UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA.

Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Ana Gabriela Aguilar Masaco

DIRECTOR:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc

LOJA-ECUADOR
2017

SERIE 17 DERECHOS RESERVADOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Loja, 17 de Mayo del 2017

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación **"DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA",** realizado por la estudiante **Ana Gabriela Aguilar Masaco**; ha sido cuidadosamente revisado asesorado y monitoreado con pertinencia y rigurosidad científica por el suscrito, por lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos como estipula la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual autorizo su presentación, sustentación y defensa previo a la obtención del título de licenciada en Enfermería.

Lo Certifico:

Atentamente:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc

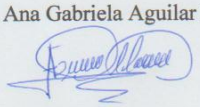
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Ana Gabriela Aguilar Masaco**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado **"DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA"** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Autora: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Firma: 

Cédula: 1150119426

Fecha: 17 de Mayo de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Ana Gabriela Aguilar Masaco, declaro ser autora de la tesis titulada: **"DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA"**, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los diecisiete días del mes de mayo del dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma: _____

Autora: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Cédula: 1150119426

Dirección: Barrio Obrapia "La Dolorosa"

Correo electrónico: annagabita16@hotmail.com

Teléfono: **Celular:** 0988508608

DATOS COMPLEMENTARIOS:

DIRECTORA DE TESIS: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc

TRIBUNAL DE GRADO:

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo Mg. Sc.

MIEMBRO: Lic. Ana Rocío Granda Sarango, Mg. Sc.

MIEMBRO: Lic. Carmen Piedad Aguilar Chamba, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haber hecho de mí una persona capaz de llegar a alcanzar esta profesión tan maravillosa de servir a los demás y trabajar por su bienestar y salud.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Ana Gabriela Aguilar Masaco

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida

A mis padres que han dado todo el esfuerzo para que yo ahora este culminando esta etapa de mi vida y darles las gracias por apoyarme en todos los momentos difíciles de mi vida tales como la felicidad la tristeza pero ellos siempre han estado junto a mí y gracias a ellos soy lo que ahora soy.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

A mi director de tesis. Dr. Germán Vélez, por su apreciable orientación y conocimiento impartido para la obtención del presente trabajo de tesis.

Al Hospital General Isidro Ayora, por poder formar parte de su equipo de salud y afianzar mis conocimientos para mi futura vida profesional y laboral.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Ana Gabriela Aguilar Masaco

ÍNDICE

Pág.

CARATULA……i

CERTIFICACION……..ii

AUTORÍA…….....iii

CARTA DE AUTORIZACION……..iv

DEDICATORIA……..v

AGRADECIMIENTO……...……vi

ÍNDICE……vii

1. TÍTULO:.....1

2. RESUMEN:.....2

3. SUMMARY: 3

4. INTRODUCCIÓN.....4

5. REVISIÓN DE LITERATURA 6

5.1 EMBARAZO Y ATENCIÓN PRENATAL 6

5.1.1 Consulta prenatal 7

5.1.2 Cambios y ajustes emocionales durante el embarazo…….8

5.1.3 Cambios anatomofisiológicos……9

5.2 DEPRESIÓN PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO 11

5.2.1 Depresión en el embarazo y puerperio 14

5.2.2 Los efectos de la depresión materna en el niño pequeño 21

5.3 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.....21

5.3.1 Criterios para el episodio depresivo mayor 23

5.3.2 Trastorno depresivo persistente (distimia).....24

5.3.3 Trastornos depresivos secundarios. Depresión debida a sustancias.....26

5.4. LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN LA ETAPA PERINATAL…….....27

5.4.1 Estrategias de apoyo postparto.....29

5.5 TEST DE BECK.....30

6. METODOLOGÍA.....31

7. RESULTADOS.....33

8. DISCUSIÓN.....44

9. CONCLUSIONES:.....48

10. RECOMENDACIONES.....50

11. BIBLIOGRAFÍA 51

12. ANEXOS …….....55

1. TÍTULO:

DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA

2. RESUMEN:

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima este trastorno depresivo es frecuente durante el embarazo, afectan del 9% al 23% de las mujeres en la gestación y al 12-16% de las mujeres después del parto. El estudio realizado fue de tipo descriptivo-observacional, los objetivos planteados fueron: determinar el nivel de depresión asociado a la gestación y el puerperio, identificar los aspectos sociales como factores predisponentes de depresión, aspectos biológicos y económicos en mujeres en estado de gestación/puerperio. La población investigada fueron 60 mujeres tanto primíparas como multíparas, en un rango de edad de 16-40 años. Para la recolección de datos generales se aplicó una entrevista y el Test de depresión de Beck. Los resultados obtenidos podemos sintetizar en: aspectos sociales, el nivel de escolaridad es secundario, son mayores de edad, de estado civil: casadas, no consumen alcohol, drogas, no tienen el hábito de fumar y la mayoría de las entrevistadas no sufre de violencia familiar. En aspectos biológicos las mujeres han tenido un promedio de dos partos, han presentado infección urinaria como enfermedad durante la gestación y posparto, generalmente su embarazo no es planeado. En aspectos económicos el trabajo realizado no es remunerado son amas de casa. En conclusión: del grupo investigado en estado de gestación 16 de ellas presentan depresión y en estado de puerperio un gran número de mujeres se encuentran en diferentes niveles de depresión.

PALABRAS CLAVES: Depresión, gestación, puerperio.

3. SUMMARY:

Depression is a mental disorder characterized by the presence of sadness, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or lack of self-esteem, this depressive disorder is frequent during pregnancy, affecting from the 9% to 23% of women in gestation and 12 - 16% of postpartum women. The carried out study was descriptive-observational, the objectives of this study were: to determine the level of depression associated with gestation and puerperium, to identify social aspects as predisposing factors of depression, biological and economic aspects in gestational/puerperal women. The population investigated were 60 primiparous and multiparous women, ranging from 16-40 years old. An interview and the Beck Depression Test were used for the collection of general data. The obtained results can be summarized in: social aspects, the level of schooling is secondary, are of age, marital status: married, do not consume alcohol, drugs, do not smoke and most interviewees do not suffer from family violence. In biological aspects women have had an average of two births, have presented urinary infection as a disease during pregnancy and postpartum, usually their pregnancy is not planned. In economic aspects the work done is not paid are housewives. In conclusion: of the group investigated in gestation 16 of them have depression and in the postpartum state a large number of women are in different levels of depression.

KEYWORDS: Depression, gestation, puerperium.

4. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño diario, en su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional, la depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2015).

Se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%, la falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras. Se dispone de tratamientos eficaces contra la depresión, pero el acceso a ellos es problemático en la mayoría de los países, y en algunos solo lo reciben menos del 10% las personas que lo precisan (OPS, 2012).

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Los trastornos depresivos son frecuentes durante el embarazo afectan al 9%-23% de las mujeres antes del parto y al 12-16% de las mujeres después del parto, entre el 3 y 11% de estas mujeres experimentan una forma de depresión grave o sea un trastorno depresivo mayor. De los trastornos del estado de ánimo, el trastorno

depresivo mayor tiene la más alta prevalencia a lo largo de la vida de entre todos los trastornos psiquiátricos, afectando hasta al 17% de personas y su prevalencia es del doble en las mujeres que en los varones (OMS, 2015).

En conclusión la depresión pre y posparto son altamente prevalentes y debe considerarse el impacto de no tratar a tiempo la depresión grávido/puerperal.

Razón por la cual este estudio se lo realizó para determinar el nivel de depresión en gestación/ puerperio como trastorno mental, debido a la falta de información de salud mental en la consulta prenatal así como el seguimiento de las mujeres en puerperio, se ha observado la ausencia de valoración en cambios emocionales o de una guía psicológica para las mujeres que se encuentran con un nuevo ser, las mismas que se enfrentan a una serie de cambios físicos-emocionales o que se encuentran en puerperio, para ello utilizando el test de depresión de Beck.

Así como también se definen las características sociales, económicas y biológicas de las madres como factores predisponentes de depresión.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

5.1 EMBARAZO Y ATENCIÓN PRENATAL

La Fecundación entendida como el proceso biológico en el que un óvulo y un espermatozoide se fusionan para crear un nuevo individuo, con el genoma aportado por sus progenitores. En la fecundación se concreta el sexo del embrión: si el espermatozoide tiene un cromosoma X el embrión será femenino, si tiene un cromosoma Y el embrión será masculino. Los espermatozoides llegan a las trompas de Falopio del sistema reproductor femenino y uno de ellos se fusiona con un óvulo. A continuación se empieza a formar el embrión, que viaja por las trompas hasta llegar al útero. Se adhiere a la pared del útero y continúa su desarrollo para dar lugar al nuevo individuo (Plan o guia formativa de la especialidad de enfermería obstetrico- ginecológica, 2013-2015).

Se define el embarazo como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto y su duración aproximada es de 280 días, de 37 a 40 semanas, durante el primer trimestre es común que la mujer experimente un cansancio notable, así como somnolencia, náuseas e incluso vómito durante la mañana. Se estima que aproximadamente 80% de las mujeres tienen náusea y vómito durante el embarazo, es probable que en algunas culturas tradicionales estos síntomas sean mucho menos frecuentes. En muchos grupos culturales se observa la experimentación por parte de la gestante de antojos por cosas que antes no comía o por comidas especiales, esto parece ser otra manifestación del estado vulnerable de la mujer (Maldonado , 2016).

5.1.1 Consulta prenatal

Es la atención integral sistemática, periódica y multidisciplinaria, que se otorga a la gestante, con enfoque biopsicosocial, integrando a la pareja o persona significativa y familia. Incluye controles prenatales y programa educativo de preparación para el parto y nacimiento. Cuyo objetivo es controlar la evolución de la gestación, fomentar estilos de vida saludables, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente la patología, derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda y preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales (Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, 2008).

La asistencia al embarazo comienza en la consulta prenatal, la primera consulta debe realizarse lo más precozmente posible en el transcurso de las 12 primeras semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana. En la actualidad se han incorporado gran cantidad de pruebas diagnósticas con el objetivo de conocer los cambios y detectar la desviación de la normalidad precozmente, se ha mejorado la salud materno-infantil y reducido la tasa de morbimortalidad madre e hijo, pero al mismo tiempo la gestación como proceso fisiológico, se ha medicalizado y la mujer puede percibir el embarazo como uno de los momentos de su vida en el que le van a realizar muchas pruebas y en ocasiones le genera dudas y preocupación. Por ello la importancia del papel del profesional sanitario es fundamental a la hora de informar sobre las diferentes pruebas y exploraciones a la mujer, durante la primera consulta prenatal se realizarán las siguientes acciones se abre la Historia clínica, se elabora mediante anamnesis, de la forma más completa posible. Todos los datos recogidos ayudan a individualizar la asistencia a la gestante (Guías de práctica clínica en el SNS, 2014)

5.1.2 Cambios y ajustes emocionales durante el embarazo

En la etapa intrauterina, el feto está inmerso no solamente en líquido amniótico, sino también en el "recipiente emocional" de la mente de su madre y padre, el cual puede ser más o menos favorable para un desarrollo emocional saludable y que depende de la situación específica de la madre y el padre en cada embarazo. Aunque el embarazo es considerado generalmente como un período de expectativas positivas y felicidad, hay retos emocionales importantes para los futuros padres. De hecho, una barrera para reconocer momentos difíciles es la percepción de los padres y de quienes los rodean que el embarazo sólo es un período de bienestar y alegría, aunque haya otras reacciones y sentimientos.

La transición hacia la maternidad entendida como una etapa en donde la mujer tiene la tarea psicológica de "convertirse en madre", sobre todo durante su primer embarazo aunque muchos de estos cambios emocionales se observan también en los embarazos subsecuente, pasará de ser sólo mujer a asumir activamente el papel de madre. Este proceso se ha llamado parentificación o parentalidad, durante el periodo de gestación los futuros padres tienen el trabajo psicológico de volverse padres y tendrán que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida. Uno de los cambios más obvios es que la madre ya no puede pensar sólo en sí misma, sino en un "nosotros" por lo menos ella y su hijo, y en el caso de que haya un compañero, en "nosotros" como una familia tradicional.

El apego de la madre hacia el futuro hijo se inicia con la noticia del embarazo. En el presente, con la confirmación de que está gestando se desencadenan estos procesos de parentificación en forma más inmediata. La noticia puede ser recibida con una mezcla de sentimientos que van desde la felicidad predominante, hasta la

inseguridad, miedo o inclusive el rechazo, en casi todas las mujeres habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente se haya deseado estar embarazada. Alrededor de 30% o más de los embarazos no han sido planeados, y en tal caso puede ser que los sentimientos negativos sean mayores.

En condiciones óptimas, con la confirmación del estado de gravidez se desencadenan una serie de procesos que ayudan a la futura madre a realizar la transición mencionada. Anteriormente, la percepción más inmediata de la realidad del embarazo ocurría sólo hasta alrededor de los cuatro meses de gestación, momento en que usualmente se perciben los movimientos del feto (Maldonado, 2016).

5.1.3 Cambios anatomofisiológicos

Desde que se inicia el embarazo, la madre experimenta una serie de transformaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas, estos cambios tienen el fin de cubrir la necesidad de espacio ocasionado por el crecimiento fetal, así como prepararse para el momento del parto y la lactancia, la importancia de su conocimiento es que estos cambios no nos conduzcan a diagnosticar patologías erróneamente.

Se produce cambios hematológicos en donde el volumen sanguíneo aumenta desde el inicio de la gestación en un 40- 50 %, alcanzando su máximo en la semana 34-36, este aumento se produce para satisfacer las demandas del útero que se encuentra hipertrofiado. Las modificaciones anatómicas y funcionales del sistema urinario pueden explicar gran parte de los síntomas que refiere la mujer durante el embarazo, la progesterona actúa sobre el sistema urinario provocando una dilatación de pelvis

renales, uréteres y vejiga, esto lleva consigo un retraso en el vaciamiento urinario y por tanto un mayor riesgo de padecer infecciones del tracto urinario (Ponce, 2009).

Los cambios genitales y mamarios se producen por cambios hormonales para cubrir las necesidades de espacio para el desarrollo del huevo y crecimiento fetal, para el parto y la lactancia materna.

El útero: este órgano sufre grandes transformaciones debido a la necesidad de albergar al feto, la placenta y el líquido amniótico, al tiempo que se prepara para desempeñar el papel de motor del parto, en el cérvix se produce un aumento de la vascularización con hipertrofia e hiperplasia tanto de las fibras elásticas, que le hacen adquirir una consistencia más blanda y elástica y una coloración violácea como de las glándulas endocervicales, lo que provoca un aumento de secreción mucosa densa para protección al contenido uterino frente a infecciones, en las mamas hay una mayor sensibilidad y hormigueo en las mamas desde las primeras semanas y desde el segundo mes podemos apreciar un aumento de peso y tamaño debido al incremento del tejido glandular aumenta la vascularización.

Los pezones se vuelven más eréctiles, sensibles y agrandados, con aumento de la pigmentación areolar. Las hormonas placentarias proteicas como la Gonadotropina coriónica humana (HCG). Lactógeno placentario (HPL) también llamada hormona del crecimiento placentario coriónica (HCGP) o Somatotropina Coriónica humana (HCS) que se encarga de preparar la mama para la lactancia. Diabetógena, con el objetivo de asegurar niveles altos de glucosa disponibles para el feto aumenta la lipólisis y la resistencia a la insulina y disminuye la gluconeogénesis.

La hormona relaxina secretada por el cuerpo lúteo y placenta produce relajación de los ligamentos pélvico y ablanda el cérvix facilitando el parto. La Hormona adrenocorticotropa (ACTH) placentario parece ser la responsable de la secreción de cortisol. Las Hormonas placentarias esteroideas como el estrógeno de origen fetal, el estriol es el principal precursor interviene, solo o ayudando a otras hormonas en cambios en el pH vaginal, cambios en la pigmentación de la piel, contribuye a la situación diabética de la mujer, aumento del flujo úteroplacentario, síntesis proteica materna principalmente mamas y genitales y fetal, estimula la síntesis de prolactina. Progesterona, interviene en la disminución del tono del músculo liso, resistencia pulmonar y tono del sistema genitourinario, vasodilatación, disminución de la movilidad gastrointestina, contribuye a la preparación de la mama para la lactancia, participa en el efecto diabetogénico (Vázquez Lara, et al., 2011)

5.2 DEPRESIÓN PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Hay importantes barreras para la detección y tratamiento de la depresión perinatal, pues culturalmente se considera a la gestación como un período feliz, y muchas mujeres pueden sentirse culpables por estar tristes o apagadas durante su embarazo o puerperio. En general, la depresión es una a dos veces más frecuente en las mujeres adultas que en los varones, de hecho en el mundo la depresión en la mujer adulta de entre 18 y 44 años de edad es la causa más frecuente de incapacidad para el trabajo. No se sabe con certeza su razón, pero se han sugerido algunos factores que incluyen la situación menos privilegiada de la mujer en la mayoría de las sociedades o los cambios hormonales durante los ciclos menstruales.

