después del nacimiento del niño.

**PARTO VAGINAL:** Es el proceso por el cual se expulsa del útero, el producto de la concepción madura o casi madura, ya sea en forma espontánea y fisiológica.

**PUERPERIO:** Periodo que sigue al parto con una duración aproximada de seis semanas, donde se remiten cambios anatómicos y fisiológicos.

**CESAREA:** Es la extracción del feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero.

**CESÁREA PROGRAMADA:** Se produce cuando se identifica una causa durante el control del embarazo que hace imposible el parto por vía vaginal.

**CESÁREA NO PROGRAMADAS (EMERGENCIA):** Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología.

**ADOLESCENCIA:** Según la OMS, es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad.

**ESTADO CIVIL:** La unión de personas de diferente sexo con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo.  
INEI.

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN:** Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las

características del sistema educacional del país.

**PARIDAD:** Número de embarazos en una mujer, incluyendo el número de partos a término, el número de partos prematuros, el número de abortos y el número de hijos vivos.

**CONDICIÓN ECONÓMICA:** Medios económicos con que cuenta la familia para la manutención del hogar.

**ATENCIÓN PRENATAL:** Es la vigilancia y evaluación de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un niño sano, sin deterioro de la salud de la madre.

**PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA:** Es la preparación física mental durante el embarazo para el momento del parto y pos parto. Integra seis sesiones teóricas y prácticas.

**PROCEDENCIA:** Se refiere al lugar donde nació la persona que determina su estado natural y nacionalidad.

**EMBARAZO DESEADO:** Proceso de gestación aceptada por la pareja

**VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO:** Es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niño, causando daño físico y psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer.

**ESCALA DE EDIMBURGO:** Es una escala para medir la depresión, es un medio que a través de él se mide la sintomatología de la persona.

## **2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El nivel de instrucción, paridad, estado civil, procedencia, condición económica, atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, condición de cesárea, embarazo deseado, violencia basada en género son factores que influyen en la depresión en adolescentes post cesareadas atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital María Auxiliadora Lima Agosto – Octubre 2014.

## **2.5. VARIABLES DE ESTUDIO**

### **2.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTE**

Factores que influyen:

- Nivel de instrucción
- Paridad
- Estado civil
- Procedencia
- Condición económica
- Atención prenatal
- Psicoprofilaxis obstétrica
- Condición de cesárea
- Embarazo deseado
- Violencia basada en género

### **2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Depresión en post cesareadas adolescentes

- EPDS < que 10: Sin depresión posparto
- EPDS 10-12: Depresión leve
- EPDS 13 a 18: Depresión moderada
- EPDS  $\geq$  19: Depresión severa

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MÉTODO DE ESTUDIO**

Aplicada

#### **3.2. TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, transversal, prospectivo

#### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.3.1. POBLACIÓN**

Estuvo integrada por 156 adolescentes post cesareadas en Hospital María Auxiliadora (Registro de atenciones agosto – octubre 2013 UCAIM).

##### **3.3.2. MUESTRA**

Estuvo constituida por 112 adolescentes post cesareadas captadas en el servicio de consultorio de puerperio del Hospital María Auxiliadora. Lima durante el periodo comprendido entre Agosto y Octubre 2014. Dicho tamaño de muestra fue determinado mediante la aplicación de la

siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N}{1 + E^2 \times N} \Rightarrow n = \frac{156}{1 + 0.05^2 \times 156} \Rightarrow n = 112.2 \Rightarrow n = 112$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra.

N: Población

1: Constante

E: 0.05, error permitido 5%, nivel de confianza 95%.

### **3.3.3. TIPO DE MUESTREO**

Probabilístico, aleatorio simple.

## **3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Puérperas post cesareadas adolescentes de 10 a 19 años, que desean participar en el estudio.

### **3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Puérperas post cesareadas mayores de 20 años, de parto eutócico y enfermedades psiquiátricas, en situación de duelo o muerte de su hijo, y que habiendo iniciado la entrevista desistan de hacerlo.

## **3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.5.1. TÉCNICA:**

La técnica de recolección de datos fue mediante la entrevista.

### **3.5.2. INSTRUMENTOS**

Ficha de recolección de datos

Escala de Edimburgo.

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Previo aprobación del proyecto de tesis, se tramitó la autorización respectiva a la dirección del Hospital María Auxiliadora –Lima. Con el propósito de contar con las facilidades necesarias para la recolección de datos y así lograr los objetivos trazados.

Una vez obtenida la autorización se procedió a identificar y captar a las puérperas post cesareadas adolescentes que acuden al primer control post parto a los 7 días, se aprovechó el primer control ya que la escala de Edimburgo evalúa como se ha sentido la puérpera durante los últimos 7 días, generalmente las adolescentes cesareadas no regresan al segundo control post parto, ya que el Hospital María Auxiliadora es un centro de referencia, luego se explicó a la participante del estudio, sus objetivos y previa sensibilización, consentimiento informado se aplicó la entrevista y la escala de Edimburgo para la detección de la depresión post parto.

Se procedió a explicar a la puérpera post cesareada que la depresión es una enfermedad frecuente en estas etapas de la vida y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarlo lo más temprano posible.



