



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**DEPRESIÓN EN GESTANTES Y PUÉRPERAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A
JULIO DEL 2018**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: BACHILLER: INGA MESIAS YONY LUIS

ASESOR: Mg. ROCIO ORTIZ MALPARTIDA

**PUCALLPA, PERÚ
2018**

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
	Pág.
INTRODUCCIÓN	10

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	12
1.2 Delimitación de la investigación.....	15
1.2.1 Delimitación espacial:	15
1.2.2 Delimitación temporal:	17
1.3 Formulación del Problema.....	17
1.3.1 Problema principal.....	17
1.3.2 Problemas secundarios.....	17
1.4 Objetivos de la investigación.....	18
1.4.1 Objetivo general.....	18
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.5 Hipótesis de la investigación.....	18
1.5.1 Hipótesis general.....	18
1.5.2 Hipótesis secundaria.....	18
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.....	19
1.6 Diseño de la Investigación.....	20
1.6.1 Tipo de investigación.....	20
1.6.2 Nivel de la investigación.....	20
1.6.3 Método.....	20
1.7 Población y muestra.....	20
1.7.1 Población.....	20
1.7.2 Muestra.....	20

1.8	Técnicas e instrumentos	
1.8.1	Técnicas.....	22
1.8.2	Instrumentos.....	23
1.9	Justificación.....	23

**CAPITULO II
MARCO TEORICO**

2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación.....	25
2.1.1	Antecedentes.....	25
2.1.2	Bases teóricas.....	35
2.1.3	Definición de términos.....	73

**CAPITULO III.
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE
RESULTADOS**

3.1	Presentación de resultados.....	75
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados.....	75
3.3	Conclusiones.....	97
3.4	Recomendaciones.....	99
3.5	Fuentes de información.....	100

ANEXOS.....103

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Juicio de expertos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

Dedico a:

Mi tesis está dedicada con todo mi amor y cariño a mi esposa Nelly Ivonne Álvarez Paima, por su sacrificio y esfuerzo, por su paciencia y comprensión.

A mi amada hija Alexsa Luanny Inga Alvarez por ser el motivo y fuente de motivación para poder superarme cada día y así poder darle un futuro mejor.

A mis amados padres Julián Inga Eulogio y Florita Mesías Peña, quienes me motivaron a seguir adelante desde niño en cada momento y nunca flaquear en momentos difíciles que al final todo sacrificio tiene una recompensa.

Agradezco a:

- Agradezco a la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa por acogerme y ahora ser parte de ella como egresado y profesional de Obstetricia. También a los diferentes docentes que brindaron su conocimiento.
- Agradezco a mi asesora de Tesis Roció Ortiz Malpartida, por su apoyo y contribución científica y encaminarme en el proyecto y a todas las personas que fueron partícipes en este proceso ya sea de manera directa e indirecta.
- Para culminar agradezco a los profesionales del Hospital Regional de Pucallpa y a sus diferentes profesionales quienes contribuyeron en la formación profesional.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** Determinar los principales síntomas de la depresión en gestantes y puérperas atendidas, en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018. **Material y métodos.** El tipo de investigación según los hechos es Cualitativo, según el tiempo de ocurrencia de hechos es de corte transversal y prospectivo. Se trata de un estudio **DESCRPTIVO**, donde se analizaran e identificarán los posibles síntomas de depresión en gestantes y puérperas. Muestra de 112 para gestantes y 182 para puérperas. **Conclusiones** a las que se llegó son: Con respecto a los principales síntomas depresivos de las gestantes en estudio el 11.6% refirió que no son capaces de reírse y ver el lado bueno de las cosas, el 11.6% no vislumbran su futuro con placer, el 23.2% se han culpado sin necesidad y cuando las cosas salen mal, el 16.1% se han sentido ansiosas, preocupadas sin motivo alguno, el 25% han sentido miedo y pánico sin motivo alguno, el 29.5% sienten que las cosas le oprimen y le agobian, el 25% han estado llorando y se siente infeliz, 13.4 % se han sentido desgraciadas, el 15.2% no pueden dormir. El 2.7% han pensado en hacerse daño a sí misma. Con respecto a los síntomas depresivos de las puérperas en estudio el 8.2% no se siente capaz de reírse y ver el lado bueno de las cosas, el 48.9% no miran el futuro con placer, 12.1% se han culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien, el 7.7% se han sentido ansiosas y preocupadas sin motivo alguno, el 18.7% han sentido miedo y pánico sin motivo alguno, el 8.8% les oprimen las cosas y les agobian, el 13.2% se han sentido tan infeliz y han estado llorando, el 7,1% se han sentido desgraciadas, el 5.5% no han podido dormir. Ninguna puérpera se ha intentado hacerse daño.

Respecto a las características sociodemográficas de las gestantes y puérperas que integran el estudio podemos señalar que, el 55.4% se encuentran en el rango de edades de 18 a 27 años, corresponde a la población joven y el 52.7% de puérperas también están entre el rango de edades de 18 a 27 años. El 85.7% de las gestantes fueron de estado

Civil convivientes, mientras que las puérperas tuvieron 86.8% de estado civil conviviente. El 51.8% de gestantes fueron procedentes de Callería y el 48.4% de puérperas también fueron procedentes de Callería. Referente al grado de instrucción de las gestantes el 64.3% tuvieron estudios secundarios y las puérperas el 71.4% también tuvieron el grado de instrucción secundaria. El 77.7% de las gestantes fueron de religión católica y el 68% de puérperas también fueron católicas. Con respecto a la ocupación el 87.5% de las gestantes tuvieron trabajo no profesional / ama de casa y el 90.1% de las puérperas también fueron de ocupación trabajo no profesional – ama de casa.

En cuanto a las características del número de atención prenatal recibida por las gestantes el 39.3% tuvieron entre 4 a 5 controles prenatales y el 50.5% de las puérperas tuvo entre 4 a 5 controles prenatales. El 55.4% del grupo de las gestantes tuvo entre 2 a 3 hijos y el 48.4% de las puérperas también tuvo entre 2 a 3 hijos. Con respecto si el embarazo fue planeado el 50.9% de las gestantes refirió que sí y el 74.2% de las puérperas también refirió que sí. Dato muy importante que refleja la actitud positiva de la madre al tener al recién nacido quien influye positivamente.

Con respecto a la prevalencia de síndrome depresivo para gestantes es el 18.8% y para el grupo de puérperas 13.2%. Datos muy relevantes encontrados en el estudio.

Palabras claves: síndrome depresivo, gestantes y puérperas, test de Edimburgo.

ABSTRACT

The present study was designed to determine the main symptoms of depression in pregnant and postpartum women attended, at the Regional Hospital of Pucallpa, June to July 2018. Material and methods. The type of research according to the facts is quantitative, according to the time of occurrence of events is cross-sectional and prospective. It is a DESCRIPTIVE study, where the possible symptoms of depression in pregnant and postpartum women will be analyzed and identified. Sample of 112 for pregnant women and 182 for puerperal women. Conclusions reached are: With respect to the main depressive symptoms of pregnant women in the study 11.6% said they are not able to laugh and see the good side of things, 11.6% do not glimpse their future with pleasure, the 23.2% have been blamed unnecessarily and when things go wrong, 16.1% have felt anxious, worried for no reason, 25% have felt fear and panic for no reason, 29.5% feel that things oppress him and overwhelmed, 25% have been crying and feel unhappy, 13.4% have felt miserable, 15.2% can not sleep. 2.7% have thought about harming themselves. With regard to the depressive symptoms of the puerperal women under study, 8.2% do not feel capable of laughing and seeing the good side of things, 48.9% do not look at the future with pleasure, 12.1% have blamed themselves unnecessarily when things do not They come out well, 7.7% have felt anxious and worried for no reason, 18.7% have felt fear and panic for no reason, 8.8% oppress things and overwhelm them, 13.2% have felt so unhappy and have been crying, 7.1% have felt miserable, 5.5% have not been able to sleep. No puérpera has tried to hurt herself.

Regarding the sociodemographic characteristics of pregnant women and women who make up the study we can say that, 55.4% are in the age range of 18 to 27 years, corresponds to the young population and 52.7% of puerperal women are also in the range from ages 18 to 27 years old. 85.7% of the pregnant women were of civil cohabiting status, while the puerperal women had 86.8% of cohabiting civil status. 51.8% of pregnant women were from Callería and 48.4% of puerperal women were also from Callería. Regarding the

level of education of the pregnant women, 64.3% had secondary education and 71.4% of the puerperal women also had secondary education. 77.7% of pregnant women were of Catholic religion and 68% of puerperal women were also Catholics. Regarding occupation, 87.5% of the pregnant women had non-professional work / housewife and 90.1% of the puerperal women were also employed, not professional work - housewife.

Regarding the characteristics of the number of prenatal care received by the pregnant women, 39.3% had between 4 to 5 prenatal controls and 50.5% of the puerperal women had between 4 and 5 prenatal controls. The 55.4% of the group of pregnant women had between 2 to 3 children and 48.4% of the puerperal women also had between 2 and 3 children. Regarding whether the pregnancy was planned, 50.9% of the pregnant women said yes and 74.2% of the puerperal women also said yes. Very important fact that reflects the positive attitude of the mother to have the newborn who influences positively.

With respect to the prevalence of depressive syndrome for pregnant women, it is 18.8% and for the puerperal group 13.2%. Very relevant data found in the study.

Key words: depressive syndrome, pregnant and puerperal, Edinburgh test.

INTRODUCCION

Desde hace algunos años, La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas y en ocasiones, más frecuente aún que en el posparto. Revisiones de los estudios publicados sobre su prevalencia muestran, cuando se usan entrevistas estructuradas, tasas de 2 a 21% de depresión severa que llegan a 38% en mujeres de bajo nivel socioeconómico y de 8.5 a 11% de depresión moderada a leve. En América Latina se encuentra una prevalencia de 29% de cuadros depresivos y en población Latina en EEUU, de 51% de sintomatología depresiva severa. Los síntomas de depresión medidos a través de diversas escalas (Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, tienen una alta especificidad en cuanto al diagnóstico de depresión mayor en mujeres embarazadas, aunque tienden a sobreestimarlos, de igual manera que como se observa en población de no embarazadas (1)

La depresión en el embarazo tiene consecuencias serias en diversos ámbitos: lleva a conductas poco saludables, tales como no buscar atención prenatal temprana; conductas de riesgo, preeclampsia, partos prematuros, bebés de menor tamaño y un incremento significativo de depresión en el posparto, entre otras. Se ha planteado que niños nacidos de madres con trastornos depresivos durante la gestación tienen mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer, deficiencias en el estado nutricional, menor actividad, disminución en el tono muscular, menor orientación auditiva y visual, alteraciones en los patrones de sueño y mayor irritabilidad en los exámenes neuro conductuales; y asimismo, de ser menos activos, menos robustos y

menos expresivos ante situaciones de sorpresa y alegría, concluyéndose que estados de depresión u otros trastornos psiquiátricos durante la gestación influyen en el desarrollo fetal y posteriormente en el comportamiento de los niños . Adicionalmente, los hijos de mujeres con problemas de salud mental tienen mayor riesgo de presentar infecciones y enfermedades diarreicas, de ser hospitalizados y ser admitidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales, de no completar los esquemas de vacunación y de tener problemas en el desarrollo físico, cognitivo, social, conductual y emocional .

En pacientes gestantes es difícil identificar los síntomas depresivos, como por ejemplo, fatiga, falta de energía o disminución del interés por las actividades diarias cotidianas, ya que podrían atribuirse al estado fisiológico de la gestación, dando lugar a confusión. Es por esto que, algunos autores, sugieren que para estudiar depresión en el embarazo y el postparto hay que utilizar instrumentos distintos a los usuales (2).

El objetivo de este trabajo fue estudiar la estimación de la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas y puérperas que acudan al Hospital Regional de Pucallpa, así como, identificar las diferentes sintomatologías que sirvan de apoyo a los profesionales de obstetricia en el manejo integral de la gestante.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Durante la última década: La depresión es ahora un problema grave de salud pública que afecta a cerca de 154 millones de personas en todo el mundo y es dos veces más común en mujeres que en hombres. (3) Se dice que uno de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y se calcula que un 12% aproximadamente la sufre. Según la Asociación Americana, el 15% de las personas que sufre intentan suicidio. La prevalencia de los trastornos depresivos en el Perú en los establecimientos de salud de MINSA es de 4.8%, cifras que están debajo del nivel mundial pero que son referentes de que la problemática de salud pública si existe en nuestro país. Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado” reporto que la prevalencia del episodio depresivo en Lima y Callao es de 18.2%, en la Sierra 16,2% y en la Selva 21.4%. Existen Factores de riesgo asociados a la depresión tales como los estilos de vida, los factores hereditarios, dificultades económicas, desempleo, un nivel de educación bajo, una falta de apoyo social, abuso de sustancias, situaciones

estresantes, violencia doméstica, embarazo no deseado; sin embargo la persona es un ente vulnerable que en cualquier momento de su vida puede padecerlo sin ningún antecedente previo. (4)

El embarazo puede producir tanto la alegría como la ilusión, pero muchas mujeres experimentan ansiedad puesto que este implica muchos cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden tener un impacto directo en la salud mental. (5) Además, las gestantes de alto riesgo son vulnerables a los cambios emocionales pues experimentan sentimientos de culpa e incapacidad, los cuales pueden llevar sentimientos de malestar en sus vidas y la de sus hijos. El factor tiempo y demanda de pacientes no permite la identificación oportuna, ni el manejo adecuado de esta enfermedad.

Este trastorno mental puede presentarse antes y después del parto y, aunque la forma más conocida en la maternidad es la llamada depresión postparto, se describe que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. Este porcentaje se reduce al 10% si nos ceñimos a la depresión propiamente dicha. Se debe tener en cuenta que algunos síntomas que pueden ser propios del estado de gravidez, como la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, a su vez son síntomas propios de la depresión. Por otro lado, cuando las embarazadas padecen además patologías asociadas a la gestación como anemia, diabetes gestacional o disfunción tiroidea, a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por ello es aconsejable explorar sistemáticamente los síntomas de depresión durante la gestación. Esto es importante, ya que una depresión no identificada durante el embarazo, puede derivar en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas, el abuso de tabaco, alcohol y drogas o incluso el suicidio, que a su vez se pueden traducir en complicaciones obstétricas en el mejor de los casos (21) El DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, 5ª edición) introduce el concepto de “trastorno depresivo de inicio en el periparto”, denominando colectivamente a

los episodios depresivos mayores que comienzan durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo. Opta por esta denominación basándose en que el 50% de los episodios de depresión mayor “postparto” comienzan realmente antes del parto. En esta línea, diferentes estudios indican que la prevalencia de la depresión mayor en el postparto afecta al 10-20% de las mujeres que dan a luz, que debutan con esta enfermedad durante las 4-6 semanas posteriores al parto, y que si no se detecta y se trata puede cronificarse, con la consiguiente morbilidad para la madre, el hijo y la familia, que es la segunda causa de mortalidad Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la Gestación y el Puerperio, más frecuente en este período. Por lo que debe ser un motivo de preocupación para la familia y para los profesionales sanitarios que la atienden. La depresión durante el embarazo parece ser más prevalente durante el tercer trimestre, con una incidencia aproximadamente 20% en países en vías del desarrollo y entre un 10% y un 15% en países en desarrollo.(6) Los estudios demuestran que la depresión produce efectos adversos significativos sobre la salud materna y fetal, siendo frecuente la depresión post parto, la pre eclampsia y el parto prematuro y sobre el feto el efecto es el recién nacido de bajo peso al nacer.(6) una de las técnicas adecuadas para la disminución y el manejo de la depresión en pacientes gestantes de alto riesgo es la música terapia.(8)

La asistencia prenatal consiste en un espacio de orientación en lo que se refiere a aspectos inherentes al proceso fisiológico de la gestación y de la promoción de la salud, además de hacer Psicoprofilaxis, se debe hacer el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la gestación o de ella provenientes, incluyendo el tamizaje de trastornos emocionales tales como la depresión. Reconociendo la formación integral del profesional de obstetricia y proponiéndonos el gran desafío se presenta el estudio de investigación que brindara posibilidades de identificación y manejo de casos de depresión en gestantes y púerperas.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación espacial:

➤ **Hospital Regional de Pucallpa.**

El Hospital Regional de Pucallpa, se encuentra dentro del marco de los lineamientos de política del sector salud, habiendo establecidos sus propios lineamientos regionales, cuyo objetivo principal es liderar un proceso de gerencia racionalizada basada en el uso adecuado de los recursos a través del análisis de información confiable y oportuna para lograr una acertada respuesta sanitaria a los problemas de la región.

El análisis de situación de salud se transforma en una herramienta indispensable en el que hacer sanitario, ya que para mejorar la salud de la población no solo se requiere mejorar la producción del hospital, sino que estos estén dirigidos principalmente hacia los grupos vulnerables y con estrategias costos efectivos de acuerdo a los principales problemas de salud.

Esta situación requiere una mayor relevancia dentro de un contexto de restricción presupuestaria.

➤ **Reseña histórica.**

El hospital regional de Pucallpa, entro en funcionamiento el 27 de abril de 1968, por resolución suprema desde 1964, estuvo ubicada entre los jirones Manco Cápac y Mariscal Castilla, con una capacidad de 25 camas.

Posteriormente se inicia los trabajos en un nuevo terreno donado por el municipio donde se inició la construcción en marzo de 1965 iniciando su funcionamiento en forma oficial el 27 de abridle 1968 bajo el nombre de "**HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA**".

Siendo Presidente Constitucional de la República: el arquitecto Fernando Belaunde Terry y Ministro de Salud el DR. Javier Arias Stella. Construido y equipado por el fondo nacional de salud, con capacidad de 156 camas y un total de 220 trabajadores entre médicos, enfermeras, y personal técnico, bajo la dirección del doctor Raúl Loayza Alegre fue el primer director.

➤ **Ubicación.**

El Hospital Regional se encuentra ubicado en el Jr. Agustín Cáuper N°285, Localidad de Pucallpa, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali con una superficie territorial estimada de 2265818 km cuadrados.

➤ **Tipo de hospital**

El Hospital es considerado como Hospital de nivel II, así tenemos:

- Según su ubicación geográfica: está ubicado en la zona urbana.
- Según su tipo de construcción: en proceso de la verticalidad
- Según su tipo de dependencia: es de tipo estatal.
- Según el tipo de cama: tipo mediano con un total de 171 camas.
(por efectos de la construcción estamos remodelados)
- Según el tipo de pacientes: agudo y crónico.
- Según el servicio de préstamos: generales y especializados.

➤ **Fundamentos Legales**

- Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Reglamento Interno del Decreto Supremo N° 002 - 92 - SA.
- Reglamento de Organización y Funciones.

1.2.2 Delimitación temporal:

El presente estudio se llevó a cabo durante los meses de junio a julio del 2018 en el Hospital Regional de Pucallpa.