Aunque es tentador pensar que la depresión postparto tiene una causa principalmente hormonal por ejemplo, debido a la caída de niveles de progesterona y

estrógenos en esta etapa, la mayoría de la evidencia indica que ésa no es su causa principal, sino que más bien señala que las principales causas de depresión postparto son de índole psicosocial es decir que la situación real en que se encuentra la gestante o la mujer que acaba de dar a luz es la que determina que sufra de depresión. Los principales factores de riesgo son:

- Una pareja que no ofrezca apoyo emocional a la compañera.
- Otro factor de riesgo es no tener un compañero o ser madre soltera.
- Antecedentes de pérdidas tempranas. Esto puede involucrar haber perdido a uno de sus padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono o separación.
- Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia.
- Aislamiento social. Es decir, el hecho de que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente.

Factores de estrés socioeconómico.

- Dificultades económicas, no poder pagar los diversos servicios esenciales como corriente eléctrica, el acceso a servicios como los cuidados médicos etc.
- Otros son vivir en un medio habitacional difícil, peligroso, donde haya pocas oportunidades de recreación.
- Atención de otros niños pequeños en su hogar.
- Mala relación con los padres o separaciones prolongadas pérdida de uno o ambos padres en la infancia, episodios depresivos previos (Maldonado, 2016).

Factores genéticos: 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.

Factores bioquímicos: se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos, además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos, la depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

El ambiente y otros factores de estrés: se han definido como factores que contribuyen a la depresión: la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, o un cambio significativo en la vida. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o crónica además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia.

Otros factores psicológicos y sociales las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión, estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de

estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. La crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos, aparentemente los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer (Organización Mundial de la Salud, 1994).

5.2.1 Depresión en el embarazo y puerperio

Hoy en día los problemas de salud mental perinatales y posnatales se empieza a reconocer como un asunto importante de salud pública ya que hasta el 15% de las mujeres que dan a luz tienen la probabilidad de desarrollar un nuevo episodio de depresión mayor o menor en el intervalo entre la concepción y los tres primeros meses posteriores al parto (Adam, 2013).

Puerperio: es la primera etapa del posparto, periodo que va desde la salida de la placenta y hasta la regularización del ciclo menstrual de la madre, lo que se produce, en promedio, a los 45 días del nacimiento. Se caracteriza por importantes cambios en la esfera física, psicológica, social y la rápida adaptación que debe hacer la mujer a estos cambios. En el aspecto físico se destacan los progresivos cambios anatómicos y funcionales que son y revierten; pueden distinguir transformaciones anatómicas y funcionales que son progresivas y revierten en forma paulatina, las modificaciones producidas durante el embarazo y parto; es un proceso involutivo, que tiene como fin restituir órganos y sistemas a su estado pregestacional. Se describen tres etapas:

- Puerperio inmediato: primeras 24 hrs en esta fase se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

- Puerperio mediato o temprano: del 2° al 10° día, período en el cual comienza la lactancia y actúan los mecanismos involutivos.
- Puerperio alejado o tardío: se extiende aproximadamente hasta los 45 días; el retorno de la menstruación indica su finalización (Manual de atención personalizada, 2008).

La depresión tiende a coexistir con síntomas de ansiedad al principio o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir. En la gestante la depresión se asocia con una mala alimentación y falta de búsqueda de cuidados prenatales, adicionalmente, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia y tendrá mala higiene personal (Plan o guía formativa de la especialidad de enfermería obstétrico- ginecológica, 2013-2015).

La tristeza posparto no es realmente un trastorno pero es un problema pasajero que se estima ocurre en hasta 50 a 60% de mujeres y consiste en labilidad emocional, tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre y llanto fácil. No es un trastorno grave y cede por sí solo en unas cuantas semanas, la recuperación del estado de tristeza postparto sólo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Suele aparecer hacia el cuarto o quinto día posterior al parto. Se estima que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos son: antecedente de síndrome de tensión premenstrual, grado de aumento de peso durante el embarazo y supresión súbita de progesterona después del parto.

La depresión es un trastorno que se considera dimensional, es decir, que los sentimientos que se experimentan durante una depresión son anormales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en grado ligero. Sólo se consideran un trastorno cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión son excesivos en el funcionamiento psicosocial de la mujer, lo que quiere decir que muchas personas pueden sentirse tristes o abrumadas en forma pasajera, pero cuando la mujer se siente intensamente triste la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de auto-culpa persistentes, deseos de morir o de suicidarse, se consideran como sentimientos anormales y parte de un trastorno depresivo (Maldonado , 2011).

La mujer generalmente empieza a mostrar la siguiente sintomatología: tristeza la mayor parte del tiempo, pensamientos pesimistas sobre el futuro todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, pensamientos de autorreproche debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido, la paciente puede sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse aterrada de estar sola con el niño en la casa por temor a no poder satisfacer sus necesidades como amamantarlo, bañarlo, cambiarlo, la paciente puede informar que siempre está triste, sin animarse para nada, sin deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.

En ocasiones, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. Puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante las más pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también

es frecuente: que pierda el apetito y no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poderse volverse a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé que la aterran, como temer dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él (Kristeva, 2006).

La mayoría de las personas con depresiones leves a moderadas, pueden tratarse exclusivamente con intervenciones psicosociales, el primer paso para el tratamiento de la depresión en el embarazo o postparto es su detección e identificación, el personal de salud primaria el médico familiar, el personal de enfermería, el ginecoobstetra o el pediatra del niño está en condiciones de detectarla, ya sea en forma sistemática o cuando observan signos de alarma como múltiples quejas psicosomáticas, cansancio, dolores inexplicados, llamadas recurrentes en busca de ayuda, llanto intenso o semblante muy triste. Durante el embarazo es recomendable, iniciar el tratamiento con opciones terapéuticas no farmacológicas tales como la consejería, la intervención psicosocial grupal, individual y familiar, la psicoeducación individual y familiar, los grupos de autoayuda (Ministerio de Salud, 2014).

Existen varios instrumentos de detección o tamizaje de la depresión; breves cuestionarios, fáciles de leer y que se contestan en unos cuantos minutos, como la escala de Edimburgo, la de Beck o la de Hamilton. Es importante considerar que aunque se identifique a una mujer como deprimida, en muchos casos sorprende que reconozcan que no aceptarían ser entrevistadas por un psiquiatra o un profesional de salud mental, sino que prefieren hablar con una enfermera u otro profesional de salud primaria (World Health Organization, 2015).

La depresión posparto que no recibe tratamiento puede causar deterioro en la interacción materna infantil y una percepción negativa de la conducta infantil lo que se

ha vinculado con la inseguridad del apego y el retraso en el desarrollo emocional. En cuanto a las principales formas de intervención psicológica son: apoyo psicosocial a la mujer y/o familia, alguna forma de psicoterapia, por ejemplo la psicoterapia interpersonal o la cognoscitivo conductual, que han sido las más estudiadas, terapias complementarias o alternativas, y uso de medicamentos en casos de suficiente gravedad, es necesario indicar a la nueva madre que los sentimientos de tristeza son comunes, haber dejado de estar embarazada y el que su bebé ya no esté adentro de ella, pueden producir una sensación de pérdida y en esta etapa vulnerable es natural que se necesite más ayuda, compañía y apoyo (Ginspun, 2006).

El tratamiento juega un papel clave en la evolución de una depresión, normalmente la medicación se centra en antidepresivos, pero cuando hablamos de la depresión posparto nos encontramos dos líneas de acción por parte de las pacientes mujeres que tienen una depresión de base con una buena adherencia al tratamiento pero que en el momento en el que se quedan embarazadas comienzan a dar de lado a la medicación e incluso llegan a no tomarlo y otras que comienzan a padecer los síntomas durante el embarazo o puerperio y por miedo a los posibles efectos secundarios que pueda tener la medicación no piden ayuda.

La finalidad del tratamiento durante una depresión gestacional es mejorar su estado de ánimo, minimizando los riesgos para el feto, comenzando siempre con estrategias de orden general que se dan a todas las embarazadas, como son: interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol, aumentar el descanso poniendo en práctica técnicas de relajación y medidas de manejo ambiental, es muy importante el ejercicio físico durante el desarrollo del embarazo. Las medidas de tratamiento las podemos dividir en dos tipos, intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas:

Psicoterapéuticas como apoyo psicosocial, la mayoría de las pacientes con depresión o marcada tristeza puede beneficiarse con un mayor nivel de apoyo interpersonal que puede brindar preferentemente la madre de la parturienta, alguna hermana, su marido o compañero, amigas o parientes como la suegra o una cuñada emocionalmente cercana. En presencia de un trastorno depresivo marcado es necesario preocuparse debido a su gravedad, la cual depende del número e intensidad de los síntomas que presente, así como del riesgo que hay para el niño en términos de si su madre podría cuidarlo por sí sola (Gonzalez & Perez, 2007).

Los métodos de intervención por medio de apoyo psicosocial que se emplean suelen ser eficaces cuando la depresión no es muy grave y la embarazada o recién parida no se encuentra "paralizada" por la depresión, o se siente totalmente incapaz de hacer frente a la situación. Se puede ayudar a la mujer deprimida a buscar oportunidades de estar con otras personas, visitar o ser visitada por seres queridos, lograr que éstos le den apoyo y que le brinden ayuda práctica. Se requiere que la paciente no tenga temor de ser "dependiente" de otros de manera temporal.

Psicoterapia de apoyo muchos profesionales de atención primaria, como obstetras, enfermeras, pediatras, etc, hacen intervenciones de salud mental al escuchar, contener y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes es muy importante tener la sensación de que alguien entiende por lo que están pasando, lo que en sí ya representa un elemento terapéutico. Esta forma de apoyo tiene como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacerle frente para esto es necesario escuchar los sentimientos, temores y fantasías de la futura o nueva madre y no insistirle en que "debería sentirse" de otro modo. Es importante también que el clínico contenga las emociones y pensamientos de la mujer, aunque éstos consistan en

ambivalencia hacia el bebé, resentimiento por todo lo que su presencia requiere, la sensación de impotencia, no poder hacer frente a la situación.

La psicoterapia interpersonal: se trata de una psicoterapia de apoyo emocional con algunos componentes psicodinámicos pero no de tipo psicoanalítico. Esta variedad puede realizarse individualmente, en grupos de mujeres o parejas. El terapeuta se enfoca en el estilo de relaciones de la persona y la ayuda a encontrar una red de apoyo. Se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer debido a la transición a la maternidad, se exploran las nuevas demandas que habrá sobre ella y cómo repercutirán en su vida, cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé.

Psicoterapia cognoscitivo conductual: esta forma de psicoterapia, también breve, ha sido estudiada y ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión.

Su objetivo es el alivio de los síntomas depresivos a través de ayuda a la persona para identificar patrones y tendencias cognoscitivas negativas y combatirlas de manera paulatina; es decir, se trabaja en que la mujer tenga menos opiniones negativas de sí misma y de sus cogniciones negativas. Ninguno de los siguientes tratamientos puede recomendarse como monoterapia, sino más bien como estrategias complementarias a pesar de que varios de estos métodos han mostrado ser prometedores.

Farmacoterapia: Se emplean en depresiones moderadas o severas, y cuando estamos ante un embarazo se emplean cuando no hay otra alternativa ya que no hayan respondido a anteriores tratamientos o hay alta probabilidad de recidiva. El uso de los fármacos se suele retrasar hasta haber pasado las 12 primeras semanas de gestación debido al riesgo de malformación de algunos productos, aunque ha de dejarse claro la evidencia que hay escasos fármacos que sean teratógenos o que presenten efectos

adversos asociados a su consumo durante el periodo de gestación o lactancia materna (Arrebola, 2015).

5.2.2 Los efectos de la depresión materna en el niño pequeño

La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto; suele asociársele con una elevación del nivel sérico de cortisol y alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas. Todos estos efectos son negativos para el funcionamiento del feto. Entre los efectos indeseables en el feto está una mayor frecuencia de prematura, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal. Otros estudios han reportado menor tono muscular en el neonato y mayor irritabilidad, llama la atención sobre el hecho de que la depresión postparto puede ser de corta o larga duración (Ferraro, 2013).

5.3 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio**.** Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas.

El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "como en un pozo".

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

5.3.1 Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día o refiere que la ropa le queda apretada o floja.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

5.3.2 Trastorno depresivo persistente (distimia).

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños

y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5.3.3 Trastornos depresivos secundarios. Depresión debida a sustancias.

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/ medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento en otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

5.4 LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN LA ETAPA PERINATAL.

Se puede aplicar tres tipos de prevenciones:

Prevención primaria en términos de salud pública, la prevención primaria se refiere a estrategias diseñadas realmente para "prevenir" la aparición de alteraciones, en este caso conductuales y emocionales. Se realiza por medio de métodos que promueven la preservación del estado de salud y evitando que se den las condiciones para que se desarrolle alguna alteración.

Prevención secundaria consiste en impactar positivamente en la vida de las personas que están en riesgo de sufrir la aparición de algún trastorno o padecimiento. Estos programas se dirigen a identificar a las personas que tienen la mayor probabilidad de que se desarrolle determinado trastorno y evitar que ocurra o, en caso contrario, que no sea tan grave e incapacitante.

Prevención terciaria esta forma de prevención en realidad se refiere sólo a intentar aminorar la gravedad de los padecimientos o trastornos una vez que se han presentado; aplicar un tratamiento y disminuir la incapacidad que acarrea a quienes los sufren, es decir, rehabilitación. Ya no se trata de una población en riesgo sino de personas en quienes ya se ha manifestado el trastorno en cuestión y que necesitan ayuda

para aliviar su sufrimiento o incapacidad (Organización Mundial de la Salud de Ginebra, 2007).

Cuando se habla de "prevención" es necesario tener en cuenta ciertos factores, como los que se refieren a los costos o dificultad para llevar a cabo determinadas intervenciones y su eficacia real en cuanto a la función preventiva. Aunque los beneficios de la idea de prevenir parecen obvios, hay múltiples factores a considerar. Una intervención que intuitivamente pareciera tener un efecto benéfico, puede no resultar así o incluso llegar a ser contraproducente, como se ha observado en algunos programas de prevención del embarazo en adolescentes o programas para disminuir el tabaquismo entre jóvenes (Organización Mundial de la Salud Guatemala, 2006).

Cualquier persona en principio estaría en favor de que se pusieran en práctica intervenciones preventivas; sin embargo, es necesario que tales programas no hagan promesas que no se puedan realizar. Aunque lo ideal sería que hubiera métodos preventivos para un número de posibles situaciones de riesgo o trastornos, la realidad puede no ajustarse a estos deseos, por ejemplo el efecto de una intervención podría no ser evidente en forma inmediata sino sólo a largo plazo, es decir, tener un "efecto durmiente" que puede ser positivo o negativo (Ruíz & Álvarez, 2009).

Programas de prevención durante el embarazo existe varios modelos que se han aplicado en distintos países para favorecer la transición de una madre (o pareja) a la parentalidad, el apego de la madre al bebé en útero, la disminución de su nivel de estrés y la sensibilización para que pueda atender adecuadamente al bebé. Uno de estos modelos consiste en la participación de las gestantes (y si es posible de la pareja u otra persona que le brinde apoyo en doce sesiones semanales de naturaleza grupal. Programas de doula y apoyo emocional durante el parto la presencia de una doula puede

ser una intervención de gran utilidad para la mujer que no cuenta con el apoyo emocional de personas de su confianza, de su madre, hermanas, etc., y cuya presencia era tradicional en tiempos pasados. En la mayoría de los hospitales públicos de América Latina no se permite siquiera la presencia del marido o compañero en el momento del parto, aunque hay evidencia de que el apoyo psicosocial durante el parto contribuye a que haya menos complicaciones y que la mujer se sienta más tranquila y serena durante el proceso (Sastre, 2015).

