

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA, AREQUIPA 2012.

Tesis presentada por las Bachilleres:

ENDRINA PAOLA CHAVEZ SALAS

GABRIELA ROSA LALICH DELGADO

Para optar el Título Profesional de:

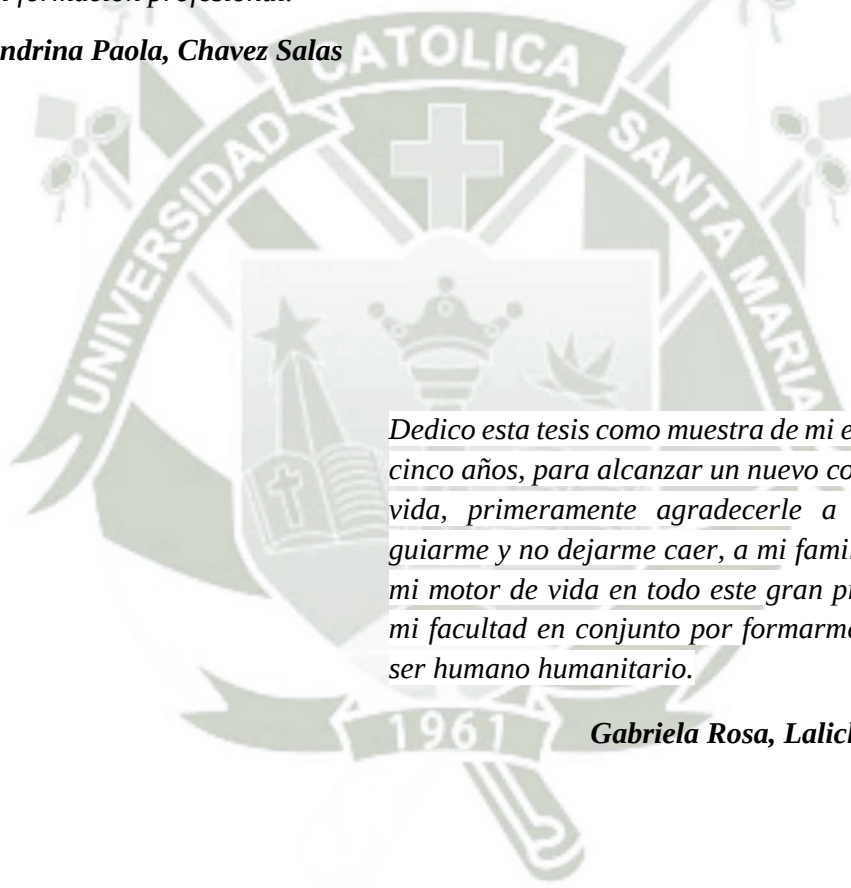
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERÚ

2013

Dedico este trabajo con todo mi amor y gratitud primero a Dios, quien me ha llenado de bendiciones y permitido culminar mi carrera universitaria. A mis padres por todo lo que me han brindado y porque siempre creyeron en mí, son el mejor ejemplo que he podido tener. A mis hermanos puesto que sin su apoyo, habría sido mucho más difícil y espero esto sea fuente de inspiración para ustedes. Gracias familia. Los amo. A mi facultad por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

Endrina Paola, Chavez Salas



Dedico esta tesis como muestra de mi esfuerzo de cinco años, para alcanzar un nuevo comienzo de vida, primeramente agradecerle a Dios por guiarme y no dejarme caer, a mi familia por ser mi motor de vida en todo este gran proceso y a mi facultad en conjunto por formarme como un ser humano humanitario.

Gabriela Rosa, Lalich Delgado

Desde un primer momento cuando decidimos realizar esta tesis, para orientar acerca de Depresión Post- Parto, la Dra. Susana Díaz de Bellido nos apoyo incondicionalmente con su conocimiento y buen hacer, lo mismo hicieron luego la Dra. Gloria Núñez, Dra. Mirta Cardeña, Dra. Yenny Valdivia y la Dra. Lupe Mesías de Delgado, que de no haber sido por sus infalibles ideas, la presente tesis no habría sido posible.

Con sus certeros consejos y su paciencia, también han contribuido excepcionalmente nuestros padres y hermanos.

Nuestra Gratitud a todos ellos, porque desde el principio, apostaron por este proyecto, cuya versión final es muy distinta y más eficaz que aquel en el que trabajamos inicialmente.

Endrina y Gabriela

ÍNDICE

	PÁG.
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 Enunciado del Problema	12
1.2 Descripción del Problema	12
1.2.1 Campo, Área y Línea	12
1.2.2 Operacionalización de variables	13
1.2.3 Interrogante básica	13
1.3 Justificación	13
2. OBJETIVO.....	13
3. MARCO TEÓRICO.....	14
3.1. El embarazo.....	14
3.2. El parto	24
3.3. El puerperio	34
3.4. Depresión Post-parto.....	43
3.5 Intervenciones de Enfermería	60
4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	61

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	63
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	63
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64

CAPÍTULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	66
CONCLUSIÓN	104
RECOMENDACIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS	

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

1. Edad de mujeres que asisten al Puesto de Salud de PERUARBO de Zamacola.	68
2. Estado Civil de mujeres que asisten al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola	70
3. Nivel de Instrucción Educativa de mujeres que asisten al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola	72
4. Número de hijos de mujeres que asisten al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola	74
5. Tiempo de post-parto de mujeres que asisten al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola	76
6. Planificación Familiar de mujeres que asisten al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola	78
7. Ocupación Laboral de mujeres que asisten al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola	80
8. ¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?	82
9. ¿He mirado el futuro con placer?.....	84
10. ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosasno salían bien?.....	86
11. ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo?.....	88
12. ¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno?.....	90
13. ¿Las cosas me oprimen o agobian?	92
14. ¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir?	94
15. ¿Me he sentido triste y desgraciada?	96
16. ¿He sido tan infeliz que he estado llorando?	98
17. ¿He pensado en hacerme daño a mí misma?	100
18. Mujeres con probabilidad de depresión.....	102

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D.

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. Tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de las señoras Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación: **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA, AREQUIPA 2012**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Marzodel 2013

Endrina Paola Chavez Salas

Gabriela Rosa Lalich Delgado

RESUMEN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA, AREQUIPA 2012.

Presentado por los Bachilleres en Enfermería: ENDRINA PAOLA CHAVEZ SALAS y GABRIELA ROSA LALICH DELGADO, para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo - Yanahuara. Teléfono: 251210. Fax: 054 – 219283. Apartado Postal 1350. Arequipa – Perú.

OBJETIVO:

- Determinar la prevalencia de depresión post-parto en pacientes, que acuden al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola, Arequipa 2012.

METODOLOGIA:

La investigación fue de tipo descriptivo y observacional, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo (instrumento validado). Se trabajó con una muestra de 119 mujeres con un tiempo de post-parto menor a un año.

CONCLUSION:

En relación al estudio sobre Prevalencia de Depresión Post-parto en mujeres que asisten al puesto de salud PERUARBO de Zamacola, se concluye que del total de madres aproximadamente la cuarta parte no presenta manifestaciones de ninguna índole física, psicológica o emocional de Depresión Post-Parto; más de la mitad tiene la posibilidad de sufrir esta complicación y finalmente la Depresión Post-Parto se encuentra presente en más de la décima parte.

RECOMENDACIONES:

Se sugiere la realización de otros estudios de investigación como complementación del presente, para establecer la prevalencia de la depresión post-parto en mujeres que acuden a otros centros de salud, de la Región Arequipa.

Establecer la creación de un grupo de apoyo para las madres en casos en los que ya se presenta la complicación para así poder brindar la atención Terciaria de Salud (Rehabilitación) con un tratamiento adecuado para superar la depresión que presentan, donde se les brinde ayuda psicológica y espiritual, para sobrellevar la enfermedad.

Recaltar la aplicación de la Escala de Edimburgo en los consultorios de: Niño sano y Obstetricia para así poder contribuir con la Atención Primaria de Salud (Prevención).

ENDRINA PAOLA CHAVEZ SALAS, Urb. Juan el Bueno A-11 - Cercado. Telf. 247740
GABRIELA ROSA LALICH DELGADO, Psje. San Martín 102 - Cayma. Telf. 250258

**Arequipa – Perú
2013**

ABSTRACT

PREVALENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN WHO COME TO THE HEALTH POST PERUARBO OF ZAMACOLA, AREQUIPA 2012.

Presented by bachelors in nursing: ENDRINA PAOLA CHAVEZ SALAS and GABRIELA ROSA LALICH DELGADO, for the licensed professional diploma in nursing at the Catholic University of Santa Maria, located in the urbanization San Jose s/n Umacollo - Yanahuara. Phone: 251 210. Fax: 054-219283. Po box 1350. Arequipa - Peru.

OBJECTIVE:

- To determine the prevalence of postpartum depression in patients attending the health center ZamácolaPERUARBO, Arequipa 2012.

METHODOLOGY:

The research was descriptive and observational technique was used as an instrument survey and questionnaire, Depression Scale Edinburgh Postpartum (validated instrument). We worked with a sample of 119 women with postpartum time less than one year.

CONCLUSION:

Regarding the study on Postpartum Depression in women attending the health post of ZamacolaPERUARBO concluded that of all mothers around a quarter no demonstrations of any kind physical, psychological or emotional postpartum depression, more than half are likely to have this complication and finally Postpartum Depression is present in more than one tenth.

RECOMMENDATIONS:

We suggest further studies of this research as a complement, to establish the prevalence of postpartum depression in women attending other health centers, Arequipa Region.

Set the creation of a support group for mothers in cases where the complication and occurs in order to provide tertiary health care (rehabilitation) with appropriate treatment for depression that have, where they provide counseling and spiritual coping.

Emphasize the application of the scale in clinics Edimbrugo: Obstetrics healthy child so as to contribute to the Primary Health Care (Prevention).