1.2.3 Delimitación Social:

El grupo social sujeto de estudio son las gestantes y puérperas que son atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el mes de junio a julio del 2018. Las entrevistas se realizaron en los consultorios externos y en los ambientes de hospitalización.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los principales síntomas depresivos en gestantes y puérperas, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante los meses de junio a julio del 2018?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ✓ **PE: 1:** ¿Cuáles son los principales síntomas depresivos en gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018?
- ✓ **PE (2):** ¿Cuáles son los principales síntomas depresivos en puérperas, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018?
- ✓ **PE (3):** ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricos de las gestantes y puérperas con síndrome de depresión, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los principales síntomas de la depresión en gestantes y puérperas atendidas, en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ **OE: 1:** Cuantificar los principales síntomas depresivos en gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018
- ✓ **OE (2):** Cuantificar los principales síntomas depresivo en puérperas, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018
- ✓ **OE (3):** Conocer las características sociodemográficos y obstétricos de las gestantes y puérperas, con síndrome de depresión, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

El presente estudio no presenta Hipótesis por ser un estudio descriptivo

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

- **V (1):** SINTOMAS DEPRESIVOS
- **V (2):** GESTANTES Y PUERPERAS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE Y ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
<p>VARIABLE : (1)</p> <p>SINTOMAS DEPRESIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HE SIDO CAPAZ DE REIR - HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER - ME HE CULPADO SIN NECESIDAD - HE ESTADO ANSIOSO O PREOCUPADO - HE SENTIDO MIEDO Y PANICO - LAS COSAS ME OPRIMEN O AGOBIAN - ME HE SENTIDO INFELIZ - ME HE SENTIDO TRIZTE Y DESAGRACIADA - HE SIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO - HE PENSADO EN HACERME DAÑO
<p>VARIABLE : (2)</p> <p>GESTANTES Y PUÉRPERAS</p>	<p>NUMERO DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON SINDROME DEPRESIVO</p>
<p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <p>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y OBSTETRICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ocupación - Estado civil - Religión - Ingresos personales - Trimestre de gestación - Paridad - Embarazo planificado - Tiempo de puerperio - Etapa de puerperio

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación según lo hechos es cuali- cuantitativo, según el tiempo de ocurrencia de hechos es de corte transversal y prospectivo

1.6.2 Nivel de Investigación

Se trata de un estudio **DESCRIPTIVO**, donde se analizaran e identificarán los posibles síntomas depresión en gestantes y puérperas

1.6.3 Método

El método de estudio para el tipo de investigación DESCRIPTIVA, se usara el método cualitativo

-

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

Teniendo el número promedio de gestantes que se atienden durante el año 2017, en el Hospital regional de Pucallpa que por lo menos acuden a una atención prenatal hacen un total de 1900, Con un promedio por mes de 158 pacientes (debemos considerar que es un Hospital Referencial y la investigación planteada es de gestantes atendidas en el consultorio prenatal).

1.7.2 Muestra

El tamaño de la muestra se halló con una fórmula que es aplicable para poblaciones finitas y es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 N p q}{E^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

p = Probabilidad de éxito 50% (0.50)

q = Probabilidad de fracaso 50% (0.50)

E= Es el margen de error considerado por el investigador y es de 5%
(0.05)

Z= Valor de la distribución Normal para un intervalo de confianza del
95% cuyo valor es 1.96

Entonces: muestra para gestantes:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (158) * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 (N - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$n = 112$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes que acuden al control prenatal en el consultorio de Bajo Riesgo Obstétrico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes que no desean participar en el estudio
- Gestantes que acuden a emergencia o por otras razones que no sea la atención prenatal.
- Menores de 18 años.

Entonces: muestra para puérperas:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (345) * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 (N - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$n = 182$

Criterios de inclusión:

- Solo puérperas de parto vaginal sin complicación

Criterios de exclusión:

- Puérperas por cesárea
- Puérperas con alguna complicación
- Puérperas adolescentes

MÉTODO DE SELECCIÓN

El investigador utilizara la escala de **EDINBURGO** para la identificación del síndrome depresivo. Se hará uso del cuestionario antes de la atención de la gestante y después de las 2 horas del parto

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

La recolección de los datos se hizo mediante la aplicación de la escala de Edinburgo mediante la entrevista estructurada por el Ministerio de Salud

1.8.2 Instrumentos

La información pertinente para el estudio se registrara test de Edimburgo (Anexo N°2) aplicado por el investigador y supervisados por el asesor de la tesis luego se procederá a tabular en planillas y se presentara en gráficos estadísticos a través de la aplicación, de acuerdo a los objetivos planteados.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La depresión durante el embarazo ha sido mucho menos estudiada que la depresión pos- parto, a pesar de que la depresión durante el embarazo es el principal predictor de la depresión posparto. (9). En la actualidad nos encontramos en una sociedad muy cambiante, la situación económica es muy difícil, donde la mujer busca una oportunidad en la sociedad, realizando labores más allá de lo domestico y de la crianza de los hijos, este cambio de integración de la mujer, también origina trastornos de conductas, como la depresión, se ha demostrado que la mujer con cuestiones biológicas, sociales y psicológicas tienden a deprimirse más que el varón; dentro de los factores biológicos que más predomina la depresión en la mujeres es el hormonal, siendo la mujer más vulnerable durante la gestación. La depresión perinatal es un término usado para describir un episodio de depresión mayor durante el embarazo o después del nacimiento. La bibliografía ha señalado que entre un 10-16% de las mujeres reciben un diagnóstico de episodio depresivo mayor durante el embarazo o dentro del primer año. Sabemos además que el estigma asociado con la depresión y otras barreras en la búsqueda de tratamiento () hace que alrededor del 65% de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo no sean diagnosticadas (Ko, Farr, Dietz y Robbins, 2012). Todo ello parece demostrar la importancia de intervenir, intentando evitar que el problema tenga una dimensión mayor y pueda afectar a la calidad de los cuidados que recibe el bebé. (25)

En una reciente revisión de Cochrane se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre (26). Se ha estimado que el 5% de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América (EUA) sufre de depresión mayor. Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país encontró una prevalencia de 10% de depresión mayor en mujeres durante la gestación. En América Latina, las cifras reportadas son aún mayores se encontró que 21.7% de las mujeres embarazadas de la muestra, podrían estar experimentando “un probable episodio depresivo”. En el Perú, al estudiar la depresión en las embarazadas se encontró una prevalencia del 34,7% en el hospital Cayetano Heredia y del 40,1% en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). (12, 13) Juan Escobar en el año 2008 en Perú, al estudiar la relación entre violencia basada en género y depresión post-parto en 100 mujeres atendidas en el hospital San Bartolomé encontró que el 72% ya se sentía deprimida durante el embarazo. (4)

Los síntomas depresivos durante la gestación se reconocen por la forma de presentación y de la actitud de la embarazada. Es fácil observar reducción de la actividad, inexpressión en el rostro, desinterés en el arreglo personal. La impotencia física, el insomnio, la anorexia y la bulimia, las molestias digestivas, la sensación de fatiga al menor esfuerzo y la irritabilidad también pueden estar presentes. ⁹

Esta investigación se justifica porque permitirá al profesional de obstetricia disminuir las patologías maternas, las urgencias médicas, las consultas innecesarias de las gestantes al servicio de emergencia. Permitirá la identificación de los síntomas depresivos en las gestantes durante la atención prenatal, su manejo apropiado y adecuado. Además podrá sensibilizar a los diferentes profesionales al trato humanizado de las gestantes y cumplir los protocolos de atención (tamizaje de violencia y paquete de gestante reenfocada

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Picech A., Tesis Depresión y Embarazo. Argentina 2014.

Objetivo: Conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal, para ello se realizó una encuesta voluntaria a 200 embarazadas que concurren a la consulta en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital Ángela I. Llano de la ciudad de Corrientes. La encuesta tenía 2 partes: una en donde se recopilaban datos generales: edad materna, edad gestacional, patología del embarazo actual, tratamiento antidepresivo, estudios cursados. La otra parte de la encuesta estaba formada por el test de Zung para evaluar la presencia de sintomatología depresiva. Esta escala cuantifica la frecuencia de los síntomas utilizando una escala 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre), el

rango de puntuación es de 20-80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. Tomamos como punto de corte un valor de 40 puntos, para la detección de depresión. Resultados: de las 200 embarazadas encuestadas se obtuvo una prevalencia de 42 embarazadas (21%) con sintomatología depresiva. **Conclusión:** Nuestro porcentaje hallado (21 %) es similar al encontrado por otros autores (26%). El grupo etáreo que presenta mayor frecuencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar está comprendido entre los 20 a 30 años de edad con un 47% para ansiedad, 47% de depresión y 45 % de disfunción familiar. Por otra parte, es durante el segundo trimestre de gestación, cuando comienzan a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar su nueva condición biológica y social; ese enfrentar, y enfrentarse a sí misma, suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas (12)

López M. (2006), Tesis Prevalencia del Síndrome depresivo, en el Personal de Enfermería Medicina Familiar. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de síndrome depresivo en el personal de enfermería. **Procedimiento:** Se encuestó al personal de enfermería femenino y masculino de base o suplentes que laboran en cualquier de los 3 turnos en el HGZ 1 Colima, col. Que aceptaron participar en el estudio, recolectándose 102 encuestas en total, de un universo de estudio de 248. **Tipo de estudio:** Observacional descriptivo - transversal. **Resultados:** encontramos una prevalencia de síndrome depresión de n= 4 (3.92%) con una relación hombre= mujeres de 1:3 y con un predominio de su presentación en tercera y cuarta década de la

vida. Además se mostró una prevalencia mayor en casados n=3 (75%) **Conclusiones:** En el presente estudio se evidenció que un 75% representan al sexo femenino y un 25% al sexo masculino; obteniéndose una razón de 3 mujeres por cada hombre, la edad de inicio de los trastornos depresivos es entre la tercera y cuarta etapa de vida. En referencia al estado civil en nuestro estudio se evidencia que el 75% de mujeres que presentaron episodios depresivos estuvieron casadas, a diferencia de los varones que solo presentaron 25% quiere decir que los varones solteros son los que presentan más episodios que los casados. (13)

Garay J. (2005), Tesis Niveles de Depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (ama de casa). Realizado en México **Objetivo:** fue estudiar dos grupos de mujeres, aquellas que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado (ama de casa); para conocer las diferencias y la relación que hay con respecto de los niveles de depresión, autoestima y estrés. Se *trabajó* con una muestra conformada por 444 mujeres, de la ciudad de Toluca; de las cuales 229 tenían trabajo remunerado y las otras 215 tenían trabajo no remunerado. Se utilizó la escala de autoevaluación de depresión de ZUNG, la cual se publicó por primera vez en 1985, para medir la autoestima se empleó el instrumento de Auto concepto real e ideal de Valdez (1994). Para medir el estrés se usó la Escala de Acontecimientos de estrés de caballo (1994).

Resultados: existe una diferencia en cuanto a la depresión, entre las estrés el grupo más vulnerable fueron las mujeres con una escolaridad de licenciatura o más y las mujeres casadas de la muestra mostraron más tendencia a la depresión (14)

Lara A. Y col. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo Y factores asociados, en pacientes De tres instituciones de salud de

la ciudad de México. Estudios sobre su prevalencia muestran tasas de 2% a 21% de depresión mayor y 8% a 31% de sintomatología depresiva. En México, una prevalencia de 22% se ha estimado sobre la base de una escala de auto informe. Riesgo factores para la depresión en el embarazo incluyen antecedentes de depresión, separación parental durante la infancia, maternidad soltera, no deseando estar embarazada, falta de apoyo social y poca Logro educativo. **Objetivo estudio fue:** examinar la presencia de depresión en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados con este último. **Material y métodos:** Trescientas mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal fueron entrevistados en las salas de espera de tres instituciones (un tercio hospital de nivel, un centro de salud y una clínica especializada en mujeres). El instrumento incluía una escala de depresión (CES-D) y el siguientes factores de riesgo: síntomas previos de depresión, parental separación antes de los 11 años, posible depresión y problemática el consumo de alcohol en los padres de la madre embarazada, no planificado embarazo y falta de apoyo social. **Resultados:** Un total de 30.7% de los entrevistados mostraron una depresión significativa sintomatología (CES-D > 16). Cincuenta y nueve por ciento mencionado haber sufrido de sintomatología depresiva en el pasado. Un cierto grado de discapacidad en el último mes fue informado por El 19% de los que mencionaron síntomas de depresión. El significado cantidad de días que dejaron de realizar sus actividades cotidianas fue 11.21 (SD = 10.68) con un rango de 1 a 30 días. Siete las mujeres (21,2%) declararon que no podían participar en sus actividades debido a su depresión todos los días del pasado embarazadas. Estudios sobre su prevalencia por medio de entrevistas estructuradas Mostrar tasas de dos a 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre ocho y 31%. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de autor reporté. Entre los factores

de riesgo de depresión en el embarazo se encuentran historia previa de depresión, separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social y baja escolaridad. Debido a las consecuencias que tienen la depresión sobre el proceso del embarazo y a los pocos estudios que existen en nuestro país a este respecto, el objetivo del trabajo fue investigar la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados a la misma. **Los resultados**, en cuanto a la salud mental, mostraron que la depresión los síntomas ocurrieron en casi un tercio de las mujeres embarazadas; esta porcentaje es más alto que el 22% encontrado en México en anteriores estudios. Aunque esta sintomatología no necesariamente cumple los criterios para la depresión mayor, se ha considerado como de importancia clínica suficiente, ya que se ha asociado con discapacidad, comorbilidad psiquiátrica y física; demanda de tratamiento y el riesgo de depresión futura y, en este caso, con el posparto depresión. Una quinta parte de los sujetos se muestran más serios sintomatología en términos de discapacidad, como las mujeres mencionaron no poder participar en sus actividades cotidianas, de trabajo o estudiando. La cantidad media de días en los que no pudieron llevar a cabo sus actividades fue once durante el mes anterior. Estos datos sugieren que esta población con mayor patología debe ser detectada y referida para atención mental especializada por servicios de atención prenatal. Ideación suicida durante el anterior mes disminuyó considerablemente, en comparación con el informado en cualquier momento en su vida, lo cual concuerda con informes que afirman que conductas autodestructivas e intentos de suicidio tienden a ser muy bajos durante el embarazo. En cuanto a los antecedentes patológicos, el 59% consideró que tenían sufrido sintomatología depresiva en el pasado, además haber experimentado ideación suicida en diversos grados.

Es significativo que casi el 8% había intentado suicidarse previamente. Ambos, sintomatología depresiva previa e ideación suicida en el pasado, se asociaron con síntomas de depresión actuales en la futura madre, como se ha informado en otros países. El embarazo no planificado también se relacionó con la depresión (CES-D). Como sugiere la literatura, no desear estar embarazada está relacionado con este trastorno y aunque no está planeando un embarazo no es sinónimo sin desearlo, según estos datos, falta de la planificación también aumenta los síntomas depresivos. Entre las situaciones de la infancia, la separación de los padres o la pérdida de la madre antes de la edad de 11 años fue una variable significativa en lo que respecta a sintomatología en el embarazo; esto fue similar a lo que otros autores han informado. La separación de la madre no estaba relacionada a estos síntomas, al contrario de lo que otros estudios han informado en mujeres embarazadas y no embarazadas. Adversidad en la infancia en forma de patología mental de los padres o el uso de sustancias tiene ha sido asociado con la depresión en la población general. Los resultados obtenidos aquí muestran una relación significativa entre consumo problemático de alcohol en el padre y posible depresión en la madre o el padre, tal como lo percibe el entrevistado sí misma y síntomas de depresión en la futura madre. Durante el embarazo y, sobre todo, después del parto, las mujeres tienen una necesidad real de recibir apoyo tanto emocional como práctico. Este estudio, al igual que otros mostraron que la falta de este apoyo aumentó el riesgo de depresión. La construcción de un modelo con algunas de estas variables demostró que siendo una madre soltera o divorciada, habiendo tenido una madre que pudo haber estado deprimida, mostrando depresión síntomas en el pasado y la falta de apoyo práctico aumentó el riesgo de sintomatología depresiva. A manera de conclusión, se puede decir que aunque hay similitudes entre la depresión en el embarazo y en otros momentos en las vidas de

las mujeres, su presencia durante este período es particularmente importante debido a las nuevas demandas que la mujer tiene que hacer frente con y los efectos adversos que tiene en el desarrollo del embarazo, y el alto riesgo de experimentar depresión durante el postparto. Diseño de programas de intervención para embarazadas las madres podrían tener un efecto enorme en la mejora de la salud mental la salud de las madres y sus bebés, una razón por la cual es importante tener en cuenta los factores de riesgo descritos en este estudio (15)

Corona J. “Frecuencia de Depresión en Adolescentes Embarazadas en la umf 92 en el periodo enero a diciembre 2012” cuyo **objetivo:** es determinar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas. **material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en adolescentes embarazadas derecho habientes de la UMF 92, a las cuales se les aplico la escala de depresión de zung, realizando un análisis estadístico de las variables cualitativas porcentajes y tablas por medio del programa SPSS V 20 , **resultados y conclusiones:** Se estudió a una población de 76 pacientes, de acuerdo a los datos obtenidos un 68.4% cursan sin depresión, 22% con depresión leve y 9% con depresión moderada, de las cuales 42% son amas de casa, 47.9% son solteras y 39.5% casadas llevan una buena relación de pareja un 52%, el mayor índice de depresión lo encontramos en la semana 27 a 40, entre la edad de 17años con un porcentaje de 23.8%. Podemos decir que las adolescentes embarazadas que presentan el mayor número de depresión son las de 17 años de edad, las cuales se encuentran en el segundo trimestre de gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil (16)

ANTECEDENTES NACIONALES

Bao A., Vega D., (2004), Prevalencia de depresión durante la gestación. **Objetivos:** Estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. **Material y Métodos:** Entre los meses de marzo y julio del 2004, se incluyeron 203 pacientes embarazadas que acudían al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. Se registraron los datos personales, obstétricos, socioeconómicos y psiquiátricos de las gestantes, y se les aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). **Resultados:** Un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EPDS $>13,5$. La prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes, tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDS para el punto de corte 13,5, fue 22,25%. Se obtuvieron puntajes totales de EPDS con una media de 11,3 y una desviación estándar de 6,2. Los factores asociados a mayores niveles de depresión medidos con la EPDS fueron: ser soltera ($p<0,001$), ausencia de educación superior ($p=0,039$), embarazo no deseado por pareja ($p=0,004$) o por la paciente ($p=0,021$) e historia de depresión previa a la gestación ($p=0,003$). **Conclusión:** La prevalencia estimada de depresión durante la gestación en las pacientes ambulatorias de nuestro estudio es más elevada que la encontrada en la literatura mundial en mujeres embarazadas y postparto, sin embargo, similar a la hallada en otro estudio realizado en el Perú con gestantes. Los factores asociados con mayores puntajes en la EPDS fueron ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión.

(17)

Mercado Y. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima 2012. **Objetivo:** Analizar los factores asociados a la depresión en gestantes. Diseño: Casos y controles, Corte transversal,

retrospectivo. Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. **Métodos:** Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. **Resultados:** Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema. **Conclusiones:** Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

(18)

Vanesa. (Lima 2012) Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima 2012. **Objetivo:** Analizar los factores asociados a la depresión en gestantes. Diseño: Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. **Métodos:** Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas

(casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. **Resultados:** Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema. Conclusiones: Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo. (19)

Tudela F. (2014) Depresión Postparto En Púerperas Primíparas Y Multíparas Del Establecimiento De Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno. La investigación se realizó en la ciudad de Puno en el Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas. Con el **objetivo** de determinar la depresión postparto en púerperas primíparas y multíparas. El estudio fue descriptivo de corte transversal, tomándose una muestra de 69 púerperas primíparas y multíparas; el muestreo fue no probabilístico por

cuota; para la obtención de datos se utilizó la entrevista estructurada y el instrumento de investigación el test de la escala de depresión postparto de Edimburgo modificada. Los resultados muestran: las puérperas primíparas y multíparas que presentaron depresión postparto obtuvieron una puntuación mayor de 10 puntos, representan el 21.7% oscila en las edades de 16 a 19 años, 27.5% procedentes de la zona urbana, 24.6% hablantes del idioma castellano, 18.8% con grado de instrucción secundaria completa, 31.9% de estado civil conviviente, 21.7% de ocupación su casa y el 18.8% recibieron seis controles prenatales antes de las 31 semanas de gestación. **Se concluye** que más de la mitad de puérperas primíparas presentaron depresión postparto en el rango de edad de 16 a 19 años (adolescentes), porque es un periodo en que las puérperas atraviesan por una condición que contiene grandes cambios emocionales, físicos y psicosociales que aportan a la tendencia del abandono de los estudios, dedicándose a los quehaceres del hogar y asumir el rol de madre a una edad prematura que contribuyen a precipitar a una depresión postparto. (20)

2.1.2 BASES TEÓRICAS

1. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.

2. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno de etiología no conocida. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria sin mediar estresores descompensadores en grupos de pacientes, hay

evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes. Como factores determinantes: aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia. Existen factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros.

a. Fisiopatología de los trastornos depresivos

Se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes y, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, y al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación.

De todos modos, durante las tres últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión:

- La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, etc.) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el córtex prefrontal, diencéfalo, y del sistema límbico.
- La respuesta a los tratamientos somáticos tales como antidepresivos y terapia electroconvulsiva, así como las observaciones de que la depresión puede ser inducida por medicaciones.