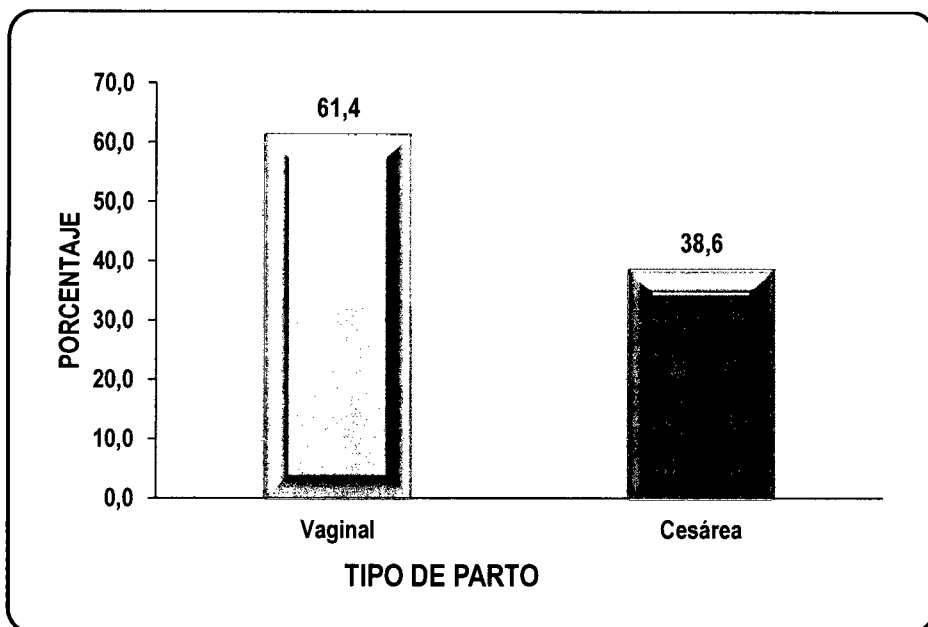
### **3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO**

Los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS 22, con las cuales se presentan los resultados en las tablas estadísticas de contingencia y gráfico.

Asimismo, a cada tabla de contingencia se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado con la finalidad de determinar la dependencia de variables de estudio.

## **CAPITULO IV**

# **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



FUENTE: UCAIM.

**Gráfico Nº 01: Incidencia de cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima. Agosto - Octubre 2014.**

El Gráfico Nº 01 referido a la incidencia de partos por cesárea en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima, donde se muestra que del 100.0% (409) adolescentes en estudio, el 38.6% (158) correspondieron a partos por cesárea y el 61.4% (251) a partos vaginales.

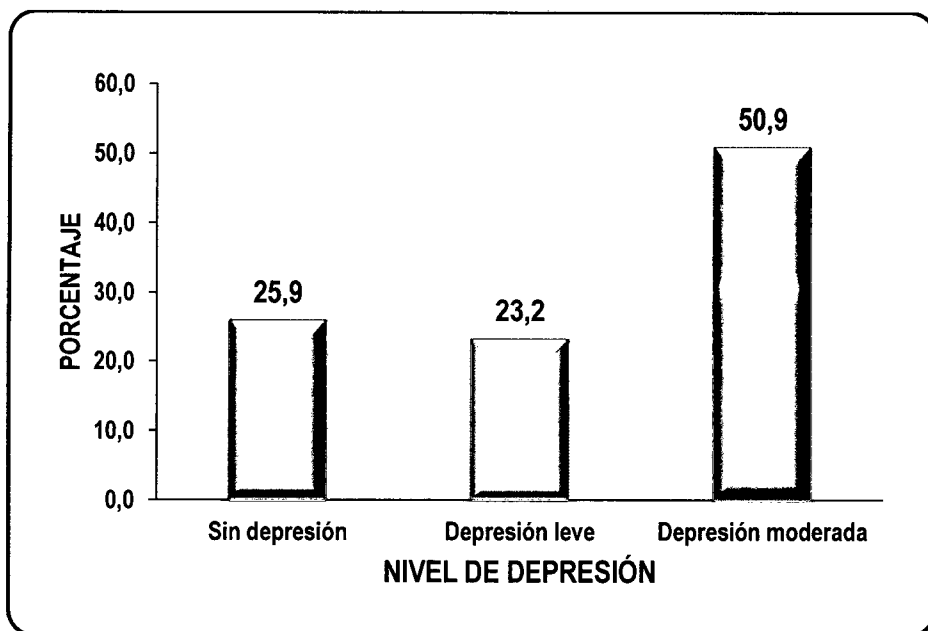
Del resultado se concluye que el 38.6% (158) de adolescente atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima presentaron partos por cesárea.

Como se observa en los resultados hallados existe elevado porcentaje de cesáreas atendidos en el Hospital María Auxiliadora de Lima. Las indicaciones para realizar una cesárea son variadas, pueden ser debido a las distocias, enfermedades del metabolismo, toxemia, enfermedades pre-existentes, procesos infecciosos genitales, cesárea

anterior produciendo cicatriz uterina o persistiendo la causa anterior, embarazo prolongado, sufrimiento fetal agudo, macrosomia fetal, enfermedad hemolítica del recién nacido, o muerte fetal, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y prociencia de cordón, entre otros, como también la tasa de cesáreas se ha incrementado por razones no médicas como la elección de la madre y conveniencia de los profesionales de salud que atienden partos.

**Salinas,R. et al (Argentina: 2009)<sup>10</sup>** En la investigación “Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto”, de un total de 218 partos en adolescentes atendidos en el Hospital “Dr. José Ramón Vidal”, 175 (80.3%) correspondieron a partos vaginales y 43 (19.7%) a partos por cesárea. De los partos vaginales, 2 correspondieron a adolescentes tempranos, 9 a adolescentes intermedios y 32 a adolescentes tardíos. Resultados que son mucho menores a los hallados en la presente investigación.

**Monterrosa,A y De Arias,M (Colombia: 2007)<sup>9</sup>**En la investigación “Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”, Cartagena”, reportaron de un total de 37983 partos en adolescentes atendidos entre los años 1993 – 2005, 9332 correspondieron a partos por cesárea (24.5%) y 28651 (75.5%) a partos vaginales, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación, sin embargo ambos porcentajes son superiores al 20%.



FUENTE: Ficha de recolección de datos –escala de Edimburgo.