ENDRINA PAOLA CHAVEZ SALAS, Urb. Juan el Bueno A-11 - Cercado. Telf.247740
GABRIELA ROSA LALICH DELGADO, Psje. San Martin 102 - Cayma. Telf. 250258

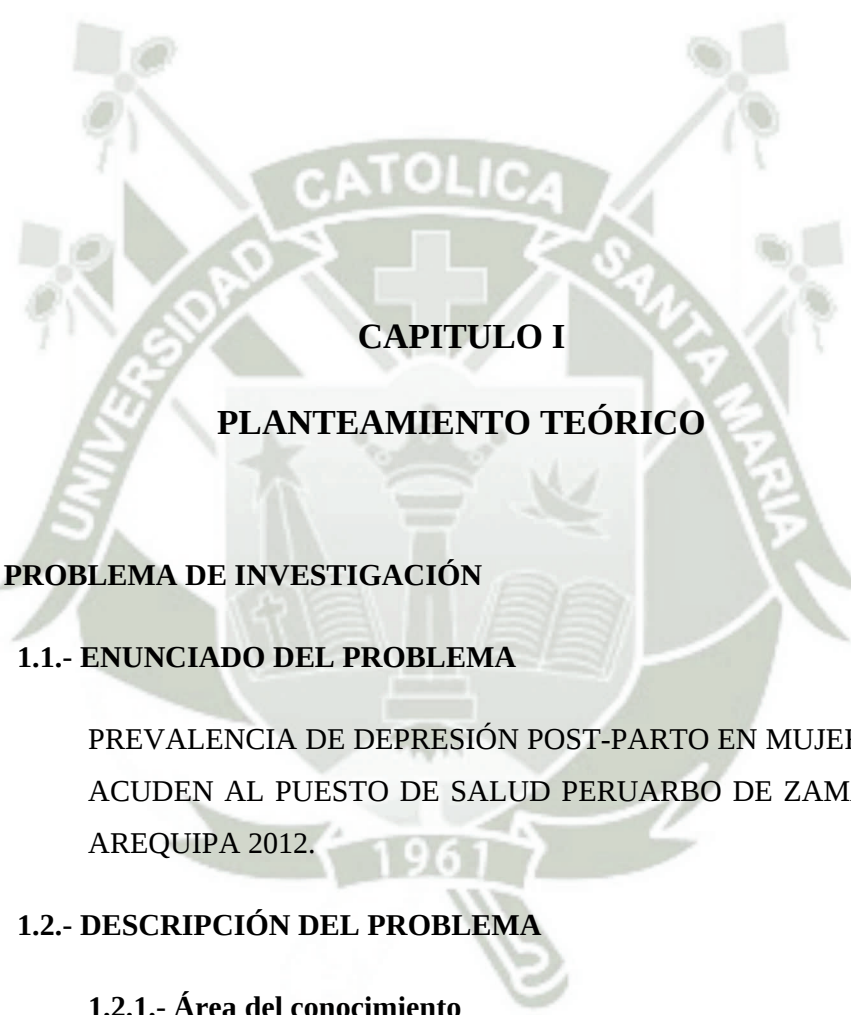
**AREQUIPA –PERU
2013**

INTRODUCCIÓN

La depresión post-parto (DPP) es un fenómeno que actualmente aqueja a una gran población de mujeres que han dado a luz. Existen diversas hipótesis que intentan explicar este hecho que llama la atención de los profesionales en el área, sin embargo no hay un consenso claro de la razón, suele presentar dificultades para su diagnóstico por una baja de reporte de síntomas emocionales, la atribución de sintomatología a una reacción “normal” ante el embarazo y por el hecho que las atenciones de salud para la madre, en el sistema público, se establecen solo en el primer mes post-parto. Es por ello que es importante contar con instrumentos de apoyo en el diagnóstico. La depresión post-parto está relacionada con trastornos emocionales que involucran riesgo para la madre, el hijo e inclusive para el núcleo familiar.

Es por ese motivo que el presente proyecto de investigación está enfocado a medir la prevalencia de la depresión post-parto. De esta forma en el Capítulo I se expone el planteamiento teórico de la investigación; en el Capítulo II se tiene el planteamiento operacional; en el Capítulo III se muestran los resultados de la investigación, para finalmente alcanzar la conclusión y recomendación.

El fin último que procuran las investigadoras es que este estudio coadyuve a revertir la situación que se presenta, como aporte para superar este importante problema de salud que actualmente aqueja a muchas madres en estado puerperal.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- ENUNCIADO DEL PROBLEMA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POST-PARTO EN MUJERES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA, AREQUIPA 2012.

1.2.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1.- Área del conocimiento

CAMPO : Ciencias de la Salud.

ÁREA : Enfermería.

LÍNEA : Salud de la Mujer.

1.2.2.- Operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Prevalencia de Depresión post-parto	Datos sociodemográficos	- Edad - Estado Civil - Número de Hijos - Planificación Familiar - Grado de Instrucción - Ocupación - Fecha de Parto
	Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS)	- Capacidad de reír y ver el lado bueno de las cosas - Visión del futuro - Sentimiento de culpa - Ansiedad y preocupación - Miedo y pánico - Opresión y agobio - Sentimiento de tristeza y desgracia - Infelicidad - Auto proferirse daños

1.2.3.- Interrogante básica

- a) ¿Cuál es la prevalencia de depresión post-parto en mujeres que acuden al puesto de Salud PERUARBO de Zamacoladurante los meses de Noviembre a Diciembre, 2012?

1.2.4.- Tipo de problema

El problema es de tipo: Descriptivo y Observacional.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

La depresión post-parto (DPP) es una preocupación importante para los profesionales de la salud, puesto que exhibe una relevancia científica ya que dicha complicación ocurre entre el tercer y el séptimo día después de haber dado a luz, aunque también puede no manifestarse hasta pasado un año o dos luego del parto ya que los niveles hormonales que produce la glándula tiroidea también pueden disminuir abruptamente después de dar a luz. Si estos niveles se reducen demasiado, la madre de un recién nacido puede

presentar síntomas semejantes a la depresión, como cambios en el estado de ánimo, nerviosismo, agotamiento, dificultad para dormir y tensión emocional.

Así mismo tiene una relevancia social dado que la depresión post-parto, no solo puede afectar seriamente el bienestar y la salud de las madres, si no porque puede poner en riesgo la estabilidad del núcleo familiar y causar problemas en los hijos, además de afectar seriamente la salud de la mujer, en su hogar como madre y en la sociedad como persona.

Por otro lado este estudio presenta una relevancia de actualidad ya que se observa en el día a día como el ambiente y los diversos factores afectan a las mujeres, provocando en ellas estrés y otros daños concomitantes que llevan a la depresión.

Es por estos motivos que el presente proyecto de investigación está enfocado a medir la prevalencia y valorar la relevancia de la depresión post-parto, debido a que las puérperas sufren una serie de cambios hormonales, metabólicos, físicos y psicológicos.

Por esta razón y considerando la manera en que la depresión post-parto afecta la calidad de vida de la madre, el hijo y la familia, se decidió estudiar la prevalencia de depresión post-parto.

2. OBJETIVO

- Determinar la prevalencia de depresión post-parto en pacientes, que acuden al Puesto de Salud PERUARBO de Zamacola, Arequipa 2012.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. El Embarazo

3.1.1 Definición

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.

La gestación es un período en el cual se desarrolla el feto en el vientre materno. Asimismo, es un período en el cual la madre, la pareja, la familia y el círculo social más cercano se ven sometidos a gran cantidad de cambios y adaptaciones como respuesta a esta nueva situación durante el ciclo vital humano, estos cambios son simultáneos con el proceso de crecimiento y desarrollo del nuevo ser. (Posada, 2005)¹

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.

Durante el embarazo el cuerpo de la mujer cambia, lo que hace necesario realizar un cuidado del cuerpo. (Lombardía, 2007)²

3.1.2. Cambios Fisiológicos durante el Embarazo y Desarrollo del Feto

a. Primer Trimestre:

Durante el primer mes de gestación apenas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en su

¹ Posada, A. (2005). *El niño sano*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

² Lombardía, J. (2007). *Ginecología y obstetricia: manual de consulta rápida*. Colombia: Ed. Medica Panamericana

primera época se llama embrión y a partir del tercer mes feto. En este primer mes es recomendable que la mujer deje de fumar.

Además, no debe de consumir bebidas alcohólicas, ni tomar medicamentos, sin consultar previamente con su médico. Se evitará, en la medida de lo posible las vacunas y la exposición a cualquier tipo de radiaciones. Durante el segundo mes de gestación comienzan a aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo.

Se pierde la coordinación entre los dos sistemas nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros vómitos y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos.

Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegándose a crear un estado de desnutrición. La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene buco-dental. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período.

En este mes, la glándula mamaria sufre precoces modificaciones: los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria. También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello.

Durante el tercer mes de gestación las probabilidades de abortar son mayores, es importante tomar ciertas precauciones. La embarazada debe evitar llevar cargas pesadas, fatigarse o beber alcohol. Además, viajes

largos en coche y sobre todo en avión a grandes alturas, ya que una disminución del oxígeno (hipoxia), puede provocar malformaciones congénitas. Las relaciones sexuales deben espaciarse durante todo el primer trimestre.

En el caso de que aparezcan dolores parecidos a una menstruación o hay hemorragia, por leves que sean, se deben extremar las precauciones. Además de aumentar de peso, las modificaciones más espectaculares que experimenta el cuerpo de la futura madre son el cambio del tamaño del útero y de los senos. Sin embargo, también se registran algunos cambios más discretos en los sistemas circulatorio, respiratorio, urinario y digestivo. (Stoppard, 2002)³

- **Mes 1**

Embrión:

Día 1: fecundación. Día 4: el huevo llega al útero. Día 7: se inicia la implantación del huevo en la cavidad uterina. Se forma el tubo neural, primitiva médula espinal. Una extremidad se abulta: es la cabeza. Día 25: comienza a latir su corazón. Se le conoce como embrión. Mide 9 Mm. y pesa 0,5 grs.

Madre:

La pared uterina aumenta su espesor y vascularización. La placenta y cordón comienzan a formarse. Se segrega gonadotrofina corionica, la cual es detectada en la orina confirmando el embarazo. El útero tiene el tamaño de una pelota de ping-pong.

³Stoppard, M. (2002). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento: guía práctica y completa para todos los futuros padres*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.

- **Mes 2**

Embrión:

Se perfila su cara. Se forman sus ojos y tiene párpados. Crecen sus brazos y piernas. Sus huesos largos, sus órganos internos y su cerebro van desarrollándose. El embrión flota en su saco lleno de líquido amniótico. Mide 4 cm. y pesa 5 grs.