De todos modos, conviene señalar que la identificación de una alteración biológica no prueba necesariamente que exista una relación causal con la depresión.

b. Aspectos epidemiológicos importantes

Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y en el Perú se calcula que un 12% aproximadamente la sufre. Según la Asociación Psiquiátrica Americana, el 15% de las personas que la sufren intentan el suicidio. La prevalencia de los trastornos depresivos en el Perú en los establecimientos de salud de MINSA es de 4.8% en 1997 y en 1998 de 5.1%, cifras que están muy por debajo a lo registrado a nivel mundial. En los estudios epidemiológicos de la salud mental en el Perú realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, reportan que la prevalencia de vida de trastornos mentales según la CIE-10 respecto al Episodio depresivo halló en Lima y Callao (2002): 18.2%; en la Sierra (2003): 16.2%; y, en la Selva (2004): 21.4%.ⁱ

3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION

a) Estilos de vida.

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones.

Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento importante en la predicación de la depresión del niño. Y también las familias desavenidas, con continuos problemas y discusiones, y las familias separadas, aunque en este caso los niños

tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación.

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión. El soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo; un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias profundas tienen un menor riesgo de depresión. Esta fé no requiere una religión organizada. Las personas con depresión deberían encontrar consuelo en fuentes menos estructuradas, tales como las que enseñan meditación u otros métodos para obtener auto realización espiritual.

b) Factores hereditarios.

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

4. CUADRO CLÍNICO (Grupos de signos y síntomas relacionados con la depresión)

- ✓ **Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento

significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

- ✓ **Desgano y anhedonia:** el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.
- ✓ **Ansiedad:** es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- ✓ **Insomnio:** al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).
- ✓ **Alteraciones del pensamiento:** imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- ✓ **Alteraciones somáticas:** por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- ✓ **Alteraciones del comportamiento:** el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- ✓ **Modificaciones del apetito y del peso:** la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- ✓ **Pérdida del placer:** en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

- ✓ **Culpa excesiva:** siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- ✓ **Pensamiento suicida:** los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- ✓ **Disminución de la energía:** se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

5. DIAGNÓSTICO

✓ **Criterios de diagnóstico**

Las pautas diagnósticas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima Versión de la OMS (C.I.E.-10). Dando énfasis a los síntomas somáticos.

✓ **Síntomas del Episodio depresivo:**

- a) Humor Depresivo
- b) Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia)
- c) Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado
- d) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- e) Pensamientos de culpa y de ser inútil
- f) Trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia)
- g) Trastornos del apetito (anorexia o hiperoxia)
- h) Pensamientos y actos suicidas

- ✓ **Para el diagnóstico del episodio depresivo** se requiere de una duración de dos semanas; aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

✓ **Reconocimiento y diagnóstico de la depresión de niños /adolescentes.** En los niños, estos síntomas clásicos a menudo pueden confundirse con otros problemas de conducta o físicos, características como las que aparecen en el cuadro adjunto. Al menos cinco de estos síntomas deben estar presentes en tanto interfieran con la vida diaria por un período mínimo de dos semanas.

✓ **Diagnóstico diferencial**

Se debe diferenciar la depresión clínica, que es lo suficientemente grave e incapacitante como para requerir intervención, de la tristeza o angustia, que forman parte normal de la experiencia humana. La disfunción social u ocupacional, o un nivel elevado de angustia distinguen la depresión de la tristeza transitoria, que es una consecuencia de la vida normal.

En personas con tristeza los niveles de angustia y funcionalidad son proporcionales al evento vital desencadenante. Entre la información de importancia que distinguen la depresión, se incluyen: haber sufrido un episodio depresivo previo o intento de suicidio; una historia familiar de alteraciones del comportamiento; ausencia de apoyo social; haber atravesado situaciones de la vida estresantes; abuso del alcohol u otras sustancias adictivas; y, la concurrencia de enfermedad crónica, dolor o discapacidad.

- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.**

Surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. La reacción desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante o por alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento.

- **Duelo no complicado.** Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa (centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida; nunca tienen características delirantes). También ideas de muerte, más como deseo de reunirse con la persona fallecida

que como deseo de quitarse la vida. Sólo si se prolonga un tiempo superior a seis meses o alcanza una intensidad invalidante se considera que se ha complicado con depresión y se tratará como tal.

Una variedad de enfermedades y condiciones pueden tener semejanza con un trastorno depresivo:

- **Farmacológicas**

Corticosteroides; anticonceptivos; reserpina; α -metildopa; anticolinesterasas; insecticidas; abstinencia anfetamínica; cimetidina; indometacina; fenotiazinas; talio; mercurio; cicloserina; vincristina; vinblastina

- **Infecciosas**

SIDA; neumonía viral; hepatitis viral; mononucleosis infecciosa; tuberculosis

- **Endocrina**

Hipo-hipertiroidismo; hiperparatiroidismo; postparto; Enfermedad de Cushing (hiperadrenalismo); Enfermedad de Addison (insuficiencia adrenal), diabetes mellitus

- **Inmunológica**

LES; artritis reumatoidea

- **Neurológica**

Esclerosis múltiple; Enfermedad de Parkinson; trauma encefalocraneano; crisis convulsivas parciales complejas (epilepsia del lóbulo temporal); tumores cerebrales; enfermedad cerebrovascular; demencia; apnea del sueño

- **Nutricional**

Deficiencias vitamínicas (B₁₂, C, ácido fólico, niacina, tiamina)

- **Neoplásica**

Cáncer de cabeza de páncreas; carcinomatosis diseminada.

6. EXÁMENES AUXILIARES

✓ AYUDAS DIAGNÓSTICAS

En nuestro medio no se dispone de pruebas de laboratorio ni marcadores biológicos que puedan utilizarse como medio para la detección rutinaria para diagnosticar la depresión.

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico. Existen sin embargo dos tipos de ayuda diagnóstica:

1. Escalas auxiliares para evaluar la gravedad inicial y la evolución del tratamiento.
2. Exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico.
3. Pruebas psicológicas.

Ninguna de estas ayudas es indispensable.

La más conocida de las escalas es la Escala de la Depresión de Hamilton. No es diagnóstica; consta de 17 *items* que se califican numéricamente. Valora inicialmente la gravedad del cuadro y es útil como criterio objetivo para evaluar el progreso del tratamiento.

Si bien existen varias pruebas paraclínicas las dos más útiles son:

- Prueba de supresión de la dexametasona (versión abreviada). Consiste en la determinación de los niveles de cortisol basal seguida de la administración de 2 mg de dexametasona alrededor de las 12 m. Al día siguiente se cuantifican nuevamente los niveles de cortisol plasmático a las 7 am y las 4 pm. En condiciones fisiológicas la presencia de la dexametasona en el organismo induce una reducción significativa en los niveles de cortisol. En caso de no hacerlo, la prueba se considera positiva (tanto el TDM como algunas condiciones de la corteza suprarrenal producen este efecto).
- La tomografía cerebral por emisión de fotón simple (conocida por su sigla en inglés: SPECT). Este examen de medicina nuclear consiste en la evaluación cuantitativa del flujo sanguíneo cerebral.

- Para el primer nivel de atención se dispone de diversas escalas de autoevaluación, que realiza el propio paciente o el personal de los establecimientos de salud, entre ellas contamos con la Escala de Salud Personal (ESP) que fue validada y evaluada en población peruana que identifica un trastorno mental a determinar. Asimismo, se cuenta con el Cuestionario de auto aplicación - Self Report Question (SRQ) que permite identificar grupos de signos y síntomas presentes y que si sumado un puntaje, que indica el cuestionario, deberá ser evaluado por el médico del establecimiento; quien confirmará o no la probabilidad diagnóstica, depresión entre ellas.

7. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

✓ **Medidas generales y preventivas**

La depresión afecta a entre un 5% y un 9% de la población adulta que acude a la consulta médica y casi la mitad de estos casos no son detectados ni tratados. Los factores de riesgo para la depresión incluyen el sexo femenino, historia familiar de depresión, situación de desempleo y enfermedad crónica.

Las medidas generales para la prevención de la depresión toman las siguientes orientaciones:

a.- En la educación familiar y escolar

- La prevención de las violencias y agentes estresores y la falsa maduración precoz
- El aporte al niño de un nivel de autoestima familiar y escolar adecuado
- El aprendizaje del autocontrol

b.- En la política social

- La defensa de los grupos de población con alto índice de malestar

- La extensión del apoyo social informativo y emocional a toda la población, en particular a los grupos familiares densos y de nivel cultural bajo

c.- En la acción sanitaria

- La facilitación de una calidad de vida suficiente a los enfermos somáticos crónicos
- La supresión del consumo de alcohol y otras drogas

d.- En el trabajo

- la organización empresarial con un suficiente grado de intercomunicación personal a todos los niveles

✓ **Medidas individuales preventivas**

El desenvolvimiento adecuado ante el stress es tan importante que en la depresión situacional se puede utilizar como el referente selectivo de máximo riesgo depresivo el índice de vulnerabilidad de la personalidad en relación con el estrés, con la conjugación de dos variables: el individuo y el ambiente.

La dedicación de un tiempo suficiente a la *relación social* para construir un soporte socio familiar, que sirva de amortiguador a los factores psicosociales determinantes de depresión es una actividad que siempre debe ser considerada. Esta especie de amortiguador brinda al sujeto apoyo social de tipo emocional, instrumental e informativo. Aquí nos referimos sobre todo al apoyo emocional, capaz de contrarrestar la sensación de soledad. La orientación preventiva idónea de este tipo de intervención se evidenciará por el cultivo de una verdadera comunicación con los familiares, los amigos y los compañeros, que debería ser estructurada como vínculo confidencial al menos con relación a dos personas.

La práctica sistemática de un grado de *ejercicio físico* suficiente para prevenir la depresión va desde una actividad deportiva hasta contentarse

con un paseo acelerado o el andar rápido en los ratos de ocio, medida esta última recomendable a quienes no disponen de preparación para el deporte o que están afectados por algún proceso de debilidad física.

Este plan de movimientos activos toma un sentido antidepresivo cuando se practica al menos con una frecuencia de tres o cuatro veces a la semana con una duración entre veinte y cuarenta minutos. Sus efectos beneficiosos antidepresivos son múltiples: la elevación de la autoestima, el refuerzo positivo de la imagen corporal, la estimulación de la capacidad de autocontrol, la oxigenación de todo el organismo, la mejora de la circulación en el sistema nervioso central, el incremento de las tasas cerebrales de noradrenalina y otros neurotransmisores y el aumento plasmático del colesterol bueno (HDL).

La eficacia antidepresiva del plan de movimientos o ejercicios deportivos se potencia cuando su desarrollo se produce al aire libre (actividad física aerobia) y en presencia de la luz natural. Para los más recalcitrantes a abandonar el sedentarismo se les puede recomendar el ir andando al trabajo, el aparcar distanciados del lugar de destino, el renunciar al uso de ascensor y el pasear cuando se tengan ganas.

Dentro del *estilo de vida regular* aquí indicado, hay que respetar como un hábito saludable el mantenimiento fijo de la hora de acostarse, como un hábito, lo que supone una medida de prevención importante para la preservación del ritmo sueño/vigilia. La preferencia por acostarse más bien temprano y levantarse también temprano conduce al adelantamiento de la presentación del sueño lento, con lo que se facilita su sincronización con el sueño rápido, a la par que se evita la desincronización causada por la presentación precoz del sueño rápido, el marcador biológico más constante en el síndrome depresivo. Las comidas regladas por una dieta normo calórica no dejan de ser operativas en la prevención de la depresión, en parte directamente y en parte al evitar el sobrepeso, terreno muy favorable para la incidencia de la depresión.

La *autoprotección contra las enfermedades orgánicas* toma aquí un especial énfasis en las cuatro clases de procesos somáticos más propensos a complicarse con un estado depresivo: los sumamente

graves, los crónicos y debilitantes, los extremadamente dolorosos y los cerebrales. Debe conocerse además que el efecto depresógeno producido por el trastorno somático en sí es a menudo potenciado por el influjo de los medicamentos empleados y mucho más por el consumo de alcohol u otras drogas y por la limitación psicosocial impuesta por la dolencia somática en forma de estrés, aislamiento, inactividad y brusco cambio en los hábitos de vida, elementos que deben evitarse en la medida de lo posible.

Según la realidad nacional de los niveles de atención por complejidad, en esta Guía se denomina al nivel I-1 al establecimiento sin personal médico, a los niveles I, (2, 3, 4) y II-1 a los establecimientos con médico no psiquiatra; nivel II-2 con servicio de psiquiatría y III-1 y III 2 servicios especializados en Salud Mental y Psiquiatría. (Anexo N° 2)

NIVEL I-1

Objetivos:

Promoción de estilos de vida saludables y prevención de manejo del estrés.

Identificación precoz de casos de depresión aplicando escala de auto-aplicación, validada en nuestro país

- Referencia de casos a niveles de mayor complejidad
- Motivación a quienes se haya encontrado valores que ameritan atención médica, asistan al establecimiento de referencia.
- Control de los casos referidos por el nivel superior.
- Consejería individual y grupal.
- Charlas informativas y educativas
- Psicoeducación
- Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)
- Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes
- Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia

- Prevención del maltrato

Modalidades de Atención: no médica

Criterios de referencia: identificación del problema y derivación a niveles I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, y III-1. Pacientes con ideación suicida deben ser derivados a establecimientos con psiquiatra y servicio de hospitalización o instituciones especializadas; priorizando accesibilidad geográfica de atención médica.

NIVEL I (2, 3,4) II-1

Objetivos:

- Detección precoz de casos
- Explicar naturaleza del problema a familiares
- Dar a apoyo
- Promover actividad
- Hacer énfasis en lo positivo
- Manejo individual y grupal de casos de depresión.
- Referencia de casos más severos a niveles de mayor complejidad
- Programa de reducción de daños
- Psicoeducación
- Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)
- Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes
Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia
- Prevención del maltrato

Responsabilidad del médico

- Obtener historia
- Realizar examen
- Síntomas principales.

En el caso de depresión evaluar ideación suicida, síntomas somáticos semiológicamente incongruentes con patología médica o recurrente.

- Antecedentes de otros episodios y cómo fueron tratados en el paciente o en familiares consanguíneos.
- Estresores precipitantes previos y actuales.
- Enfermedades previas y concomitantes así como medicación que recibe.
- Nivel de funcionamiento previo y actual.
- Evaluar soporte social.

Examen Físico: Descartar causas de naturaleza médica no psiquiátrica que puedan generar síntomas depresivos per se, tales como endocrinopatías (hipotiroidismo, enfermedad de Addison), enfermedades infecciosas (mononucleosis, brucelosis), entre otras.

Es importante para tomar decisiones terapéuticas y evaluar la respuesta clínica aplicar la escala de valoración de HAMILTON para depresión de 17 ítems con el siguiente umbral:

Muy severo: > de 23 puntos.

Severo : 19-22 puntos.

Moderado : 14-18 puntos.

Leve : 8-13 puntos.

Normal : 7 o < puntos.

Tratamiento Médico

Este procedimiento es aplicable a población igual o mayor de 15 años tanto en Servicios de primer como de segundo nivel de atención:

Se propone el uso de los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS)** por carecer de efectos sobre la recaptación de noradrenalina y sobre receptores colinérgicos, histaminérgicos y adrenérgicos, por lo cual son mejor tolerados y facilitan el cumplimiento del tratamiento a largo plazo. Además por tener una cinética lineal pueden administrarse de inicio en la dosis terapéutica y mantenerse con una toma única diaria. No poseen efectos cardiotoxicos ni disminuyen el umbral convulsivo. No se han registrado casos letales por sobredosis con monodroga. Así mismo se ha tenido en cuenta la accesibilidad económica del usuario.

Plan A para depresión:

- a) Iniciar con Fluoxetina: 1 tableta de 20 mg por las mañanas en forma diaria.
- b) Si en la cuarta semana la puntuación del Hamilton no mejoró a 13 o menos, incrementar 1 tableta de Fluoxetina 20 mg al mediodía.
- c) Si en la sexta semana la puntuación del Hamilton no mejora a 13 o menos, derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.
- d) Si la respuesta es favorable, mantener el tratamiento por 24 meses con controles cada mes durante el primer semestre y luego al noveno mes, al año, al año y medio y a los dos años de iniciado el tratamiento.
- e) Al cabo de dos años, evaluar condiciones del paciente a fin de continuar o suspender gradualmente el tratamiento. Las consideraciones actuales de la A.P.A. (Asociación psiquiátrica norteamericana) para mantener o retirar el tratamiento son las siguientes: Primer y segundo episodio de depresión: Retiro gradual de medicación. Tercer episodio de depresión o ser mayor de 45 años: Considerar mantener tratamiento de por vida.

Si la ansiedad y el insomnio no mejoran con la administración matutina o aparece acatisia, se recomendaría su cambio. Si éste se hace de un IRSS a otro IRSS no es necesario el *wash out* (período libre de droga antes de medicar con el siguiente antidepressivo).

Plan B para depresión:

- a) Iniciar con Sertralina a la dosis recomendada es de 50 mg/día. Debe ser administrada una vez al día y en la mañana.
- b) Si en la sexta semana no se advierte modificación en la puntuación del Hamilton para depresión a 13 o menos transferirlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.

Los IRSS pueden ser asociados a ansiolíticos durante las dos primeras semanas de tratamiento, cuando la depresión se acompaña de manifestaciones de ansiedad de moderada intensidad.

Podría considerarse en este caso el empleo de Clonazepan en dosis de 2 mg día como promedio, en dosis fraccionada mañana y noche o sólo por la noche.

Criterio de referencia

Depresión muy severa o severa de acuerdo a la puntuación de la Escala de Hamilton para depresión o paciente con riesgo suicida: transferencia a Hospital con Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.

Si el paciente presenta un estresor de difícil solución a corto plazo considerar psicoterapia de apoyo una sesión semanal por 8 semanas para manejo del conflicto por los médicos tratantes o psicólogo de acuerdo a las pautas enseñadas en el curso inicial de capacitación.

Si los conflictos persisten derivarlo al Servicio de Psiquiatría o a un Centro Especializado.

NIVEL II-2 III-1

Objetivos:

Atención de pacientes que eventualmente requieran de hospitalización por no presentar respuesta satisfactoria en el tratamiento ambulatorio.

- Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes.
- Atención de conductas suicidas
- Aplicación de protocolos de manejo de la depresión.
- Tratamiento psicoterapéutico.
- Programa de seguimiento.
- Generación de redes de soporte.
- Generación de redes de derivación, referencia y coordinación con otros equipos terapéuticos
- Psicoeducación
- Apoyo social y familiar (entrevista familiar, contacto con grupos comunitarios, derivación a instituciones comunitarias, derivación a organizaciones comunales)

- Trabajo en habilidades sociales con niños y adolescentes
- Enseñanza de pautas de crianza a padres de familia
- Prevención del maltrato.

Tratamiento médico

En caso de comorbilidad psiquiátrica: el manejo de los psicofármacos se ajustara al cuadro específico (ejemplo en pacientes con trastornos afectivos, podrán utilizarse estabilizadores del ánimo, sales de litio, antidepresivas y antipsicótico de preferencia atípicos.

INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO

A. FASE AGUDA: Se considera fase aguda hasta la remisión de los síntomas (8-12 semanas). Es recomendable iniciar el tratamiento con dosis bajas para minimizar los efectos adversos e ir aumentándolas poco a poco, hasta observar una respuesta adecuada.

En general, las dosis terapéuticas pueden alcanzarse más rápidamente con los ISRS (dosis orientativas de 20-30 mg/día para Fluoxetina, paroxetina y citalopram; 100-200 mg/día de fluvoxamina y de 75-150 mg/día para Sertralina), que con los ATC, en los que los aumentos deben ser más graduales, cada 3-7 días hasta alcanzar la dosis de 125-150 mg/día. Una vez alcanzada la dosis recomendada el efecto tardará al menos 2 semanas en hacerse evidente y no se obtendrán los efectos máximos hasta las 4-6 semanas.