5.4.1 Estrategias de apoyo postparto

Cuando el parto ha sido distinto de lo esperado, es decir, demasiado largo, doloroso o con complicaciones, puede haber secuelas psicológicas graves, como el temor intenso a un futuro parto o embarazo. La mujer puede haber sufrido tanto que tenga constantes pesadillas, recuerdos dolorosos y sensación de temor al futuro. El propósito de hablar de lo que sucedió en el parto es ventilar sus experiencias y emociones, incluso su enojo o desilusión, con el fin de que se pueda prevenir la aparición del trastorno por estrés postraumático. Muchas mujeres sienten culpa por las complicaciones ocurridas, o miedo a que pueda volver a ocurrir todo de nuevo. En cualquier caso, sería deseable que los hospitales ofrecieran a las pacientes o parejas la oportunidad de hablar de sus experiencias durante el parto, sobre todo cuando algo se complica. Es posible que entre más capacitado esté el personal para hacer frente a todas las emociones suscitadas, más benéfica será la experiencia de narrar lo ocurrido (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

5.5 TEST DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Se trata de un inventario breve que puede realizarse fácilmente en un periodo de 10 a 15 minutos. Las preguntas son fáciles de entender y calificar y el procedimiento de calificación es muy simple. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010).

Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad (Muñiz y Fernández, 2010).

6. METODOLOGÍA

➢ TIPO DE INVESTIGACION

La investigación se enfocó en un estudio de tipo descriptivo-observacional por lo que se logró medir el nivel de depresión en mujeres en gestación y en periodo de puerperio, así mismo se identificó los aspectos sociales, biológicos y económicos que son predisponentes a una depresión en la mujer en esta etapa de la vida.

➢ UNIDAD DE ESTUDIO

El estudio se lo realizó en el Barrio Chontacruz-Loja a mujeres tanto primíparas como multíparas en un total de 60 mujeres, 30 de ellas en periodo de gestación partir de 12 semanas de gestación y 30 en puerperio en un rango de edad de 16-40 años.

➢ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Considerando criterios de exclusión a madres con antecedentes depresivos o con tratamiento antidepresivo actual.

➢ TECNICAS

Para el registro de la información se aplicó una entrevista (anexo 1) previamente elaborada dirigida a las madres gestantes y en puerperio el cual incluyó preguntas para determinar los aspectos sociales, biológicos y económicos.

La tabulación e interpretación de los datos obtenidos se realizó en el programa Excel. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v24, en el análisis uní variado se determinó frecuencias, prevalencias. Posteriormente se realizó una discusión contrastando los resultados con la revisión teórica.

- **INSTRUMENTOS**

Test de depresión de Beck.

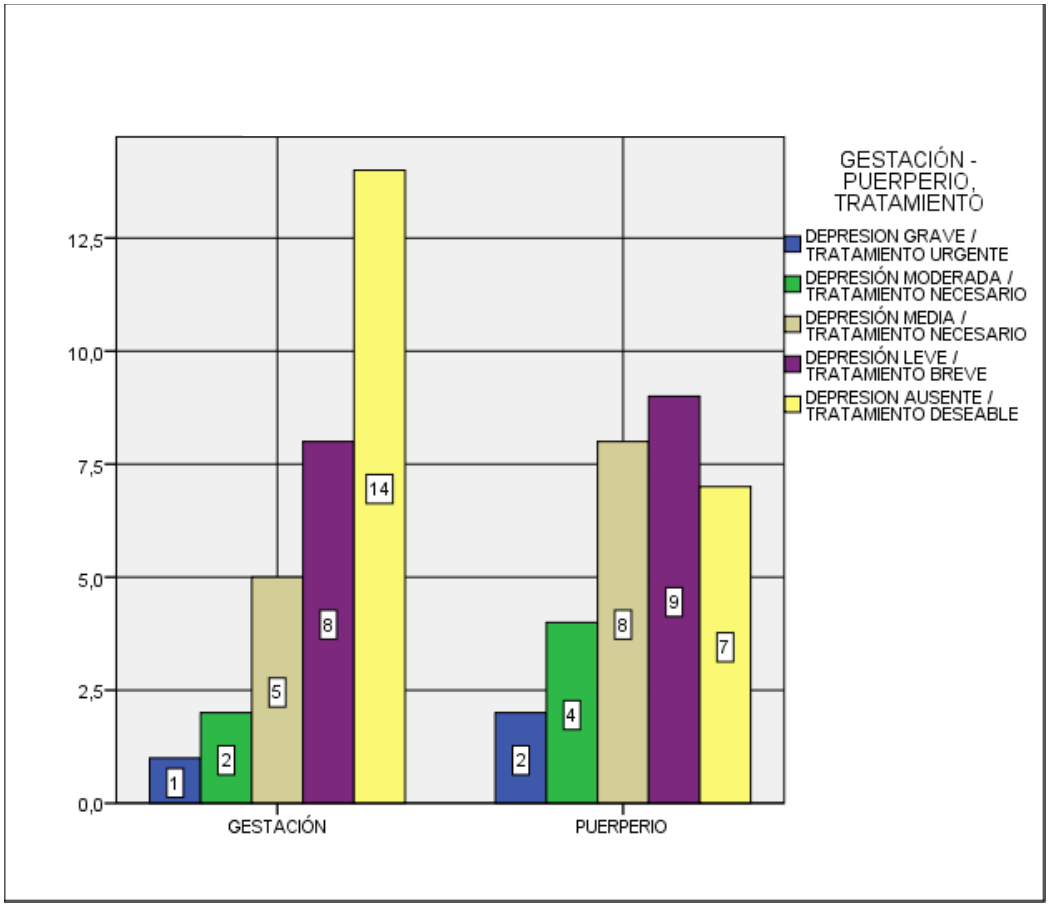
En el respectivo instrumento, el test de Beck consta de 21 ítems de respuesta múltiple, cada uno con preguntas las cuales constan con escala de valoración, en el mismo se establece los siguientes puntajes para graduar el síndrome depresivo: de 0 a 9 no hay depresión, de 10 a 17 hay presencia de depresión leve, de 18 a 24 se identifica una depresión media, en el puntaje de 25 a 29 se califica como depresión moderada y el puntaje mayor a 30 presencia de depresión grave con necesidad de tratamiento urgente.

En el estudio realizado para garantizar la calidad de la información y el análisis de datos se utilizaron como fuentes o datos primarios es decir de manera directa con el sujeto de estudio.

Los resultados del test aplicado se entregó al personal de salud que labora en el respectivo centro de salud para su concerniente intervención en las madres gestantes y en puerperio. Previo a la aplicación de la entrevista se solicitó el consentimiento informado (anexo II) a las mujeres en gestación y puerperio que participaron en el estudio. Garantizando la ética en el manejo de información y resultados de entrevista y test aplicados.

7. RESULTADOS

TABLA 1. NIVEL DE DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN/PUERPERIO



VARIABLES	NIVEL DE DEPRESIÓN					Total
	DEPRESION GRAVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN MEDIA	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESION AUSENTE	
GESTACIÓN	3,33%	6,67%	16,67%	26,67%	46,67%	100,00%
PUERPERIO	6,67%	13,33%	26,67%	30,00%	23,33%	100,00%
TOTAL	**5,00%**	**10,00%**	**21,67%**	**28,33%**	**35,00%**	**100,00%**

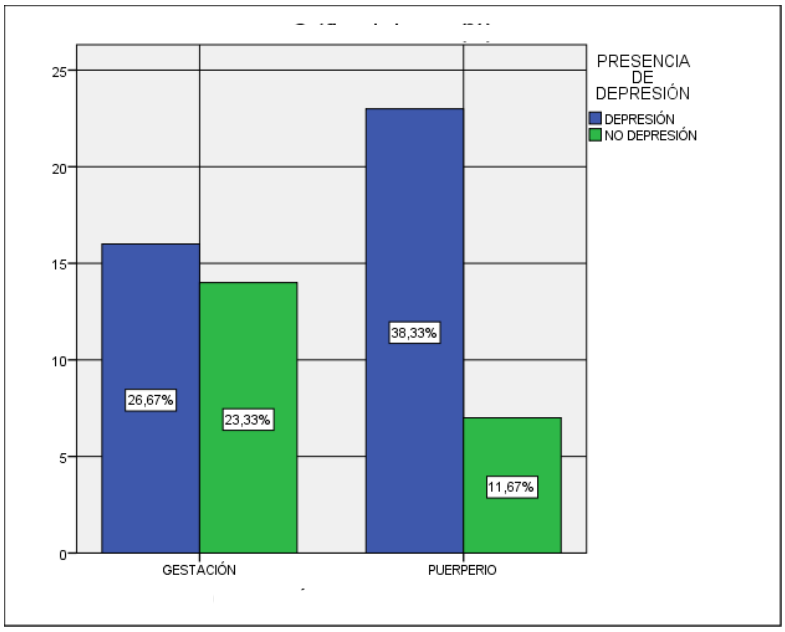
Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e Interpretación:

En cuanto a la relación entre las dos categorías de estado de las mujeres investigadas (gestación / puerperio), un total de 16 mujeres en gestación representando el 53.34% presenta depresión, mientras que en el puerperio 23 personas (76.67%) se puede identificar que se encuentran en depresión.

TABLA 2. TABLA GENERAL NIVEL DE DEPRESIÓN EN GESTACIÓN-PUERPERIO

GESTACIÓN - PUERPERIO, TRATAMIENTO		
DEPRESION GRAVE / TRATAMIENTO URGENTE	3	5,00 %
DEPRESIÓN MODERADA / TRATAMIENTO NECESARIO	6	10,00 %
DEPRESIÓN MEDIA / TRATAMIENTO NECESARIO	13	21,67 %
DEPRESIÓN LEVE / TRATAMIENTO BREVE	17	28,33 %
DEPRESION AUSENTE / TRATAMIENTO DESEABLE	21	35,00 %
TOTAL	60	100,00 %



Fuente: Test de depresión de Beck

Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e Interpretación:

La investigación realizada a un total de 60 mujeres, 30 de ellas en la fase de gestación y 30 mujeres en la fase de puerperio; con las participantes se pudo determinar que el 35% de la población no presenta depresión, en relación al 5% de participantes con depresión grave; con lo expuesto se pudo determinar que el 65%, en diferentes niveles sufre o ha sufrido depresión.

TABLA 3. CARACTERIZACIÓN SOCIAL, BIOLÓGICA Y ECONÓMICA EN MUJERES GESTANTES/ PUERPERIO DEL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA.

CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	12	20,00
SECUNDARIA	38	63,33
UNIVERSITARIA	10	16,67
EDAD DE LOS PARTICIPANTES		
MAYOR DE EDAD	50	83,33
MENOR DE EDAD	10	16,67
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	10	16,67
CASADA	29	48,33
DIVORCIADA	3	5,00
UNION LIBRE	18	30,00
CONSUMO DE ALCOHOL		
SI	1	1,67
NO	59	98,33
CONSUMO DE DROGAS		
SI	0,0	0,00
NO	60	100,00
CONSUMO DE TABACO		
SI	0,0	0,00
NO	60	100,00
VIOLENCIA		
SI	6	10,00
NO	54	90,00
PLANEACIÓN		
NO	48	80,00
SI	12	20,00
PARIDAD		
1	19	31,67
2	32	53,33
> 2	9	15,00
ENFERMEDADES		
HIPERTENSION ARTERIAL	3	5,00
INFECCION DE VIAS URINARIAS	37	61,67
OTRAS	20	33,33
TRABAJO DEL PARTICIPANTE		
NO REMUNERADO	34	56,67
REMUNERADO	26	43,33

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e Interpretación:

En relación a las características sociales descriptivas de la población investigada, la mayor población se halla en un nivel de escolaridad secundario (63,33%); la edad de los participantes con más proporción son la categoría mayores de edad (83,33%); en lo que al estado civil se refiere, se tiene una proporción mayor la categoría casadas (48,33%) y en menor proporción divorciadas (5,00%); en cuanto a la paridad, existen más mujeres que ha tenido dos partos (53,33%); el 61,67 % han presentado infección de vías urinarias como enfermedad; en cuanto al consumo de alcohol, drogas y tabaco, únicamente se tiene el 1,67% de la población en la categoría consumo alcohol. De igual forma, la mayor población participante e involucrada no planea sus embarazos y el 10% ha sido afectada por violencia.

En referencia a las características económicas, el 56,67% de las mujeres trabaja sin percibir remuneración, en comparación con el 43,33% que reciben o laboran con remuneración.

TABLA 4. RELACIÓN GESTACIÓN / PUERPERIO CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, CON LA VARIABLE INTERVINIENTE NIVEL DE ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	VARIABLE	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
PRIMARIO	GESTACIÓN	100,0%	0,0%	100,0%
	PUERPERIO	66,7%	33,3%	100,0%
SECUNDARIO	GESTACIÓN	50,0%	50,0%	100,0%
	PUERPERIO	77,8%	22,2%	100,0%
UNIVERSITARIA	GESTACIÓN	0,0%	100,0%	100,0%
	PUERPERIO	83,3%	16,7%	100,0%

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e Interpretación:

En cuanto a la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable interviniente nivel de escolaridad se tiene que, el 100% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 66,7% de las mujeres en la fase de puerperio que adquieren depresión, en el nivel primario de escolaridad; en el nivel secundario se tiene que el 50% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 77,8% de las mujeres en la fase de puerperio; en el nivel universitario, el 83,3% de las mujeres en la fase de puerperio presentan depresión.

TABLA 5. RELACIÓN GESTACIÓN / PUERPERIO CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, CON LA VARIABLE INTERVINIENTE EDAD

EDAD DE LOS PARTICIPANTES	VARIABLE	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
MAYOR DE EDAD	GESTACIÓN	47,8%	52,2%	100,0%
	PUERPERIO	81,5%	18,5%	100,0%
MENOR DE EDAD	GESTACIÓN	71,4%	28,6%	100,0%
	PUERPERIO	33,3%	66,7%	100,0%

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e Interpretación:

En cuanto a la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable interviniente edad se tiene que, el 47,8% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 81,5% de las mujeres en la fase de puerperio que adquieren depresión, en la mayoría de edad; en cuanto a las menores de edad se tiene que el 71,4% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 33,3% de las mujeres en la fase de puerperio.

TABLA 6. RELACIÓN GESTACIÓN / PUERPERIO CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, CON LA VARIABLE INTERVINIENTE ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	VARIABLES	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
SOLTERA	GESTACIÓN	85,7%	14,3%	100,0%
	PUERPERIO	66,7%	33,3%	100,0%
CASADA	GESTACIÓN	26,7%	73,3%	100,0%
	PUERPERIO	78,6%	21,4%	100,0%
DIVORCIADA	GESTACIÓN	100,0%	,0%	100,0%
	PUERPERIO	100,0%	,0%	100,0%
UNION LIBRE	GESTACIÓN	71,4%	28,6%	100,0%
	PUERPERIO	72,7%	27,3%	100,0%

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e Interpretación:

En lo que tiene que ver a la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable interviniente estado civil se tiene que, el 85,7% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 66,7% de las mujeres en la fase de puerperio que adquieren depresión, en la categoría solteras; en la categoría casadas se tiene que el 26,7% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 78,6% de las mujeres en la fase de puerperio; en la categoría divorciadas en igual proporción, esto es el 100%, tanto en las fases de gestación como puerperio presentan depresión; finalmente, en la categoría unión libre se tiene que el 71,4% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 72,7% de las mujeres en la fase de puerperio.

TABLA 7. RELACIÓN GESTACIÓN / PUERPERIO CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, CON LA VARIABLE INTERVINIENTE PARIDAD

PARIDAD	VARIABLES	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
1	GESTACIÓN	50,0%	50,0%	100,0%
	PUERPERIO	71,4%	28,6%	100,0%
2	GESTACIÓN	42,9%	57,1%	100,0%
	PUERPERIO	83,3%	16,7%	100,0%
> 2	GESTACIÓN	100,0%	0,0%	100,0%
	PUERPERIO	60,0%	40,0%	100,0%

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e Interpretación:

Analizando la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable interviniente paridad se tiene que, el 50% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 71,4% de las mujeres en la fase de puerperio que adquieren depresión, en la categoría 1 de paridad; en la categoría 2 de paridad se tiene que el 42,9% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 83,3% de las mujeres en la fase de puerperio; en la categoría > 2, el 100% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión en comparación con el 60,0% de mujeres pero en la fase de puerperio.