Madre:

El cordón umbilical tiene su forma definitiva. El líquido amniótico protege al feto, manteniendo constante la temperatura y facilitando sus movimientos. El útero tiene el tamaño de una pelota de tenis.

- **Mes 3**

Feto:

Mueve brazos y piernas. Puede orinar. Se puede distinguir su sexo. Toma el nombre de feto, midiendo 10cm.y pesando 20 grs.

Madre:

La cavidad uterina esta llena de líquido amniótico que se renueva constantemente. La placenta es pequeña pero cumple su función de intercambio de nutrientes y productos de desecho y secreción de estrógenos y progesterona. El útero tiene el tamaño de un pomelo. La embarazada podrá sentir mareos y vómitos, cansancio, molestias en la pelvis, necesidad de orinar mas frecuentemente. Notará un aumento de tamaño en sus pechos acompañado de cambio de color en la areola. Su atención se centrara en los cambios físicos. Es frecuente que tenga cambios bruscos de humor y sentimientos contradictorios acerca de la maternidad.

b. Segundo Trimestre:

El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación.

En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre. Durante este mes el aumento no debe superar los 300 gramos semanales. El peso se debe controlar por lo menos una vez al mes, procurando hacerlo siempre en la misma báscula. En este mes, debido al ensanchamiento de la cintura, comienza la necesidad de vestirse con ropa pre-mamá, holgada y cómoda. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento.

Durante este período se pueden practicar deportes que no supongan demasiado esfuerzo por ejemplo: gimnasia que favorezca la circulación periférica, la natación en aguas templadas y sin demasiado oleaje, para que el esfuerzo sea menor.

No importa cuál es el régimen particular de entrenamiento, tener en cuenta las reglas básicas de cómo ejercitarse durante el embarazo, lo que implica, entre otras cosas no realizar ejercicios de alto impacto, pues pueden afectar sus articulaciones, y según cómo se presente el embarazo, podría poner en riesgo el mismo. (Murray, 2007)⁴

A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el control del peso se hace imprescindible, ya que el aumento comienza a ser considerable. En este segundo trimestre se suele aumentar unos 4 Kg. Para que la variación de peso se mantenga dentro de los límites normales, es fundamental conocer algunos aspectos sobre

⁴ Murray, M. (2007). *Embarazo para dummies*. USA: Editor John Wiley y Sons.

la dieta y una correcta alimentación. Hay que cuidar tanto la cantidad como la calidad de los alimentos.

Los requerimientos en proteínas aumentan, siendo necesarios alimentos como la carne (mejor de vaca, ternera o pollo), el pescado blanco, los huevos, la leche y sus derivados como el yogur, etc. Las grasas deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. La aportación de minerales debe ser más alta, sobre todo la del hierro.

Una nutrición inadecuada a lo largo de todo el embarazo puede comprometer la función inmunitaria, creando vulnerabilidad a las infecciones. Sin embargo las madres bien alimentadas tienen más probabilidades de tener un hijo con un peso correcto, y suelen estar más despiertos mentalmente y tener mayor resistencia a enfermedades. (Neal, 2008)⁵

Por eso resulta muy beneficioso tomar un comprimido diario de hierro, aunque eso lo decidirá el tocólogo. Las necesidades de calcio también aumentan, por lo que deberá llevarse una dieta rica en productos lácteos como la leche y derivados. Los hidratos de carbono se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces.

Resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras, porque junto con su riqueza en vitaminas favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el frecuente estreñimiento.

En el sexto mes es frecuente encontrar anemia en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro. Por eso, como se ha dicho

⁵Neal, L. (2008). *Mamá, ¿qué hay para comer?: nutrición y salud durante el embarazo*. Barcelona, España: Ediciones CEAC.

antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megalobástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico.

Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas y proteínas animales, que son las principales fuentes del ácido fólico. Se seguirá controlando el peso, teniendo en cuenta que el aumento ha de ser de 400 gr semanales aproximadamente. Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior lactancia para evitar cierto tipo de grietas. En este mes es recomendable asistir a los cursos del denominado parto psico-profiláctico o parto sin dolor. La finalidad de estos cursos es la de preparar a la futura madre tanto física como psíquicamente para el parto, y hacerle ver que el parto es algo natural, y que puede evitarse el dolor durante éste.

- **Mes 4**

Feto:

Su piel es transparente y fina. Su intestino se llena de meconio. Traga líquido amniótico. Sus dedos tienen uñas y huellas dactilares. A veces tiene hipo. Mide 15 cms y pesa 90 grs.

Madre:

El fondo del útero alcanza el hueso del pubis. La placenta cumple sus funciones de nutrición, respiración y secreción hormonal. El líquido amniótico aumenta. El útero tiene el tamaño de un coco.

- **Mes 5**

Feto:

Su cuerpo se cubre de lanugo y vernix caseoso (fino vello y unto)
Tiene pelo, pestañas y cejas. Se chupa el dedo. Duerme de 18 a 20 horas al día. Mide 25 cms y pesa 245 grs.

Madre:

El útero alcanza el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de un melón. (Stoppard, 2002)⁶

- **Mes 6**

Feto:

Cuando está despierto se mueve mucho. Abre sus ojos. Adquiere grasa debajo de su piel. Mide 30 cmsy pesa 640 grs.

Madre:

El útero supera el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de una sandía. Han desaparecido las nauseas y los vómitos. Se pueden sentir los movimientos del feto. A veces se sienten pequeñas molestias como ardor de estómago, constipación, congestión nasal. Puede engordar de 250 a 500 grs. a la semana.

Se puede acrecentar el interés por el bebé, soñando con él día y noche. Los cambios físicos motivan sentimientos contradictorios. Siente que el tiempo pasa rápidamente.

⁶Stoppard, M. (2002). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento: guía práctica y completa para todos los futuros padres*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.

c. Tercer Trimestre:

En el sétimo mes, las clases del denominado parto psico-profiláctico no deben suspenderse ni un solo día. El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso. En este sentido, es muy útil la práctica de algunos ejercicios de gimnasia que ayudan a corregir eficazmente las modificaciones (ortostáticas).

Durante este mes la piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. Únicamente debe evitarse una exposición prolongada al sol. Dada la frecuencia de hiper-pigmentaciones y cloasma, son recomendables las cremas protectoras.

A estas alturas del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. En este caso, algunos médicos insisten en la necesidad de administrar antibióticos para evitar en la piel la nefritis aguda, aunque otros dicen que estas anomalías desaparecen entre la cuarta y sexta semanas después del parto. Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las gestantes, es decir, en la profilaxis. También deben tenerse en cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina. (Stoppard, 2002)⁷

⁷Stoppard, M. (2002). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento: guía práctica y completa para todos los futuros padres*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.

- **Mes 7**

Feto:

Responde a los ruidos exteriores con movimientos. Empieza a faltarle sitio en la cavidad uterina. Algunos se colocan cabeza abajo. Mide 40 cms. y pesa 1500 grs.

Madre:

El útero aumenta notoriamente su tamaño. Disminuye la cantidad de líquido amniótico.

- **Mes 8**

Feto:

Es el mes que acumula más grasa. Su piel toma la coloración que tendrá al nacer. Mide 45cm. y pesa 2500 grs.

Madre:

La parte superior del útero se palpa a unos 8 cm. del ombligo. La musculatura uterina comienza a contraerse.

- **Mes 9**

Feto:

El lanugo se ha caído casi completamente. Logra oír sonidos exteriores disfrutando de la buena música. Sus pulmones están preparados para funcionar en el exterior. Mide 50cm. y pesa entre 3300 y 3500 grs.

Madre:

La altura del útero puede llegar a unos 33cm. Hay aumento en las contracciones uterinas. Pueden aparecer dolor de espalda, ardor de

estómago, dificultad para respirar, hemorroides, tobillos hinchados y frecuentes ganas de orinar. La atención se centra en el parto. Hay una mayor necesidad de afecto, atención y cuidados. El tiempo parece detenerse. (Stoppard, 2002)⁸

3.2. El Parto.

Salida del feto del cuerpo materno dando por finalizado el embarazo. El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilatación) y adelgazamiento (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto. El trabajo de parto suele comenzar dos semanas antes o después de la fecha probable de parto.

La mujer debe encontrarse capacitada, así como su pareja o acompañante, para vivir a plenitud la experiencia del parto, lo que permitirá fomentar la salud integral, tanto de la familia gestante, como del recién nacido. (Bejarano y Segura, 2006)⁹

El proceso del parto y el nacimiento se divide en tres etapas, trabajo inicial de parto, trabajo de parto y parto, y expulsión de secundinas (Craig Baucum, 2005)¹⁰

- La **primera etapa** empieza desde el momento en que aparecen las contracciones hasta que el cuello uterino –el canal que comunica el útero o matriz con la vagina- este completamente dilatado. Esta primera etapa tiene dos fases:

Fase temprana: El útero se afina gradualmente (se vuelve más delgado) y se dilata (abre).

⁸Stoppard, M. (2002). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento: guía práctica y completa para todos los futuros padres*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.

⁹ Bejarano, R.; Segura, M. (2006). *Preparación psicofísica para el parto*. San José de Costa Rica, Costa Rica: EUNED

¹⁰ Craig, G.; Baucum, D. (2005). *Desarrollo psicológico y parto*. Madrid, España, Pearson Educación.

Fase activa: El útero empieza a dilatarse más rápidamente y las contracciones son más prolongadas, fuertes y seguidas. A la última parte de la fase activa, comúnmente se le conoce como la fase de transición.

- La **segunda etapa** del parto empieza cuando el cuello uterino está completamente dilatado y termina con el nacimiento de él bebé. A esta también se le conoce como la de etapa de “pujar”.
- La **tercera etapa** del parto inicia justo después de dar a luz y termina cuando se expulsa la placenta.

Cada embarazo es diferente y el tiempo que dura cada parto varía mucho. Para las mamás primerizas, el trabajo de parto por lo general dura entre 10 y 20 horas. Para otras mujeres, sin embargo, puede prolongarse más o durar menos del tiempo indicado. El parto generalmente avanza de manera más rápida entre las mujeres que ya han tenido un parto vaginal.

3.2.1 Primera etapa:

a. Fase temprana.