Es importante hacer un seguimiento del tratamiento en las primeras dos semanas a fin de controlar los efectos secundarios y el riesgo de suicidio. En los casos de falta de respuesta o respuesta parcial, debe revisarse el diagnóstico, la dosis, valorar el grado de cumplimiento y reevaluar el riesgo de suicidio. Una vez alcanzada la dosis terapéutica, si no se observa respuesta después de 4 semanas de tratamiento o sólo es parcial tras 6 semanas, debe valorarse una variación en el tratamiento cambiando a otro antidepresivo de otro grupo o del mismo grupo en el caso de los ISRS, aumentando las dosis o combinando distintos fármacos. Las ventajas de cambiar a otro antidepresivo

incluyen la simplicidad de la monoterapia, así como evitar potenciales interacciones fármaco-fármaco.

Generalmente no es necesario suspender un antidepresivo durante un tiempo antes de empezar con otro. Con la mayoría de los fármacos se puede ir retirando el primer fármaco mientras se incorpora el segundo, aunque algunos pacientes pueden presentar efectos adversos en este periodo de solapamiento. Entre ATC puede hacerse en 2 o 3 días, en dosis equipotentes (p.ej., cambiar 25 mg de un antidepresivo por otro, administrándolos simultáneamente hasta completar la dosis). Entre ATC e ISRS puede hacerse directamente sin interrupción.

Al cambiar de un ATC o ISRS o mirtazapina a un IMAO es necesario dejar pasar un periodo de lavado de dos semanas, salvo en el caso de Fluoxetina que se requieren 5 semanas. Con venlafaxina y nefazodona es suficiente una semana.

Promover paralelamente a lo anterior el apoyo emocional.

B.- FASE DE CONTINUACIÓN: Esta fase tiene una duración de 6 meses y su objetivo es prevenir las recaídas.

Más de un tercio de los pacientes con depresión mayor recaen en el primer año tras la remisión inicial, la mayoría de ellos en los 4 primeros meses. **Se debe utilizar la misma dosis de antidepresivo usado en la fase aguda.**

En los pacientes con un solo episodio de depresión se debería utilizar el tratamiento un mínimo de 8-9 meses, 8-12 semanas de la fase aguda más 6 meses de la fase de continuación.

C.- FASE DE MANTENIMIENTO: El objetivo de esta fase es prevenir la aparición de recurrencias. Son candidatos a este tratamiento los pacientes que presentan 3 o más episodios de depresión mayor en los últimos 5 años o más de 5 en toda su vida. La duración óptima de esta fase no se conoce, puede ser de 6 meses en adelante, entre 2 y 5 años e incluso algunos pacientes pueden necesitar tratamiento a dosis terapéuticas indefinidamente. Como en las fases anteriores, las dosis

son las mismas a las utilizadas en la fase aguda. Se recomienda que esta fase se lleve a cabo bajo supervisión de un especialista.

D.- RETIRADA DEL TRATAMIENTO

La retirada de los fármacos debe ser lenta y gradual a fin de evitar un síndrome de retirada. Este síndrome puede constar de distintos síntomas en función del grupo de antidepresivo que se haya administrado:

- Los ATC pueden producir síntomas gripales y gastrointestinales, fatiga, ansiedad, agitación, y alteraciones del sueño.
- Con los ISRS los síntomas más frecuentes son mareos, náuseas, letargia, dolor de cabeza (más frecuente con paroxetina). Este síndrome también se ha descrito con venlafaxina.

Cuando el tratamiento ha durado entre 6-8 meses, una posible pauta de retirada puede consistir en ir disminuyendo la dosis de forma gradual durante 6-8 de mayor duración se necesita más tiempo, se puede optar por una reducción de un cuarto de la dosis cada 4-6 semanas. Si el síndrome aparece, suele remitir al administrar de nuevo el mismo fármaco y retirarlo más lentamente.

Fluoxetina debido a su vida media prolongada presenta menos capacidad de producir síndrome de retirada. Paroxetina, en cambio, presenta mayor riesgo.

Recientemente la FDA ha realizado una advertencia sobre este hecho, informando sobre la necesidad de retirar Paroxetina de forma gradual debido a los problemas que puede ocasionar su retirada.

Hasta un 7% de pacientes pueden presentar alteraciones del sueño, parestesias y vértigos. También hace referencia a casos aislados de agitación, sudoración y náuseas.

Criterios de referencia

Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas.

No respuesta a protocolos de tratamiento para la depresión

Criterios de contrarreferencia

Remisión de cuadro agudo.

Remisión de ideación suicida.

Respuesta a protocolo de depresión

Nivel III-1 y III-2

Objetivos:

Atención especializada con aplicación de protocolos para pacientes refractarios o de evolución tórpida a tratamientos convencionales

- Generar modalidades de atención especializada
- Manejo apropiado de interurrencias de la especialidad
- Posibilidad de internamiento en ambientes especializados
- Probable empleo de electroshock
- Servir como centros de referencia para los niveles de menor complejidad.
- Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas.
- Investigación de nuevas modalidades de psicoterapia y psicofarmacoterapia.

Criterios de contrarreferencia:

- Estabilización clínica del paciente
- Remisión de riesgos para la integridad del paciente

✓ **Signos de alarma a ser tomados en cuenta**

SOBREDOSIS Y RIESGO DE SUICIDIO En los pacientes con mayor riesgo de suicidio la selección inicial del antidepresivo es un punto de particular importancia. Estudios observacionales sugieren que los ATC más antiguos como amitriptilina son más tóxicos en sobredosis y tienen mayor probabilidad de causar muertes que los ISRS.

Actualmente no hay datos suficientes que relacionen los ISRS con comportamientos suicidas. Además, hay que tener en cuenta que el riesgo de suicidio puede incrementarse en las fases iniciales de

tratamiento con cualquier antidepresivo y la sobredosis de cualquiera de estos fármacos puede ser fatal. A este respecto es importante tener precaución con el número de envases prescritos al inicio del tratamiento en algunos pacientes a fin de evitar un intento de suicidio por sobredosis.

Criterios de Alta: define los aspectos clínicos y de exámenes auxiliares que permiten garantizar la resolución de la enfermedad del paciente.

Criterios de alta para depresión:

- Dos años después de evidencia clínica de resolución de la crisis.
- Escala de S.R.Q.: 18 puntúa menos de 9.
- Escala de Hamilton para depresión puntúa 7 o menos.

Criterios de seguimiento de control para depresión:

- Menos de dos años después de evidencia clínica de resolución de la crisis.
- Escala de Hamilton para depresión puntúa 13 o menos.

✓ **Pronóstico**

Aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes con depresión mayor responden al tratamiento de primera línea con monoterapia farmacológica. Del 30 por ciento restante que no responde al tratamiento inicial, un número importante responde con clases alternativas de antidepresivos.

Sin embargo, y a pesar de todos estos resultados, también es necesario señalar que existe un importante porcentaje de pacientes que no se beneficia de estos progresos. Los datos de algunos estudios señalan que un alto número de pacientes con depresión de reciente diagnóstico no recibe un tratamiento adecuado en términos de posología y duración, y que muchos casos de los considerados rebeldes son realmente casos de tratamiento inadecuado.

Estudios recientes afirman que un 15 por ciento de los pacientes con depresión evolucionan a la cronicidad. No obstante, el tratamiento con

psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión convendrá seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

La presencia de características psicóticas en el trastorno depresivo mayor refleja una enfermedad severa y es un factor de pronóstico desalentador. Sin embargo, comúnmente se tiene éxito a corto plazo, aunque generalmente es de esperarse una recurrencia de los síntomas.

En términos generales, los síntomas de la depresión tienen una tasa más alta de recurrencia que los de la psicosis y es posible que los pacientes deban tomar medicamentos por mucho tiempo.

En los pacientes adolescentes los factores de mal pronóstico, que permitieron identificar los individuos que experimentarían recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica fueron: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad limítrofe y, en mujeres, conflictos con los padres. La contribución genética a la depresión del adolescente es del 37%.

Por el contrario, la historia de un solo episodio depresivo durante la adolescencia, pocos miembros en la familia con depresión mayor, bajos puntajes para trastornos de personalidad límite o antisocial y un visión positiva de la vida eran elementos que identificaban los pacientes con bajo riesgo de recurrencia.

La depresión es una enfermedad frecuente entre los adolescentes y tiende a seguir un curso crónico con recaídas en la etapa del adulto joven. Además, con frecuencia se encuentra acompañada por otros trastornos psiquiátricos encabezado por abuso de sustancias psicoactivas. Dada la importancia de esta enfermedad entre las personas jóvenes, resulta de vital importancia que los médicos mejoren su sensibilidad hacia el diagnóstico y motiven a los pacientes para iniciar el tratamiento respectivo.

8.- COMPLICACIONES

El 15% de los deprimidos termina suicidándose.

Interacciones. La más severa, pero menos frecuente, corresponde a la administración concomitante de un IMAO con un antidepresivo tricíclico (ATC). El síndrome resultante puede causar toxicidad del SNC severa, con la presencia de hiperpirexia, convulsiones y coma. Aunque se ha usado la asociación en forma segura, no se recomienda, aunque se ha demostrado que esta terapia es más efectiva que la terapia de antidepresivos tricíclicos solos. ¹⁹

9.- GESTACION

✓ **Definición:**

Se denomina gestación, embarazo o gravidez del latín gravitas, al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida hace aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación aproximadamente unos 9 meses. El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto

de viabilidad del feto aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico.

✓ **Señales de cambio durante el embarazo**

Océano (2001), señala que en el transcurso del embarazo la mujer puede observar dos tipos de cambios por un lado, los cambios de su cuerpo en relación con el desarrollo del embrión y del feto y, por otro, los cambios en las relaciones consigo misma y con los demás. Ante todo, hay que indicar que en esto cada mujer es distinta, ya sea porque su organismo es diferente, o porque lo son su historia pasada y las condiciones en que se desarrolla todo su embarazo.

El embarazo es una buena ocasión para que la mujer sea protagonista en una etapa importante de su vida; la futura madre debe asumir un papel activo, como parte de un proceso.

Respecto a las relaciones de la mujer durante el embarazo, a menudo se modifican los gustos y, muchas veces, hay que variar ciertas costumbres debido a los cambios físicos, que imponen ritmos de vida distintos, más relajados. Las relaciones sexuales también deben adaptarse a la nueva situación. Es importante que la futura madre lleve un control regular con su ginecólogo, que le dará información y explica sobre estos cambios, sobre el cuidado en la alimentación, la conveniencia de llevar una vida sana y en armonía, todo lo cual va a repercutir positivamente en el futuro bebé.

✓ **Adaptación materna**

Perry (1998), establece que las mujeres, desde las adolescentes hasta las que se encuentran en los cuarenta años, emplean el tiempo del embarazo para adaptarse al papel de madres. Al comienzo, parece que no sucediera nada; se pasa mucho tiempo al dormir. Se siente por primera vez el comienzo del movimiento los primeros indicios de la nueva vida en el vientre en el segundo

trimestre, el tiempo y el espacio geográfico se reduce porque la mujer vuelca su atención hacia el embarazo.

Examina o promueve la relación con su madre y otras mujeres que han estado o están embarazadas. En el tercer trimestre, el paso se hace más lento y hay una sensación de que el tiempo se agota mientras que las actividades de la mujer se reducen.

El embarazo representa una crisis de maduración que puede ser estresante pero tener recompensas en la medida en que la mujer se prepara para un nuevo nivel de cuidados y responsabilidades.

El primer paso en la adaptación al papel de madre es la aceptación de la idea del embarazo y la asimilación del estado de preñez dentro de la forma de vida de la mujer; más aún, si este embarazo no ha sido planificado. El grado de aceptación se refleja en la disposición de la mujer para el embarazo y en sus respuestas emocionales.

Cuando los primeros síntomas de embarazo aparecen y la noticia se confirma, puede resultar la más maravillosa o la más terrible, depende de la persona, el contexto y las circunstancias. Cuando no es esperada y no provoca alegría, se está frente a un embarazo no deseado. Es decir, que no es buscado o planeado, ni querido o aceptado, que se da en un momento desfavorable o a alguien que no tiene interés en tener un hijo. Esta salvedad viene a cuenta de que en algunos casos puede no ser buscado, pero sí aceptado e incluso deseado; en cambio en otros no es buscado pero tampoco aceptado.

El embarazo no deseado es consecuencia de un error humano un descuido, un olvido, desconocimiento, falta de información, ignorancia, una violación o una falla en los métodos anticonceptivos.

En algunos casos la mujer que se queja con frecuencia de malestares físicos puede pedir ayuda con los conflictos relacionados con el papel de madre y sus responsabilidades. En estas mujeres se indica una exploración más profunda de las medidas de afrontamiento de la realidad y de la tolerancia.

✓ **Respuesta emocional**

Las mujeres que se sienten felices y complacidas con su embarazo con frecuencia lo contemplan como un logro biológico y como parte de su plan de vida, tienen una alta autoestima y tienden a estar confiadas respecto de los resultados que van a obtener ellas sus bebés y los demás miembros de la familia. Aunque puede predominar un estado general de bienestar, en las mujeres embarazadas es común la inestabilidad emocional expresada por cambios repentinos de ánimo.

Estos cambios y este aumento de la sensibilidad hacia los demás son desconcertantes para la futura madre y para quienes la rodean. Un aumento de la irritabilidad, explosiones de ira y lágrimas, y sentimientos de enorme gozo y alegría se alternan, sin que medien causas aparentes pequeñas ni grandes. Estas alteraciones emocionales pueden responder a los profundos cambios hormonales que forman parte de la respuesta materna al embarazo, de manera similar a lo que ocurre antes de la menstruación o después de la menopausia.

✓ **Imagen corporal**

Los cambios fisiológicos del embarazo llevan consigo cambios rápidos y profundos en el contorno corporal. Durante el primer trimestre con frecuencia la actitud hacia el cuerpo es positiva. Sin embargo con el progreso del embarazo, sus sentimientos pueden hacerse más negativos. Para la mayoría de las mujeres la sensación de gustar o no gustar de su cuerpo en el estado de gestación es temporal y no conduce a cambios importantes en la percepción que tienen de sí mismas.

✓ **Ambivalencia**

La ambivalencia se define como un estado en el que existen sentimientos contradictorios simultáneos, como amor y odio por una persona, cosa o estado del ser.

La ambivalencia es una respuesta normal que experimentan las personas que se preparan para sumir un nuevo papel. Incluso las mujeres que se sienten complacidas de estar embarazadas pueden experimentar alguna vez sentimientos de hostilidad hacia la gestación o hacia el niño que está por nacer.

Unos sentimientos ambivalentes intensos que persisten hasta el tercer trimestre pueden indicar un conflicto no resuelto con el papel de la maternidad. Después del nacimiento de un bebé sano, sin embargo, por lo general se hacen un lado los recuerdos de estas emociones.

✓ **Higiene**

Butiña (1995), refiere que durante la gestación, la piel se ha de mantener muy limpia, ya que las excreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas aumentan de forma extraordinaria y por tanto se transpira más. Por lo que el baño y la ducha de todo el cuerpo, con agua y jabón, se recomiendan practicarlos diariamente. El agua, además de estimular la circulación sanguínea de la piel, sirve de relajante general. Los baños deben tomarse a 37°. Es decir, ni demasiado fríos ni muy calientes, tampoco son recomendables muy prolongados. Si se usa la ducha, se debe evitar los chorros de agua violentos sobre el vientre y riñones.

La higiene de los órganos genitales debe ser muy minuciosa, ya que el aumento de flujo y secreciones vaginales hace recomendable el lavado de esta zona por la mañana y por la noche. Las irrigaciones vaginales, en cambio, han sido completamente rechazadas por el peligro de introducción de gérmenes.

A partir de la mitad del embarazo, los pezones tienen que recibir un cuidado especial, pues comienzan a segregar un líquido, llamado calostro, que fluye y al secarse produce irritaciones. Los pezones se han de lavar adecuadamente con jabón y agua tibia, secarlos cuidadosamente y aplicarles una pomada a base de lanolina para mantenerlos suaves. Estos cuidados son necesarios para prevenir la aparición de grietas una vez iniciada la lactancia. En caso de pezones invertidos, un masaje adecuado diario les devolverá a su posición normal.

Como profilaxis o cuidados preventivos a las estrías gravídicas, que a partir del quinto mes suelen aparecer en algunas mujeres, en la piel del abdomen preferentemente, para evitarlas, se pueden practicar unos masajes en los senos, el vientre y los muslos con una crema grasa especial o en su defecto con un aceite natural. Estos penetrarán en la dermis y la conservarán flexible y elástica.

La higiene dental es particularmente necesaria, es preciso lavarse los dientes después de cada comida. Durante el embarazo se observa a menudo pequeñas hemorragias en las encías y aparición de inhabituales caries. La causa no es otra que el aumento de las necesidades de calcio en esta época, ya que en el curso del cuarto mes comienza a formarse los dientes del futuro hijo y extraen del organismo materno el calcio necesario para su formación. Esta pérdida, la madre, debe compensarla con vitaminas y un régimen alimenticio rico en calcio y sales minerales. Se hace necesario un control de la dentadura por un dentista, pues es mejor prevenir, que curar una caries. Las extracciones dentarias, si son necesarias, no tienen por qué demorarse. Los cabellos pueden ser algo más frágiles y caedizos que de costumbre tanto durante el embarazo como un tiempo después. Se deben cuidar y lavar adecuadamente con champú suave, no frotar con demasiada energía y evitar el tinte y las permanentes.

✓ **Relación de pareja**

La persona más importante para la mujer embarazada es por lo general el padre del bebé. Las mujeres que cuentan con el apoyo de su pareja durante el embarazo tienen menos síntomas físicos y emocionales, menos complicaciones con la dilatación y el parto y una mejor adaptación en el postparto. Las mujeres expresan dos necesidades principales dentro de las relaciones de pareja sentirse amadas y hacer que el cónyuge acepte al bebé.

La relación marital o de compromiso no es estática, sino que evoluciona con el paso del tiempo. El nacimiento del niño cambia para siempre la naturaleza del vínculo entre los cónyuges. Las parejas se unen de manera más estrecha durante el embarazo y este evento tiene un efecto de maduración sobre la relación de pareja en la medida en que sus integrantes asumen nuevos papeles y descubren aspectos desconocidos en el otro. Los cónyuges que se apoyan y confían el uno en el otro pueden compartir sus necesidades mutuas de dependencia. Las mujeres desean que su pareja tenga una participación activa en la preparación para el parto. El cónyuge puede ser una influencia estabilizadora, un escucha atento de las expresiones de duda y de temor, y una fuente de apoyo físico y emocional.

✓ **Compartir el embarazo**

Océano (2001), señala que los sentimientos de la mujer hacia los embarazos y la actitud de las personas que le son más cercanas influirán, en gran medida, en su disposición para llevar dentro de sí al niño. El sentimiento de anticipación y de gozo que acompaña al embarazo está inevitablemente interrumpido por momentos de incertidumbre, de dudas, de incomodidad física y cansancio. En estas circunstancias un compañero cariñoso y solidario puede hacer que todo sea diferente, que la experiencia sea positiva y se descubran aspectos nuevos de la relación de la pareja.

Tener un hijo es una cuestión, primero, del padre y de la madre y, luego, del resto de la familia. Cuanto más participe el hombre en estos primeros días, más cerca se sentirá de la madre y del niño en los años venideros y más implicados estará en su educación.

El apoyo moral y físico del hombre puede ser particularmente útil para la mujer al empezar a preparar activamente su cuerpo para el parto. Proporcionarle masajes suaves mientras hace los ejercicios puede transformar su actividad en una experiencia compartida y placentera. Los ejercicios son una forma inestimable de mantener el bienestar físico durante el embarazo y el parto. Alivian el estrés y la tensión y condicionan al cuerpo para que responda con mayor facilidad a las exigencias de alumbramiento.

✓ **Identificación con el papel de madre**

Perry (1998), manifiesta que la identificación con el papel de madre comienza muy temprano en la vida de la mujer. La percepción que su grupo social tiene del papel femenino puede en adelante influir para que ella se decida por la maternidad o por una carrera profesional, por casarse o permanecer soltera o se independiente en lugar de interdependiente. Los roles práctico como jugar con muñecas, cuidar bebés más pequeños y a sus propios hermanos puede aumentar su comprensión de lo que significa ser madre.