**Gráfico Nº 02: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima. Agosto - Octubre 2014.**

El Gráfico Nº 02 muestra el nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima, donde se muestra que del 100.0% (112) adolescentes en estudio, el 50.9% (57) presentaron depresión moderada, seguido del 25.9% (29) no presentaron depresión y el 23.2% (26) presentaron depresión leve.

Del resultado se concluye que el 50.9% (57) de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima presentaron depresión moderada.

Como se observa en los resultados hallados la depresión en post cesareadas adolescentes presentan elevado porcentaje de depresión 74.1% (83), esto nos demuestra que existen factores que inciden en el surgimiento de este trastorno psicológico, por lo que las autoridades de salud deberían de considerar la prevención y el tratamiento de las

puérperas de esta patología psicológica.

Cabe mencionar que la depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos. Una de las características frecuentes de los trastornos depresivos incluyen depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida.

**Molero, K. et al (Venezuela: 2014)**<sup>11</sup> En la investigación “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas”, de un total de 50 adolescentes en estudio, 4.0% (2) presentaron depresión posparto y 96.0% (48) no presentaron depresión posparto, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Tabla Nº 01: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación al nivel de instrucción. Agosto - Octubre 2014.**

Nivel de instrucción	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Primaria	3	36	32	38.6	35	42.2
Secundaria	19	22.9	23	27.7	42	50.6
Superior	4	4.8	2	2.4	6	7.2
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos –escala de Edimburgo.

$\chi_c^2 = 15.686$  \*\*       $\chi_i^2 = 5.991$        $P < 0.05$       g. l. = 2

La Tabla Nº 01 referido al nivel de depresión en relación al nivel de instrucción, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 50.6% (42) tuvieron nivel de instrucción secundaria, de ellas, 27.7% (23) presentaron depresión moderada y el 22.9% (19) depresión leve. Asimismo, el 42.2% (35) tuvieron nivel de instrucción primaria, de ellas, 38.6% (32) presentaron depresión moderada y el 36% (3) depresión leve.

Del resultado se concluye que el 38.6% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima presentaron depresión moderada y tienen nivel de instrucción primaria.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas es dependiente del nivel de instrucción ( $P < 0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados el nivel educativo viene a

ser un factor influyente en el surgimiento de la depresión post parto, el nivel educativo es fundamental en aspecto auto educativos y en la búsqueda de información mediante la lectura; el hábito de lectura estimula la actividad cerebral, fortalece las conexiones neuronales y aumenta la reserva cognitiva del cerebro, es un factor que ha demostrado ser protector ante enfermedades neurodegenerativas y trastornos psicológicos que devienen de ocupar los pensamientos con aspecto de la vida cotidiana muchas veces de experiencias negativas que favorece el surgimiento de la depresión post parto, ya que el embarazo en la adolescencia genera una serie de problemas tanto a las adolescentes y a los familiares.

**Molero, K. et al (Venezuela: 2014)**<sup>11</sup> Reportó de un total de 50 adolescentes en estudio, un 42.9% (42) con bajo nivel educativo, comportándose como un factor implicado en la depresión postparto ( $P=0.004$ ), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Curiñaupa, R. y Chávez, M. (Lima 2011)**<sup>7</sup> Reportó de un total de 60 adolescentes en estudio, el 65.0% (39) presentaron depresión postparto, de ellas, 35.0 (21) correspondieron a adolescentes con nivel de instrucción secundaria, 26.7% (16) con nivel de instrucción primaria y 3.3% (2) a adolescentes analfabetas, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.



**Tabla Nº 02: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación a la procedencia. Agosto - Octubre 2014.**

Procedencia	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Urbano	5	6.0	4	4.8	9	10.8
Urbano marginal	17	20.5	39	47.0	56	67.5
Rural	4	4.8	14	16.9	18	21.7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos - escala de Edimburgo.

$\chi^2_c = 3.174$  N. S.

$\chi^2_i = 5.991$

P > 0.05

g. l. = 2

La Tabla Nº 02 referido al nivel de depresión en relación a la procedencia, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 67.5% (56) procedieron del área urbano marginal, de los cuales el 47.0% (39) presentaron depresión moderada y el 20.5% (17) presentaron depresión leve. Asimismo, el 21.7% (18) procedieron del área rural, de los cuales el 16.4% (14) presentaron depresión moderada y 4.8% (4) depresión leve.

Del resultado se concluye que el 47.0% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima procedentes del área urbano marginal presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas no es dependiente de la procedencia (P>0.05).

Como se observa en los resultados hallados la procedencia no está relacionada con la depresión post parto, cabe señalar que el embarazo en todas las regiones ocasionan los mismos cambios fisiológicos, orgánicos y psicológicos en las adolescentes, asimismo la condición misma de estar embarazadas podría ser un factor importante en el surgimiento de la depresión post parto, debido a que la adolescentes está en una inmadurez orgánica y psicológica que el afrontamiento hacia un embarazo podría desencadenar dicho trastorno psicológico, debido a lo mencionado la procedencia no es un factor implicado en el surgimiento de la depresión post parto.

**Molero,K. et al (Venezuela: 2014)<sup>11</sup>** Reportó de un total de 50 adolescentes en estudio, un 16.4% (16) de adolescentes procedentes del área rural, no encontrándose asociado a la depresión postparto (P=0.080), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Latorre,J. et al (Colombia: 2006)<sup>5</sup>** En la investigación “La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga”, reportó de un total de 72 adolescentes en estudio el 2.3% procedieron del área rural, no hallándose asociación con la depresión postparto (P=0.43), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Tabla Nº 03: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación al estado civil. Agosto - Octubre 2014.**

Estado civil	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Casada	3	3.6	3	3.6	6	7.2
Conviviente	20	24.1	32	38.6	52	62.7
Soltera	3	3.6	22	26.5	25	30.1
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$$\chi_c^2 = 6.544 \quad **$$

$$\chi_i^2 = 5.991$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 2$$

La Tabla Nº 03 referido al nivel de depresión en relación al estado civil, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 62.7% (52) mencionaron ser convivientes, de los cuales el 38.6% (32) presentaron depresión moderada y el 24.1% (20) presentaron depresión leve. Asimismo, el 30.1% (25) mencionaron ser solteras, de los cuales el 26.5% (22) presentaron depresión moderada y el 3.6% (3) presentaron depresión leve.