Las contracciones ocurren a intervalos regulares y el cuello del útero empieza de manera progresiva a afinarse y dilatarse. También el parto puede empezar repentinamente (cuando no se tiene ningún síntoma y de inmediato se empiezan las contracciones seguidas), es difícil saber cuándo empieza el verdadero parto. (Cabero y Saldívar, 2007)¹¹

Y eso se debe a que es muy difícil distinguir las contracciones que ocurren en la fase temprana con las contracciones de BraxtonHicks, que podrían presentarse justo antes. Eso contribuye a lo que se conoce como "falso parto".

¹¹ Cabero, L.; Saldívar, D. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.

Cuando se empieza el parto, las contracciones se vuelven más dolorosas, prolongadas y frecuentes. Hacia el final de la fase temprana, aparecerán aproximadamente cada cinco minutos y durarán entre 40 y 60 segundos cada una. Algunas mujeres tienen contracciones más frecuentes durante esta fase, aunque tienden a ser suaves y a durar menos de un minuto.

Algunas veces, las contracciones de la fase temprana son muy dolorosas, aunque no estén dilatando el cuello uterino tan rápidamente. Si el parto es normal, las contracciones de la fase temprana no serán tan intensas como las contracciones que aparecerán al final.

Puede que también haya un aumento de mucosidad en el flujo vaginal, que a veces va acompañada de algunos hilos de sangre. Es lo que se conoce como el tapón mucoso (el tapón que sella el útero durante todo el embarazo). Esto es perfectamente normal, pero si se nota más de unos hilos de sangre, o si se rompen aguas (la fuente o la bolsa), incluso si aún no se tienen contracciones es una señal de alarma.

La fase temprana del parto termina cuando el cuello del útero alcanza 4 centímetros de dilatación y hay un progreso acelerado.

- **Duración de la fase temprana.**

Puede ser difícil predecir con exactitud cuándo comienza la fase temprana, no es fácil decir cuánto tiempo suele durar esta fase. También es difícil calcular el tiempo que duró en un caso en particular. La duración de la fase temprana varía mucho y depende, en gran medida, de qué tan maduro está el cuello del útero al principio del parto y qué tan frecuentes y fuertes sean las contracciones. (Cabero y Saldívar, 2007)¹²

Para empezar, si la mamá es primeriza y el cuello uterino no se ha afinado o dilatado, esta fase puede tardar de seis a 12 horas, aunque

¹² Cabero, L.; Saldívar, D. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.

puede ser significativamente más larga o más corta. Si el cuello del útero ya está muy maduro o es múltipara, es probable que esta fase transcurra mucho más rápido.

b. Fase activa

El parto activo es cuando las cosas empiezan a acelerarse. Las contracciones se vuelven más frecuentes, largas e intensas, hasta el punto que cuando se tienen se dificulta hablar. El cuello del útero comienza a dilatarse más rápidamente, hasta alcanzar 10 centímetros de dilatación. La última parte de la fase activa del parto, cuando el cuello del útero alcanza de 8 a 10 centímetros de dilatación, se le llama fase de transición. Hacia el final de esta fase, el feto podría empezar a descender, aunque puede que ya haya empezado antes. O bien, es posible que descienda en la próxima fase.

Las contracciones generalmente se vuelven más frecuentes y hacia el final aparecen alrededor de cada dos minutos y medio o tres. Para algunas mujeres, la frecuencia máxima con que aparecen las contracciones una de la otra son 5 minutos, incluso en el periodo de transición. (Cabero y Sladívar, 2007)¹³

Para muchas embarazadas primerizas, la fase activa dura entre cuatro a ocho horas. Para otras, es posible que dure más tiempo o menos, incluso solo una hora.

- **Transición**

Cuando el cuello uterino se dilata completamente de 8 a 10 centímetros, se considera que es la última parte de la fase activa. Se le conoce como el periodo de transición porque da paso a la segunda fase del parto.

¹³ Cabero, L.; Saldivar, D. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.

Esta es la parte más intensa del parto. Las contracciones son generalmente muy fuertes, aparecen alrededor de cada dos minutos y medio o tres y duran un minuto o más. Puede haber temblores o escalofríos.

Cuando el cuello uterino se encuentre totalmente dilatado y ya se haya completado la transición, por lo general el feto habrá descendido un poco por la pelvis. Aquí es cuando se comienza a sentir presión sobre el recto, como si hubiera ganas de evacuar. Algunas mujeres comienzan a pujar de manera espontánea y puede que incluso empiecen a gruñir o gritar.

El sangrado vaginal es común. Podría además haber náuseas o incluso vómitos.

Algunos fetos descienden más temprano y la gestante siente el deseo de pujar antes de que el cuello uterino se encuentre totalmente dilatado. Y otros fetos no descienden de manera significativa hasta más tarde, en cuyo caso la gestante puede llegar a dilatar totalmente sin sentir ninguna presión rectal. Es diferente en cada mujer y en cada parto.

- **Duración de la fase de transición**

Esta fase puede durar de unos minutos a un par de horas. Si ya se a tenido un parto vaginal, esta fase podría transcurrir más rápido. (Craig y Baucum, 2005)¹⁴

3.2.2 Segunda etapa

Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado, comienza la segunda etapa del parto: el descenso final y el nacimiento del neonato.

¹⁴ Craig, G.; Baucum, D. (2005). *Desarrollo psicológico y parto*. Madrid, España, Pearson Educación.

Al comienzo de la segunda etapa, las contracciones pueden ser un poco más espaciadas, lo que permitirá descansar entre ellas.

Para muchas mujeres, las contracciones de la segunda etapa son más fáciles de sobrellevar que las del parto activo, porque el poder pujar les proporciona algo de alivio. A otras les desagrada la sensación de pujar.

Si el feto se encuentra muy debajo de la pelvis, quizás sentirá la necesidad de pujar en la segunda fase (y algunas veces antes). Pero si el feto está todavía en una posición relativamente alta, es probable que no tenga esta sensación de inmediato.

A medida que el útero se contrae, ejerce presión sobre el feto, de manera que lo mueve hacia el canal vaginal. Dejar que el útero haga su trabajo hasta que se sienta la necesidad de pujar. Esperar un tiempo deja menos agotamiento y frustración al final.

Si se administra la epidural, la pérdida de la sensibilidad puede mitigar la necesidad de pujar. Por lo tanto es posible que no se sienta esa necesidad hasta que la cabeza del feto haya descendido ya bastante. La paciencia a menudo funciona de maravilla. En algunos casos, sin embargo, se necesitará instrucciones específicas para que ayuden a pujar de manera efectiva. (Craig y Baucum, 2005)¹⁵

- **Descenso del Feto**

El descenso puede ser rápido. O bien, gradual, especialmente si es el primer feto.

Con cada contracción, la fuerza del útero, junto con la fuerza de los músculos abdominales si se está pujando activamente, ejerce presión sobre el feto, para que continúe descendiendo por el canal del parto.

¹⁵ Craig, G.; Baucum, D. (2005). *Desarrollo psicológico y parto*. Madrid, España, Pearson Educación.

Cuando la contracción se termina y el útero se relaja, la cabeza del feto sube un poco otra vez.

Hay diferentes posiciones para pujar, probar hasta que se encuentre una que sea cómoda y resulte eficaz. (Bejarano y Segura, 2006)¹⁶

- **El primer vistazo**

Después de un tiempo, el perineo (el tejido entre la vagina y el recto) empezará a sobresalirse cada vez que se puje y antes de lo que se espere, el pelo y la cabeza del feto estarán visibles. Es un momento muy emocionante y un signo de que el final se aproxima.

En esta etapa, la necesidad de pujar puede ser muy fuerte. Con cada contracción, la cabeza del bebé es cada vez más visible. La presión de la cabeza en el perineo es muy intensa y quizá se sienta, una sensación de ardor o comezón a medida que el tejido empieza a estirarse.

En algún momento, es probable que puje más suavemente o que deje de pujar, para que la cabeza del feto tenga la oportunidad de estirar gradualmente la vagina y el perineo. Un parto lento y controlado puede ayudar a prevenir el desgarro. En esta etapa, la necesidad de pujar puede ser muy fuerte, de manera que recibir ayuda para respirar o jadear durante las contracciones, puede ser muy necesario.

Cada vez que se puja la cabeza del feto avanza hasta que se puede observar en el orificio de la vagina. A esto se le llama “coronamiento”. La emoción en la sala crecerá a medida que la cara del feto comience a asomarse: su frente, su nariz, su boca y finalmente su mentón.

¹⁶ Bejarano, R.; Segura, M. (2006). *Preparación psicofísica para el parto*. San José de Costa Rica, Costa Rica: EUNED

Después de que sale la cabeza del feto, se le aspira la boca y nariz. También se localiza el cordón umbilical. (Si el cordón está alrededor del cuello del neonato, sedesliza sobre su cabecita o de ser necesario se pinza y corta).

Luego la cabeza del neonato gira hacia el costado a medida que los hombros rotan dentro de la pelvis para colocarse en posición para salir. Con la próxima contracción, se pide que puje a medida que salen los hombros, uno por vez, y después el cuerpo.

Después del parto, el neonato necesita mantenerse caliente. Se limpia con una toalla y la enfermera aspira de inmediato su boca y nariz de nuevo si tiene mucha mucosidad.

Si no hay complicaciones, se coloca al neonato en el vientre desnudo de la madre para que lo bese, toque y admire. El contacto piel a piel lo mantendrá caliente.

Pinzare el cordón umbilical en dos lados y luego cortar entre medio de las dos pinzas. Se podrá sentir toda una serie de emociones ahora: euforia, emoción, asombro, orgullo (sólo por mencionar algunas) así como un intenso alivio de que ya el parto ha pasado. Y a pesar de que se encuentre exhausta la madre es posible que se sienta una carga de energía y los deseos de dormir desaparezcan de momento. (Bejarano y Segura, 2006)¹⁷

La segunda fase del parto puede durar de unos minutos a un par de horas. Si no se administra la epidural, un caso promedio dura alrededor de una hora para una mamá primeriza. Si ya se tuvo un parto vaginal el tiempo promedio es de 20 minutos.

¹⁷ Bejarano, R.; Segura, M. (2006). *Preparación psicofísica para el parto*. San José de Costa Rica, Costa Rica: EUNED

3.2.3 Tercera etapa: Eliminación de la placenta

Después del alumbramiento, el útero comienza a contraerse nuevamente. Las primeras contracciones generalmente hacen que la placenta se desprenda de la pared del útero. Cuando el médico observe signos de desprendimiento, te pedirá que pujes suavemente para expulsar la placenta. Por lo general, se trata de un pujo corto que no es difícil ni doloroso.