Muchas mujeres siempre han deseado un bebé, gozan con los niños y esperan con ansia ser madres. Su motivación para asumir el papel de la maternidad es muy alta, y esto, a su vez, afecta su aceptación del embarazo y la eventual adaptación prenatal y como madres. Otras mujeres aparentemente no han considerado en detalle lo que significa para ellas la maternidad. Como resultado, durante el embarazo surgen conflictos relacionados con no desear el embarazo o el niño, o con las decisiones

Profesionales que deben resolverse. Tener un bebé pretérmino también afecta la oportunidad del reconocimiento de la identidad materna.

✓ **Relación entre madre y feto**

La primera relación que existe entre la madre y el feto es más psicológica que biológica. La madre se construye una imagen propia del niño antes de que advierta alguna señal física de su existencia. Más adelante, esta relación se transforma en biológica debido a los cambios físicos que experimenta la madre, que llega a convertirse en el elemento de mediación entre el feto y el medio ambiente externo. Si la madre se alimenta poco, será ella la que suplirá con sus reservas, al menos en parte, la carencia alimentaria.

El feto no puede expresarse sino a través de la madre, no puede percibir el mundo si no es a través de ella. En esta interrelación la madre no debe estar sola, también debe participar su compañero o quienes la rodean y la apoyan. Si más sepamos sobre el nuevo ser, y más lo captemos en sus manifestaciones, más pronto llegaremos a verlo como una persona antes del nacimiento. Cuanto más compartido sea este descubrimiento por la pareja, la acogida del bebé tendrá aspectos más positivos.

✓ **Cuidado y salud de la mujer embarazada**

Cunningham (2002), comenta que uno de los pocos logros de la obstetricia, consistió en el desarrollo de los llamados cuidados prenatales. Este término puede ser definido como la supervisión y el cuidado de las mujeres embarazadas a fin de que puedan atravesar los peligros del embarazo y el parto con el menor riesgo posible.

✓ **Control prenatal**

Los cuidados prenatales deben comenzar tan pronto como exista una probabilidad razonable de embarazo. Los principales objetivos de esta visita consisten en:

- Definir el estado de salud de la madre y el feto.
- Establecer la edad gestacional del feto.
- Iniciar un plan para administrar cuidados obstétricos continuos.
- Registros prenatales, la utilización de un sistema de registro prenatal estandarizado dentro de un sistema de salud perinatal facilita significativamente el manejo antes del parto y durante él.
- Interrogatorio, en general, las recomendaciones esenciales para el interrogatorio de la mujer embarazada son las mismas que para cualquier otro paciente. El interrogatorio debe obtenerse sin apresuramiento en un ambiente privado a fin de establecerla empatía necesaria para obtener resultados satisfactorios. –
- Examen físico, debe ser completo y abarcar la inspección de los dientes a fin de reparar rápidamente cualquier caries. A las mujeres con venas varicosas debe recomendarse el drenaje postural frecuente y el uso de medias elásticas de soporte.(22)

10.- ESCALA DE EDIMBURGO

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés] Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky 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, se diseñó para cuantificar síntomas depresivos cognitivos exclusivamente en el posparto, no obstante se utiliza igualmente en la detección de estos síntomas durante la gestación; 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. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgo. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

ESCALA DE MEDICION DEL EDINBURGO

Nombre instrumento	Período aplicación	Rango de edad	Puntaje de corte	Momento aplicación
Escala de Edimburgo	Embarazo	18 años y más	12/13	Segundo control
	Posparto	No descrito	9/10	2 y 6 meses

ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO

Nº	PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTAJE
1	HE SIDO CAPAZ DE REIRME Y VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS	a) tanto como siempre	
		b) no tanto ahora	
		c) mucho menos ahora	
		d) no, nada	
2	HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER	a) tanto como siempre	
		b) menos que antes	
		c) mucho menos que antes	
		d) casi nada	
3	ME HE CULPADO SIN NECESIDAD CUANDO LAS COSAS NO SALEN BIEN	a) no nunca	
		b) no con mucha frecuencia	
		c) si, a veces	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
4	HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SIN MOTIVO	a) no, nunca	
		b) casi nunca	
		c) si, a veces	
		d) si, con mucha frecuencia	
5	HE SENTIDO MIEDO Y PANICO SIN MOTIVO ALGUNO	a) no, nunca	
		b) no, no mucho	
		c) si, a veces	
		d) si, bastante	
6	LAS COSAS ME OPRIMEN O AGOBIAN	a) no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c) si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIR	a) no, nunca	
		b) no, con mucha frecuencia	
		c) si, a veces	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
8	ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA	a) no, nunca	
		b) no con mucha frecuencia	
		c) si, a veces	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
9	HE SIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO	a) no, nunca	
		b) solo ocasionalmente	
		c) si, bastante a menudo	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
10	HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MI MISMA	a) nunca	
		b) casi nunca	
		c) a veces	
		d) si, bastante a menudo	
TOTAL			

INTERPRETACION.

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0,1,2 y 3 de acuerdo a la letra marcada = 0 punto; b) = 1 punto; c) = 2 punto; d) = 3 punto

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems

DURANTE EL EMBARAZO EN EL POSPARTO	DURANTE EL EMBARAZO EN EL POSPARTO
Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.	Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto
Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.	

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DEPRESION DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO

1. Explicar a las gestantes y puérperas que la depresión es una enfermedad frecuente en estas etapas de la vida y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible.
2. Solicitar a las gestantes y puérperas que marquen con una **X** la alternativa que más se acerca a la forma en que se ha sentido en los 7 días.
3. Especificar que las 10 preguntas deben ser respondidas y que para cada pregunta debe marcar solo 1 de las 4 alternativas.
4. si la gestante y puérpera tienen dificultades de lecto-escritura, el profesional o técnico lee las preguntas y las alternativas y espera la respuesta, si pasada un lapso prudente la gestante o puérpera no responde, se le repite la pregunta haciendo una pausa entre cada alternativa.
5. En todos los casos, se debe asegurar, que las respuestas provengan de la gestante o puérpera.

12.- PUERPERIO

CONCEPTO: “expulsión de la placenta, hasta un límite variable, generalmente seis semanas, en que ocurre la primera menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino”.

Se puede dividir:

- Puerperio inmediato: 24 horas. Incluye el puerperio postparto (2 primeras horas, vigilar hemorragias).
- Puerperio precoz o propiamente dicho: primera semana.
- Puerperio tardío: 40-45 días (retorno de la menstruación).
- Puerperio alejado: 45 días hasta un límite impreciso.

PUERPERIO NORMAL 3 CAMBIOS ENDOCRINOS

Actividad hormonal de la placenta

- Caída de gonadotropina corial, lactógeno placentario, estrógenos y progesterona.
- Cesación de la acción trófica sobre el aparato genital.
- Cesación de la acción hormonal general sobre el organismo: pérdida de Na y agua mediante diuresis y sudación.
- Liberación de la actividad hipofisaria y desbloqueo de la glándula mamaria, acción de la PRL sobre la secreción láctea y por tanto, instauración de la lactancia.

✓ **ASISTENCIA EN EL PUERPERIO.**

Se debe realizar al menos una visita al día y vigilar:

- Constantes: pulso, T^a y TA. En la 1^a hora, cada 15 minutos
- Involución de las heridas: episiotomía (dehiscencias, hematomas y signos de infección) y heridas del canal del parto.
- Enfermería: 2 lavados/días con antiséptico desde la parte anterior a la posterior. Contraindicadas las irrigaciones vaginales y los baños de inmersión. Debe hacerlo los profesionales con experiencia. Calor húmedo con baños de asiento tibios.

- Mamas y su excesiva ingurgitación: puede ser indicación para sacar leche, poner bolsa de hielo y si no se desea lactar (evitar succión+ inhibidor de PRL)
 - Pezones: limpieza y preocupación contra las fisuras. Lavado de areolas con agua y jabón antes y después de lactar. Grietas (rágades), gotitas de leche en el pezón y limpiar con agua tibia. Vaselina, última medida.
- Involución uterina: derivados de cornezuelo de centeno si retraso.
- Cantidad y aspecto de los loquios
- Entuertos: analgesia.
- Diuresis: si no presente (> 6-8 horas postparto), sondaje c/6 horas o sonda permanente.
- Hábito intestinal: 2-3 día laxante enema.
- Profilaxis tromboembolia:
 - Correcto tratamiento de varices durante el embarazo.
 - Levantamiento precoz en puerperio, gimnasia y respiración profunda.
 - Más frecuente en pierna izquierda.
 - Anticoagulante profiláctico: predisposición, inmovilización, varices acentuadas, trombosis previas o fiebre puerperal.
- Depresión: transitoria. Acúmulo de diversos factores:
 - Reducción de tensión emocional.
 - Molestias del puerperio.
 - Cansancio.
 - Ansiedad (dudas de capacidad de cuidar al niño al dejar el hospital).

- Temor de dejar de ser atractiva Importante anticiparse al diagnóstico y dar confianza a la madre.

✓ **CONTROL POSTNATAL**

Exploración de la mujer a las 2-6 semanas postparto. Algunos centros lo recomiendan a las 3 semanas y también consideran el momento adecuado para intentar métodos anticonceptivos.

- Evaluación del estado general de salud
- Adaptación de la madre al RN.
- Evaluación del estado físico.
- Evolución de la lactancia natural.
- Exploración física (general, mamaria, abdominal y genital).

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- ✓ **DEPRESION:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.
- ✓ **GESTACION:** Tiempo que dura este estado, desde la concepción hasta el parto.
- ✓ **PRIMIGESTA:** Mujer que gesta por primera vez
- ✓ **MULTIGESTA:** Mujer que tuvo más de 3 gestaciones
- ✓ **TAMIZAJE:** Seleccionar o elegir una cosa de entre varias.
- ✓ **COMPLICACIONES MATERNAS:** Situaciones de riesgo para la madre que pueden comprometer la salud
- ✓ **COMPLICACIONES FETALES** situación o hecho que compromete la integridad del feto.

- ✓ **TERAPIA:** Psicoterapia que se lleva a cabo reuniendo a varios pacientes que cuentan y comentan sus experiencias bajo la guía de un terapeuta.

- ✓ **FACTORES DE RIESGO:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

- ✓ **HIPERTENSIÓN:** se denomina presión arterial sistólica. El número inferior se llama presión arterial diastólica. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mm Hg). ... Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mm Hg o mayor la mayoría de las veces.

- ✓ **INCOMPETENCIA ISTMICOCERVICAL:** puede ocurrir sin dolor o sin contracciones uterinas. La incompetencia cervical ocurre debido a debilidad del cuello uterino, el cual se dilatará de manera normal por la presión hacia el final del embarazo.

- ✓ **INFECCIÓN GENITAL BAJA:** Aumento en cantidad de los exudados o trasudados que se originan en las vías genitales, fluyen al exterior y son reconocibles. Puede ser una condición fisiológica o patológica en la mujer de cualquier edad

- ✓ **PUERPERIO:** Periodo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta los 42 días post parto

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE
RESULTADOS

TABLA N° 01

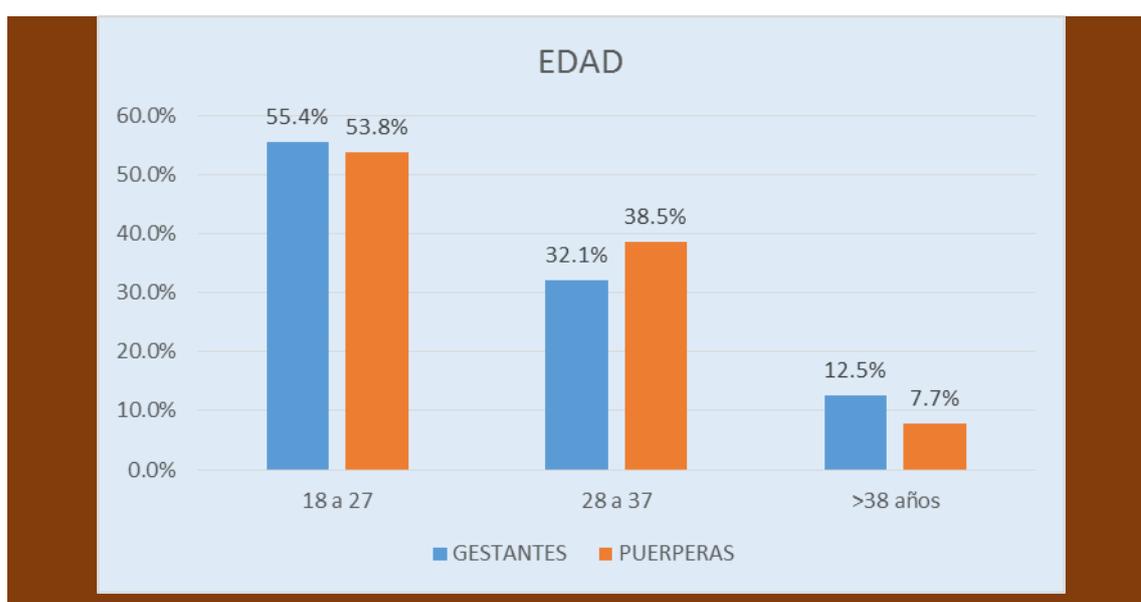
EDAD GESTANTES Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Edad	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
18 a 27	62	55.4	98	53.8
28 a 37	36	32.1	70	38.5
>38 años	14	12.5	14	7.7
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 1 sobre edad de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 55.4% están comprendidas dentro de los 18 a 27 años, Puérperas: el 53.8% estuvieron en el rango de 18 a 27 años. Esta tabla se contrasta con, Picech **A** (Argentina 2014) Objetivo: Conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas; donde hace referencia que la edad promedio para las gestantes que hacen ansiedad y depresión, están en promedio de 20 a 30 años de edad. Nuestro estudio muestra una diferencia en edades

Figura N° 01



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 02

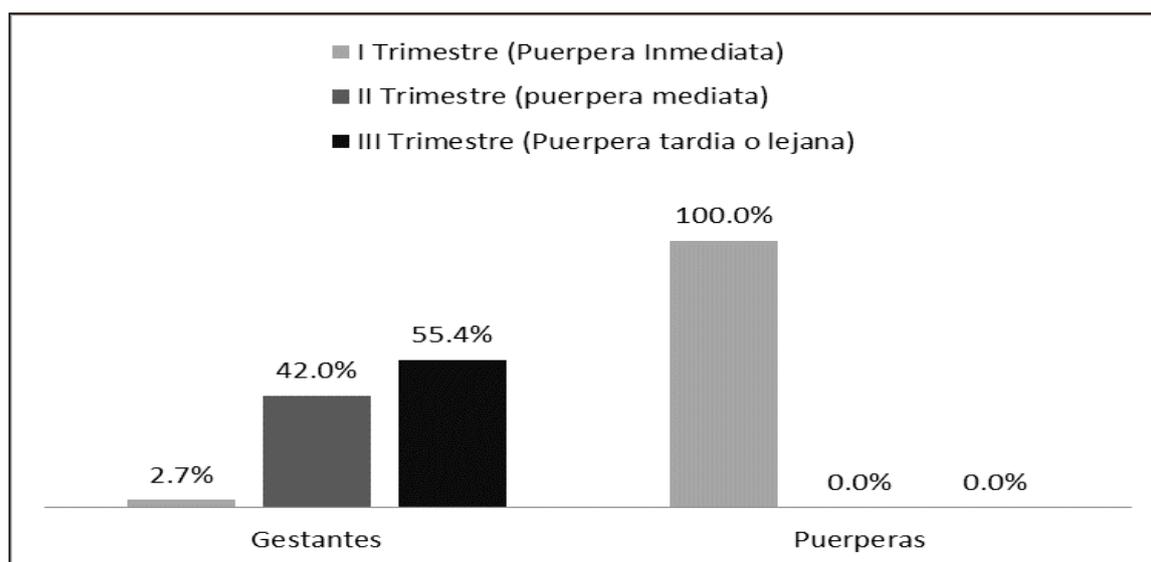
TRIMESTRE DE EMBARAZO Y TIPO DE PUERPERA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
I Trimestre / Puérpera Inmediata	3	2.7	182	100.0
II Trimestre /Puérpera mediata	47	42.0	0	0.0
III Trimestre / Puérpera tardía o lejana	62	55.4	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 2 sobre el trimestre de gestación el resultado es el siguiente: Gestantes: el 55.4% estuvieron en el III trimestre de gestación. Puérperas: el 100% estuvieron dentro de las 24 horas del puerperio. Esta tabla se contrasta con Picech A. Objetivo: Conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas, donde menciona que la depresión en gestantes es frecuente en el segundo trimestre de gestación

Figura N° 02



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 03

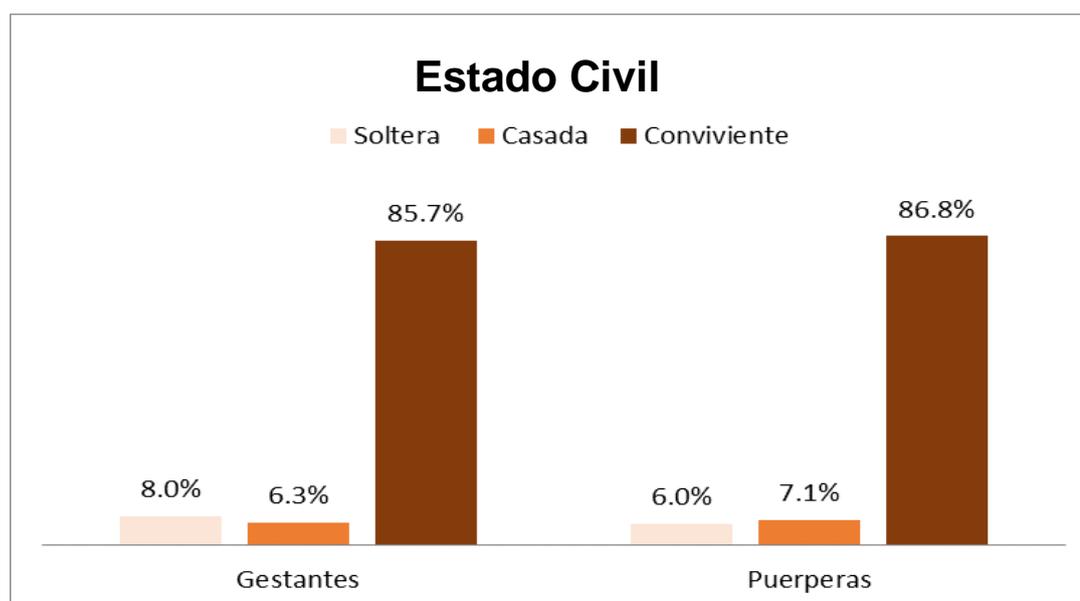
ESTADO CIVIL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Estado civil	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Soltera	9	8.0	11	6.0
Casada	7	6.3	13	7.1
Conviviente	96	85.7	158	86.8
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 3 sobre estado civil de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 85.7% fueron convivientes. Puérperas: 86.8% fueron convivientes. Esta tabla se contrasta con de **López M.** cuyo Objetivo: Determinar la prevalencia de síndrome depresivo en el personal de enfermería hace referencia que el estado civil de las gestantes con depresión son más frecuentes en mujeres casadas con 75%. Este trabajo se diferencia de lo que se presenta en la tesis

Figura N° 03



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 04

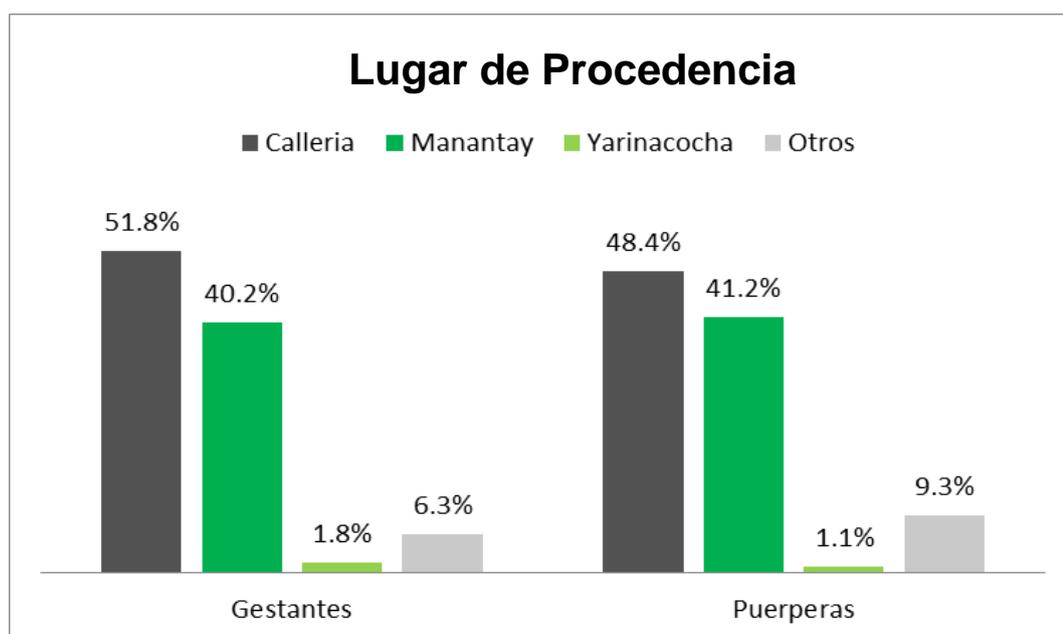
LUGAR DE PROCEDENCIA DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Lugar de procedencia	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Callería	58	51.8	88	48.4
Manantay	45	40.2	75	41.2
Yarinacocha	2	1.8	2	1.1
Otros	7	6.3	17	9.3
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 4 sobre lugar de procedencia de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 93.8% fueron de la provincia de Coronel Portillo, Puérperas: el 90.7% fueron de la provincia de Coronel Portillo, cabe mencionar que el hospital es una unidad referencial y atiende de también de otros lugares.