TABLA 8. RELACIÓN GESTACIÓN / PUERPERIO CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, CON LA VARIABLE INTERVINIENTE PLANEACIÓN.

PLANEACIÓN	VARIABLES	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
NO	GESTACIÓN	62,5%	37,5%	100,0%
	PUERPERIO	75,0%	25,0%	100,0%
SI	GESTACIÓN	16,7%	83,3%	100,0%
	PUERPERIO	83,3%	16,7%	100,0%

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e interpretación:

En lo que tiene que ver a la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable interviniente planeación se tiene que, el 62,5% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 75,0% de las mujeres en la fase de puerperio que adquieren depresión, en la categoría que no planifican; en la categoría que si planifican se tiene que el 16,7% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 83,3% de la mujeres en la fase de puerperio.

TABLA 9. RELACIÓN GESTACIÓN / PUERPERIO CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, CON LA VARIABLE INTERVINIENTE VIOLENCIA

VIOLENCIA	VARIABLES	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
SI	GESTACIÓN	100,0%	0,00%	100,0%
	PUERPERIO	50,0%	50,0%	100,0%
NO	GESTACIÓN	50,0%	50,0%	100,0%
	PUERPERIO	80,8%	19,2%	100,0%

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e interpretación:

Haciendo alusión a la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable violencia se tiene que, el 100% de las mujeres en la fase de gestación y que si han sufrido violencia presentan depresión, en comparación con el 50,0% de las mujeres en la fase de puerperio que adquieren depresión; en cuanto a las mujeres que no han sufrido depresión se tiene que el 50% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 80,8% de las mujeres en la fase de puerperio.

TABLA 10. RELACIÓN GESTACIÓN / PUERPERIO CON LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN, CON LA VARIABLE INTERVINIENTE ENFERMEDADES

ENFERMEDADES	VARIABLES	PRESENCIA DE DEPRESIÓN		Total
		DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
HTA	GESTACIÓN	100,0%	0,00%	100,0%
	PUERPERIO	100,0%	0,00%	100,0%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	GESTACIÓN	55,6%	44,4%	100,0%
	PUERPERIO	73,7%	26,3%	100,0%
OTRAS	GESTACIÓN	45,5%	54,5%	100,0%
	PUERPERIO	77,8%	22,2%	100,0%

Fuente: Test de depresión de Beck
Autor: Ana Gabriela Aguilar Masaco

Análisis e interpretación:

En cuanto a la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable enfermedad se tiene que, el 100% de las mujeres en las fases de gestación y puerperio presentan depresión, con HTA; con enfermedad de infección de vías urinarias se tiene que el 55,6% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 73,7% de las mujeres en la fase de puerperio; con otras enfermedades, el 45,5% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión comparada con el 77,8% correspondiente a la fase de puerperio.

8. DISCUSIÓN

Del estudio realizado a 60 mujeres; aquellas que se encontraron en gestación se pudo identificar que el 46,67% de la población estudiada no presenta depresión; el 26,67% depresión leve; el 16,67% depresión media y el 6,67% depresión moderada así como también se toma atención que el 3,33% de ellas presentan depresión grave; indicando un total de 53,34% con presencia de depresión.

En cuanto al cambio en el estado emocional en el puerperio el 23,33% no presentan depresión; el 30 % depresión leve; 6,67% presentan depresión media;13,33 % en depresión moderada y el 6,67% presenta una depresión grave, sumando un total del 76,67% en las cuales hay depresión en el periodo de puerperio.

En el aspecto social del grupo de estudio el 63,33% son de nivel de escolaridad secundario; en cuanto a presencia de depresión el 100% de las mujeres en gestación de escolaridad primaria presentan depresión; en puerperio el 83,3% de escolaridad universitaria se encuentran en depresión; en relación a la edad el 83,33% son mayores de 18 años con presencia del 81,5% de depresión en puerperio y el 16,67% son menores de edad; con depresión en gestación en un 71,4%.

En la variable estado civil el 48,33% son casadas; aquellas de estado civil solteras en gestación presentan depresión en un 85,7%; aquellas mujeres casadas en puerperio presentan depresión en un 78,6%; las mujeres divorciadas presentan depresión tanto en gestación como en puerperio en igual porcentaje; las mujeres en unión libre en puerperio presentan depresión en un 72,7%; el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y tabaco no lo realizan, se puede identificar como aspecto positivo que el 90% de ellas no son víctimas de ningún tipo de violencia familiar y el 10% si han sido víctimas de violencia familiar por su pareja o familiares cercanos, con presencia del

100% de depresión en gestación aquellas que han sido víctimas de violencia y en puerperio el 50%.

En lo biológico el 68,33% son multíparas han tenido un promedio de 2 partos y el 31,67% son madres primigestas, en cuanto a la relación entre las categorías gestación y puerperio con la presencia de depresión, pero incorporando la variable enfermedad se tiene que, el 100% de las mujeres en las fases de gestación y puerperio presentan depresión con hipertensión arterial; con enfermedad de infección de vías urinarias se tiene que el 55% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión, en comparación con el 73,7% de la mujeres en la fase de puerperio; con otras enfermedades, el 45,5% de las mujeres en la fase de gestación presentan depresión comparada con el 77,8% correspondiente a la fase de puerperio.

El 80% de los embarazos no han sido planificados y eso se presenta en menores de edad con frecuencia, aquellas que si planifican su embarazo presentan depresión pero en puerperio en un 83,3%; mientras que las que no lo hacen presentan en un 62,5% en gestación y un 75,0% en puerperio.

El 56,67% de ellas no tiene un trabajo remunerado ya sea porque son amas de casa o no disponen de un trabajo estable, el 43,33% de ellas trabajan con un sueldo básico.

Al comparar los resultados de la presente investigación con otros autores se encuentran indicadores importantes que podría inclinar a una visión investigativa importante en relación a la salud mental de la mujer embarazada y en puerperio. Los trastornos depresivos son frecuentes durante el embarazo afectan al 9%-23% de las mujeres antes del parto y al 12-16% de las mujeres después del parto.

Entre el 3 y 11% de estas mujeres experimentan una forma de depresión grave o sea un trastorno depresivo mayor, lo cual podemos comparar con el presente estudio que llega al 6,67% de depresión grave en el caso de las madres en puerperio y el 3,33% de casos de depresión grave en la gestación.

En un estudio realizado (Ceballos, 2010) sobre depresión durante el embarazo, epidemiología en mujeres mexicanas mencionan que los trastornos mentales tienen un fuerte impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Se realizó un estudio en el cual se tomó una muestra de 220 embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación. Se excluyeron aquellas con tratamiento psiquiátrico o depresivo en los seis meses previos al embarazo actual mostro como resultados que el 6.4 % presentó depresión, sin embargo en el estudio realizado muestra que el 53,34% de 30 mujeres en gestación presentó depresión.

En Chile (Lara, 2012) en su publicación mostró como resultado que el 33% de las mujeres chilenas presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo mientras que en el estudio realizado en el Barrio Chontacruz-Loja muestra que el 53,34% de embarazadas presenta depresión, la prevalencia en el posparto supera el 40% comparando con el estudio realizado en el cual suman un total de 76,67% de las mujeres en puerperio con depresión. Se ha visto que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de sus niño(a) s y a un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia.

Un estudio realizado (Arrebola, 2015) a madres que tuvieron una depresión durante sus embarazos en un 47% eran madres primigestas y menores de edad, sin embargo en el estudio realizado podemos indicar que el 31,67% son primigestas y el 16,67% son menores de edad.

En la publicación realizada en Brasil (Adam, 2013) logra identificar aquellas madres en gestación y puerperio con depresión, en el cual la escolaridad máxima fue secundaria en 50 %; 71.4 % con nivel socioeconómico bajo, 21.4 % sin pareja estable, 35.7 % con depresión en la familia y 28.6 % con historia de tratamiento antidepresivo previo, no obstante en la presente investigación las mujeres en un 63,33% son de escolaridad secundaria, 48,33% de estado civil: casadas, el 90% no han sido víctimas de violencia familiar, el 56.67 % no cuentan con un trabajo estable o remunerado.

En conclusión de los estudios realizados se ha demostrado que la depresión es un trastorno psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo para padecer trastornos posparto, por lo que resulta indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta o del control prenatal.

9. CONCLUSIONES:

- ✓ El nivel de depresión en la gestación se puede describir que cerca de la mitad de ellas no presentan depresión y la otra mitad presentan depresión en los diferentes niveles de leve a depresión grave.

- ✓ El nivel de depresión en puerperio se identifica que más de la mitad de las mujeres presentan depresión en los diferentes niveles de depresión de leve a grave y en un mínimo porcentaje no presentan depresión.

- ✓ En aspectos sociales de la población estudiada el nivel de escolaridad es secundario, con presencia de depresión en mujeres de escolaridad primaria durante la gestación; y en puerperio de nivel de escolaridad universitaria con presencia de depresión en un mayor porcentaje. En relación a la edad la mayoría de las mujeres en puerperio, mayores de edad adquieren depresión, mientras en gestación, menores de edad presentan depresión en un mayor porcentaje. En estado civil: en su mayoría son casadas; con presencia de depresión en aquellas divorciadas en gestación.-puerperio; en cuanto al consumo de alcohol, drogas y tabaco, un mínimo porcentaje de ellas realiza estos malos hábitos.

- ✓ En la categoría violencia familiar la mayoría de las entrevistadas no son víctimas de ningún tipo de violencia familiar, mientras que aquellas que son víctimas de violencia presentan depresión en gestación; y la mitad de ellas en puerperio que adquieren depresión.

- ✓ En lo biológicos se pudo identificar que en su mayoría son multíparas, calculando que en un mayor número de las primigestas en puerperio adquieren depresión y las multíparas presentan depresión en puerperio al igual que

multíparas en gestación; la mayoría de los embarazos no fueron planeados, aquellas que se encuentran en puerperio y que no panificaron su embarazo presentan depresión, las mujeres que en puerperio que si planificaron su embarazo, cursan por un estado depresivo. Las mujeres en estado de gestación-puerperio que presentaron como enfermedad hipertensión arterial, presentan depresión; aquellas que tiene como enfermedad infección de vías urinarias en puerperio en un alto porcentaje presentan depresión.

- ✓ En relación a los aspectos económicos se logró identificar que el trabajo realizado por las mujeres gestantes y que se encuentran en posparto no es remunerado en su mayoría son amas de casa.

10. RECOMENDACIONES

- ✓ El MSP, los centros de salud, puestos de salud y profesionales de la salud deben en el control prenatal incorporar la valoración emocional (los cambios hormonales y los cambios físicos-emocionales en su salud durante la gestación y puerperio) identificar signos y síntomas de depresión de esta manera captar trastornos depresivos para posterior intervención de acuerdo al grado de depresión presente.

- ✓ Realizar charlas educativas en instituciones de educación sobre sexualidad y planificación familiar para evitar embarazos no deseados en especial en adolescentes.

- ✓ A las mujeres gestantes y en puerperio acudir a los controles al centro de salud más cercano, no pasar por alto síntomas emocionales que pueden afectar en el transcurso del embarazo, al feto o posteriormente en el desarrollo del recién nacido.

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ceballos Martínez, I., Sandoval Jurado, L., Jaimes Mundo, E., Medina Peralta, G., y Madera Gamboa, J. (2010). Depresión durante el embarazo. epidemiología en mujeres Mexicanas. Rev Med: Inst Mex Seguro Soc, 48(1), 71–74.

2. Lara, M., y Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México Disponible, 35(1), 57–62.

3. Ruíz Peregrina , F. J., y Álvarez Nieto, C. (2009). Apuntes y notas de enfermería materno infantil. s.l: Dpto. Ciencias de la Salud. Área de Enfermería.

4. Vázquez Lara, J. M., Rodríguez Díaz, L., Palomo Gómez, R., Martínez, M. R., Jiménez García, M. A., Pérez Marín, S., & Rivero Gutiérrez, C. (2011). Manual basico de obstetricia y ginecologia. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

5. Adam Torres, G. (2013). Depresión postparto hostilidad y habitos de salud. Universidad autonoma de Barcelona, . Ballatera: departamento de psicologia clinica de la salud.

6. Arrebola Domínguez, A. (2015). La depresión postparto como problema de salud en la mujer. Jaen: Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de la Salud.

7. Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito: Quito.

8. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Washington, DC , London, England: Arlington, VA.

9. Cruz Bello , P., Ramirez Meza, F., y Gomez Torres, D. (2013). Revisión bibliográfica sobre la depresión postparto. s.l, 73-85.

10. Diaz, M., Amatoz, R., Chavez, J., Ramirez, M., Rangel, s., Rivera, L., & Lopez, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus Online, 32-40.

11. Ferraro, F. (2013). Manual de atencion integral del embarazo la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Chile: Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

12. Ginspun, D. (2006). Intervenciones para depresion postparto. Toronto, Ontario: Ontario, Richmond street west.

13. Gonzalez , H., y Perez, M. (2007). La intervencion de trastornos mentales. Madrid: Alianza S.A.

14. Guías de práctica clínica en el SNS. (2014). Guía de práctica clínica de atencion en el embarazo y puerperio (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejerí a de Igualdad, ed.).Andalucia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

15. Johnson Ponce , J. (2009). Manual de Patologia Perinatal (Primera ed.). (S. A. Mcgraw-hill interamericana editores, Ed.) Mexico: Mexico.

16. Kristeva, J. (2006). Sol negro depresion y melancolia (Primera ed.). (M. Avila, Ed.) Venezuela: Latinoamericana C.A.

17. Maldonado Duran , M. (2011). La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal. (I. Brockington, Ed.). Kansas: Washington. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/301348260.

18. Manual de atención personalizada. (2008). Departamento ciclo vital división prevención y control de enfermedades subsecretaría de Salud Pública (primera edicion ed., Vol. 1). Chile: Trama Impresores S.A. ISBN: 978-956-7711-90-1.

19. Mendoza Bermudez, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto:. Revista Medica Chile (No 213.087.042-1.0.), 887-894.

20. Ministerio de salud publica. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). Quito-Ecuador: Quito.Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pd

21. Ministerio de Salud. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Santiago, Chile: Minsal.

22. Organizacion Mundial de la Salud de Ginebra. (2007). Promocion de la Salud mental. Ginebra: OMS, Datos publicados en catalogos de la libreria.

23. Organización Mundial de la Salud Guatemala. (2006). Prevención de los Trastornos Mentales, Intervenciones Efectivas . Guatemala: OMS Datos Publicados en Catálogos de la Biblioteca.

24. Organización Panamericana de la Salud. (2010). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Estados Unidos : Organización Mundial de la Salud.

25. Organización Mundial de la Salud.CIE 10. (1994). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento . Madrid España: Medica Panamericana, S. A.

26. Plan Nacional para el Buen Vivir. (2013-2017).Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Quito- Ecuador: Quito.

27. Plan o guia Formativa de la especialidad de enfermeria Obstetrico- Ginecologica. (2013-2015). Brasil.

28. Sastre Miras, I. (2015). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. Valladolid: Universidad de valladolid.

29. Tobon Borrero , L. (2015). Predictores de depresión posparto en puerperas. Revista Duazary, Vol.12(ISSN: 1794-5992), 23-31.

30. World Health Organization. (2015). Thinking Healthy a manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva.

31. (Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. Papeles del Psicólogo 31, 108-121.

12. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO I

TESIS: DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA

ENTREVISTA DIRIGIDA A MADRES GESTANTES Y EN PUERPERIO PARA DETERMINAR LOS ASPECTOS SOCIALES, BIOLÓGICOS Y ECONÓMICOS.