Del resultado se concluye que el 38.6% de adolescentes post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima son convivientes que presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas es dependiente del estado civil ( $P < 0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados el estado civil está relacionado con la depresión post parto, cabe señalar si bien es cierto

que contar con una pareja estable puede ser considerado como un factor protector para una adolescente puérpera, el mismo hecho de aceptar su nueva condición de ser madre puede generar un conflicto entre sus deseos antes del embarazo con la realidad de tener que cuidar y educar un hijo. Las mismas expectativas truncadas por el embarazo podrían ser un factor que incide en el surgimiento de la depresión puerperal.

**Curiñaupa, R. y Chávez, M (Lima 2011)** <sup>7</sup> Reportó de un total de 60 adolescentes en estudio, el 65.0% (39) presentaron depresión postparto, de ellas, 36.7% (22) correspondieron a adolescentes solteras, 25.0% (15) a adolescentes convivientes y 3.3% (2) a casadas, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación. <sup>16</sup>

**Latorre, J. et al (Colombia: 2006)** <sup>5</sup> Reportó de un total de un total de 72 adolescentes en estudio el 90.4% de adolescentes vivían en pareja, hallándose asociación con la depresión postparto ( $P=0.00$ ), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Tabla Nº 04: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación a la paridad. Agosto - Octubre 2014.**

Paridad	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Primípara	19	22.9	40	48.2	59	71.1
Múltipara	7	8.4	17	20.5	24	28.9
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$\chi^2_c = 0.073$  N. S.

$\chi^2_r = 3.841$

P > 0.05

g. l. = 1

La Tabla Nº 04 referido al nivel de depresión en relación a la paridad, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 71.1% (59) fueron primíparas, de los cuales el 48.2% (40) presentaron depresión moderada y el 22.9% (19) presentaron depresión leve. Asimismo, el 28.9% (24) fueron múltiparas, de los cuales, el 20.5% (17) presentaron depresión moderada y el 8.4% (7) presentaron depresión leve.

Del resultado se concluye que el 48.2% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fueron primíparas que presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas no es dependiente de la paridad (P>0.05).

Como se observa en los resultados hallados la paridad no está relacionada con la depresión post parto, cabe señalar que un embarazo es un evento único que presenta sus propias características que no se

pueden generalizar con embarazos previos, en este sentido el surgimiento de la depresión post parto puede ser multifactorial, sin embargo, es un problema de salud que generalmente los padres de la adolescente tienen que asumir, generalmente asignándolas nuevas responsabilidades a la madre adolescente que afectará su salud psicológica.

**Curiñaupa, R. y Chávez, M (Lima 2011)** <sup>7</sup> Reportó de un total de 60 adolescentes en estudio, el 65.0% (39) presentaron depresión postparto, de ellas, 58.3% (35) correspondieron a adolescentes primíparas y 6.7% (4) a multíparas, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.<sup>16</sup>

**Latorre, J. et al (Colombia: 2006)**<sup>5</sup> Reportó de un total de un total de 72 adolescentes en estudio el 76.7% de adolescentes fueron primigestas, hallándose asociación con la depresión postparto (P=0.00), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Tabla № 05: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación a la condición económica. Agosto - Octubre 2014.**

Condición Económica	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		№	%
	№	%	№	%		
≤ S/. 749.00 (Bajo)	5	6.0	30	36.1	35	42.2
S/. 750.00 a 1199.00 (Medio)	16	19.3	26	31.3	42	50.6
≥ S/. 1200.00 (Alto)	5	6.0	1	1.2	6	7.2
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$$\chi_c^2 = 13.163 \quad **$$

$$\chi_r^2 = 5.991$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 2$$

La Tabla № 05 referido al nivel de depresión en relación a la condición económica, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 50.6% (42) tuvieron condición económica medio, de los cuales el 31.3% (26) presentaron depresión moderada y el 19.3% (16) presentaron depresión leve. Asimismo, el 42.2% (35) tuvieron condición económica bajo, de los cuales el 36.1% (30) presentaron depresión moderada y el 6.0% (5) presentaron depresión leve.

Del resultado se concluye que el 36.1% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima tuvieron ingreso económico bajo y presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas es dependiente de la condición económica ( $P < 0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados la condición económica

está relacionada con la depresión post parto, en las familias con bajos recursos económicos la llegada de un nuevo miembro familiar ocasionará mayores gastos tendrán que sacrificar de otras necesidades, incidiendo en el surgimiento de la depresión post parto. Se ha observado también que las adolescentes de familias de escasos recursos buscan salir de su condición precaria mediante el embarazo y su consecuente convivencia y matrimonio; sin embargo, al final serán los padres de la adolescente que afrontarán todas las responsabilidades de la llegada del nuevo miembro familiar reorientando el gasto familiar.

**Molero, K. et al (Venezuela: 2014)<sup>11</sup>** Reportó de un total de 50 adolescentes en estudio, un 42.9% (42) presentaron bajo ingreso económico, no encontrándose asociado a la depresión postparto (P=0.816), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.