Figura N° 04



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 05

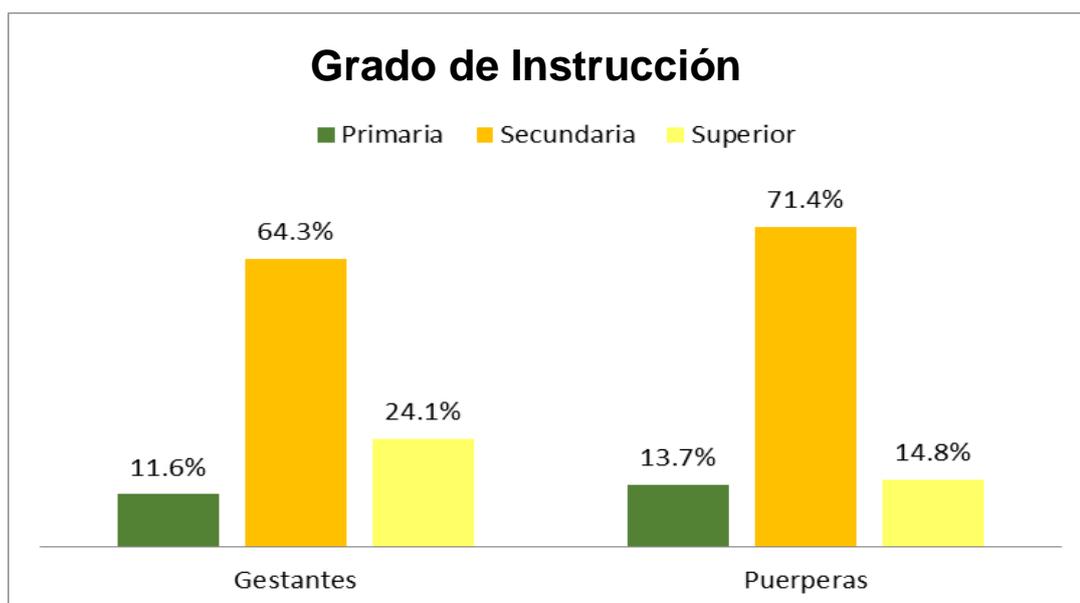
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Grado de instrucción	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Primaria	13	11.6	25	13.7
Secundaria	72	64.3	130	71.4
Superior	27	24.1	27	14.8
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 5 sobre el grado de instrucción de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 64.3% tuvieron secundaria. Puérperas: el 71.4% tuvieron secundaria. Esta tesis es similar a la de **Garay C.**, cuyo Objetivo: fue estudiar dos grupos de mujeres, aquellas que tienen un trabajo remunerado y aquellas que tienen un trabajo no remunerado (ama de casa); hace referencia que las mujeres con nivel de instrucción menor son el grupo más vulnerable a la depresión. Nuestro resultado podría tener similitud en sus respuestas

Figura N° 05



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 06

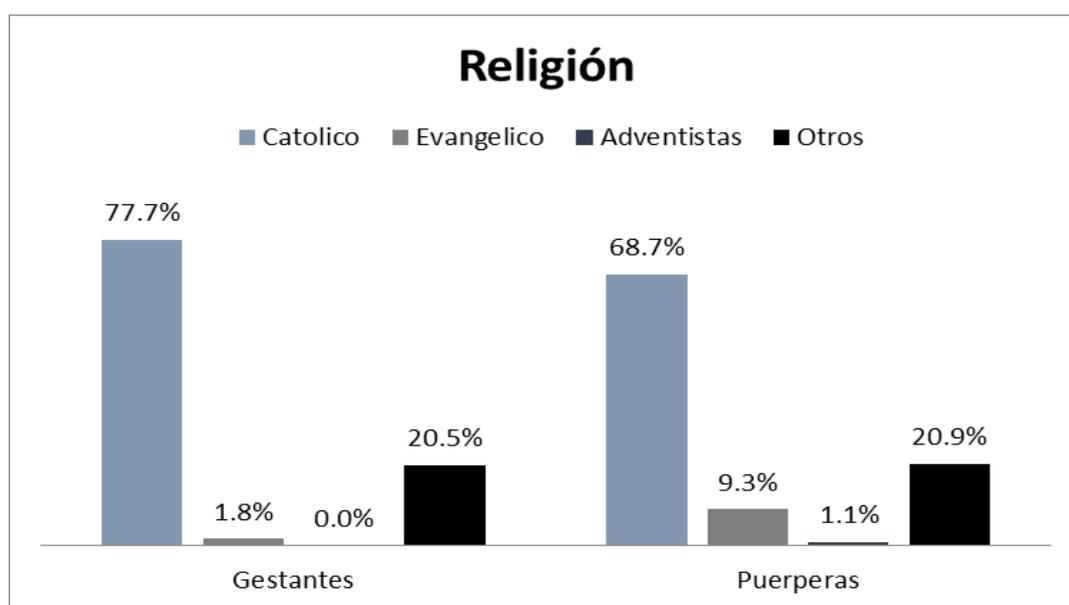
RELIGIÓN DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Religión	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	Fi	%
Católico	87	77.7	125	68.7
Evangélico	2	1.8	17	9.3
Adventistas	0	0.0	2	1.1
Otros	23	20.5	38	20.9
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 6 sobre lugar la religión de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 77.7% fueron de religión católica. Puérperas: 68.7% fueron de religión católica.

Figura N° 06



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 07

OCUPACIÓN DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Ocupación	Gestantes		Puérperas	
	Fi	%	fi	%
Estudiante	6	5.4	9	4.9
Trabajo no profesional ama de casa	98	87.5	164	90.1
Trabajo profesional	8	7.1	9	4.9
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 7 sobre la ocupación de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 87.5% fueron trabajadores no profesionales y ama de casa. Puérperas: el 90.1% fueron trabajadores no profesionales y ama de casa esta tabla se contrasta con **Garay C.**, menciona que son las amas de casa las que más tienen la tendencia a la depresión. Este trabajo tiene mucha similitud con lo encontrado

Figura N° 07



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 08

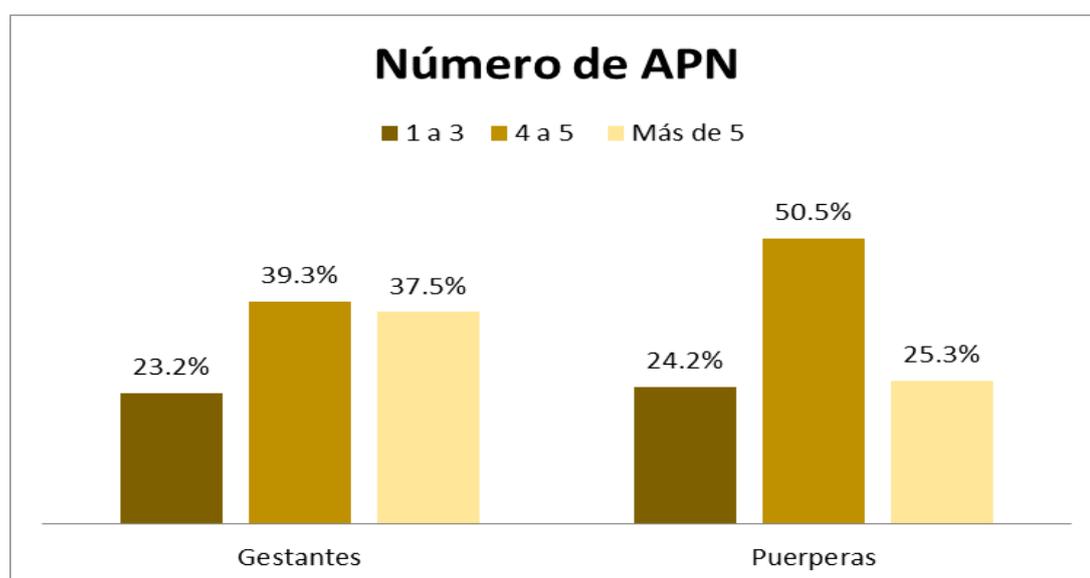
APN DE LAS GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Número de APN	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
1 a 3	26	23.2	44	24.2
4 a 5	44	39.3	92	50.5
Más de 5	42	37.5	46	25.3
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 8 sobre el número de atención prenatal de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 39.3% tuvieron entre 4 a 5 APN. Puérperas: el 50.5% tuvieron entre 4 a 5 APN. **Tudela F. (2014)**, menciona que no es un determinante la depresión para la asistencia al control prenatal, en su estudio realizado en Puno las gestantes con depresión tuvieron 6 controles prenatales. Este trabajo tiene similitud con nuestro resultado

Figura N° 08



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 9

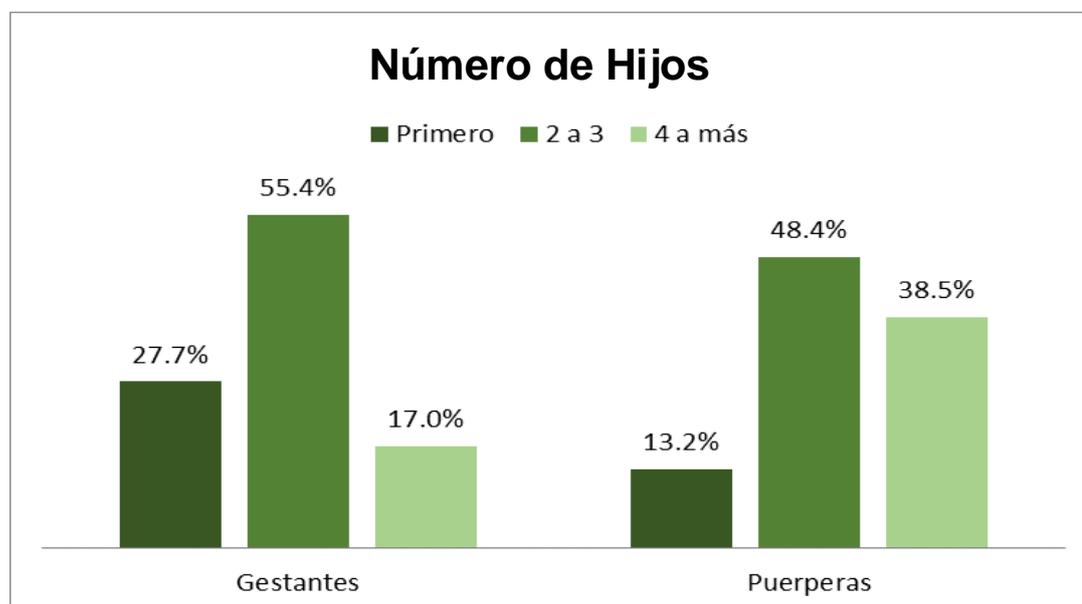
NÚMERO DE HIJOS DE LAS GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Número de hijos	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Primero	31	27.7	24	13.2
2 a 3	62	55.4	88	48.4
4 a más	19	17.0	70	38.5
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 9 sobre el número de hijos previos de las gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 55.4% tuvieron entre 2 a 3 hijos. Puérperas: el 48.4% tuvieron entre 2 a 3 hijos. Este trabajo se contrasta con Tudela F. (2014), menciona que son las primíparas quienes tienen la tendencia a la depresión. Por lo tanto nuestro trabajo es diferente.

Figura N° 9



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 10

EL EMBARAZO FUE PLANEADO DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

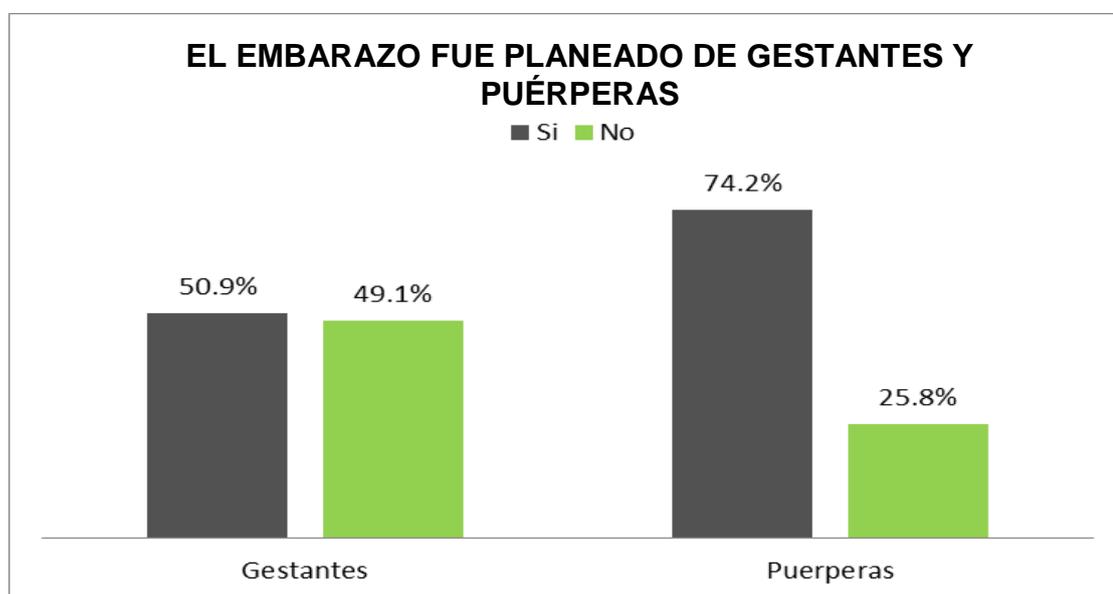
El embarazo fue planeado	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Si	57	50.9	135	74.2
No	55	49.1	47	25.8
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 10 sobre si el embarazo fue planeado en gestantes y puérperas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 50.9% si fue planeado. Puérperas: el 74.2% si fue planeado.

Mercado H., menciona que es un factor muy importante el estar frente a una gestación no deseada, no planificada, siendo un condicionante para la depresión.

Figura N° 10



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

➤ ESCALA DE EDINBURGO

Tabla N° 11

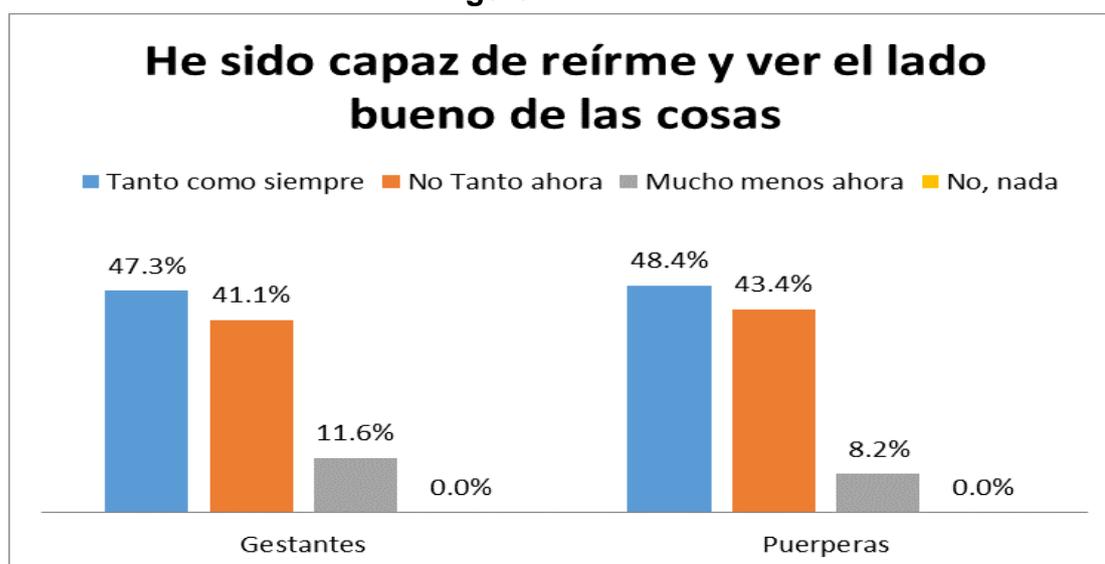
HE SIDO CAPAZ DE REÍRME Y VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS, GESTANTES Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

He sido capaz de reírme y ver el lado bueno de las cosas	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Tanto como siempre	53	47.3	88	48.4
No Tanto ahora	46	41.1	79	43.4
Mucho menos ahora	13	11.6	15	8.2
No, nada	0	0.0	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 11 sobre si las gestantes y puérperas han sido capaz de reírse y ver el lado bueno de las cosas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 47.3% vio las cosas tanto como siempre, pero el 52.7% tiene cierta dificultad en reír y ver el lado bueno de las cosas. Puérperas: el 48.4% también respondió tanto como siempre y el 51.6% presento en algún momento cierta dificultad en ver el lado bueno de las cosas.

Figura N° 11



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio.

Tabla N° 12

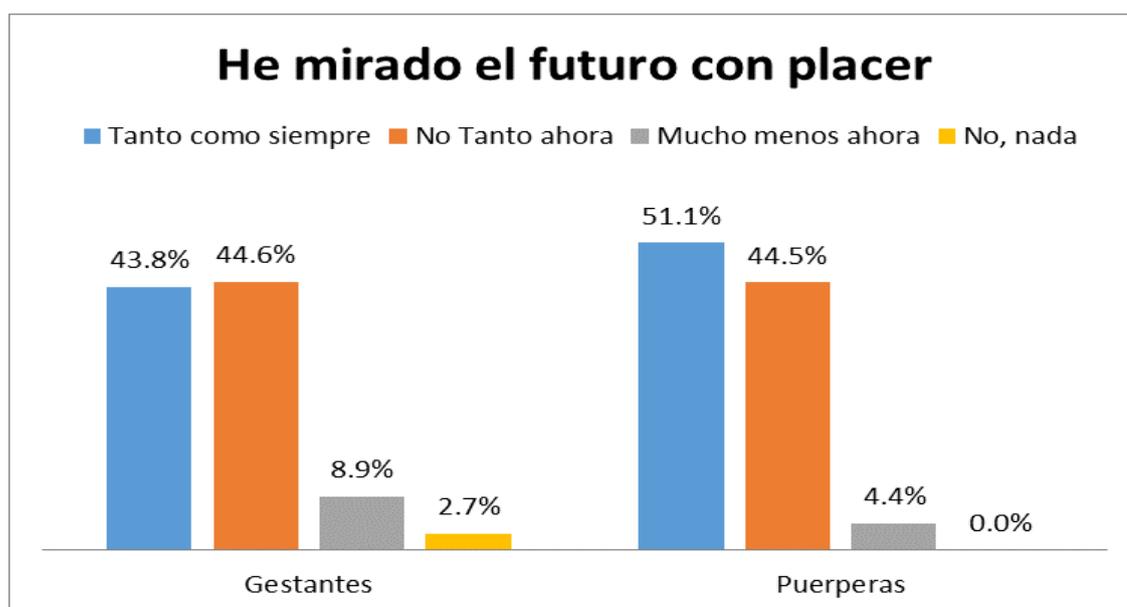
HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER, DE GESTANTES Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

He mirado el futuro con placer	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	Fi	%
Tanto como siempre	49	43.8	93	51.1
No Tanto ahora	50	44.6	81	44.5
Mucho menos ahora	10	8.9	8	4.4
No, nada	3	2.7	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 12 sobre si las gestantes y puérperas han mirado el futuro con placer, el resultado es el siguiente: Gestantes: el 43.8% refirió que si vislumbra su buen futuro, pero el 56.2% no vislumbra adecuadamente su futuro durante el embarazo. Puérperas: el 51.1% si miro el futuro con placer. (Vislumbra su futuro muy bien), pero el 48.9% tiene cierto problema en mirar el futuro con placer.