En promedio, la tercera etapa del parto dura aproximadamente de cinco a diez minutos

Después de que se expulse la placenta, el útero se contraerá y pondrá muy firme.

Se revisará de manera periódica el útero para determinar si está firme. Si no es así, se aplicarán masajes uterinos hasta que endurezca. Esto es importante porque la contracción del útero ayuda a cerrar los vasos sanguíneos abiertos en el área donde la placenta estaba unida. Si el útero no se contrae de manera adecuada, continuará sangrando abundantemente a través de esos vasos sanguíneos.

Si se planea dar lactancia materna, se puede hacer ahora si la mamá y el neonato así lo desean. No todos los neonatos tienen ganas de tomar el pecho a los pocos minutos de haber nacido, pero mantener sus labios cerca del seno durante un rato. La mayoría de los neonatos comienzan a amamantarse aproximadamente durante la primera hora después de haber nacido si se les da la posibilidad.

Dar la lactancia materna pronto es muy beneficioso para el neonato y puede ser altamente gratificante para la mamá. Más aún, el amamantamiento hace que el cuerpo libere oxitocina, la misma hormona que causa las contracciones y ayuda a que el útero permanezca bien contraído.

Si no se está amamantando y el útero no está firme, se aplicara oxitocina para que se contraiga más rápido (algunos doctores indican oxitocina a todas las mujeres que dan a luz en este periodo). Si hay presencia sangrado excesivo también se recomienda.

Las contracciones que se sientan deben ser relativamente suaves. Pero ahora que comienza a mostrarse más enfocada en el neonato, todo lo que le suceda a la madre que no sea grave, pasa a segundo grado.

Si se es mamá primeriza, se podría sentir solo unas cuantas contracciones después de expulsar la placenta. Si ya se ha tenido un hijo, puede sentir contracciones de vez en cuando durante un día o dos después del parto.

Los que se conoce como “dolores después del parto” pueden sentirse como intensos cólicos menstruales. Puede que también haya escalofríos. Esto es perfectamente normal y no durará mucho tiempo.

El médico examina la placenta para asegurarse de que todo está ahí. Luego revisa detenidamente si hay cualquier desgarro en el perineo que necesite ser cosido.

Si hubo un desgarro o una episiotomía, se recibe anestesia local antes de suturar. Es posible que desee mantener al recién nacido junto a la madre, mientras van cosiendo los puntos. El neonato puede ser una gran distracción. Si se siente demasiado débil, pedir a la pareja sentarse a lado y cargar a al neonato mientras lo admira.

A menos que el neonato necesite atención especial, insistir para que los dejen estar juntos y tranquilos un rato. El momento de darle gotas para los ojos y vitamina K puede postergarse un poco. Seguramente, la madre y la pareja, querrán compartir juntos esta ocasión especial, en la que se

familiarizan con el nuevo hijo y apreciaran el milagro de su nacimiento.
(Bejarano y Segura, 2006)¹⁸

3.3. El Puerperio

3.3.1. Concepto

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, finaliza tras la aparición de la primera menstruación. (Nettina, 2000)¹⁹

Abarca, aproximadamente, un periodo de 6 semanas caracterizado no sólo por cambios físicos, sino también psicológicos y familiares. Estos cambios suponen para la mujer un proceso de adaptación a la involución de todas las modificaciones anatomofisiológicas, del sistema reproductor y de los sistemas corporales más implicados en el embarazo y en el parto, así como la instauración de la lactancia materna.

La valoración y el cuidado que dé un buen profesional de enfermería a la mujer que se encuentre en esta etapa debe incluir tanto un enfoque fisiológico como psicosocial, otorgando mayor relevancia a aquel aspecto que en función de las necesidades de cada momento lo requiera.

El puerperio se divide en tres etapas, diferenciadas entre sí por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que albergan, los riesgos de salud que pueden aparecer, así como los cuidados de salud determinados que requiere cada fase. (Seguranyes, 2000)²⁰. Éstas son:

¹⁸ Bejarano, R.; Segura, M. (2006). *Preparación psicofísica para el parto*. San José de Costa Rica, Costa Rica: EUNED

¹⁹ Nettina, S. (2000). *Atención de la madre y el recién nacido en el puerperio*. Madrid, España: Mac-Graw Hill Interamericana.

²⁰ Seguranyes, G. (2000). *El puerperio*. España: Masson Editores.

- **Primera fase o puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas post-parto
- **Segunda fase o puerperio precoz:** se sitúa entre el segundo y el décimo día.
- **Tercera fase o puerperio tardío:** comprende el periodo de tiempo que va desde el décimo día hasta los 45 días.

3.3.2. Cambios Anatómicos en el Puerperio.

En el proceso del puerperio tienen lugar cambios de vuelta a la normalidad de la fisiología del sistema reproductor y del organismo en general. Las modificaciones anatómicas suelen estar involucionadas al final de la sexta semana del puerperio con el retorno a la normalidad del organismo de la mujer, en especial el aparato genital. Se considera que la fisiología reproductiva está normalizada con la aparición de las primeras menstruaciones.

Los cambios anatómicos durante el puerperio son los siguientes: (Donal, 2000).²¹

- **Involución del útero**

El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño. La causa de la involución uterina es un proceso de autólisis (atrofia de tejidos y contracción y retracción del propio útero).

La contracción del útero permite que se cierren los vasos vasculares de la zona de inserción de la placenta mediante las ligaduras de Pinard, formándose un globo de seguridad que garantiza una correcta hemostasia (en las 12 primeras horas el útero se contrae para

²¹Donal, F. (2000). *Análisis sanitario del puerperio*. Barcelona, España: Masson Editores.

expulsar los coágulos y asegurar la hemostasia, estas contracciones por lo general son indoloras y reciben el nombre de entuertos).

En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.

La capa superficial del endometrio se necrosa y se desprende para formar los loquios, mientras que la capa profunda permanece y es la base de la regeneración del mismo.

- **Los loquios**

Exudado uterovaginal, constituido por hematíes, células residuales y de la capa de descamación del endometrio y del cérvix. Su cantidad, composición y aspecto varía a lo largo del proceso. La evolución de los loquios presenta las siguientes características:

- *Lochia rubra*: cuatro primeros días. La secreción es predominantemente hemática de color rojo, formada por partículas de desecho celular residual y trofoblástico.
- *Lochia serosa*: hacia el décimo día de secreción. La pérdida aparece mezclada con suero volviéndose rosada. Su composición consta de hematíes, tejido necrótico, leucocitos y bacterias.
- *Lochia alba*: los loquios se transforman en una pérdida entre blanca y amarillenta. Están formados por suero, leucocitos, pequeñas cantidades de moco y bacterias. Al finalizar la tercera semana desaparecen, aunque puede observarse la persistencia de una secreción de color amarronado.

La observación de los loquios es esencial para identificar un proceso infeccioso o de lentitud en la involución.

- **Peso del útero**

El peso del útero se reduce de forma progresiva, pasando de 1'5 kg después del parto hasta los 100 g a las seis semanas del puerperio.

- **Involución del cuello uterino**

Inmediatamente después del parto está blando y dilatado. El cuello uterino vuelve a su tamaño anterior después de la primera semana. El orificio cervical interno se cierra, pero el externo presenta una dehiscencia (separación).

- **Involución de la vagina**

La vagina se repliega y vuelven a aparecer las rugosidades. La mucosa vaginal permanece edematosa (acumulación excesiva de líquido en el tejido) con riesgo de sangrado; su elasticidad favorece una rápida recuperación, volviendo a la normalidad a la sexta semana y a la octava en las mujeres que lactan. Este retraso es debido a la falta de estrógenos, lo que ocasiona con frecuencia molestias en las relaciones sexuales, por la escasa lubricación vaginal que se recupera una vez iniciada la menstruación.

- **Involución perineo-vulvar**

La vulva permanece edematosa durante unos días posteriores al parto; si se ha practicado episiotomía (incisión en el periné de la mujer) o si se ha producido un desgarro. Si no aparecen complicaciones, cicatriza a los seis o siete días.

- **Pared abdominal**

Permanece blanda y flácida debido a la distensión, paulatinamente se recupera el tono, que dependerá en gran medida de la consistencia muscular previa al embarazo y del ejercicio de recuperación post-parto. Los ligamentos y músculos de la pelvis pueden recuperar su posición a las cuatro o seis semanas.

- **Cambios mamarios**

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro.

La producción de la leche materna depende de la estimulación producida por la hormona lactógena o prolactina (liberada por la hipófisis). En el proceso de la lactancia interviene: la succión y vaciamiento de las mamas, que a su vez estimula la liberación de la prolactina.

- **Función cardiovascular**

El volumen de sangre aumentado durante el periodo del embarazo es de un 35% y se reduce gradualmente hasta alcanzar los volúmenes de normalidad. No obstante, hay un incremento temporal en el volumen circulante a causa del cese de la circulación placentaria y del aumento del retorno venoso. Este hecho incide en el descenso del hematocrito, iniciado con las pérdidas de sangre producidas durante el parto (alrededor de 400 ml en el parto normal).

Las dos primeras semanas del puerperio son un periodo de riesgo de insuficiencia cardíaca sobre todo en mujeres con

enfermedad cardíaca y con reserva cardíaca limitada, debido a la combinación de cambios hemodinámicos y al consecuente aumento del gasto cardíaco.

Hay un descenso de leucocitos, de la velocidad de sedimentación globular, de los factores trombotéticos y del fibrinógeno.

- **Función endocrina**

Los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina disminuyen. Con la lactancia tiene lugar un aumento inicial de prolactina. Se puede producir una recuperación en la producción de estrógenos hasta cifras similares a las previas antes de la gestación y también puede producirse la ovulación.

- **Función renal**

La normalización se produce con la aparición de una micción espontánea, alrededor de cinco horas después del parto.

Como consecuencia del parto puede haber una disminución del tono vesical que comporta una disminución del deseo miccional y una mayor capacidad vesical.

La distensión vesical y la retención urinaria pueden causar una hiperdistensión de la musculatura de la vejiga. Ésta, también puede producirse debido a alguna lesión traumática del parto.