ASPECTOS SOCIALES	
¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESCOLARIDAD?	• Primario • Secundaria • Universitaria • Ninguna
INDIQUE CUÁL ES SU EDAD	• Mayor de edad • Menor de edad
INDIQUE SU ESTADO CIVIL ACTUAL	• Soltera • Casada • Divorciada • Unión libre
¿CONSUME USTED BEBIDAS ALCOHÓLICAS ACTUALMENTE?	• Si • No
¿REALIZA EL CONSUMO DE DROGAS?	• Si • No
¿TIENE EL HÁBITO DE FUMAR?	• Si • No
HA SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA FAMILIAR.	• Si • No
ASPECTOS BIOLOGICOS	
¿CUANTOS PARTOS HA TENIDO EN SU VIDA?	• 1 • 2 • +2
¿SU EMBARAZO ACTUAL FUE PLANEADO?	• Si • No
¿HA SUFRIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD MATERNA?	• HTA • Preeclampsia • Diabetes gestacional • Infección Vías urinarias • Otras
ASPECTOS ECONOMICOS	
SU TRABAJO ACTUAL ES	• Remunerado • No remunerado

ESCALA AUTOAPLICADA DE BECK

1 TRISTEZA	
Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	**1**
No me encuentro triste	**0**
Me siento algo triste y deprimido	**1**
Ya no puedo soportar esta pena	**3**
Tengo siempre una pena encima que no me la puedo quitar	**2**
2 PESIMISMO	
Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	**1**
Creo que nunca me recuperare de mis penas.	**2**
No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.	**0**
No espero nada bueno de la vida.	**2**
No espero nada. Esto no tiene remedio.	**3**
3 FRACASO	
He fracasado totalmente como persona (padre, madre, esposo-a hijo, profesional. etc)	**3**
He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	**1**
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.	**2**
No me considero fracasado.	**0**
Veo mi vida llena de fracasos.	**2**
4 HOSTILIDAD O FALTA DE INTERES	
Ya nada me llena	**2**
Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	**1**
Ya no me divierte lo que antes me divertía.	**1**
No estoy especialmente insatisfecho.	**0**
Estoy harto de todo	**3**
5 AUTOCONCEPTO O CULPA	
A veces me siento despreciable y mala persona	**1**
Me siento bastante culpable	**2**
Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable	**2**
Me siento muy infame perverso canalla y despreciable.	**3**
No me siento culpable	**0**
6 MIEDO AL FUTURO	
Presiento que algo malo me puede suceder	**1**
Siento que merezco ser castigado	**3**
No pienso que este siendo castigado	**0**
Siento que me están castigando o me castigaran	**2**
Quiero que me castiguen	**3**
7 AUTOESTIMA	
Estoy descontento conmigo mismo	**1**
No me aprecio	**1**
Me odio (me desprecio)	**2**
Estoy asqueado de mí	**2**
Estoy satisfecho de mí mismo	**0**
8 CULPA	
No creo se peor que otros	**0**
Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal	**2**
Me siento culpable de todo lo malo que ocurre	**3**
Siento que tengo muchos y muy graves defectos	**2**

	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	**1**
	9 IDEAS SUICIDAS	
	Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría hacerlo	**1**
	Siento que estaría mejor muerto	**2**
	Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera	**3**
	Tengo planes seguros de suicidarme	**3**
	Me mataría si pudiera	**3**
	No tengo pensamientos de hacerme daño.	**0**
	10 LLANTO FACIL O INMEDIATO	
	No lloro más de lo habitual	**0**
	Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriendo	**3**
	Ahora lloro continuamente no puedo evitarlo	**2**
	Ahora lloro más de lo normal	**1**
	11 ESTADO DE ANIMO O IRRITABILIDAD	
	No estoy más irritable que normalmente	**0**
	Me irrito con más facilidad que antes	**1**
	Me siento irritado todo el tiempo	**3**
	Ya no me irrita lo que antes me irritaba	**2**
	12 VOLUNTAD	
	He perdido todo mi interés por los demás y no me importan los demás en absoluto	**3**
	Me intereso por la gente menos que antes	**1**
	No he perdido mi interés por los demás	**0**
	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos**.**	**2**
	13 CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES	
	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	**1**
	Tomo mis decisiones como siempre	**0**
	Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	**3**
	Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	**2**
	14 ASPECTO PERSONAL	
	Estoy preocupado me veo más viejo y desmejorado	**1**
	Me siento feo y repulsivo	**3**
	No me siento con aspecto peor que antes	**0**
	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable o menos atractivo.	**2**
	15 VIDA LABORAL	
	Puedo trabajar también como antes	**0**
	Tengo que esforzarme mucho para hace cualquier cosa	**1**
	No puedo trabajar en nada	**3**
	Necesito un esfuerzo extra para empezar hacer algo	**2**
	No trabajo tan bien como lo hacía antes	**1**
	16 ESTADO DE SUEÑO	
	Duermo también como antes	**0**
	Me despierto más cansado por la mañana	**1**
	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	**2**
	Tardo una o dos horas en dormir por la noche	**2**
	Me despierto sin motivo en la mitad de la noche y tardo en volverme a dormir	**2**
	Me despierto temprano todos los días y no duerno más de 5 horas	**3**
	Tardo más de dos horas en dormirme y no duerme más de 5 horas	**3**
	No logro dormir más de tres o 4 horas seguidas.	**3**

17 FATIGA	
Me canso más fácil que antes	**1**
Cualquier cosa que hago me fatiga	**2**
No me canso más de lo normal	**0**
Me canso tanto que no puedo hacer nada	**3**
18 APETITO	
He perdido totalmente el apetito	**3**
Mi apetito no es tan bueno como antes	**1**
Mi apetito es ahora mucho menor	**2**
Tengo el mismo apetito que siempre	**0**
19 PESO	
No he perdido peso últimamente	**0**
He perdido más de 2 y medio kg	**1**
He perdido más de 5 kg	**2**
He perdido más de 7 y medio kg	**3**
20 ESTADO DE SALUD	
Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otra cosa	**2**
Estoy preocupado por dolores y trastornos	**1**
No me preocupa mi salud más de lo normal	**0**
Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	**3**
21 VIDA SEXUAL	
Estoy menos interesado por el sexo que antes	**1**
He perdido todo mi interés por el sexo	**3**
Apenas me siento atraído sexualmente	**2**
No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	**0**

Observaciones……

……

……

……

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PUNTAJES ESTABLECIDOS PARA GRADUAR EL SÍNDROME DEPRESIVO		
0-9	**DEPRESION AUSENTE**	TRATAMIENTO DESEABLE
10-17	**DEPRESION LEVE**	TRATAMIENTO BREVE
18-24	**DEPRESION MEDIA**	TRATAMIENTO NECESARIO
25-29	**DEPRESION MODERADA**	TRATAMIENTO NECESARIO
30+	**DEPRESION GRAVE**	TRATAMIENTO URGENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO II

TESIS: DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ... (Nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: .....(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1) cuando quiera
2) sin tener que dar explicaciones
3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio:

SÍ **NO** (marque lo que proceda)

Acepto que los resultados derivados de este estudio puedan ser utilizados en futuras investigaciones. Doy mi conformidad para que se dé el uso pertinente para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: .....

Fecha: .....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador: .....

Fecha:

ANEXO III

EVIDENCIA DE TRABAJO DE CAMPO

FOTOGRAFÍAS

Fotografía número 1

Fotografía número 2

Aplicación de entrevista y test de Beck a madres gestantes

Fotografía número 4

Fotografía número 5

APLICACIÓN DE ENTREVISTA Y TEST DE BECK

A MADRES EN PUERPERIO

ANEXO IV

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROYECTO: DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA

FORMULARIO DE CONTROL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA	HORA	INSTITUCIÓN	SERVICIO	UNIVERSO/ MUESTRA	GRUPO DE ESTUDIO
09/12/16	10h00 12h00	Subcentro de Chontacruz		60	Madres gestantes y en puerperio

1. **Actividades cumplidas:**

Llenado de instrumento de Recolación de datos (entrevista), instrumento desde Nº 1 al Nº 6.

2. **Observación**

- Dificultad en encontrar a las gestantes por horarios y difícil acceso a
- visita domiciliaria.

Nota : Anexar los instrumento de recolección de datos

Nombre y Firma del responsable del servicio o departamento

Dra. Fanny C. Narvaez M.
MAGISTER EN SALUD PUBLICA
L I "E" F 26 - Nº 76
SELLO

DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD N° 11D01 J.C.S. CHONTACRUZ

Ana Gabriela Aguilar Masaco

Lic. Magdalena Villacis C. Mg. Sc.
DOCENTE
AREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROYECTO: DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA

FORMULARIO DE CONTROL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA	HORA	INSTITUCIÓN	SERVICIO	UNIVERSO/ MUESTRA	GRUPO DE ESTUDIO
20/12/16	15h00 18h00	Barrio de Chontacruz		60	Madres gestantes y en puerperio

1. **Actividades cumplidas:**

Llenado de instrumento de recolección de datos (Entrevista) instrumento desde Nº 7 al Nº 10

2. **Observación**

* Ninguna

Nota : Anexar los instrumento de recolección de datos

Dra. Fanny C. Narvaez M.
MAGISTER EN SALUD PUBLICA
L I"E" - F 26 - N° 76

Nombre y Firma del responsable del servicio o departamento

SELLO

DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD

Ana Gabriela Aguilar Masaquiza

Magdalena Villacis de S

Lic. Magdalena Villacis C. Mg. Sc.
DOCENTE
AREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROYECTO: DEPRESION EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA.

FORMULARIO DE CONTROL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA	HORA	INSTITUCIÓN	SERVICIO	UNIVERSO/ MUESTRA	GRUPO DE ESTUDIO
04-01-17	15-18	Barrio Santa Inés		60	Madres en gestación y en puerperio.

1. **Actividades cumplidas:**

Llenado de instrumento de recolección de datos (Entrevista, test de Beck) , instrumento (desde N° hasta N° 11-13)

2. **Observación:**

Difícil acceso a las viviendas

Nota : Anexar los instrumento de recolección de datos

Dra. Fanny C. Narvaez M
MAGISTER EN SALUD PUBLICA
L I"E" - F 26 - N° 7

Nombre y Firma del responsable del servicio o departamento **SELLO**

Lic. Magdalena Villacis C. Mg. Sc.
DOCENTE
AREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AUTOR: ANA GABRIELA AGUILAR MASACO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROYECTO: DEPRESION EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA.

FORMULARIO DE CONTROL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA	HORA	INSTITUCIÓN	SERVICIO	UNIVERSO/ MUESTRA	GRUPO DE ESTUDIO
09-01-17	15-18	Barrio Capulí Loma		60	Madres en gestación y en puerperio.

1. **Actividades cumplidas:**

Llenado de instrumento de recolección de datos (Entrevista, test de Beck) , instrumento (desde N° hasta N° 14-16)

2. **Observación:**

Difícil acceso a las viviendas

Nota : Anexar los instrumento de recolección de datos

Dra. Fanny C. Narvaez M.
MAGISTER EN SALUD PUBLICA
L I"E" - F 26 - N° 76

Nombre y Firma del responsable del servicio o departamento **SELLO**

Lic. Magdalena Villacís C. Mg. Sc.
DOCENTE
AREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AUTOR: ANA GABRIELA AGUILAR MASACO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROYECTO: DEPRESION EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA.

FORMULARIO DE CONTROL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA	HORA	INSTITUCIÓN	SERVICIO	UNIVERSO/ MUESTRA	GRUPO DE ESTUDIO
21-12-16	15-18	Barrio Colinas Lojanas		60	Madres en gestación y en puerperio.

1. **Actividades cumplidas:**

Llenado de instrumento de recolección de datos (Entrevista, test de Beck) , instrumento (desde N° hasta N° 17-22)

2. **Observación:**

Difícil acceso a las viviendas

Nota : Anexar los instrumento de recolección de datos

Dra. Fanny L. Narvaez M.
MAGISTER EN SALUD PUBLICA
L I"E" - F 26 - N° 76

Nombre y Firma del responsable del servicio o departamento **SELLO**

Lic. Magdalena Villacis C. Mg. Sc.
DOCENTE
AREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AUTOR: ANA GABRIELA AGUILAR MASACO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROYECTO: DEPRESION EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA.

FORMULARIO DE CONTROL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA	HORA	INSTITUCIÓN	SERVICIO	UNIVERSO/ MUESTRA	GRUPO DE ESTUDIO
10-12-16 07-01-17	15-18 10-18	Barrio Chontacruz		60	Madres en gestación y en puerperio.

1. **Actividades cumplidas:**

Llenado de instrumento de recolección de datos (Entrevista, test de Beck) , instrumento (desde N° hasta N° 23-41)

2. **Observación:**

Difícil acceso a las viviendas

Nota : Anexar los instrumento de recolección de datos

Dra. Fanny L. Narváez M.
MAGISTER EN SALUD PUBLICA
L I"E" - F 26 - N° 76

Nombre y Firma del responsable del servicio o departamento **SELLO**

Lic. Magdalena Villacis C. Mg. Sc.
DOCENTE
AREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 1101 CHONTACRUZ

AUTOR: ANA GABRIELA AGUILAR MASACO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PROYECTO: DEPRESION EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA.

FORMULARIO DE CONTROL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA	HORA	INSTITUCIÓN	SERVICIO	UNIVERSO/ MUESTRA	GRUPO DE ESTUDIO
08-01-17 14-01-17	15-18 08-10	Barrio Chontacruz		60	Madres en gestación y en puerperio.

1. **Actividades cumplidas:**

Llenado de instrumento de recolección de datos (Entrevista, test de Beck) , instrumento (desde N° hasta N° 42-60)

2. **Observación:**

Difícil acceso a las viviendas

Nota : Anexar los instrumento de recolección de datos

Dra. Fanny C. Narvaez M
MAGISTER EN SALUD PUBLICA
L.I."E" - F.26 - N° 75

Nombre y Firma del responsable del servicio o departamento **SELLO**

Magdalena Villacis C.
Lic. Magdalena Villacis C. Mg. Sc.
DOCENTE
AREA DE LA SALUD HUMANA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AUTOR: ANA GABRIELA AGUILAR MASACO

ANEXO V

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: ***"DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA"***, autoría de la Señorita Ana Gabriela Aguilar Masaco, con Cédula de Identidad No 1150119426, egresada en la Carrera de Enfermería, de la Facultad de la Salud Humana, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 09 de mayo de 2017

FINE - TUNED ENGLISH CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO "CHONTACRUZ-LOJA"

ESTUDIANTE:

Ana Gabriela Aguilar Masaco

LOJA – ECUADOR

2017

a. Tema:

DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA

b. PROBLEMÁTICA

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño diario, en su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional, la depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2015).

Se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%, la falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras. Se dispone de tratamientos eficaces contra la depresión, pero el acceso a ellos es problemático en la mayoría de los países, y en algunos solo lo reciben menos del 10% las personas que lo precisan (OPS, 2012).

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Los trastornos depresivos son frecuentes durante el embarazo afectan al 9%-23% de las mujeres antes del parto y al 12-16% de las mujeres después del parto, entre el 3 y 11% de estas mujeres

experimentan una forma de depresión grave o sea un trastorno depresivo mayor. De los trastornos del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor tiene la más alta prevalencia a lo largo de la vida de entre todos los trastornos psiquiátricos, afectando hasta al 17% de personas y su prevalencia es del doble en las mujeres que en los varones (OMS, 2015).

Sin embargo, hay que borrar la idea de que toda depresión va a necesitar tratamiento medicamentoso, los casos ligeros y aún algunos moderados pueden ser solucionados, básicamente, con apoyo social, familiar, psicoterapias breves u otras formas de intervención psicosocial que pueden ser realizadas por médicos de atención primaria de la salud o por organizaciones de la comunidad que brindan apoyo a las personas (OPS/OMS, 2012).

El proyecto se realizará en el Barrio Chontacruz el mismo que se encuentra ubicado al Suroeste de Loja. Con un número de habitantes de 6.617, el 50,8% son mujeres y el 49,2% son hombres (INEC, 2013).

El tiempo de estudio será de Septiembre 2016-Marzo 2017 el cual se enfocará en mujeres gestantes y en puerperio las mismas que son aproximadamente 60 en las cuales se ha identificado el problema al observar datos el subcentro de salud del Barrio Chontacruz del lugar en donde se muestra que las futuras madres no acuden en su totalidad a los controles prenatales, contando con factibilidad y viabilidad adecuada , para la realización de este estudio el subcentro nos proporciona apertura y ayuda necesaria para trabajar con ellas , en el proyecto se implementará recursos como aplicación del test de depresión de Beck así como también entrevistas para definir las características sociales, económicas y biológicas de las madres como factores predisponentes de depresión.

Las variables que se medirán son las siguientes como se muestra en la matriz operacional de variables (Anexo 1), como variable independiente la gestación definida como un estado de la mujer desde el momento de la fecundación del óvulo hasta el parto.

En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también la importancia para su completo desarrollo depende de factores sociales, biológicos y económicos y con los cambios tanto físicos, morfológicos y metabólicos y puerperio definido como el período comprendido desde el parto hasta la desaparición de las modificaciones debidas al embarazo y al parto, es un estado de la mujer durante el período que se extiende desde el alumbramiento hasta 42 días posteriores y en el cual ocurre regresión de los cambios adaptativos que ocurren en la madre durante la gestación.