Figura N° 12



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 13

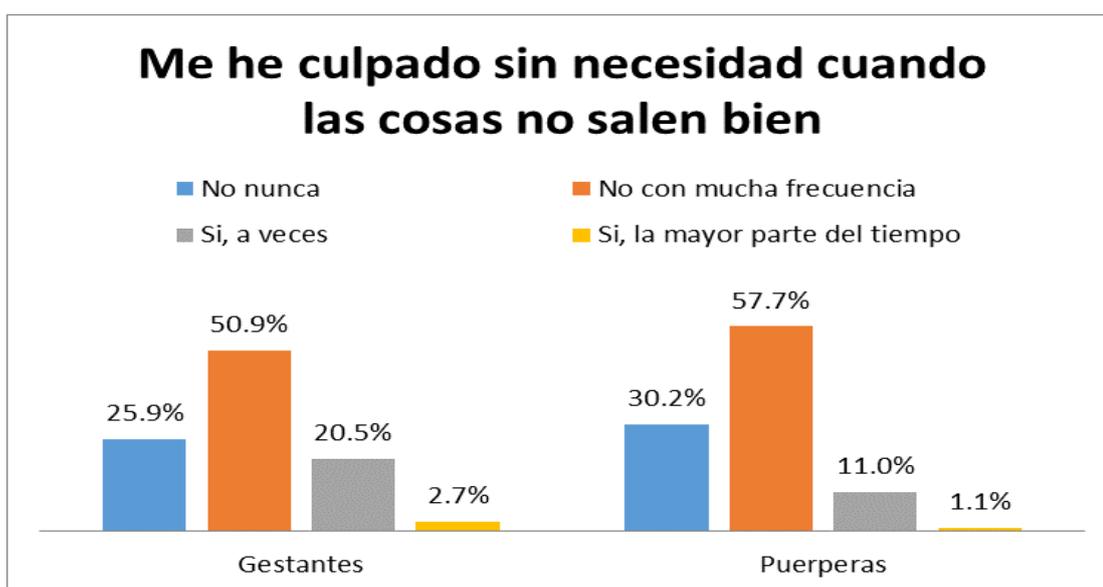
ME HE CULPADO SIN NECESIDAD CUANDO LAS COSAS NO SALEN BIEN, DE LAS GESTANTES Y PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
No nunca	29	25.9	55	30.2
No con mucha frecuencia	57	50.9	105	57.7
Si, a veces	23	20.5	20	11.0
Si, la mayor parte del tiempo	3	2.7	2	1.1
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 13 sobre si las gestantes y puérperas se han culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien el resultado es el siguiente: Gestantes: el 25.9% refirió que nunca se culpó cuando las cosas no salen mal, el 83% si en algún momento se culpó de las cosas cuando no salen bien. Puérperas: el 30.2% refirió que nunca se han culpado cuando las cosas no salen bien y el 69.8% si en alguna oportunidad se culpó cuando las cosas no salen bien.

Figura N° 13



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 14

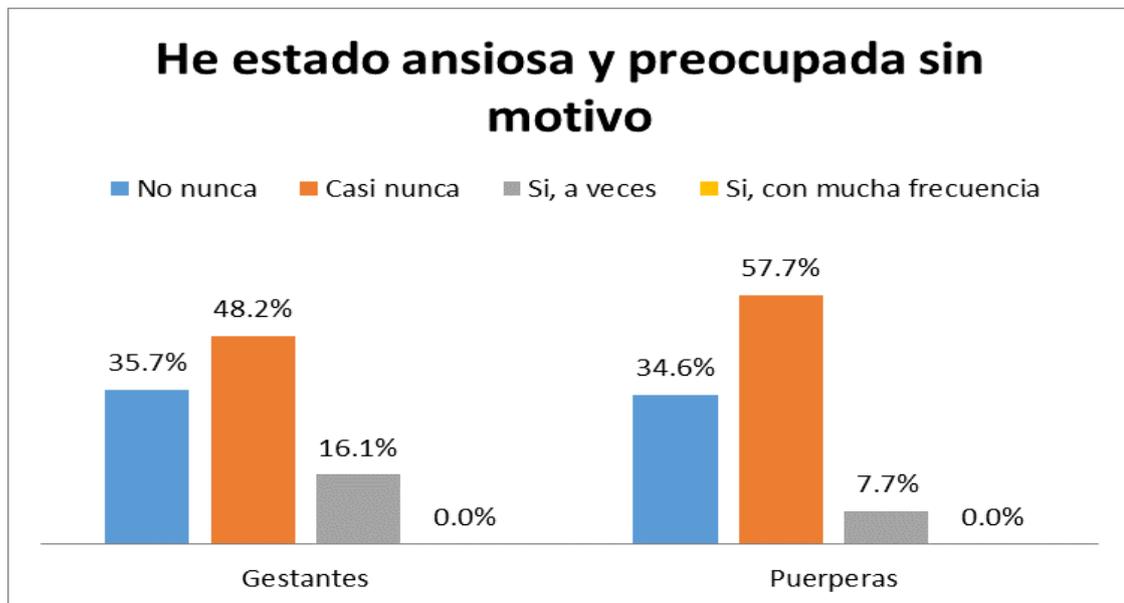
HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SIN MOTIVO, DE LAS GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

He estado ansiosa y preocupada sin motivo	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
No nunca	40	35.7	63	34.6
Casi nunca	54	48.2	105	57.7
Si, a veces	18	16.1	14	7.7
Si, con mucha frecuencia	0	0.0	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 14 sobre si las gestantes y puérperas han estado ansiosas y preocupadas sin motivo el resultado es el siguiente: Gestantes: el 48.2% refirió casi nunca, Puérperas: el 57.7% refirió casi nunca.

Figura N° 14



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 15

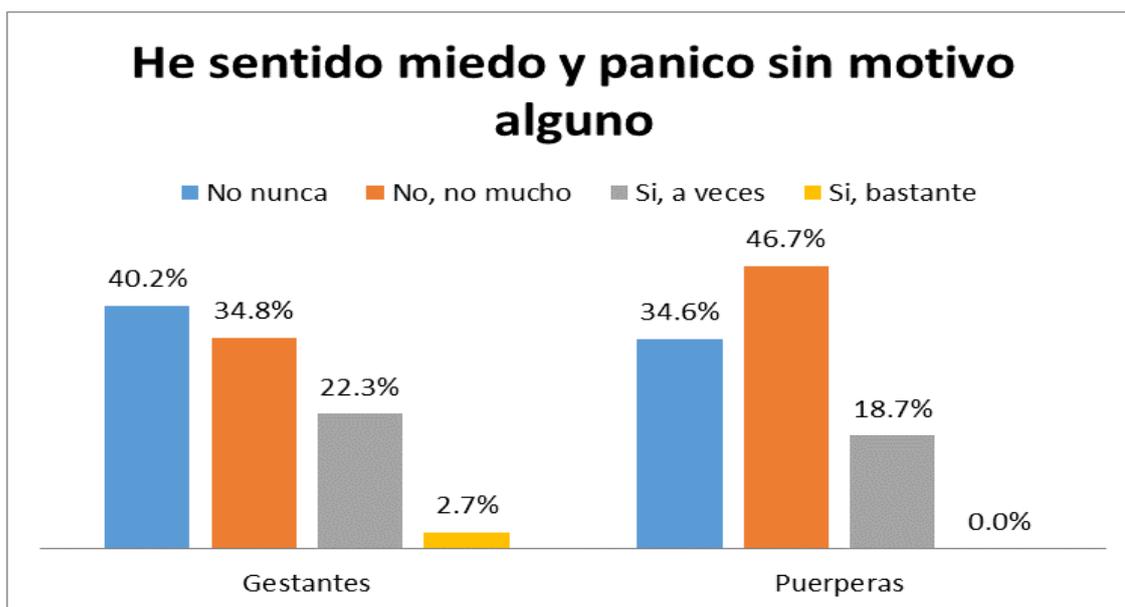
HE SENTIDO MIEDO Y PÁNICO SIN MOTIVO ALGUNO, DE LAS GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

He sentido miedo y pánico				
sin motivo alguno	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
No nunca	45	40.2	63	34.6
No, no mucho	39	34.8	85	46.7
Si, a veces	25	22.3	34	18.7
Si, bastante	3	2.7	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 15 sobre si las gestantes y puérperas han sentido miedo y pánico sin motivo alguno el resultado es el siguiente: Gestantes: el 75% aparentemente no han sentido miedo, pánico sin motivo alguno. El 25% si presento miedo y pánico sin motivo alguno. Puérperas: el 81.3% aparentemente nunca tuvieron han sentido miedo y pánico sin motivo y el 18.7% si presento miedo y pánico en algún momento.

Figura N° 15



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 16

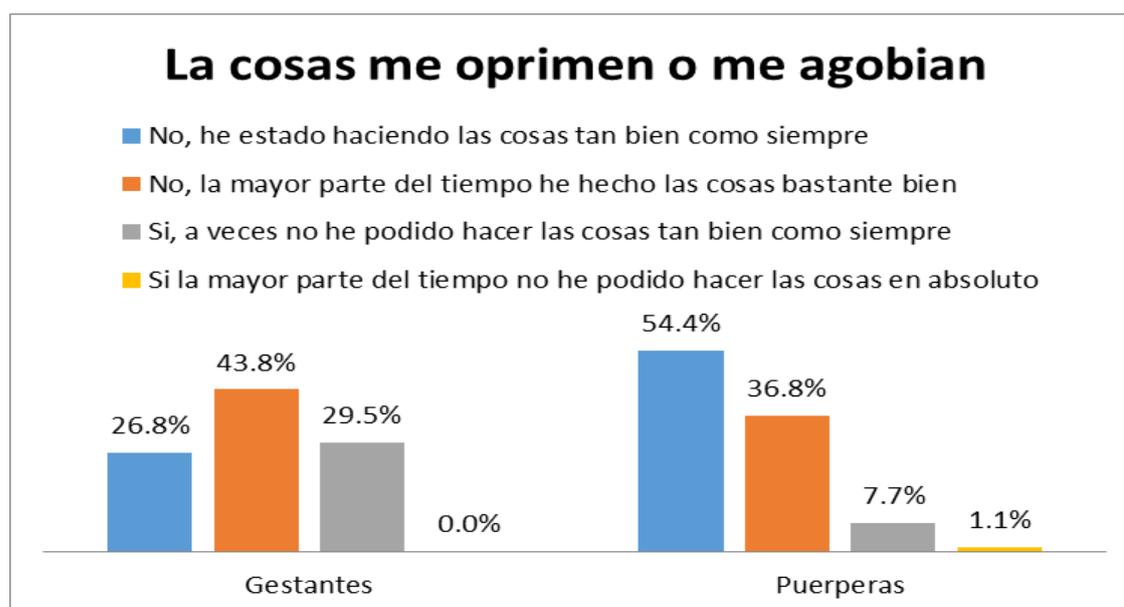
LAS COSAS ME OPRIMEN O ME AGOBIAN, DE LAS GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

La cosas me oprimen o me agobian	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	30	26.8	99	54.4
No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	49	43.8	67	36.8
Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	33	29.5	14	7.7
Si la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0	0.0	2	1.1
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 16 sobre si las gestantes y puérperas le oprimen las cosas el resultado es el siguiente: Gestantes: el 70.6% respondió que no les oprime las cosas, que todo está bien, y el 29.5% si le oprime las cosas la mayor parte del tiempo. Puérperas: el 91.2%% respondió que no le oprime nada y que han hecho las cosas tan bien como siempre), solo el 8.8% les oprimen las cosas y les agobia algo.

Figura N° 16



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 17

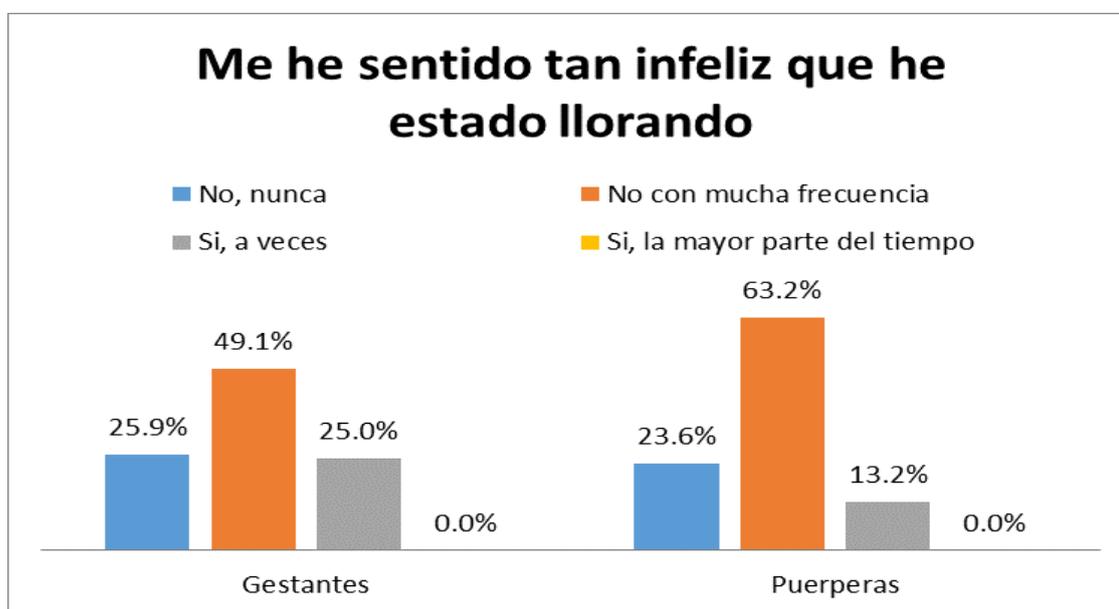
ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO, DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
No, nunca	29	25.9	43	23.6
No con mucha frecuencia	55	49.1	115	63.2
Si, a veces	28	25.0	24	13.2
Si, la mayor parte del tiempo	0	0.0	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 17 sobre si las gestantes y puérperas se han sentido tan infeliz que he estado llorando, el resultado es el siguiente: Gestantes: el 25% refirió que si se han sentido tan infeliz que han estado llorando. Puérperas: el 13.2% refirió que si se han sentido tan infeliz que han estado llorando.

Figura N° 17



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 18

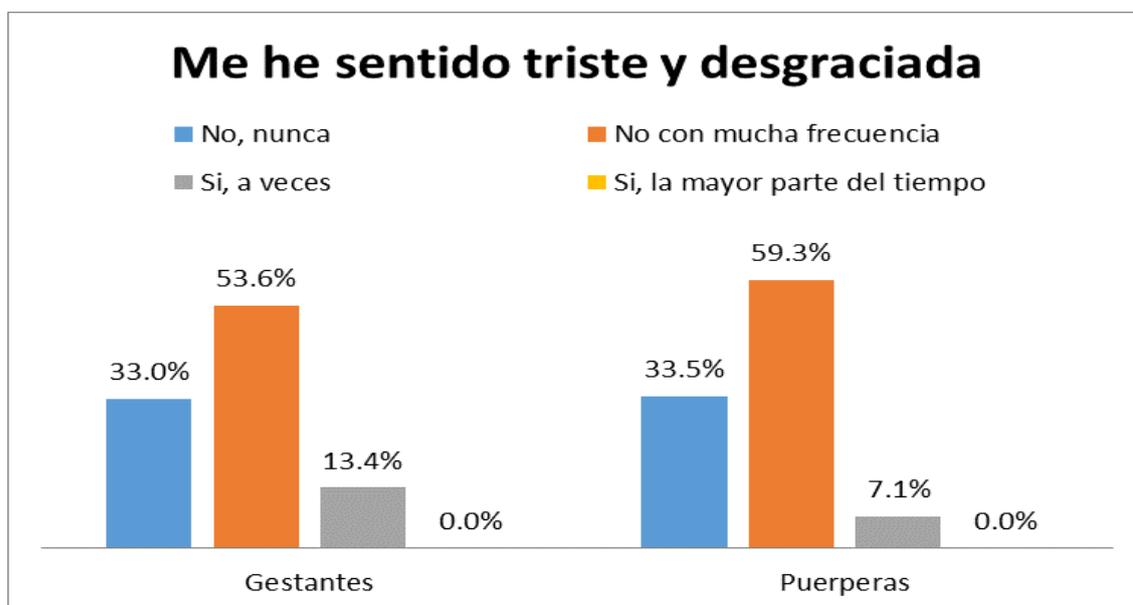
ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA, DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Me he sentido triste y desgraciada	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
No, nunca	37	33.0	61	33.5
No con mucha frecuencia	60	53.6	108	59.3
Si, a veces	15	13.4	13	7.1
Si, la mayor parte del tiempo	0	0.0	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 18 sobre si las gestantes y puérperas se han sentido triste y desgraciadas, el resultado es el siguiente: Gestantes: el 86.6% refirió que no con mucha frecuencia se han sentido tristes y desgraciados, solo el 13.4% si se han sentido tristes. Puérperas: el 92.8% refirió que no se sienten tristes y desgraciados, solo el 7.1% se han sentido triste y desgraciadas. En ambos grupos existe la posibilidad de depresión

Figura N° 18



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 19

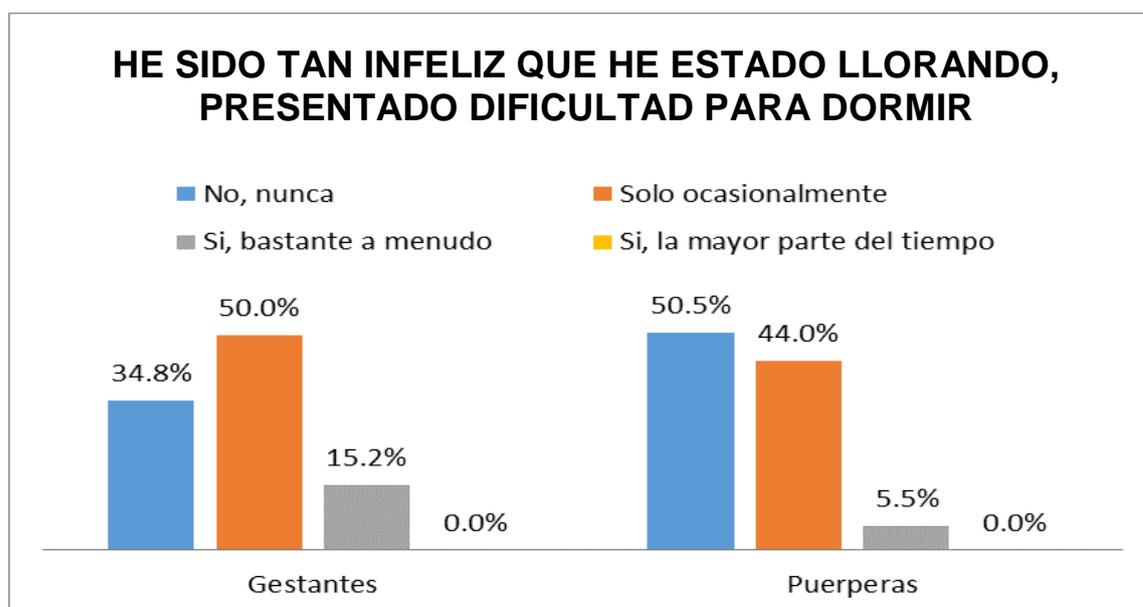
HE SIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO, PRESENTADO DIFICULTAD PARA DORMIR, DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

He sido tan infeliz que he estado llorando, dificultad para dormir	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
No, nunca	39	34.8	92	50.5
Solo ocasionalmente	56	50.0	80	44.0
Si, bastante a menudo	17	15.2	10	5.5
Si, la mayor parte del tiempo	0	0.0	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 19 sobre si las gestantes y puérperas se han sentido tan infeliz que he estado llorando el resultado es el siguiente: Gestantes: 34.8% respondió que no, nunca, el 50.0% solo ocasionalmente, el 15.2% si, bastante a menudo. Puérperas: el 50.5% respondió que no, nunca, el 44.0% refirió que solo ocasionalmente y el 5.5% si, bastante a menudo.