- **Función gastrointestinal**

La motilidad y el tono gastrointestinal se restablecen a medida que se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos, lo que requiere aproximadamente una semana.

Los siguientes factores inciden en la necesidad de eliminación favoreciendo el estreñimiento:

- Enema preparto.
- Restricción de líquidos durante el trabajo de parto.
- Fármacos administrados durante el parto y el alumbramiento.
- Dolor causado por la episiotomía y las hemorroides, que puede frenar la defecación.

- **Signos vitales (temperatura corporal, pulso)**

Después del parto el pulso presenta a menudo una bradicardia transitoria con una frecuencia de hasta 50 lat./min. Esta situación no se extiende más de 24 horas. De no haber patologías, no existen otras modificaciones específicas.

Una vez sucedido el parto, la temperatura normal es de entre 36'5°C y 37°C, no sobrepasa los 38°C. A las 24 horas después del parto puede aparecer un pico febril, sin que tenga ningún significado de anormalidad ya que responde a la subida de la leche. Si aparece una elevación de temperatura persistente con taquicardia, puede alertar de la presencia de un foco infeccioso.

- **Presencia de diaforesis (secreción de sudor)**

La transpiración aumenta a causa de la gran necesidad de eliminar el incremento de líquidos del embarazo, es común que tengan lugar episodios de intensa diaforesis nocturna.

- **Función tegumentaria**

Las estrías cambian de aspecto y son menos visibles por su color blanco nacarado; generalmente no desaparecen por completo.

La línea *nigradel* abdomen (se extiende longitudinalmente desde la sínfisis del pubis al ombligo), el cloasma gravídico (cambio pigmentario de la piel, normalmente se manifiesta como parches de coloración amarilla o marrón) y la pigmentación oscura de las areolas y pezones desaparece en pocos días.

- **Peso corporal**

La pérdida de peso en el puerperio puede hacer que la mujer regrese a su peso anterior (descendiendo hasta entre 10 y 13 kg). Esta pérdida se compone del peso de:

- Feto y placenta.
- Líquido amniótico y pérdida hemática.
- Elevada transpiración durante la primera semana.
- Involución uterina y loquios.
- Poliuria

La mujer que lacta no llega a su peso normal hasta que cesa la lactancia.

3.3.3. Complicaciones del Puerperio

A continuación se exponen las complicaciones frecuentes del puerperio que requieren de consulta médica. (Niswander, 2006)²²

²²Niswander, K. (2006). *Obstetricia: práctica clínica*. Barcelona, España: Editorial Reverte.

- Fiebre de 39°C o más: puede estar indicando infección en la zona de la episiotomía o de la cesárea, como también una mastitis (infección en uno o ambos senos). Consulta al médico si la fiebre es de 39°C o más y si persiste por más de 24 horas. Es habitual padecer fiebre con la bajada de la leche, pero nunca dura más de 24 horas.
- Sangrado vaginal más intenso del que vienes experimentando: consulta inmediatamente si la hemorragia es intensa, si percibes en ella un olor fétido o si los coágulos son de gran tamaño. Las hemorragias son normales después del tercer o cuarto día posterior al parto; en un comienzo el sangrado es rojo intenso para ir cambiando de color hasta desaparecer alrededor del mes.
- Dolores intensos en el bajo vientre: consulta al médico si los dolores en la zona abdominal son persistentes luego de los 5 días posteriores al parto. El dolor en el bajo vientre es normal, pues el útero está reacomodándose y volviendo a su tamaño natural, pero si el dolor es intenso puede estar indicando que la placenta no se ha expulsado en su totalidad. Consulta también si hay enrojecimiento de la herida de la cesárea o dolor anormal en el sitio de la episiotomía.
- Enrojecimiento y endurecimiento, hinchazón o calor de uno de los senos, acompañado de malestar y fiebre: consulta al médico porque pueden ser signos de mastitis o de alguna obstrucción en el conducto lactífero. Las compresas calientes y los masajes en la zona ayudan a aliviar el dolor hasta que contactes al doctor.
- Dolor intenso en las pantorrillas, en los muslos o el pecho: si el dolor es en el pecho y está acompañado de falta de aire, llama de inmediato a las emergencias médicas; si las pantorrillas o los muslos te duelen y sientes calor localizado o enrojecimiento puedes estar padeciendo de flebitis (infección en las venas), consulta con tu médico.

- Ardor al orinar o dolor al evacuar los intestinos: consulta al médico si sientes ardor o quemazón al orinar o si tienes una necesidad de orinar frecuentemente; estos síntomas, asociados a un color muy oscuro en la orina pueden estar indicando infección urinaria.
- Falta de sueño, pérdida del apetito o cambios repentinos de humor: consulta al médico si los síntomas emocionales están perturbando el normal desarrollo de la vida en común con tu bebé. Es normal que sientas desánimo durante las dos primeras semanas después del parto (ya hemos hablado aquí del Baby Blues o leve depresión post-parto); si los indicios se intensifican o perduran más allá de los 15 días posteriores al parto pueden estar indicando depresión y necesitarás de tratamiento especializado.
- Depresión post parto: La depresión post-parto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto ya que afecta a una de cada diez parturientas. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años, y consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo.

De este tema nos ocupamos de manera más amplia a continuación.

3.4. Depresión Post-parto.

3.4.1. Definición

La depresión post-parto consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. (Chinchilla, 2008)²³

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la depresión parece no tener sentido: "Deseaba tanto tener este hijo y ahora que lo tengo me siento

²³ Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

completamente desdichada", "¿Qué me está pasando?", "El parto fue magnífico, mucho mejor de lo que esperaba, y todo el mundo se portó maravillosamente conmigo, especialmente mi marido. Yo debería dar saltos de alegría", "Tenía miedo que el bebé tuviera algún defecto al nacer, pero es perfecto", "Entonces, ¿Porqué no lo estoy disfrutando?, Quizás no valgo para ser madre".

Estas mujeres no son unas desagradecidas o unas malas madres sino que están experimentando una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión post-parto, un trastorno que todavía sufren en silencio un gran número de mujeres.

3.4.2. Epidemiología

La depresión post-parto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto ya que afecta a una de cada diez parturientas. Si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años. Es un problema de salud pública con prevalencia que oscila entre un 10 y 15% en la literatura mundial. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos. (Chinchilla, 2008)²⁴

3.4.3 Etiología

Todavía no se sabe lo suficiente sobre porque las mujeres desarrollan depresiones post-parto como para poder estar seguros de quien la desarrollara y quien no, probablemente no existe una causa única, sino más bien son diferentes tipos de factores que pueden tener la misma consecuencia o que pueden actuar conjuntamente. Como ya es de nuestro conocimiento, todos los procesos y estadios de la enfermedad no tienen una causa única, sino que son multifactoriales y es por esta misma razón que en este trastorno de depresión post-parto existe una

²⁴ Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

clasificación de tres grupos de factores causantes o etiológicos de esta enfermedad. Esta clasificación de factores, incluye los aspectos psicológicos, aspectos biológicos y aspectos físicos.

3.4.4. Factores psicológicos de la Depresión Post-parto

- Una historia previa de depresión (especialmente de depresión post-parto).
- Una falta de apoyo por parte de la pareja.
- Un bebé prematuro o con cualquier tipo de enfermedad.
- Que él bebe sea producto de una violación a la madre.
- El que la nueva madre hubiera perdido a su madre cuando era niña.
- Presentar sintomatología ansiosa y/o depresiva durante el embarazo.
- Haber presentado complicaciones durante el embarazo y el parto.
- Una acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo de la paciente o de su pareja, problemas económicos, problemas de vivienda, etc.

Sin embargo, una mujer puede sufrir una depresión post-parto sin que se aprecie ninguna razón obvia para la misma.

3.4.5. Factores biológicos de la Depresión Post-Parto

- Disminución del nivel de serotonina.
- Cambios hormonales (descenso de estrógenos, progesterona y otras hormonas).
- Problemas genéticos.
- Desajuste de neurotransmisores del sistema nervioso.
- Antecedentes médicos depresivos.
- Patologías del recién nacido lactante.
- Patología durante el embarazo.

- Disminución de la glándula tiroides.

Parece probable que la depresión post-parto esté relacionada con los importantes cambios hormonales que tienen lugar en el momento del nacimiento de su hijo, aunque todavía no se disponga de evidencias al respecto. Los niveles de estrógenos, progesterona y otras hormonas relacionadas con la reproducción que pueden afectar a las emociones descienden bruscamente tras el parto, no se han encontrado diferencias entre las hormonas de las madres que desarrollan una depresión post-parto y las de las que no. Una posible explicación es que probablemente algunas mujeres puedan ser más sensibles que otras a tales cambios. (Cabral, 2005)²⁵

3.4.6. Factores físicos de la Depresión Post-Parto

- Sentirse cansada después del parto.
- Adolescencia.
- Ser primípara.
- Tipo de parto.
- Prematuridad.
- Estado civil.
- Haber desmayado durante el parto.
- Estado físico de la madre (estado nutricional, peso, estatura, edad, etc.)

Según la clasificación anterior, podemos deducir que la presencia de uno o más factores tanto físicos, biológicos y psicológicos en la madre, puede ser indicio para desarrollar la depresión post-parto, por lo que se deben identificar bien estos factores a la hora de diagnosticar este trastorno patológico.

²⁵ Cabral, J. (2005). *La depresión tiene cura*. Bogotá, Colombia, Editorial San Pablo

3.4.7. Clasificación de la Depresión Post- Parto

La depresión Post-Parto la podemos clasificar según sudoración, intensidad y su manera de expresión, es por esto que podemos mencionar los siguientes tres tipos.

- **Melancolía Post-Parto o “Baby Blue”**

Muchas mujeres, aproximadamente una de cada dos, se sienten un poco llorosas, desanimadas e inseguras en el tercer o cuarto día tras el parto. Es el conocido "maternity blues" o depresión del tercer día.

Ocurre en la mayoría de las primíparas, por lo que se considera como parte normal del proceso de haber tenido un bebé. Se presenta con una frecuencia de entre un 20% al 80% de las madres. Se ha considerado como un proceso fisiológico de adaptación debido a que el cuerpo de la madre tiene que acondicionarse después del evento.