Como variable dependiente se medirá la depresión considerando como un conjunto de reacciones de inadaptación a estresores psicosociales identificables que ocurren dentro de un corto tiempo después de la aparición del estresor. Ellas se manifiestan a través de daño en el funcionamiento social y ocupacional o a través de síntomas (depresión, ansiedad, etc.) que son en excesivos comparados con una reacción normal y esperada al estresor.

En este contexto se requiere determinar: ¿Cuál es el nivel de depresión asociada a la gestación y puerperio en las mujeres del barrio “Chontacruz-Loja?.

c. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos depresivos son frecuentes durante el embarazo afectan al 9%-23% de las mujeres antes del parto y al 12-16% de las mujeres después del parto. Entre el 3 y 11% de estas mujeres experimentan una forma de depresión grave o sea un trastorno depresivo mayor (OMS, 2015).

La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%. La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras. Se dispone de tratamientos eficaces contra la depresión, pero el acceso a ellos es problemático en la mayoría de los países, y en algunos solo lo reciben menos del 10% las personas que lo precisan (OPS, 2012).

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. De los trastornos del estado de ánimo, el trastorno depresivo mayor tiene la más alta prevalencia a lo largo de la vida de entre todos los trastornos psiquiátricos, afectando hasta al 17% de personas y su prevalencia es del doble en las mujeres que en los varones (OMS, 2015).

Razón por la cual se considera que la depresión antenatal son trastornos psiquiátricos frecuentes y pueden aumentar los factores de riesgo para padecer trastornos posparto, por lo que resulta indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta de control prenatal.

Para logar medir los niveles de depresión se aplicará el test de Beck, el cual es pun cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Determinando así el nivel de depresión en las mujeres gestantes y en puerperio y a su vez desarrollar pautas o estrategias para afrontar la depresión y evitar un posible efecto o mal formaciones en el feto postparto, los resultados obtenidos se entregaran al personal de salud que labora en el respectivo subcentro para su concerniente intervención en las madres gestantes y en puerperio que presentasen un nivel de depresión que requiera ayuda profesional.

d. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar el nivel de depresión asociado a la gestación y el puerperio en las mujeres del Barrio Chontacruz- Loja.

Objetivo específico

- Identificar aspectos sociales como factores predisponentes de depresión en la mujer gestante y en puerperio del Barrio Chontacruz-Loja.

- Indicar los aspectos biológicos y económicos prevalentes en las mujeres en gestación y en periodo de puerperio.

e. MARCO TEÓRICO

EMBARAZO Y ATENCIÓN PRENATAL

La Fecundación entendida como el proceso biológico en el que un óvulo y un espermatozoide se fusionan para crear un nuevo individuo, con el genoma aportado por sus progenitores. En la fecundación se concreta el sexo del embrión: si el espermatozoide tiene un cromosoma X el embrión será femenino, si tiene un cromosoma Y el embrión será masculino. Los espermatozoides llegan a las trompas de Falopio del sistema reproductor femenino y uno de ellos se fusiona con un óvulo. A continuación se empieza a formar el embrión, que viaja por las trompas hasta llegar al útero. Se adhiere a la pared del útero y continúa su desarrollo para dar lugar al nuevo individuo (Plan o guia formativa de la especialidad de enfermería obstetrico- ginecológica, 2013-2015).

Se define el embarazo como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto y su duración aproximada es de 280 días, de 37 a 40 semanas, durante el primer trimestre es común que la mujer experimente un cansancio notable, así como somnolencia, náuseas e incluso vómito durante la mañana. Se estima que aproximadamente 80% de las mujeres tienen náusea y vómito durante el embarazo, es probable que en algunas culturas tradicionales estos síntomas sean mucho menos frecuentes. En muchos grupos culturales se observa la experimentación por parte de la gestante de antojos por cosas que antes no comía o por comidas especiales, esto parece ser otra manifestación del estado vulnerable de la mujer (Maldonado , 2016).

Consulta prenatal

Es la atención integral sistemática, periódica y multidisciplinaria, que se otorga a la gestante, con enfoque biopsicosocial, integrando a la pareja o persona significativa y familia. Incluye controles prenatales y programa educativo de preparación para el parto y nacimiento. Cuyo objetivo es controlar la evolución de la gestación, fomentar estilos de vida saludables, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente la patología, derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda y preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales (Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, 2008).

La asistencia al embarazo comienza en la consulta prenatal, la primera consulta debe realizarse lo más precozmente posible en el transcurso de las 12 primeras semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana. En la actualidad se han incorporado gran cantidad de pruebas diagnósticas con el objetivo de conocer los cambios y detectar la desviación de la normalidad precozmente, se ha mejorado la salud materno-infantil y reducido la tasa de morbimortalidad madre e hijo, pero al mismo tiempo la gestación como proceso fisiológico, se ha medicalizado y la mujer puede percibir el embarazo como uno de los momentos de su vida en el que le van a realizar muchas pruebas y en ocasiones le genera dudas y preocupación. Por ello la importancia del papel del profesional sanitario va a ser fundamental a la hora de informar sobre las diferentes pruebas y exploraciones a la mujer, durante la primera consulta prenatal se realizarán las siguientes acciones se abre la Historia clínica, se elabora mediante anamnesis, de la forma más completa posible. Todos los datos recogidos ayudan a individualizar la asistencia a la gestante (Guías de práctica clínica en el SNS, 2014)

Cambios y ajustes emocionales durante el embarazo

En la etapa intrauterina, el feto está inmerso no solamente en líquido amniótico, sino también en el "recipiente emocional" de la mente de su madre y padre, el cual puede ser más o menos favorable para un desarrollo emocional saludable y que depende de la situación específica de la madre y el padre en cada embarazo. Aunque el embarazo es considerado generalmente como un período de expectativas positivas y felicidad, hay retos emocionales importantes para los futuros padres. De hecho, una barrera para reconocer momentos difíciles es la percepción de los padres y de quienes los rodean que el embarazo sólo es un período de bienestar y alegría, aunque haya otras reacciones y sentimientos.

La transición hacia la maternidad entendida como una etapa en donde la mujer tiene la tarea psicológica de "convertirse en madre", sobre todo durante su primer embarazo aunque muchos de estos cambios emocionales se observan también en los embarazos subsecuente, pasará de ser sólo mujer a asumir activamente el papel de madre. Este proceso se ha llamado parentificación o parentalidad, durante el periodo de gestación los futuros padres tienen el trabajo psicológico de volverse padres y tendrán que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida. Uno de los cambios más obvios es que la madre ya no puede pensar sólo en sí misma, sino en un "nosotros" por lo menos ella y su hijo, y en el caso de que haya un compañero, en "nosotros" como una familia tradicional.

El apego de la madre hacia el futuro hijo se inicia con la noticia del embarazo. En el presente, con la confirmación de que está gestando se desencadenan estos procesos de parentificación en forma más inmediata. La noticia puede ser recibida con una mezcla de sentimientos que van desde la felicidad predominante, hasta la

inseguridad, miedo o inclusive el rechazo, en casi todas las mujeres habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente se haya deseado estar embarazada. Alrededor de 30% o más de los embarazos no han sido planeados, y en tal caso puede ser que los sentimientos negativos sean mayores.

En condiciones óptimas, con la confirmación del estado de gravidez se desencadenan una serie de procesos que ayudan a la futura madre a realizar la transición mencionada. Anteriormente, la percepción más inmediata de la realidad del embarazo ocurría sólo hasta alrededor de los cuatro meses de gestación, momento en que usualmente se perciben los movimientos del feto (Maldonado, 2016).

Cambios anatomofisiológicos

Desde que se inicia el embarazo, la madre experimenta una serie de transformaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas, estos cambios tienen el fin de cubrir la necesidad de espacio ocasionado por el crecimiento fetal, así como prepararse para el momento del parto y la lactancia, la importancia de su conocimiento es que estos cambios no nos conduzcan a diagnosticar patologías erróneamente. Así como también saber que estas transformaciones pueden agravar patologías ya existentes, abarca los cambios cardiovasculares y cardíacos los cuales se producen en las primeras 8 semanas de embarazo es así que la frecuencia cardiaca aumenta 15-20 latidos / min, alcanzando la frecuencia máxima a la 23-30 semana, para luego disminuir lentamente y normalizarse al final de la gestación o en los primeros días postparto, el gasto cardiaco aumenta durante el primer trimestre hasta un 25-50 % debido al flujo intervelloso, la disminución del tono vascular, el aumento de la volemia y el aumento de las hormonas tiroideas, el corazón aumenta su tamaño un 10-

12 % por hipertrofia del músculo cardiaco, con aumento del llenado, el volumen sistólico.

Se produce cambios hematológicos en donde el volumen sanguíneo aumenta desde el inicio de la gestación en un 40- 50 %, alcanzando su máximo en la semana 34-36, este aumento se produce para satisfacer las demandas del útero que se encuentra hipertrofiado, protege a la madre y al feto de los efectos contraproducentes derivados de la disminución del retorno venoso en decúbito supino y posición erecta y proteger a la madre de la pérdida de volumen que se produce en el parto, aparece cambios respiratorios generalmente, al igual que ocurre en todas las mucosas, se observa hiperemia en faringe, laringe, tráquea y bronquios, puede incluso cambiar el tono de voz por engrosamiento de las cuerdas vocales ante el estímulo de la progesterona. Las modificaciones anatómicas y funcionales del sistema urinario pueden explicar gran parte de los síntomas que refiere la mujer durante el embarazo, la progesterona actúa sobre el sistema urinario provocando una dilatación de pelvis renales, uréteres y vejiga, esto lleva consigo un retraso en el vaciamiento urinario y por tanto un mayor riesgo de padecer infecciones del tracto urinario (Ponce , 2009).

Aparte del efecto hormonal y el aumento de la producción de orina, la dilatación de los uréteres es debida al efecto del útero gravídico que los comprime. El riñón su tamaño aumenta muy levemente, 1-1,5 cm aproximadamente por el aumento de la vascularización y del volumen intersticial. A partir de la semana 20 de gestación, se produce una elevación del trígono vesical por la comprensión uterina, aumento de la vascularización e hiperplasia del tejido muscular y conectivo.

Durante el primer trimestre, la polaquiuria es consecuencia de la presión del útero intrapélvico mejora durante el segundo trimestre y en el tercero vuelve a aparecer

por la presencia del útero grávido, que disminuye su capacidad, y por la hiperemia e irritación vesical. El incremento de peso es un aspecto muy cuestionado al haber una gran variación personal. Los cambios genitales y mamarios se producen por cambios hormonales para cubrir las necesidades de espacio para el desarrollo del huevo y crecimiento fetal, para el parto y la lactancia materna. En la vulva y zona perineal se produce un aumento de vascularización, también se origina una hiperemia y un ablandamiento del tejido conjuntivo, como consecuencia, los genitales presentan un aspecto edematoso con coloración cianótica y una consistencia más blanda y elástica debido a las hormonas esteroideas hay un aumento de vascularización e hiperemia que dan mayor flexibilidad y elasticidad a la vagina y le confiere una coloración violácea se produce un aumento del espesor de la mucosa, con pérdida de tejido conectivo e hipertrofia de las células musculares lisas, el objetivo de estos cambios es preparar la vagina para la expulsión fetal.

El útero este órgano sufre grandes transformaciones debido a la necesidad de albergar al feto, la placenta y el líquido amniótico, al tiempo que se prepara para desempeñar el papel de motor del parto, en el cérvix se produce un aumento de la vascularización con hipertrofia e hiperplasia tanto de las fibras elásticas, que le hacen adquirir una consistencia más blanda y elástica y una coloración violácea como de las glándulas endocervicales, lo que provoca un aumento de secreción mucosa densa para protección al contenido uterino frente a infecciones, en las mamas hay una mayor sensibilidad y hormigueo en las mamas desde las primeras semanas y desde el segundo mes podemos apreciar un aumento de peso y tamaño debido al incremento del tejido glandular aumenta la vascularización.

Los pezones se vuelven más eréctiles, sensibles y agrandados, con aumento de la pigmentación areolar. Los cambios endocrinos que se producen durante la gestación

podemos dividirlos dependiendo de las hormonas que intervienen: la placenta se considera una glándula endocrina incompleta al colaborar la madre con el feto para su funcionalidad y adquiere el principal papel de control hormonal. Las hormonas placentarias proteicas como la Gonadotropina coriónica humana (HCG). Lactógeno placentario (HPL) también llamada hormona del crecimiento placentario coriónica (HCGP) o Somatotropina Coriónica humana (HCS) que se encarga de preparar la mama para la lactancia. Diabetógena, con el objetivo de asegurar niveles altos de glucosa disponibles para el feto aumenta la lipólisis y la resistencia a la insulina y disminuye la gluconeogénesis.

La hormona relaxina secretada por el cuerpo lúteo y placenta produce relajación de los ligamentos pélvico y ablanda el cérvix facilitando el parto. ACTH placentario parece ser la responsable de la secreción de cortisol. Las Hormonas placentarias esteroideas como el estrógeno de origen fetal, el estriol es el principal precursor interviene, sola o ayudando a otras hormonas en cambios en el pH vaginal, cambios en la pigmentación de la piel, contribuye a la situación diabética de la mujer, aumento del flujo úteroplacentario, síntesis proteica materna principalmente mamas y genitales y fetal, estimula la síntesis de prolactina. Progesterona, interviene en la disminución del tono del músculo liso, resistencia pulmonar y tono del sistema genitourinario, vasodilatación, disminución de la movilidad gastrointestina, contribuye a la preparación de la mama para la lactancia, participa en el efecto diabetogénico (Vázquez Lara, et al., 2011)

Depresión prevalencia y factores de riesgo

Hay importantes barreras para la detección y tratamiento de la depresión perinatal, pues culturalmente se considera a la gestación como un período feliz, y

muchas mujeres pueden sentirse culpables por estar tristes o apagadas durante su embarazo o puerperio. En general, la depresión es unas dos veces más frecuente en las mujeres adultas que en los varones, de hecho en el mundo la depresión en la mujer adulta de entre 18 y 44 años de edad es la causa más frecuente de incapacidad para el trabajo. No se sabe con certeza su razón, pero se han sugerido algunos factores que incluyen la situación menos privilegiada de la mujer en la mayoría de las sociedades o los cambios hormonales durante los ciclos menstruales.

Aunque es tentador pensar que la depresión postparto tiene una causa principalmente hormonal por ejemplo, debido a la caída de niveles de progesterona y estrógenos en esta etapa, la mayoría de la evidencia indica que ésa no es su causa principal, sino que más bien señala que las principales causas de depresión postparto son de índole psicosocial es decir que la situación real en que se encuentra la gestante o la mujer que acaba de dar a luz es la que determina que sufra de depresión. Los principales factores de riesgo son:

- Una pareja que no ofrezca apoyo emocional a la compañera.
- Otro factor de riesgo es no tener un compañero o ser madre soltera.
- Antecedentes de pérdidas tempranas. Esto puede involucrar haber perdido a uno de sus padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono o separación.
- Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia.
- Aislamiento social. Es decir, el hecho de que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente.
- Factores de estrés socioeconómico.

- Dificultades económicas, no poder pagar los diversos servicios esenciales corriente eléctrica, etc. o el acceso a servicios como los cuidados médicos.
- Otros son vivir en un medio habitacional difícil, peligroso, donde haya pocas oportunidades de recreación.
- Atención de otros niños pequeños en su hogar.
- Mala relación con los padres o separaciones prolongadas pérdida de uno o ambos padres en la infancia, episodios depresivos previos (Maldonado, 2016).

Factores genéticos, 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.

Factores bioquímicos se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos, además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos, la depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo.

El ambiente y otros factores de estrés los siguientes se han definido como factores que contribuyen a la depresión: la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, o un cambio significativo en la vida. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el de una enfermedad física aguda o

crónica además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o farmacodependencia.

Otros factores psicológicos y sociales las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión, estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. La crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos, aparentemente los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. Algunos expertos han sugerido que la crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Depresión en el embarazo y puerperio

Hoy en día los problemas de salud mental perinatales, asociados con el embarazo, el parto y el primer año posterior al parto se empieza a reconocer como un asunto importante de salud pública ya que hasta el 15% de las mujeres que dan a luz tienen la probabilidad de desarrollar un nuevo episodio de depresión mayor o menor en el intervalo entre la concepción y los tres primeros meses posteriores al parto (Adam, 2013).