**Tabla № 06: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación a la atención prenatal. Agosto - Octubre 2014.**

Atención prenatal	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		№	%
	№	%	№	%		
Si	20	24.1	18	21.7	38	45.8
No	6	7.2	39	47.0	45	54.2
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$$\chi_c^2 = 14.790 \text{ **}$$

$$\chi_r^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 1$$

La Tabla № 06 referido al nivel de depresión en relación al atención prenatal, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 54.2% (45) no tuvieron atención prenatal, de los cuales, el 47.0% (39) presentaron depresión moderada y el 7.2% (6) presentaron depresión leve. Asimismo, 45.8% (38) de adolescentes si tuvieron atención prenatal, de los cuales, el 21.7% (18) presentaron depresión moderada y el 24.1% (20) presentaron depresión leve.

Del resultado se concluye que el 47.0% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima no tuvieron atención prenatal y presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas es dependiente de la atención prenatal ( $P < 0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados, la depresión post parto está relacionada con la atención prenatal, en este caso podría estar considerada como un factor preventivo ante el surgimiento de la

depresión post parto, vale decir que aquellas adolescentes que no recibieron atención prenatal no solamente podrían presentar la depresión post parto, sino que también podrían presentar una serie de complicaciones durante el parto que podría condicionar el surgimiento de la depresión post parto, por ello, se debe sensibilizar a las adolescentes gestante que acudan a su control prenatal para poder identificar a que factor de riesgo puede estar enfrentando la adolescente.

**Latorre,J. et al (Colombia: 2006)**<sup>5</sup> Reportó de un total de un total de 72 adolescentes en estudio el 41.1% de adolescentes tuvieron control prenatal, no hallándose asociación con la depresión postparto ( $P=0.08$ ), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

**Tabla Nº 07: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación a la psicoprofilaxis Obstetrica. Agosto - Octubre 2014.**

Psicoprofilaxis obstétrica	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Si	9	10.8	8	9.6	17	20.5
No	17	20.5	49	59.0	66	79.5
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$$\chi_c^2 = 4.643^{**}$$

$$\chi_i^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 1$$

La Tabla Nº 07 referido al nivel de depresión en relación a la psicoprofilaxis, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 79.5% (66) no realizaron psicoprofilaxis, de los cuales, el 59.0% (49) presentaron depresión moderada y el 20.5% (17) presentaron depresión leve. Asimismo, el 20.5% (17) si realizaron psicoprofilaxis, de los cuales, el 10.8% (9) presentaron depresión leve y el 9.6% (8) presentaron depresión moderada.

Del resultado se concluye que el 59.0% de adolescentes post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima no realizaron psicoprofilaxis y presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas es dependiente de la realización de psicoprofilaxis ( $P < 0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados la depresión post parto está relacionada a la psicoprofilaxis obstétrica, mediante la

psicoprofilaxis obstétrica la gestante tiene una mejor participación en el trabajo de parto y principalmente durante el período expulsivo, asimismo llega con una preparación psicológica, que integrada a las anteriores, desarrollará la autoconfianza asumiendo de manera natural todo el proceso del parto y el alumbramiento. Asimismo, la autoconfianza de la gestante se transformará en una actitud positiva que podría prevenir la depresión post parto, y podría comportarse a la inversa si no recibieron la psicoprofilaxis obstétrica.

**Mitma, Y. y Pretel, K. (Ayacucho: 2006)** <sup>12</sup>En la investigación “Factores predisponentes en la depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en servicio de Gineco obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho”, reportó de un total de 83 puérperas inmediatas con depresión postparto, el 26.0% (63) no tenía psicoprofilaxis obstétrica y el 8.0% se había realizado la psicoprofilaxis obstétrica, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación, sin embargo se observa menor depresión postparto en aquellas puérperas que realizaron psicoprofilaxis obstétrica.

**Tabla Nº 08: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación a la condición de cesárea. Agosto - Octubre 2014.**

Condición de cesárea	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Programada	11	13.3	9	10.8	20	24.1
No programada	15	18.1	48	57.8	63	75.9
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$\chi_c^2 = 6.865$  \*\*       $\chi_r^2 = 3.841$        $P < 0.05$       g. l. = 1

La Tabla Nº 08 referido al nivel de depresión en relación al tipo de cesárea, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 75.9% (63) tuvieron cesárea no programada, de los cuales, el 57.8% (48) presentaron depresión moderada y el 18.1% (15) presentaron depresión leve. Asimismo, el 24.1% (20) tuvieron cesárea programada, de los cuales, el 13.3% (11) presentaron depresión leve y el 10.8% (9) presentaron depresión moderada.

Del análisis se concluye que el 57.8% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima tuvieron cesárea no programada y presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas es dependiente de la condición de cesárea ( $P < 0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados la depresión post parto

está relacionado con la condición de cesárea, generalmente la no programación de una cesárea se realiza porque existe una complicación que podría afectar la salud o vida tanto del feto como de la madre, esta podría ser una condicionan de la depresión post parto, debido a la interrogante de no saber cómo nacerá el hijo podría ser un factor condicionante del surgimiento de la depresión post parto.

**Urdaneta, J. et al (Venezuela: 2011)<sup>3</sup>** En la investigación “Factores de riesgo de depresión post parto en puérperas venezolanas”, reportó mayor riesgo de depresión postparto en mujeres que se sometieron a cesárea (OR=3.45, IC95% = 1.29-5.71, P=0.011), comportándose el parto vaginal como un factor de riesgo (OR= 0.28, IC95%= 0.10-0.77, P=0.011), resultados que coinciden con los hallados en la presente investigación.

**Tabla Nº 09: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación al embarazo deseado. Agosto - Octubre 2014.**

Embarazo deseado	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Si	5	6.0	8	9.6	13	15.7
No	21	25.3	49	59.0	70	84.3
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$\chi^2_c = 0.365$  N. S.