La melancolía del post parto usualmente ocurre entre 2 a 5 días después del parto. Su pico más alto es alrededor del cuarto día post-parto y resuelve a los 10 días, esto significa que, la tristeza es de corta duración y que desaparece dentro de pocas semanas. Su sintomatología: ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional (episodios de llanto sin razón), sensibilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito y sentimientos de minusvalía, abrumada e incluso agotamiento. La melancolía del post parto usualmente termina sin tratamiento médico luego de una semana o dos, que es cuando los niveles hormonales vuelven a su normalidad, tan pronto como ella y su cuerpo se adaptan a la nueva situación.

Desde luego, muchas mujeres se sienten cansadas y un poco desorganizadas cuando regresan a casa del hospital, pero

generalmente controlan perfectamente la situación cuando pasa más o menos una semana. Sin embargo, para las madres con una depresión post-parto las cosas empeoran día tras día. (Cabral, 2005)²⁶

- **Depression Post-Parto**

La mayoría de los casos de depresión post-parto surgen en el primer mes tras el parto, aunque en ocasiones este trastorno puede presentarse 6 meses más tarde. Implica un cambio en los elementos químicos que componen el cerebro, se manifiesta de una mayor enfermedad depresiva caracterizada por una sensación de estar constantemente deprimida, o tener estados de irritabilidad, ansiedad inexplicable.

La depresión post-parto sino se trata adecuadamente puede durar hasta 6 meses e incluso hasta un año. Aproximadamente entre 10% al 15% de las mujeres después de un parto, desarrollan depresión del post-parto.

Su sintomatología: sensación de tristeza o estado bajo de ánimo, humor depresivo la mayor parte del día, pérdida de interés en actividades usuales de la vida diaria, trastornos alimenticios (disminución o aumento del apetito), pérdida o aumento de peso muy notorios, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga general y falta de energía, sentimientos inapropiados o excesivos de culpabilidad, sentirse inútil, dificultad en concentrarse, pérdida de las esperanzas en la vida, frecuentes ideas sobre la muerte o el suicidio, ansiedad inexplicable.

Las mujeres que están más predispuestas a presentar depresión post-parto son las pacientes que tienen alguno de los siguientes

²⁶ Cabral, J. (2005). *La depresión tiene cura*. Bogotá, Colombia, Editorial San Pablo

antecedentes: depresión post-parto previa, depresión no relacionada con el embarazo, síndrome premenstrual (SPM) severo, antecedentes familiares de desórdenes de comportamiento, eventos negativos en la vida, dificultades maritales o apoyo social pobre y factores físicos como hipotiroidismo, anemia, etc.

- **Psicosis Post-Parto**

Es la forma más severa de trastornos psiquiátricos postparto, y también es la condición más rara de este tipo de trastornos conductuales post parto. Se caracteriza porque no se diferencia clínicamente de otras psicosis, por lo tanto requiere inmediata atención médica.

Inicia dramáticamente, emergiendo tan temprano como a las primeras 48-72 horas después del parto. Típicamente los síntomas se desarrollan entre las primeras 2 a 4 semanas post-parto.

Esta condición ocurre en aproximadamente 1 a 2 de cada 1000 nacimientos y afecta el 0.1% a 0.2% de las mujeres en post-parto.

Su sintomatología: labilidad del humor, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamientos desorganizados (ideas de suicidio, pensamientos obsesionados de violencia contra el bebé, falta de concentración), y alucinaciones que implican al niño (por ejemplo pueden pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería de morir, que está señalado con un terrible destino, que tiene poderes especiales o que es un salvador con una misión divina. Las mujeres con mayor riesgo son las que tienen una historia personal de desorden bipolar o un episodio previo de psicosis post-parto, trastorno de esquizofrenia.

3.4.8. Síntomas

Los síntomas del post-parto son los siguientes: (Berry, 2003)²⁷

- **Tristeza**

La tristeza es desde luego el síntoma más frecuente de la depresión post-parto. Las pacientes se sienten bajas de ánimo, infelices y desgraciadas la mayor parte del tiempo aunque estos síntomas pueden empeorar en algún momento particular del día, como por las mañanas o por las tardes. En ocasiones, las pacientes pasan días malos y días buenos, siendo estos últimos realmente frustrantes ya que el día bueno previo hizo que se albergaran esperanzas de mejorar. A veces, a las pacientes les parece que no merece la pena vivir, precisamente en unos momentos en que deberían sentirse muy alegres.

- **Irritabilidad**

La irritabilidad con frecuencia acompaña a la sensación de tristeza. La paciente puede estar irritable con sus otros hijos y ocasionalmente incluso con el recién nacido, aunque la mayoría de las veces lo está con su marido quien no suele comprender qué es lo que está pasando

- **Fatiga**

Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión post-parto se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

²⁷ Berry, T. (2003). *El llanto. el método brazelton*. Madrid, España: Editorial Norma.

- **Insomnio**

Cuando la madre se va a la cama puede que tenga dificultad para conciliar el sueño, o si duerme, puede que se despierte muy pronto, incluso aunque su pareja sea quien se ocupe de alimentar al hijo durante la noche.

- **Pérdida de apetito**

Las madres deprimidas generalmente no tienen ni tiempo ni ganas de comer lo cual contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas. Algunas madres deprimidas comen en exceso para aliviar su malestar psicológico y luego se sienten culpables y molestas con su gordura.

- **Incapacidad para disfrutar**

Lo que antes era un placer ahora no apetece y lo que antes interesaba ahora se convierte en aburrido. Esto es especialmente cierto en el caso de las relaciones sexuales. Algunas mujeres recuperan el interés por el sexo (si es que en algún momento lo perdieron) antes de que transcurran 6 semanas del parto, pero las madres con depresión post-parto suelen rechazar cualquier contacto sexual lo cual puede generar tensión en la pareja.

- **Desbordamiento**

Las madres con depresión post-parto tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al hijo y a la nueva situación que viven.

- **Ansiedad**

Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el hijo por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su hijo como un objeto. En vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo se sienten distantes de su hijo, al cual perciben como un pequeño ser misterioso y extraño, cuyos pensamientos (de tener alguno) son insondables y cuyas necesidades y emociones deben ser en algún modo satisfechas. La tarea de la nueva madre deprimida que todavía no se ha "enamorado" de su hijo es realmente dura. No obstante, el amor surge al final, cuando el niño es mayor y más interesante.

Sin embargo, la depresión post-parto puede desarrollarse aún cuando el amor por el recién nacido sea intenso. En estos casos, la madre teme desesperadamente perder a su precioso hijo por no cuidarlo bien, porque no se desarrolle adecuadamente, por una infección o bien teme que muera súbitamente.

Un simple catarro puede causar una gran preocupación. La madre puede obsesionarse con el peso del hijo y alarmarse si llora demasiado o incluso si pasa mucho tiempo en silencio, llegando a pensar: ¿habrá dejado de respirar? Es frecuente que la paciente desee ser constantemente tranquilizada por su pareja, su familia, su médico o cualquier otra persona.

La ansiedad también puede hacer a la madre preocuparse por su propia salud. Puede sentir pánico cuando su pulso se acelera o si tiene alguna palpitación, llegando incluso a pensar que tiene algo malo en el corazón o que está al borde de un accidente cerebrovascular. En ocasiones se siente tan debilitada que piensa que tiene alguna enfermedad terrible y que nunca volverá

a tener energía de nuevo. Estas sensaciones extrañas e inusuales le harán plantearse la pregunta ¿Me estoy volviendo loca? y la respuesta es no.

El temor de quedarse sola con todas estas preocupaciones puede dar lugar a que incluso la mujer más capaz se sienta tan indefensa que no desee que su marido vaya al trabajo.

3.4.9. Maltrato de las mujeres con depresión post-parto a sus hijos

No, ellas no lo hacen. Se pueden sentir como si lo fueran a hacer y se preocupan mucho por la posibilidad de hacer daño a sus hijos, aunque realmente nunca lo hacen. Para ser honestos, muchas mujeres sin depresión post-parto han podido llegar a pensar en alguna ocasión "Creo que si sigue llorando lo voy a coger y lo voy a lanzar por la ventana".

Las mujeres que "golpean" a sus bebés con frecuencia presentan graves trastornos emocionales que tienen su origen en su infancia.

Raramente, sin embargo, un bebé es herido o incluso asesinado, constituyendo un infanticidio, por una madre que presenta un trastorno mental grave en esos momentos. Esta es una consecuencia trágica de la llamada "psicosis puerperal", una enfermedad mental muy grave, aunque tratable, que puede aparecer a los pocos días del parto.

La madre puede delirar y llegar a pensar que su hijo es el diablo y por eso tiene que acabar con él, o puede tener ideas suicidas y decidir acabar no sólo con su vida sino también con la del recién nacido. La psicosis puerperal ocurre únicamente en uno de cada 500 partos y el infanticidio es afortunadamente muy raro. (Cabral, 2005)²⁸

²⁸ Cabral, J. (2005). *La depresión tiene cura*. Bogotá, Colombia, Editorial San Pablo

3.4.10. Qué puede hacerse

Muchas cosas, pero lo primero desde luego es reconocer y diagnosticar la depresión.

Muchas madres deprimidas no son conscientes de que tienen una enfermedad y se sienten avergonzadas de tener que admitir cómo les ha afectado su reciente maternidad. Algunas pueden llegar a creer que si dicen cómo se sienten realmente puede que les quiten a su hijo (esto no ocurrirá).

Algunos médicos, enfermeras y trabajadores sociales están preparados para reconocer la depresión post-parto ya que conocen su existencia y se esfuerzan por detectar, sin embargo, otros profesionales la pasan por alto o, lo que es peor, la ignoran considerándola como un simple "maternity blues".

En la actualidad existe una mayor concienciación para el reconocimiento y tratamiento de la depresión en general y la depresión post-parto no debe ser una excepción.

Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese como se siente realmente tras el parto de su hijo. Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, irritable, incompetente, asustada y desinteresada por el hijo, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarma y reproches.

El decirle a la madre que todo lo que le está pasando es consecuencia de que tiene una enfermedad llamada depresión post-parto suele ser de gran ayuda, ya que por lo menos sabrá a qué tiene que enfrentarse. Hay que tranquilizarla e intentar convencerla de que ella no es una madre caprichosa, extravagante o una mala madre, y de que otras muchas personas han padecido y padecen la misma enfermedad.