Puerperio es la primera etapa del postparto, periodo que va desde la salida de la placenta y hasta la regularización del ciclo menstrual de la madre, lo que se produce, en

promedio, a los 45 días del nacimiento. Se caracteriza por importantes cambios en la esfera física, psicológica, social y la rápida adaptación que debe hacer la mujer a estos cambios. En el aspecto físico se destacan los progresivos cambios anatómicos y funcionales que son y revierten pueden distinguir transformaciones anatómicas y funcionales que son progresivas y revierten en forma paulatina, las modificaciones producidas durante el embarazo y parto; es un proceso involutivo, que tiene como fin restituir órganos y sistemas a su estado pregestacional. Se describen tres etapas:

- Puerperio inmediato: primeras 24 hrs en esta fase se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- Puerperio mediato o temprano: del 2^{O} al 10° día, período en el cual comienza la lactancia y actúan los mecanismos involutivos.

Puerperio alejado o tardío: se extiende aproximadamente hasta los 45 días; el retorno de la menstruación indica su finalización (Manual de atención personalizada, 2008).

La depresión tiende a coexistir con síntomas de ansiedad al principio o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir. En la gestante la depresión se asocia con una mala alimentación y falta de búsqueda de cuidados prenatales, adicionalmente, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia, y tendrá mala higiene personal (Plan o guía formativa de la especialidad de enfermería obstétrico- ginecológica, 2013-2015).

La tristeza postparto no es realmente un trastorno pero es un problema pasajero que se estima ocurre en hasta 50 a 60% de mujeres y consiste en labilidad emocional,

tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre y llanto fácil. No es un trastorno grave y cede por sí solo en unas cuantas semanas, la recuperación del estado de tristeza postparto sólo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Suele aparecer hacia el cuarto o quinto día posterior al parto. Se estima que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos son: antecedente de síndrome de tensión premenstrual, grado de aumento de peso durante el embarazo y supresión súbita de progesterona después del parto.

La depresión es un trastorno que se considera dimensional, es decir, que los sentimientos que se experimentan durante una depresión son anormales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en grado ligero. Sólo se consideran un trastorno cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión son excesivos en el funcionamiento psicosocial de la mujer, lo que quiere decir que muchas personas pueden sentirse tristes o abrumadas en forma pasajera, pero cuando la mujer se siente intensamente triste la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de auto-culpa persistentes, deseos de morir o de suicidarse, se consideran como sentimientos anormales y parte de un trastorno depresivo (Maldonado , 2011).

La mujer generalmente los síntomas que empieza a demostrar son, tristeza la mayor parte del tiempo, pensamientos pesimistas sobre el futuro todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, pensamientos de autorreproche debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido, la paciente puede sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse aterrada de estar sola con el niño en la casa por temor a no poder satisfacer sus necesidades como amamantarlo, bañarlo, cambiarlo, la paciente

puede informar que siempre está triste, sin animarse para nada, sin deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.

En ocasiones, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. Puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante las más pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente: que pierda el apetito y no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poderse volverse a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé que la aterran, como temer dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él (Kristeva, 2006).

La mayoría de las personas con depresiones leves a moderadas, pueden tratarse exclusivamente con intervenciones psicosociales el primer paso para el tratamiento de la depresión en el embarazo o postparto es su detección e identificación, el personal de salud primaria el médico familiar, el personal de enfermería, el ginecoobstetra o el pediatra del niño está en condiciones de detectarla, ya sea en forma sistemática o cuando observan signos de alarma como múltiples quejas psicosomáticas, cansancio, dolores inexplicados, llamadas recurrentes en busca de ayuda, llanto intenso o semblante muy triste. Durante el embarazo es recomendable, iniciar el tratamiento con opciones terapéuticas no farmacológicas tales como la consejería, la intervención psicosocial grupal, individual y familiar, la psicoeducación individual y familiar, los grupos de autoayuda (Ministerio de Salud, 2014).

Existen varios instrumentos de detección o tamizaje de la depresión; breves cuestionarios, fáciles de leer y que se contestan en unos cuantos minutos, como la escala

de Edimburgo, la de Beck o la de Hamilton. Es importante considerar que aunque se identifique a una mujer como deprimida, en muchos casos sorprende que reconozcan que no aceptarían ser entrevistadas por un psiquiatra o un profesional de salud mental, sino que prefieren hablar con una enfermera u otro profesional de salud primaria (World Health Organization, 2015).

La depresión postparto que no recibe tratamiento puede causar deterioro en la interacción materna infantil y una percepción negativa de la conducta infantil lo que se ha vinculado con la inseguridad del apego y el retraso en el desarrollo emocional. En cuanto a las principales formas de intervención psicológica son: apoyo psicosocial a la mujer y/o familia, alguna forma de psicoterapia, por ejemplo la psicoterapia interpersonal o la cognoscitivo conductual, que han sido las más estudiadas, terapias complementarias o alternativas, y uso de medicamentos en casos de suficiente gravedad, es necesario indicar a la nueva madre que los sentimientos de tristeza son comunes, haber dejado de estar embarazada y el que su bebé ya no esté adentro de ella, pueden producir una sensación de pérdida y en esta etapa vulnerable es natural que se necesite más ayuda, compañía y apoyo (Ginspun, 2006).

El tratamiento juega un papel clave en la evolución de una depresión, normalmente la medicación se centra en antidepresivos, pero cuando hablamos de la depresión postparto nos encontramos dos líneas de acción por parte de las pacientes mujeres que tienen una depresión de base con una buena adherencia al tratamiento pero que en el momento en el que se quedan embarazadas comienzan a dar de lado a la medicación e incluso llegan a no tomarlo y otras que comienzan a padecer los síntomas durante el embarazo o puerperio y por miedo a los posibles efectos secundarios que pueda tener la medicación no piden ayuda.

La finalidad del tratamiento durante una depresión gestacional es mejorar su estado de ánimo, minimizando los riesgos para el feto, comenzando siempre con estrategias de orden general que se dan a todas las embarazadas, como son: interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol, aumentar el descanso poniendo en práctica técnicas de relajación y medidas de manejo ambiental, es muy importante el ejercicio físico durante el desarrollo del embarazo. Las medidas de tratamiento las podemos dividir en dos tipos, intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas:

Psicoterapéuticas como apoyo psicosocial, la mayoría de las pacientes con depresión o marcada tristeza puede beneficiarse con un mayor nivel de apoyo interpersonal que puede brindar preferentemente la madre de la parturienta, alguna hermana, su marido o compañero, amigas o parientes como la suegra o una cuñada emocionalmente cercana. En presencia de un trastorno depresivo marcado es necesario preocuparse debido a su gravedad, la cual depende del número e intensidad de los síntomas que presente, así como del riesgo que hay para el niño en términos de si su madre podría cuidarlo por sí sola (Gonzalez & Perez, 2007).

Los métodos de intervención por medio de apoyo psicosocial que se emplean suelen ser eficaces cuando la depresión no es muy grave y la embarazada o recién parida no se encuentra "paralizada" por la depresión, o se siente totalmente incapaz de hacer frente a la situación. Se puede ayudar a la mujer deprimida a buscar oportunidades de estar con otras personas, visitar o ser visitada por seres queridos, lograr que éstos le den apoyo y que le brinden ayuda práctica. Se requiere que la paciente no tenga temor de ser "dependiente" de otros de manera temporal.

Psicoterapia de apoyo muchos profesionales de atención primaria, como obstetras, enfermeras, pediatras, etc., hacen intervenciones de salud mental al escuchar,

contener y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes es muy importante y tener la sensación de que alguien entiende por lo que están pasando, lo que en sí ya representa un elemento terapéutico. Esta forma de apoyo tiene como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacerle frente para esto es necesario escuchar los sentimientos, temores y fantasías de la futura o nueva madre y no insistirle en que "debería sentirse" de otro modo. Es importante también que el clínico contenga las emociones y pensamientos de la mujer, aunque éstos consistan en ambivalencia hacia el bebé, resentimiento por todo lo que su presencia requiere, la sensación de impotencia, no poder hacer frente a la situación.

La psicoterapia interpersonal se trata de una psicoterapia de apoyo emocional con algunos componentes psicodinámicos pero que no de tipo psicoanalítico. Esta variedad puede realizarse individualmente, en grupos de mujeres o parejas. El terapeuta se enfoca en el estilo de relaciones de la persona y la ayuda a encontrar una red de apoyo. Se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer debido a la transición a la maternidad se exploran las nuevas demandas que habrá sobre ella y cómo repercutirán en su vida, cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé. Psicoterapia cognoscitivo conductual **e**sta forma de psicoterapia, también breve, ha sido estudiada y ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión.

Su objetivo es el alivio de los síntomas depresivos a través de ayuda a la persona para identificar patrones y tendencias cognoscitivas negativas y combatirlas de manera paulatina; es decir, se trabaja en que la mujer tenga menos opiniones negativas de sí misma y de su situación cogniciones negativas. Ninguno de los siguientes tratamientos puede recomendarse como monoterapia, sino más bien como estrategias complementarias a pesar de que varios de estos métodos han mostrado ser

prometedores. Farmacoterapia: Se emplean en depresiones moderadas o severas, y cuando estamos ante un embarazo se emplean cuando no hay otra alternativa ya que no hayan respondido a anteriores tratamientos o hay alta probabilidad de recidiva. El uso de los fármacos se suele retrasar hasta haber pasado las 12 primeras semanas de gestación debido al riesgo de malformación de algunos productos, aunque ha de dejarse claro la evidencia que hay escasos fármacos que sean teratógenos o que presenten efectos adversos asociados a su consumo durante el periodo de gestación o lactancia materna (Arrebola, 2015).

Los efectos de la depresión materna en el niño pequeño

La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto; suele asociársele con una elevación del nivel sérico de cortisol y alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas. Todos estos efectos son negativos para el funcionamiento del feto. Entre los efectos indeseables en el feto está una mayor frecuencia de prematura, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal. Otros estudios han reportado menor tono muscular en el neonato y mayor irritabilidad, llama la atención sobre el hecho de que la depresión postparto puede ser de corta o larga duración (Ferraro, 2013).

Trastorno depresivo mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o

culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio**.** Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas.

El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la

separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Trastorno depresivo persistente (distimia).

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastornos depresivos secundarios. **Depresión debida a sustancias.**

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/ medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento en otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La prevención de los problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal.

Se puede aplicar tres tipos de prevenciones:

Prevención primaria en términos de salud pública, la prevención primaria se refiere a estrategias diseñadas realmente para “prevenir” la aparición de alteraciones, en este caso conductuales y emocionales. Se realiza por medio de métodos que promueven la preservación del estado de salud y evitando que se den las condiciones para que se desarrolle alguna alteración.

Prevención secundaria consiste en impactar positivamente en la vida de las personas que están en riesgo de sufrir la aparición de algún trastorno o padecimiento.

Estos programas se dirigen a identificar a las personas que tienen la mayor probabilidad de que se desarrolle determinado trastorno y evitar que ocurra o, en caso contrario, que no sea tan grave e incapacitante.

Prevención terciaria esta forma de prevención en realidad se refiere sólo a intentar aminorar la gravedad de los padecimientos o trastornos una vez que se han presentado; aplicar un tratamiento y disminuir la incapacidad que acarrea a quienes los sufren, es decir, rehabilitación. Ya no se trata de una población en riesgo sino de personas en quienes ya se ha manifestado el trastorno en cuestión y que necesitan ayuda para aliviar su sufrimiento o incapacidad (Organización Mundial de la Salud de Ginebra, 2007).

Cuando se habla de "prevención" es necesario tener en cuenta ciertos factores, como los que se refieren a los costos o dificultad para llevar a cabo determinadas intervenciones y su eficacia real en cuanto a la función preventiva. Aunque los beneficios de la idea de prevenir parecen obvios, hay múltiples factores a considerar. Una intervención que intuitivamente pareciera tener un efecto benéfico, puede no resultar así o incluso llegar a ser contraproducente, como se ha observado en algunos programas de prevención del embarazo en adolescentes o programas para disminuir el tabaquismo entre jóvenes (Organización Mundial de la Salud Guatemala, 2006).

Cualquier persona en principio estaría en favor de que se pusieran en práctica intervenciones preventivas; sin embargo, es necesario que tales programas no hagan promesas que no se puedan realizar. Aunque lo ideal sería que hubiera métodos preventivos para un número de posibles situaciones de riesgo o trastornos, la realidad puede no ajustarse a estos deseos, por ejemplo el efecto de una intervención podría no

ser evidente en forma inmediata sino sólo a largo plazo, es decir, tener un "efecto durmiente" que puede ser positivo o negativo (Ruíz & Álvarez, 2009).

Programas de prevención durante el embarazo existe varios modelos que se han aplicado en distintos países para favorecer la transición de una madre (o pareja) a la parentalidad, el apego de la madre al bebé in útero, la disminución de su nivel de estrés y la sensibilización para que pueda atender adecuadamente al bebé. Uno de estos modelos consiste en la participación de las gestantes (y si es posible de la pareja u otra persona que le brinde apoyo en doce sesiones semanales de naturaleza grupal. Programas de doula y apoyo emocional durante el parto la presencia de una doula puede ser una intervención de gran utilidad para la mujer que no cuenta con el apoyo emocional de personas de su confianza, de su madre, hermanas, etc., y cuya presencia era tradicional en tiempos pasados. En la mayoría de los hospitales públicos de América Latina no se permite siquiera la presencia del marido o compañero en el momento del parto, aunque hay evidencia de que el apoyo psicosocial durante el parto contribuye a que haya menos complicaciones y que la mujer se sienta más tranquila y serena durante el proceso (Sastre, 2015).

Estrategias de apoyo postparto

Cuando el parto ha sido distinto de lo esperado, es decir, demasiado largo, doloroso o con complicaciones, puede haber secuelas psicológicas graves, como el temor intenso a un futuro parto o embarazo. La mujer puede haber sufrido tanto que tenga constantes pesadillas, recuerdos dolorosos y sensación de temor al futuro. El propósito de hablar de lo que sucedió en el parto es ventilar sus experiencias y emociones, incluso su enojo o desilusión, con el fin de que se pueda prevenir la aparición del trastorno por estrés postraumático. Muchas mujeres sienten culpa por las

complicaciones ocurridas, o miedo a que pueda volver a ocurrir todo de nuevo. En cualquier caso, sería deseable que los hospitales ofrecieran a las pacientes o parejas la oportunidad de hablar de sus experiencias durante el parto, sobre todo cuando algo se complica. Es posible que entre más capacitado esté el personal para hacer frente a todas las emociones suscitadas, más benéfica será la experiencia de narrar lo ocurrido (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

f. METODOLOGÍA

La investigación de enfocará en un estudio de tipo cualitativo de carácter descriptivo-observacional por lo que se medirá el nivel de depresión en mujeres en gestación y en periodo de puerperio, se describirá los aspectos sociales, biológicos y económicos que son predisponentes a una depresión en la mujer en esta etapa de la vida.

El universo está constituido por un total 6.617 habitantes del área Chontacruz, aproximadamente el 50,8% son mujeres y el 49,2% son hombres.

La población a investigar será en mujeres tanto primíparas como multíparas en un número de 60 mujeres en un rango de edad de 16-40 años.

Considerando criterios de exclusión a madres con antecedentes depresivos o con tratamiento antidepresivo actual.

Para el registro de la información se aplicará una entrevista previamente elaborada, en la que se incluirán las variables e indicadores que facilitaran la tabulación e interpretación de los datos obtenidos. Para el desarrollo y cumplimiento del presente trabajo de investigación se empleará las siguientes técnicas y procedimientos:

Técnicas

La entrevista dirigida a las madres gestantes y en puerperio el cual incluirá preguntas para determinar los aspectos sociales, biológicos y económicos y la aplicación de Instrumento de recolección de datos, el Test de depresión de Beck.

Para la recolección de la información se solicitará el consentimiento informado para las mujeres en gestación y puerperio que participarán en el estudio. Así mismo

garantizando la ética en el manejo de información y resultados de entrevista y test aplicados.

En el estudio a realizarse para garantizar la calidad de la información y el análisis de datos se utilizará fuentes o datos primarios es decir de manera directa con el sujeto de estudio. La presentación de datos se realizará mediante tablas para su respectiva tabulación.