$\chi^2_i = 3.841$

$P > 0.05$

g. l. = 1

La Tabla Nº 09 referido al nivel de depresión en relación a la condición del embarazo, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 84.3% (70) su embarazo fue no deseado, de los cuales, el 59.0% (49) presentaron depresión moderada y el 25.3% (21) presentaron depresión leve. Asimismo, el 15.7% (13) su embarazo fue deseado, de los cuales, el 9.6% (8) presentaron depresión moderada y el 6.0% (5) presentaron depresión leve.

Del resultado se concluye que el 59.0% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima con embarazo no deseado presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa que indica que el nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas no es dependiente de la condición del embarazo ( $P > 0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados la depresión post parto no está relacionada al embarazo deseado, es decir, generalmente cuando

los padres se enteran del embarazo de la adolescente surgen los problemas familiares, sin embargo, durante toda la gestación la condición de no deseado podría cambiar a la aceptación del hijo tanto de parte de las propias adolescentes como de los padres, debido a ello la depresión post parto podría presentarse en forma igual en ambas condiciones del embarazo.

**Curiñaupa, R. y Chávez, M (Lima 2011)**<sup>7</sup> Reportó de un total de 60 adolescentes en estudio, el 65.0% (39) presentaron depresión postparto, de ellas, 55.0% (33) correspondieron a adolescentes que no deseaban el embarazo y 10.0% (6) a adolescentes que si deseaban el embarazo, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.<sup>16</sup>

**Latorre, J. et al (Colombia: 2006)**<sup>5</sup> Reportó de un total de un total de 72 adolescentes en estudio el 21.9% de adolescentes fueron mencionaron que la gestación fue no deseada, hallándose asociación con la depresión postparto ( $P=0.01$ ), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.



**Tabla Nº 10: Nivel de depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima en relación a la violencia basada en género. Agosto - Octubre 2014.**

Violencia basada en género	Nivel de depresión				Total	
	Leve		Moderada		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Psicológica	19	22.9	13	15.7	32	38.6
Psicológica, Física	4	4.8	21	25.3	25	30.1
Psicológica, Física, Económica	1	1.2	9	10.8	10	12.0
Psicológica, Física, Sexual, Económica	0	0.0	7	8.4	7	8.4
Ninguna	2	2.4	7	8.4	9	10.8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>31.3</b>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos- escala de Edimburgo.

$$\chi^2_c = 20.086^{**}$$

$$\chi^2_r = 9.488$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 4$$

La Tabla Nº 10 referido al nivel de depresión en relación a la violencia basada en género, muestra que del 100.0% (83) adolescentes en estudio, el 38.6% (32) tuvieron violencia psicológica, de los cuales, el 22.9% (19) presentaron depresión leve y el 15.7% (13) presentaron depresión moderada. Asimismo, el 30.1% (25) de las adolescentes presentaron violencia psicológica más física, de los cuales, el 25.3% (21) presentaron depresión moderada y el 4.8% (4) presentaron depresión leve.

Del resultado se concluye que el 25.3% de adolescente post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima que tuvieron violencia psicológica más física presentaron depresión moderada.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa que indica que el

nivel de depresión de las adolescentes post cesareadas es dependiente de la violencia basada en género ( $P<0.05$ ).

Como se observa en los resultados hallados la depresión post parto está relacionada con la violencia basada en género, generalmente cuando se vive en hogares que practican este tipo de violencia, las madres adolescentes presentan una serie de trastornos psicológicos como el temor, la ansiedad, estrés, etc., que finalmente conllevará a que surja la depresión post parto. Por otro lado, la violencia física y psicológica, puede dejar huellas permanentes en las adolescentes lo que podría ocasionar trastornos psicológicos. Una adolescente que ha padecido de violencia familiar antes de que quede embarazada podría padecerlo también durante toda la gestación, como también luego del parto lo que agravaría la depresión post parto.

**Escobar, M. et al (Lima: 2008)<sup>1</sup>** En la investigación “Depresión post parto y la violencia basada en género en el Hospital San Bartolomé”, reportó de un total de 100 mujeres en estudio, un 17% con depresión postparto. Asimismo, 51% de ellas sufrió de violencia de género, 27% manifestó haberla sufrido durante el embarazo, 45% fue víctima de violencia psicológica, 15% de violencia física, 13% de violencia sexual durante la niñez y 10% en edades posteriores. En relación a las variables principales del estudio, se halló asociación entre violencia y depresión posparto ( $P<0.001$ ), reportó un  $OR=9.8$  ( $IC_{95\%}= 2.1$  a  $45$ ), que indica que las mujeres con violencia de género son más propensas a desarrollar la depresión post parto, resultados que son similares a los hallados en la presente investigación.

## CONCLUSIONES

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

- 1° La incidencia de partos por cesárea en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fue 38.6% (158).
- 2° El 74.1% (83) de adolescentes post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima presentaron depresión.
- 3° Los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fueron el nivel de instrucción, condición económica, estado civil, atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, condición de cesárea y violencia basada en género ( $P < 0.05$ ).
- 4° Los factores que no influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fueron la procedencia, paridad, embarazo deseado ( $P > 0.05$ ).

## **RECOMENDACIONES**

1° El Hospital María Auxiliadora de Lima debe realizar actividades preventivas y educativas para disminuir la morbilidad de la depresión post parto.

2° Se debe aprovechar los controles puerperales para mejorar las medidas de prevención y control no solo de las complicaciones puerperales sino también de los trastornos psicológicos (DPP) para realizar oportunamente la interconsulta a psicología.