Figura N° 19



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 20

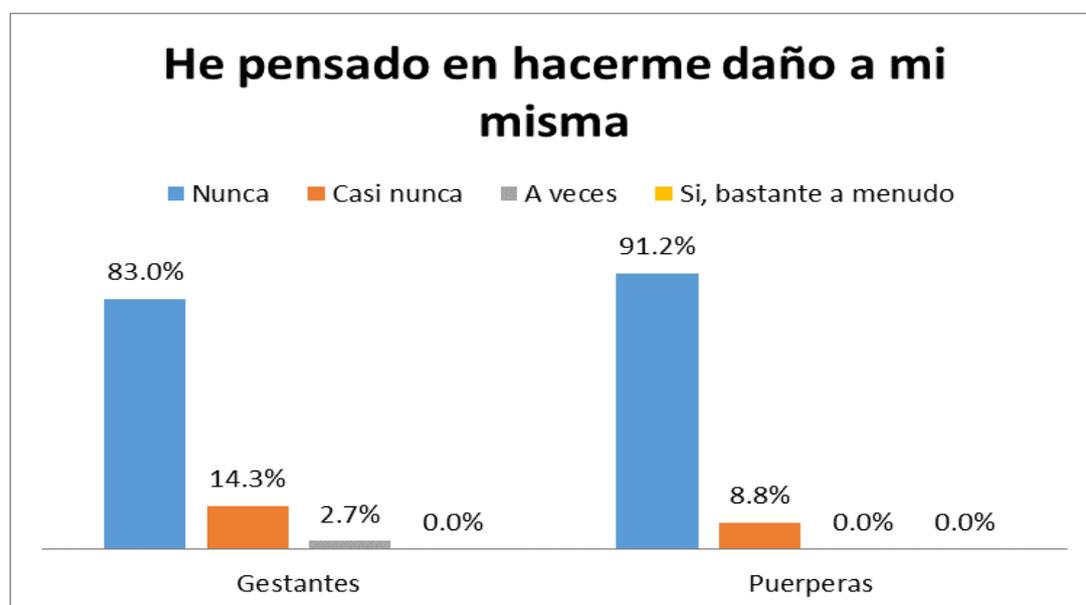
HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MÍ MISMA, DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

He pensado en hacerme daño a mí misma	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Nunca	93	83.0	166	91.2
Casi nunca	16	14.3	16	8.8
A veces	3	2.7	0	0.0
Si, bastante a menudo	0	0.0	0	0.0
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 20 sobre si las gestantes y puérperas han pensado en hacerse daño a sí misma, el resultado es el siguiente: Gestantes: el 83.0% respondió nunca, Puérperas: el 91.2% respondió que nunca. Ambos grupos nunca han pensado hacerse daño.

Figura N° 20



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

Tabla N° 21

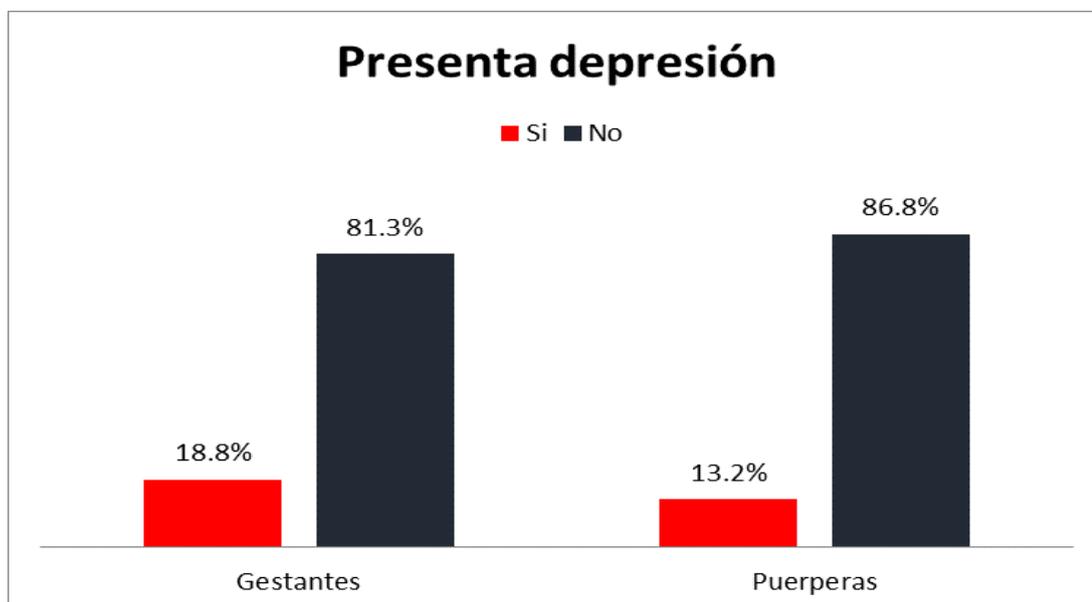
DEPRESIÓN DE GESTANTES Y PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018

Presenta depresión	Gestantes		Puérperas	
	fi	%	fi	%
Si	21	18.8	24	13.2
No	91	81.3	158	86.8
PROMEDIO	112	100.0	182	100.0

FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la tabla y figura N° 21 sobre si las gestantes y puérperas presentaron depresión al momento de la entrevista, el resultado es el siguiente: Gestantes: el 18.8% si tuvo algún signos de depresión durante el embarazo y el 81.3 no presento ningún síntoma de depresión. Puérperas: el 13.2% si presento un cuadro de depresión durante la etapa del puerperio específicamente durante el puerperio inmediato y el 86.8% no presento sintomatología clínica de depresión post parto específicamente

Figura N° 21



FUENTE: entrevista aplicada a la población en estudio

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

- Con respecto a los principales síntomas depresivos de las gestantes en estudio el 11.6% refirió que no son capaces de reírse y ver el lado bueno de las cosas, el 11.6% no vislumbran su futuro con placer, el 23.2% se han culpado sin necesidad y cuando las cosas salen mal, el 16.1% se han sentido ansiosas, preocupadas sin motivo alguno, el 25% han sentido miedo y pánico sin motivo alguno, el 29.5% sienten que las cosas le oprimen y le agobian, el 25% han estado llorando y se siente infeliz, 13.4 % se han sentido desgraciadas, el 15.2% no pueden dormir. El 2.7% han pensado en hacerse daño a sí misma.
- Con respecto a los síntomas depresivos de las puérperas en estudio el 8.2% no se siente capaz de reírse y ver el lado bueno de las cosas, el 48.9% no miran el futuro con placer, 12.1% se han culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien, el 7.7% se han sentido ansiosas y preocupadas sin motivo alguno, el 18.7% han sentido miedo y pánico sin motivo alguno, el 8.8% les oprimen las cosas y les agobian, el 13.2% se han sentido tan infeliz y han estado llorando, el 7,1% se han sentido desgraciadas, el 5.5% no han podido dormir. Ninguna puérpera se ha intentado hacerse daño.
- Respecto a las características sociodemográficas de las gestantes y puérperas que integran el estudio podemos señalar que, el 55.4% se encuentran en el rango de edades de 18 a 27 años, corresponde a la población joven y el 52.7% de puérperas también están entre el rango de edades de 18 a 27 años. El 85.7% de las gestantes fueron de estado civil convivientes, mientras que las puérperas tuvieron 86.8% de estado civil conviviente. El 51.8% de gestantes fueron procedentes de Callería y el 48.4% de puérperas también fueron procedentes de Callería. Referente al grado de instrucción de las gestantes el 64.3% tuvieron estudios secundarios y las puérperas el 71.4% también tuvieron el grado de instrucción secundaria. El 77.7% de las gestantes

fueron de religión católica y el 68% también fueron católicos. Con respecto a la ocupación el 87.5% de las gestantes tuvieron trabajo no profesional / ama de casa y el 90.1% de las puérperas también fueron de ocupación trabajo no profesional – ama de casa.

En cuanto a las características del número de atención prenatal recibida por las gestantes el 39.3% tuvieron entre 4 a 5 controles prenatales y el 50.5% de las puérperas tuvo entre 4 a 5 controles prenatales. El 55.4% del grupo de las gestantes tuvo entre 2 a 3 hijos y el 48.4% de las puérperas también tuvo entre 2 a 3 hijos. Con respecto si el embarazo fue planeado el 50.9% de las gestantes refirió que sí y el 74.2% de las puérperas también refirió que sí. Dato muy importante que refleja la actitud positiva de la madre al tener al recién nacido quien influye positivamente.

Con respecto a la prevalencia de síndrome depresivo para gestantes es el 18.8% y para el grupo de puérperas 13.2%. Datos muy relevantes encontrados en el estudio.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos en la tesis:

- Se recomienda a los profesionales del primer nivel de atención quienes están en contacto directo con las gestantes, a fomentar el cumplimiento de la atención Reenfocada a la gestante, paquete que incluye la atención integral de la gestante.
- A los profesionales de salud a realizar el tamizaje de salud mental, hacer las derivaciones correspondientes para la atención inmediata y oportuna.
- A los profesionales de obstetricia quienes realizan la labor de psicoprofilaxis, motivar y fortalecer el vínculo madre y niño, fortalecer espacios de escucha a la gestante. Crear grupos de apoyo entre gestantes, fortalecer el parto humanizado y con acompañamiento.
- Tener presente que la depresión puede llevar a que la gestante puede hacerse daño, entonces recomendamos la derivación oportuna de estos posibles casos a un nivel con mayor complejidad.
- Se recomienda a seguir induciendo la accesibilidad de los métodos anticonceptivos, debido a que el estudio muestra que 55.4% es población joven dentro de la etapa reproductiva

FUENTES DE INFORMACION

- 1.- **INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE MUÑOZ.** Mexico.Vol. 29 julio 2006
- 2.- **Bao Alonso, María del Pilar 2010.** Prevalencia Depresión Durante el Embarazo, Lima, Perú. Revista Neuropsiquiatría
- 3.- **Organización Mundial de la Salud.** El Informe Mundial de Salud - Mental health: new understanding, new hope. Ginebra; 2001.
- 4.- **Guía de Práctica Clínica En Salud Mental Y Psiquiatría – Dirección General de Las Personas – 2008** Hernán Garrido Lecca Montañez.
- 5.- **Carvalho APP, Tonete VLP, Parada CMGL.** Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. Rev. Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2010 [Acesso 14 mar 2016]; 18(6):1187-94. Available
6. - **Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HÁ,** Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2010
- 7.- **Menezes LO, Pinheiro RT,** Quevedo LA, Oliveira SS, Silva RA, Pinheiro KAT, et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento Federal da Saúde Pública: uma análise do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública.
- 8.- **scherrer de Araujo. Walckiria García Romero·** Eliana Zandonade· María Helena Costa Amorim. Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado.
- 9.- **Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Bennett GHA, Einarson TR.** Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstetrics & Gynecology.2004, 103:698-709.
- 10.- **Luján Draghi S.** Depresión en el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Diciembre 2009 88 - Nº 982.
- 11.- **Heather A, Bennett ET AL. (2004).** Prevalence of depression during pregnancy: Systematic Review Obstetrics & Gynecology, 103: 698-709.
- 12.- **Rodrigo Picech Alexis, Lisandro Javier Flores.** Dr. Raúl Alberto Lanser, Dra. Mirta Alejandra Elizalde Cremonte Ortiz Servicio de Ginecología y

Obstetricia: Hospital “Angela Iglesia de Llano”, Corrientes, Argentina.
Depresión y Embarzo.

- 13.- **Medina López. Lorena del Roció (2006)**, Tesis Prevalencia del Síndrome Depresivo, en el Personal de Enfermería Medicina Familiar.
- 14.- **Garay Lopez, Julieta Concepcion (2005)**. Tesis Niveles de Depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (ama de casa). Realizado en México
- 15.-**Ma. Asunción Lara. Y col. (2006)**. Síntomas depresivos en el embarazo Y factores asociados, en pacientes De tres instituciones de salud de la ciudad de México
- 16.-**Mc.Corona Baez Juana**, “Frecuencia de Depresión en Adolescentes Embarazadas en la umf 92 en el periodo enero a diciembre 2012”
- 17.- **Bao-Alonso1 María del Pilar, Johann M. Vega-Dienstmaier (2004)**, Prevalencia de depresión durante la gestación
- 18.-**Mercado Huachupoma, Yisell Diana Paccori Yanac, Leonor**. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima 2012
- 19.- **Vanesa. (Lima 2012)** Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima 2012.
- 20.- **Lipa Tudela Frida (2014)** Depresión Postparto En Puérperas Primíparas Y Multíparas Del Establecimiento De Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno. La investigación se realizó en la ciudad de Puno en el Establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas
- 21.- **GUÍA DE PRÁCTICA CLINICA: EPISODIOS DEPRESIVOS**
- 22.- **Dr. Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación. Sexta edición. 2014**
- 23.- **El DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, 5ª edición)**
- 24.- **Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B**. Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital

Universitario Quirón Dexeus Resultados preliminares. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría (Revista en Internet).

- 25. Artículo de opinión/Opinion article Prevención de la depresión perinatal Perinatal depression prevention** María de la Fe Rodríguez-Muñoz, María Eugenia Olivares^b, Nuria Izquierdo^b, Cristina Soto^c, Le Huynh-Nhu^d
- 26.- Dennis C-L, Ross Le, Grigoriadis S.** Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión prenatal (Revisión Cochrane 42 traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons,
- 27.- Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME.** Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Revista de reproducción humana perinatal. Enero – marzo, 2001. Volumen 15. Número 1, pp 11-20.
- 28.- Escobar Montalvo, JM.** Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé. Tesis para optar el título de médico cirujano/Universidad Nacional Mayor de San Marcos/facultad de medicina/E.A.P. Medicina Humana. Lima- Perú 2008.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION		METODO
			VARIABLE	INDICADORES	
¿Cuáles son los principales síntomas depresión en gestantes y puérperas, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el mes de junio a julio del 2018?	<p>1: Cuantificar los principales síntomas depresivos en gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018.</p> <p>2: Cuantificar los principales síntomas Depresivos en puérperas, atendidas en Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio 2018.</p> <p>3: Conocer las características socio demográficos y obstétricos de las gestantes y puérperas, con síntomas depresivos, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, junio a julio del 2018.</p>	<p>El presente estudio no Presenta Hipótesis Por ser un estudio Netamente Descriptivo</p>	<p>VARIABLE (1) Síntomas depresivos</p> <p>VARIABLE (2) Gestantes y puérperas</p> <p>Datos socio demográficos y obstétricos de gestantes y puérperas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - he sido capaz de reír - he mirado el futuro con placer - me he culpado sin necesidad - he estado ansioso o preocupado - he sentido miedo y pánico - las cosas me oprimen o agobian - me he sentido infeliz - me he sentido triste y desagraciada - he sido tan infeliz que he estado llorando - he pensado en hacerme daño - número de casos diagnosticados con síndrome depresivo - Ocupación - Estado civil - Religión - Ingresos personales - Trimestre de gestación - Paridad - Embarazo planificado - Tiempo de puerperio 	<p>Tipo de investigación: Cuali-cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación: DESCRIPTIVO</p> <p>Método: Entrevista</p>

DEPRESION EN GESTANTES Y PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA DURANTE LOS MESES DE JUNIO A JULIO DEL 2018

I.-DATOS GENERALES

1.- EDAD: _____ AÑOS

- GESTANTE:

- A) I TRIMESTRE
- B) II TRIMESTRE
- C) III TRIMESTRE

- PUERPERA:

- A) PUÉRPERA INMEDIATA
- B) PUÉRPERA MEDIATA
- C) PUÉRPERA TARDÍA O LEJANA

2.- ESTADO CIVIL:

- A) SOLTERA
- B) CASADA
- C) CONVIVIENTE
- D) DIVORCIADA

3.- LUGAR DE PROCEDENCIA:

- A) CALLERÍA
- B) MANANTAY
- C) YARINACocha
- D) OTROS

4.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- A) PRIMARIA
- B) SECUNDARIA
- C) SUPERIOR

5.- RELIGIÓN:

- A) CATÓLICO
- B) EVANGELICOS
- C) ADVENTISTA
- D) OTROS

6.- OCUPACIÓN:

- A) ESTUDIANTE
- B) TRABAJO NO PROFESIONAL/AMA DE CASA ()
- C) TRABAJO PROFESIONAL

II.- ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

7.- NUMERO DE APN

- A) 1- 3
- B) 4-5
- C) + 5

8.- EDAD GESTACIONAL

- A) <14 SEM
- B) 15-28 SEM
- C) >29 SEM

9.- NUMERO DE HIJOS

- A) PRIMERO
- B) 2-3
- C) +4

10.- EL EMBARAZO FUE PLANEADO

- A) SI ()
- B) NO ()

III.- SINDROME DEPRESIVOS

ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO

Nº	PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTAJE
1	HE SIDO CAPAZ DE REIRME Y VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS	a) tanto como siempre	
		b) no tanto ahora	
		c) mucho menos ahora	
		d) no, nada	
2	HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER	a) tanto como siempre	
		b) menos que antes	
		c) mucho menos que antes	
		d) casi nada	
3	ME HE CULPADO SIN NECESIDAD CUANDO LAS COSAS NO SALEN BIEN	a) no nunca	
		b) no con mucha frecuencia	
		c) si, a veces	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
4	HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SIN MOTIVO	a) no, nunca	
		b) casi nunca	
		c) si, a veces	
		d) si, con mucha frecuencia	
5	HE SENTIDO MIEDO Y PANICO SIN MOTIVO ALGUNO	a) no, nunca	
		b) no, no mucho	
		c) si, a veces	
		d) si, bastante	
6	LAS COSAS ME OPRIMEN O AGOBIAN	a) no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c) si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIR	a) no, nunca	
		b) no, con mucha frecuencia	
		c) si, a veces	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
8	ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA	a) no, nunca	
		b) no con mucha frecuencia	
		c) si, a veces	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
9	HE SIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO	a) no, nunca	
		b) solo ocasionalmente	
		c) si, bastante a menudo	
		d) si, la mayor parte del tiempo	
10	HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MI MISMA	a) nunca	
		b) casi nunca	
		c) a veces	
		d) si, bastante a menudo	
TOTAL			

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:
a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

Yarinacocha, 14 de Junio 2018

OFICIO N° 044-EPO-FMHyCS-UAP-P2018

A :
Dr. Angel Arteaga Aybar.
Director Ejecutivo del Hospital Regional de Pucallpa.

De :
Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
Coordinadora Académica de la Escuela Profesional de Obstetricia - UAP



Asunto: Solicito Facilidades para Encuesta.

Tengo el agrado de dirigirme a su digno despacho, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle facilidades para que el Bachiller **Inga Mesias, Yony Luis** de la Escuela Profesional de Obstetricia – UAP, realice la aplicación de encuestas en el establecimiento de salud que usted dirige, ya que se encuentra desarrollando su tesis con el tema: **DEPRESION EN GESTANTES Y PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A JULIO DEL 2018.**

Contando desde ya con su apoyo y conocedora de su espíritu colaborador a favor de la población estudiantil de la región, me despido de usted no sin antes expresarle las muestras de mi estima personal.

Atentamente.



Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
Coordinadora
Escuela Profesional de Obstetricia
Filial Pucallpa