Los resultados obtenidos se entregará al personal de salud que labora en el respectivo subcentro para su concerniente intervención en las madres gestantes y en puerperio. En cuantos aspectos éticos de la investigación el riesgo podría ser que las personas entrevistadas no accedieran a colaborar con información verídica a pesar de haber previamente explicado el propósito del estudio por temor o desconocimiento del trastorno mental. Por lo tanto se solicitará el consentimiento informado a las mujeres en gestación y puerperio que participarán en el estudio. Así mismo garantizando la ética en el manejo de información y resultados de entrevista y test aplicados.

g. CRONOGRAMA

El proyecto se realizará de acuerdo a las actividades programadas del periodo de septiembre 2016 - marzo 2017

FECHA / ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE/16	OCTUBRE/16	NOVIEMBRE/16	DICIEMBRE/16	ENERO/17	FEBRERO/17	MARZO/2017
CONSTRUCCION DEL PROYECTO							
APROBACION DEL PROYECTO Y DESIGNACION DE DIRECTOR DE PROYECTO							
CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO							
RECOLECCION DE INFORMACION							
TABULACION Y ANALISIS DE DATOS							
ELABORACION DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO							
ELABORACION DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO							
ELABORACION DEL TERCER BORRADOR DEL PROYECTO							
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYETO							

Elaborado por: Ana Gabriela Aguilar Masaco

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El proyecto se desarrollará con autofinanciamiento con un total aproximado de 500 dólares.

RECURSOS **ACTIVIDAD**	**HUMANOS**	**MATERIALES**	**TÉCNICOS**	**FINANCIEROS**
1. Elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	Papel Computadora Impresora	Programa de Word	300
2. Recolección de datos y análisis de datos.	Investigador Usuarios	Instrumento de recolección de datos		200
TOTALES				500
Elaborado por: Ana Gabriela Aguilar Masaco				

i). BIBLIOGRAFIA:

1. Ceballos Martínez, I., Sandoval Jurado, L., Jaimes Mundo, E., Medina Peralta, G., y Madera Gamboa, J. (2010). Depresión durante el embarazo. epidemiología en mujeres Mexicanas. Rev Med: Inst Mex Seguro Soc, 48(1), 71–74.
2. Lara, M., y Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México Disponible, 35(1), 57–62.
3. Ruíz Peregrina , F. J., y Álvarez Nieto, C. (2009). Apuntes y notas de enfermería materno infantil. s.l: Dpto. Ciencias de la Salud. Área de Enfermería.
4. Vázquez Lara, J. M., Rodríguez Díaz, L., Palomo Gómez, R., Martínez, M. R., Jiménez García, M. A., Pérez Marín, S., & Rivero Gutiérrez, C. (2011). Manual basico de obstetricia y ginecologia. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
5. Adam Torres, G. (2013). Depresión postparto hostilidad y habitos de salud. Universidad autonoma de Barcelona, . Ballatera: departamento de psicologia clinica de la salud.
6. Arrebola Domínguez, A. (2015). La depresión postparto como problema de salud en la mujer. Jaen: Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de la Salud.
7. Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito: Quito.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Washington, DC , London, England: Arlington, VA.
9. Cruz Bello , P., Ramirez Meza, F., y Gomez Torres, D. (2013). Revisión bibliográfica sobre la depresión postparto. s.l, 73-85.
10. Diaz, M., Amatoz, R., Chavez, J., Ramirez, M., Rangel, s., Rivera, L., & Lopez, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus Online, 32-40.
11. Ferraro, F. (2013). Manual de atencion integral del embarazo la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Chile: Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
12. Ginspun, D. (2006). Intervenciones para depresion postparto. Toronto, Ontario: Ontario, Richmond street west.
13. Gonzalez , H., y Perez, M. (2007). La intervencion de trastornos mentales. Madrid: Alianza S.A.
14. Guías de práctica clínica en el SNS. (2014). Guía de práctica clínica de atencion en el embarazo y puerperio (Agencia de Evaluación de

Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejerí a de Igualdad, ed.).Andalucia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

15. Johnson Ponce , J. (2009). Manual de Patologia Perinatal (Primera ed.). (S. A. Mcgraw-hill interamericana editores, Ed.) Mexico: Mexico.

16. Kristeva, J. (2006). Sol negro depresion y melancolia (Primera ed.). (M. Avila, Ed.) Venezuela: Latinoamericana C.A.

17. Maldonado Duran , M. (2011). La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal. (I. Brockington, Ed.). Kansas: Washington. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/301348260.

18. Manual de atención personalizada. (2008). Departamento ciclo vital división prevención y control de enfermedades subsecretaría de Salud Pública (primera edicion ed., Vol. 1). Chile: Trama Impresores S.A. ISBN: 978-956-7711-90-1.

19. Mendoza Bermudez, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto:. Revista Medica Chile (No 213.087.042-1.0.), 887-894.

20. Ministerio de salud publica. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). Quito-Ecuador: Quito.Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pd

21. Ministerio de Salud. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Santiago, Chile: Minsal.

22. Organizacion Mundial de la Salud de Ginebra. (2007). Promocion de la Salud mental. Ginebra: OMS, Datos publicados en catalogos de la libreria.

23. Organización Mundial de la Salud Guatemala. (2006). Prevención de los Trastornos Mentales, Intervenciones Efectivas . Guatemala: OMS Datos Publicados en Catálogos de la Biblioteca.

24. Organización Panamericana de la Salud. (2010). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Estados Unidos : Organización Mundial de la Salud.

25. Organización Mundial de la Salud.CIE 10. (1994). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento . Madrid España: Medica Panamericana, S. A.

26. Plan Nacional para el Buen Vivir. (2013-2017).Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Quito- Ecuador: Quito.

27. Plan o guia Formativa de la especialidad de enfermeria Obstetrico- Ginecologica. (2013-2015). Brasil.

28. Sastre Miras, I. (2015). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. Valladolid: Universidad de valladolid.

29. Tobon Borrero , L. (2015). Predictores de depresión posparto en puerperas. Revista Duazary, Vol.12(ISSN: 1794-5992), 23-31.

30. World Health Organization. (2015). Thinking Healthy a manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva.

j. ANEXOS

ANEXO I

OPERACIÓN DE VARIABLES

PROYECTO: DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
INDEPENDIENTE **GESTACIÓN** **Estado de la mujer desde el momento de la fecundación del óvulo hasta el parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también la importancia para su completo desarrollo depende de factores sociales, biológicos y económicos y con los cambios tanto físicos, morfológicos y metabólicos.** **PUERPERIO** **Período comprendido desde el parto hasta la desaparición de las modificaciones debidas al embarazo y al parto. El estado de la mujer durante el período que se extiende desde el alumbramiento hasta 42 días posteriores y en el cual ocurre regresión de los cambios adaptativos que ocurren en la madre durante la gestación.**	**SOCIALES** **BIOLOGICOS** **ECONOMICOS**	**ESCOLARIDAD**	• **Primario** • **Secundaria** • **Universitaria** • **Ninguna**
		ESTADO CIVIL	• **Soltera** • **Casada** • **Divorciada** • **Unión libre**
		VIOLENCIA FAMILIAR	• **Si** • **No**
		EDAD	• **Mayor de edad** • **Menor de edad**
		PARIDAD	• **1** • **2** • **+2**
		ENFERMEDADES MATERNAS	• **HTA** • **Preeclampsia** • **Diabetes gestacional** • **Infección Vías urinarias** • **otras**
		EMBARAZO PLANEADO	• **Si** • **No**
		CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	• **Si** • **No**
		CONSUMO DE DROGAS	• **Si** • **No**
		HÁBITO DE FUMAR	• **Si** • **No**
		TRABAJO	• **Remunerado** • **No remunerado**
DEPENDIENTE **DEPRESION** **Reacciones de inadaptación a estresores psicosociales identificables que ocurren dentro de un corto tiempo después de la aparición del estresor. Ellas se manifiestan a través de daño en el funcionamiento social y ocupacional o a través de síntomas (depresión, ansiedad, etc.) que son en excesivos comparados con una reacción normal y esperada al estresor.**	**ESTRESORES PSICOSOCIALES**	**TRISTEZA**	**Escala**
		PESIMISMO	**Escala**
		FRACASO	**Escala**
		HOSTILIDAD O FALTA DE INTERÉS	**Escala**
		AUTOCONCEPTO O CULPA	**Escala**
		MIEDO AL FUTURO	**Escala**
		AUTOESTIMA	**Escala**
		CULPA	**Escala**
		IDEAS SUICIDAS	**Escala**
		LLANTO FÁCIL E INMEDIATO	**Escala**
		ESTADO DE ANIMO O IRRITABILIDAD	**Escala**
		VOLUNTAD	**Escala**
		CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES	**Escala**
		ASPECTO PERSONAL	**Escala**
		VIDA LABORAL	**Escala**
		ESTADO DE SUEÑO	**Escala**
		FATIGA	**Escala**
		APETITO	**Escala**
		PESO	**Escala**
		ESTADO DE SALUD	**Escala**
		VIDA SEXUAL	**Escala**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO II

PROYECTO: DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS MADRES GESTANTES Y EN PUERPERIO PARA DETERMINAR LOS ASPECTOS SOCIALES, BIOLÓGICOS Y ECONÓMICOS.

ASPECTOS SOCIALES	
¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESCOLARIDAD?	• Primario • Secundaria • Universitaria • Ninguna
INDIQUE CUÁL ES SU EDAD	• Mayor de edad • Menor de edad
INDIQUE SU ESTADO CIVIL ACTUAL	• Soltera • Casada • Divorciada • Unión libre
¿CONSUME USTED BEBIDAS ALCOHÓLICAS ACTUALMENTE?	• Si • No
¿REALIZA EL CONSUMO DE DROGAS?	• Si • No
¿TIENE EL HÁBITO DE FUMAR?	• Si • No
HA SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA FAMILIAR.	• Si • No
ASPECTOS BIOLOGICOS	
¿CUANTOS PARTOS HA TENIDO EN SU VIDA?	• 1 • 2 • +2
¿SU EMBARAZO ACTUAL FUE PLANEADO?	• Si • No
¿HA SUFRIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD MATERNA?	• HTA • Preeclampsia • Diabetes gestacional • Infección Vías urinarias • Otras
ASPECTOS ECONOMICOS	
SU TRABAJO ACTUAL ES	• Remunerado • No remunerado

ESCALA AUTOAPLICADA DE BECK

1 TRISTEZA	
Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos	**1**
No me encuentro triste	**0**
Me siento algo triste y deprimido	**1**
Ya no puedo soportar esta pena	**3**
Tengo siempre una pena encima que no me la puedo quitar	**2**
2 PESIMISMO	
Me siento desanimado cuando pienso en el futuro	**1**
Creo que nunca me recuperare de mis penas.	**2**
No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.	**0**
No espero nada bueno de la vida.	**2**
No espero nada. Esto no tiene remedio.	**3**
3 FRACASO	
He fracasado totalmente como persona (padre, madre, esposo-a hijo, profesional. etc)	**3**
He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	**1**
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.	**2**
No me considero fracasado.	**0**
Veo mi vida llena de fracasos.	**2**
4 HOSTILIDAD O FALTA DE INTERES	
Ya nada me llena	**2**
Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	**1**
Ya no me divierte lo que antes me divertía.	**1**
No estoy especialmente insatisfecho.	**0**
Estoy harto de todo	**3**
5 AUTOCONCEPTO O CULPA	
A veces me siento despreciable y mala persona	**1**
Me siento bastante culpable	**2**
Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable	**2**
Me siento muy infame perverso canalla y despreciable.	**3**
No me siento culpable	**0**
6 MIEDO AL FUTURO	
Presiento que algo malo me puede suceder	**1**
Siento que merezco ser castigado	**3**
No pienso que este siendo castigado	**0**
Siento que me están castigando o me castigaran	**2**
Quiero que me castiguen	**3**
7 AUTOESTIMA	
Estoy descontento conmigo mismo	**1**
No me aprecio	**1**
Me odio (me desprecio)	**2**
Estoy asqueado de mí	**2**
Estoy satisfecho de mí mismo	**0**
8 CULPA	
No creo se peor que otros	**0**
Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal	**2**
Me siento culpable de todo lo malo que ocurre	**3**
Siento que tengo muchos y muy graves defectos	**2**

	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	**1**
	9 IDEAS SUICIDAS	
	Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría hacerlo	**1**
	Siento que estaría mejor muerto	**2**
	Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera	**3**
	Tengo planes seguros de suicidarme	**3**
	Me mataría si pudiera	**3**
	No tengo pensamientos de hacerme daño.	**0**
	10 LLANTO FACIL O INMEDIATO	
	No lloro más de lo habitual	**0**
	Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriendo	**3**
	Ahora lloro continuamente no puedo evitarlo	**2**
	Ahora lloro más de lo normal	**1**
	11 ESTADO DE ANIMO O IRRITABILIDAD	
	No estoy más irritable que normalmente	**0**
	Me irrito con más facilidad que antes	**1**
	Me siento irritado todo el tiempo	**3**
	Ya no me irrita lo que antes me irritaba	**2**
	12 VOLUNTAD	
	He perdido todo mi interés por los demás y no me importan los demás en absoluto	**3**
	Me intereso por la gente menos que antes	**1**
	No he perdido mi interés por los demás	**0**
	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos**.**	**2**
	13 CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES	
	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones	**1**
	Tomo mis decisiones como siempre	**0**
	Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	**3**
	Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda	**2**
	14 ASPECTO PERSONAL	
	Estoy preocupado me veo más viejo y desmejorado	**1**
	Me siento feo y repulsivo	**3**
	No me siento con aspecto peor que antes	**0**
	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable o menos atractivo.	**2**
	15 VIDA LABORAL	
	Puedo trabajar también como antes	**0**
	Tengo que esforzarme mucho para hace cualquier cosa	**1**
	No puedo trabajar en nada	**3**
	Necesito un esfuerzo extra para empezar hacer algo	**2**
	No trabajo tan bien como lo hacía antes	**1**
	16 ESTADO DE SUEÑO	
	Duermo también como antes	**0**
	Me despierto más cansado por la mañana	**1**
	Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	**2**
	Tardo una o dos horas en dormir por la noche	**2**
	Me despierto sin motivo en la mitad de la noche y tardo en volverme a dormir	**2**
	Me despierto temprano todos los días y no duerno más de 5 horas	**3**
	Tardo más de dos horas en dormirme y no duerme más de 5 horas	**3**
	No logro dormir más de tres o 4 horas seguidas.	**3**

17 FATIGA	
Me canso más fácil que antes	**1**
Cualquier cosa que hago me fatiga	**2**
No me canso más de lo normal	**0**
Me canso tanto que no puedo hacer nada	**3**
18 APETITO	
He perdido totalmente el apetito	**3**
Mi apetito no es tan bueno como antes	**1**
Mi apetito es ahora mucho menor	**2**
Tengo el mismo apetito que siempre	**0**
19 PESO	
No he perdido peso últimamente	**0**
He perdido más de 2 y medio kg	**1**
He perdido más de 5 kg	**2**
He perdido más de 7 y medio kg	**3**
20 ESTADO DE SALUD	
Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otra cosa	**2**
Estoy preocupado por dolores y trastornos	**1**
No me preocupa mi salud más de lo normal	**0**
Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	**3**
21 VIDA SEXUAL	
Estoy menos interesado por el sexo que antes	**1**
He perdido todo mi interés por el sexo	**3**
Apenas me siento atraído sexualmente	**2**
No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	**0**

Observaciones……

……

……

…….....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PUNTAJES ESTABLECIDOS PARA GRADUAR EL SÍNDROME DEPRESIVO		
0-9	**DEPRESION AUSENTE**	TRATAMIENTO DESEABLE
10-17	**DEPRESION LEVE**	TRATAMIENTO BREVE
18-24	**DEPRESION MEDIA**	TRATAMIENTO NECESARIO
25-29	**DEPRESION MODERADA**	TRATAMIENTO NECESARIO
30+	**DEPRESION GRAVE**	TRATAMIENTO URGENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO III

PROYECTO: DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACION Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ... (Nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: .....(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1) cuando quiera
2) sin tener que dar explicaciones
3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio:

SÍ **NO** (marque lo que proceda)

Acepto que los resultados derivados de este estudio puedan ser utilizados en futuras investigaciones. Doy mi conformidad para que se dé el uso pertinente para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: .....

Fecha: .....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador: .....

Fecha: .....