3° Realizar investigaciones referidas al tema en las diferentes establecimientos de salud con la finalidad de identificar los factores de riesgo por cada región y se diseñen estrategias de intervención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar, M. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Mayor de San Marcos. Lima (2008).Pg. 58-60.
2. Paima .R y Vázquez R. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en post cesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal” Lima 2011 pg.84-90
3. Urdaneta J; Rivera, A, y Colab. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas Venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Venezuela: 2011 revista chilena disponible en <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/>.
4. Vargas J y García, M Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18.
5. Latorre J, Contreras L, García S, Arteaga J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. revista Colombiana de obstetricia y ginecología Vol. 57 No. 3. 2006. (156-162).
6. Tejada A. Javier E. Factores psicosociales asociados y detección de depresión postparto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue – Tacna, 2009. Tesis para optar el

título profesional de médico cirujano Tacna: 2009.

7. Curiñaupa R., Chávez M. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto en puérperas mediatas adolescentes y adultas .Hospital María Auxiliadora Lima Agosto-Octubre 2011 tesis UNSCH.
8. Israel J, Lugones M, Valdespino L, Ambrosio S. Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes. Rev. Cubana med. Gen integr 2005.
9. Monterrosa A, De Arias M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 58 No. 2 • 2007 • (108-115).
10. Salinas RA, Zunino FM, Locatelli VA, Itatí G. Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto. Argentina. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 12 191 – Marzo 2009
11. Molero KL, Urdaneta JR, Sanabria C, Baabel N, Contreras A, Azuaje E, Baabel N. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(4): 294 – 304.
12. Mitma Y, Pretel K. Factores predisponentes en la depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.

Ayacucho 2006.tesis UNSCH.

13. O.P. de la salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las americas.1998-2001 washington, DC:OPS/OMS,1998.
14. Guerrero O. ¿Existe la crisis de la adolescencia? acta pediátrica de México 2003 pág. 24.
15. Schwarcz R, Fescina R, Diverges R. Obstetricia. 6ª Ed. Buenos Aires. 2005. p 702.
16. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima 2007 pág. 127.
17. Maroto N. Y Col. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión post natal de Edimburgo. International Journal Of Clinical And Health Psychology 2005.
18. Carro.T,J. ,Sierra M y colab. Trastornos del estado de ánimo en el post parto.[www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf).
19. Orrego, A. Incidencia de depresión en puérperas mediatas del Hospital de apoyo Huanta. Tesis pre grado de la facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Ayacucho 2001.
20. Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas. Guía de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Lima

2004.

21. Yupanqui A, Revollar J. Factores asociados a la depresión en puérperas mediatas atendidas en el Hospital II ESSALUD Huamanga. Ayacucho 2008. tesis UNSCH.
22. Arbulu A. Depresión post parto. Revista Trujillana de psicología Abril 2006.
23. Lam N, Contreras H, y colab. Estudio de la validez interna y concurrente del inventario de depresión de Beck para atención primaria (BDI-PC) en población gestante de Lima Metropolitana, mayo – junio de 2008.
24. Vega, J. M, Mazzoti S. G. y Campos. S.M. Validación de una versión en español de escala de depresión post natal Edimburgo.



**ANEXO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE OBSTETRICIA**  
**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN EN POST CESAREADAS  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA  
LIMA. AGOSTO-OCTUBRE 2014**

**FICHA DE ENTREVISTA**

**N° DE ENTREVISTA:.....**

La presente investigación tiene por objetivo conocer los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima entre los meses Agosto – Octubre 2014.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Buenos días /tardes estamos realizando una entrevista. Como usted hace poco que tuvo un bebe nos gustaría saber cómo se siente actualmente y que responda con toda sinceridad para apoyarnos en lo necesario.

Le agradecemos por su participación y su tiempo. Desearía participar.....

**DATOS GENERALES:**

**a) Nivel de instrucción:** Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior ( )

**b) Procedencia:** Urbano ( ) Urbano marginal ( ) Rural ( )

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



## ESCALA DE EDIMBURGO POST NATAL

POR FAVOR MARQUE (X) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no solo como se ha sentido hoy

N°	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTAJE
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 con futuro 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	Si, casi siempre	0
		Si, algunas veces	1
		No muy a menudo	2
		No, nunca	3
4	He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno	No, en absoluto	0
		Casi nada	1
		Si, a veces	2
		Si, muy a menudo	3
5	He sentido miedo o pánico sin motivo alguno	Si, bastante	3
		Si, a veces	2
		No, no mucho	1
		No, en absoluto	0
6	Las cosas me oprimen o agobian	Si, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas	3
		Si, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera bien	2
		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	Si, casi siempre	3
		Si, a veces	2
		No muy a menudo	1
		No en absoluto	0
8	Me he sentido triste y desgraciada	Si, casi siempre	3
		Si, bastante a menudo	2
		No muy a menudo	1
		No, en absoluto	0
9	Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	Si, casi siempre	3
		Si, bastante a menudo	2
		Ocasionalmente	1
		No, nunca	0
10	He pensado en hacerme daño	Si, bastante a menudo	3
		A veces	2
		Casi nunca	1
		No nunca	0
<b>TOTAL</b>			
<b>INTERPRETACION</b>			
EPDS menor que 10: sin depresion			
EPDS 10-12 depresion leve			
EPDS 13 a 18: depresion moderada			
EPDS ≥ de 19 : depresion severa			

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE  
HUAMANGA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN POST  
CESAREADAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
MARIA AUXILIADORA LIMA. AGOSTO –OCTUBRE 2014”**

**AREA:** Puerperio

**AUTORES:**

**ENCISO YARANGA, Milca Havela** **DNI N°: 70021296**

**GAVILANO GODOY, Carmen Luz** **DNI N°: 44635927**

**TITULO PROFESIONAL DE:** Obstetra

**AÑO DE APROBACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN: 2015**

# “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN POST CESAREADAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA LIMA .AGOSTO – OCTUBRE 2014”

## II.RESUMEN

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad. La incidencia de Depresión post parto varía ampliamente de acuerdo a patrones socioculturales. Se encuentran cifras desde el 3,7% al año en Minnesota, hasta del 22,4%, a los dos meses, en Chile. La depresión postparto en madres adolescentes alcanzó niveles elevados y en ninguna fue considerado como diagnóstico en la historia clínica. En muchas culturas se le da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales o como un tabú a nivel de los países en desarrollo, con economía precaria ocurre la depresión en puerperio en aproximadamente en un 50 a 70% de las adolescentes El porcentaje de cesáreas en el mundo está aumentado, en la última década. En el Perú, 20% de nacimiento en MINSA son por cesárea. Las adolescentes que han tenido una cesárea tienen una mala experiencia, esto hace que haya un aumento en el riesgo de ocurrencia de depresión post parto existen un posible impacto negativo en la relación entre la madre y el niño, así como el desarrollo emocional, familiar, afectivo-personal y sexual. **OBJETIVOS:** Conocer los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima entre los meses Agosto – Octubre 2014. **HIPOTESIS:** El nivel de instrucción, paridad, estado civil, procedencia, condición económica, atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, condición de cesárea, embarazo deseado, violencia basada en género son factores que influyen en la depresión en adolescentes post cesareadas atendidas en el servicio de Gineco –obstetricia del Hospital María Auxiliadora Lima Agosto – Octubre 2014. **MARCO TEORICO:**La adolescencia es un proceso de transición, considerado como una etapa crítica de la vida que se da de los 10 a 19 años. La cesárea es la extracción del feto a través de una incisión de las paredes del abdomen y del útero. El periodo de post parto comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. La depresión post-parto se define como un síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado, al que acompañan síntomas como lloros, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración, pérdida de apetito, etc. cuya duración puede variar desde unas Horas hasta unos días. **CONCLUSIONES:** La incidencia de partos por cesárea en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fue 38.6% (158).El 74.1% (83) de adolescentes post cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima presentaron depresión. Los factores que influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fueron el nivel de instrucción, condición económica, estado civil, atención prenatal, psicoprofilaxis obstétrica, condición de cesárea y violencia basada en género ( $P < 0.05$ ). Los factores que no influyen en la depresión en post cesareadas adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora Lima fueron la procedencia, paridad, embarazo deseado ( $P > 0.05$ ).

## BIBLIOGRAFIA:

1. O.P. de la salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las americas.1998-2001 washington,DC:OPS/OMS,1998.
2. Maroto N. Y Col. Evaluacion del Estado de Animo en el Puerperio con la Escala de Depresion Post Natal de Edimburgo. International Journal Of Clinical And Health Psychology 2005
3. Guía técnica: guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según .nivel de capacidad resolutive. Lima 2007 pag 127.

## "FACTORS IN ADOLESCENT DEPRESSION IN POST CESAREAN SERVED IN THE HOSPITAL MARY HELP OF LIMA. AUGUST-OCTOBER 2014"

### III. ABSTRACT:

**PROBLEM:** Emotional problems during the postpartum period are known since antiquity. The incidence of depression after childbirth varies widely according to patterns found socioculturales. Se figures from 3.7% a year in Minnesota, up from 22.4% two months in Chile. Postpartum depression in teenage mothers reached high levels and nowhere was considered diagnostic medical history. in many cultures is given little attention, signs of depression are seen as normal or as taboo at the level of developing countries with poor economic depression in postpartum approximately occurs in 50-70% of adolescents Percent cesarean in the world is grown in the last decade. In Peru, 20% of birth in MINSA are by Caesarean section. Adolescents who have had a cesarean have a bad experience, this makes for an increase in the risk of occurrence of postpartum depression are a possible negative impact on the relationship between mother and child, as well as emotional, family development, affective staff and sexual. **OBJECTIVES:** Understand the factors that influence depression in post caesarean adolescents seen at the Mary Help Hospital of Lima between the months August - October 2014. **HYPOTHESIS:** The level of education, parity, marital status , origin, economic status, prenatal care, psicoprofilaxis obstétrica, condition cesarean, unwanted pregnancy, gender-based violence are factors that influence adolescent depression post caesarean patients treated in the Hospital of Gynecology -obstetricia Mary Help Lima August – October 2014. **THEORETICAL:** Adolescence is a transitional process, considered a critical stage of life that occurs in 10-19 years. The cesarean is the removal of the fetus through an incision in the wall of the abdomen and útero. El postpartum period begins after the delivery of the placenta and includes classically six weeks. The postpartum depression is defined as a syndrome characterized by moderate depressive state, the accompanying symptoms such as crying, fatigue, loss of energy, physical discomfort, trouble concentrating, loss of appetite, etc. whose duration can range from a few hours to about dais.: **CONCLUSIONS:** The incidence of cesarean deliveries in adolescents seen at the Mary Help Lima Hospital was 38.6% (158) .The 74.1% (83) of teenagers post caesarean treated at the Hospital Maria Help Lima presented depresión. Los factores influencing post caesarean depression in adolescents seen at the Mary Help Lima Hospital were educational level, economic status, marital status, prenatal care, obstetrical psycho, cesarean condition and gender-based violence ( P <0.05) .The influence factors not post caesarean depression in adolescents seen at the Mary Help Lima Hospital were the origin, parity, unwanted pregnancy (P> 0.05).

### BIBLIOGRAPHY:

1. O.P. health. Action Plan development and health of adolescents and youth in the americas. 1998-2001 washington, DC: PAHO / WHO, 1998.
2. Evaluation Maroto N. Y Col. Mood in the Postpartum Depression Scale with Edinburgh Post Natal. International Journal Of Clinical And Health Psychology 2005
3. Technical Manual: clinical practice guidelines for emergency obstetric care according Zoom Level solving capacity. Lima 2007 pag 127.