La depresión post-parto es muy frecuente, y si se pone tratamiento sin duda mejorará. Hay que advertir a la paciente que el tratamiento necesitará su tiempo para hacer efecto y que será necesario el concertar algunas citas para que reciba el apoyo necesario hasta que se recupere.

En este momento es importante el involucrar a la pareja de la paciente de forma que él pueda comprender qué es lo que ha estado pasando (no olvidemos que él también ha estado sufriendo las consecuencias de la depresión post-parto).

Posiblemente él sea quien mejor pueda apoyar a la paciente, aunque también necesitará algo de apoyo para sí mismo, especialmente si es el primer hijo que tiene la pareja y si se ha sentido desplazado tras su llegada. Este es un aspecto realmente importante ya que si el marido está resentido y no comprende hasta qué punto su esposa necesita de su apoyo y ayuda podrán surgir más problemas.

El marido de la paciente también se sentirá aliviado por el diagnóstico y por recibir consejos sobre cómo actuar. La ayuda práctica con el recién nacido, una actitud comprensiva y afectiva y el ser positivo serán apreciados incluso cuando la depresión desaparezca.

3.4.11. Tratamiento

- **Tratamiento hablado**

La oportunidad de poder hablar tranquilamente con un interlocutor simpático, comprensivo y no crítico, que puede ser un amigo, un familiar, un profesional o cualquier otra persona, puede significar una gran ayuda para la paciente.

Los tratamientos psicológicos más especializados tales como la psicoterapia (mediante la cual intentará comprender la depresión

en términos de lo que le ocurrió en el pasado) y la terapia cognitiva (que intentará hacerle sentir más positivo sobre sí mismo) constituyen también una gran ayuda y pueden ser solicitadas por su médico de cabecera a los profesionales de la Unidad de Salud Mental que le corresponda. (Berry, 2003)²⁹

a. Tratamiento Farmacológico

Los médicos no siempre prescriben tratamiento farmacológico para sus pacientes con trastornos emocionales. Sin embargo, en ocasiones la naturaleza de la depresión es tal que hace necesario un tratamiento con fármacos antidepresivos. Estos medicamentos:

- No son tranquilizantes ni estimulantes.
- No son adictivos, no crean dependencia.
- Necesitan dos semanas o más para empezar a hacer efecto.
- No hacen necesario el suspender la lactancia materna ya que entre los muchos antidepresivos disponibles existen algunos que no pasan a la leche materna y por tanto no afectarán a su hijo en absoluto.
- Necesitan ser mantenidos durante al menos 6 meses tras la depresión para reducir el riesgo de recaída.

A muchas mujeres les parece más atractiva la posibilidad de recibir tratamiento con hormonas en lugar de antidepresivos ya que consideran a éstas más naturales. Sin embargo, las evidencias disponibles sobre su eficacia son cuestionables y además no están exentas de efectos secundarios.

La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de

²⁹ Berry, T. (2003). *El llanto. el método brazelton*. Madrid, España: Editorial Norma.

parches en la piel. No existe duda de que muchas mujeres creen que el tratamiento hormonal que han recibido les ha beneficiado, pero todavía está por demostrar que este sea algo más que un placebo, es decir que la curación se produce más por la esperanza puesta en el tratamiento que por el propio tratamiento en sí. (Berry, 2003)³⁰

- **Evolución de la depresión post-parto sin tratamiento.**

La mayoría de las mujeres suelen mejorar en algún grado al cabo de semanas, meses o incluso uno o dos años. Sin embargo, esto es a costa de un gran sufrimiento injustificado. La depresión post-parto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja. De forma que lo mejor es detectar lo antes posible este trastorno para tratarlo precozmente. (Chinchilla, 2008)³¹

3.4.12. Prevención de la depresión post-parto

Si. Existen tres formas de prevención: detectar precozmente el trastorno, tratarlo rápidamente y evitar sus consecuencias. Este está especialmente dedicado a la detección y tratamiento precoz de la depresión post-parto.

No hay que intentar ser una excelente mujer. El tener un hijo es un trabajo que puede exigir dedicación exclusiva, de forma que durante su embarazo intente reducir sus compromisos (si trabaja, asegúrese que se alimenta de forma suficiente y con regularidad y ponga los pies en alto durante la hora de la comida).

- No se mude de casa mientras esté embarazada o hasta que su hijo no tenga seis meses.

³⁰ Berry, T. (2003). *El llanto. el método brazelton*. Madrid, España: Editorial Norma.

³¹ Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Haga amistad con otras parejas que estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente. Entre otras cosas, esto le posibilitará el disponer de alguien que pueda cuidar a su hijo cuando lo precise.
- Identifique a alguien en quien pueda confiar, es necesario disponer de algún amigo a quien acudir en caso de necesidad.
- Vaya a las clases preparto y lleve a su pareja consigo.

Si se ha sufrido previamente una depresión, esto no significa que se vaya a tenerla de nuevo en el siguiente parto. Sin embargo, tras el parto es necesario que se ponga en contacto con el médico de cabecera para que éste vigile la posible aparición de cualquier signo de recurrencia de la depresión post-parto y así comenzar lo antes posible con el tratamiento. (Chinchilla, 2008)³²

Una vez que el hijo haya nacido:

- Aprovechar cualquier oportunidad para descansar. Aprender a echar pequeñas siestas. La pareja podrá encargarse de alimentar al hijo por la noche, utilizando si se desea incluso la propia leche extraída con anterioridad.
- Alimentarse adecuadamente. Las ensaladas, los vegetales frescos, la fruta, los zumos, la leche y los cereales son alimentos muy adecuados.
- Encontrar tiempo para disfrutar con la pareja. Intentar conseguir una niñera. Salir a cenar, al cine, a ver unos amigos o tomar una copa.
- Intentar intimar con la pareja, incluso aunque todavía no le apetezca tener relaciones sexuales completas, un beso, un

³² Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

abrazo, una caricia, o un mimo pueden ser bastante reconfortables hasta que regrese el deseo sexual al completo.

- No sea muy crítica consigo misma ni con su pareja. La vida se hace bastante dura en estos momentos y el cansancio y la irritabilidad de ambos puede conducir a discusiones frecuentes que no harán más que debilitar su relación en unos momentos en que esta debería ser más fuerte.
- No temer pedir ayuda cuando se necesite. Aunque el médico es quien debe realizar el diagnóstico de su depresión post-parto.
- Finalmente, a pesar de que la depresión post-parto ya esté instaurada cuando se le diagnostique, no se desespere, el apoyo, el consejo y la medicación marcarán la diferencia y acelerarán su recuperación. Nunca es tarde.

3.5. Intervenciones de enfermería:

3.5.1. Prevención

- Las enfermeras proporcionan cuidados individualizados y flexibles durante el pos-parto basándose en la identificación de síntomas depresivos y en la preferencia de la madre.
- Las enfermeras deben poner en marcha las estrategias de prevención en el pos-parto, siendo una de ellas la Confirmación de La Escala de Depresión Post-parto de Edinburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale) que es la herramienta de auto informe recomendada, para confirmar los síntomas de depresión en las madres en el periodo post-parto.

- La EPDS se puede administrar en cualquier momento durante el periodo del post-parto (se recomienda del nacimiento hasta los 12 meses) para confirmar los síntomas depresivos.
- Las enfermeras deben alentar a las madres a completar la EPDS después del parto, por sí mismas y en la intimidad.
- Las enfermeras deben proporcionar una valoración inmediata en caso de autolesiones, ideas o comportamientos suicidas cuando una madre presenta una puntuación positiva en el ítem 10 de la escala EPDS sobre autolesiones.

3.5.2. Tratamiento:

- Las enfermeras deberán proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuadas centradas en las necesidades de salud mental de las madres puérperas que experimentan síntomas depresivos. Creando un grupo de apoyo en coordinación con el equipo de salud.
- Las enfermeras deben facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el post-parto, según corresponda, a las madres que experimentan síntomas depresivos.
- Las enfermeras deben promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el periodo post-parto.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- **Título: “Factores asociados a depresión post-parto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana”(2004).**

Autores: Pilar Aramburú y Rosalyn Arellano

Conclusión: Se encontró una tasa de prevalencia de depresión post-parto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión post-parto.

- **Título: “Depresión post-parto en mujeres con niños menores de 6 meses que asisten al control de salud infantil en el centro de salud familiar, CESFAM METODISTA, de la ciudad de Temuco entre los meses de Julio-Agosto 2009,Chile”. (2009).**

Autores: Nicole Cortés Jara, Lorena Díaz Sanhueza.

Conclusión: La prevalencia de DPP en madres lactantes menores de 6 meses usuarias del CEFAM metodista fue de un 34 %, similar a la prevalencia encontrada a nivel nacional.

- **Título: Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. (2009)**

Autores: Vargas-Mendoza, J.E. y García-Jarquín, M.

Conclusión: Los datos muestran que el 90% de la población estudiada presenta depresión post-parto.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. TÉCNICA

La técnica que se empleó en la presente investigación es la encuesta.

1.2. INSTRUMENTO

El instrumento seleccionado para obtener la información es el Cuestionario; Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo (Instrumento validado).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Puesto de Salud de PERUARBO, ubicado en Bolivia II, Mz.A1 Lote 10, Zamàcola, Distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa, Provincia y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó en los meses de Octubre a Diciembre del año 2012.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

Estuvo conformado por las mujeres que acudieron al Puesto de Salud PERUARBO, en los meses Agosto, Setiembre y Octubre con un total de 230.

2.3.2. Criterios de inclusión

Se incluyeron a las mujeres en tiempo de Post- Parto menor a un año, que acudieron al Puesto de Salud PERUARBO y aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

2.3.3. Criterios de exclusión

Se excluyeron a las mujeres en tiempo de Post- Parto menor a un año con antecedentes de enfermedades psiquiátricas y mujeres que no desearon participar en la investigación.

2.3.4. Muestra

La muestra se determinó en 119 mujeres que acudieron al Puesto de Salud PERUARBO en tiempo de post-parto menor a un año.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- El estudio se realizó en un periodo de 5 meses (Setiembre del 2012 a Enero del 2013), partiendo desde su planteamiento hasta el informe de resultados a las autoridades de la universidad.
- Habiéndose aprobado el proyecto de tesis el 30 de Octubre del 2012 de acuerdo al Reglamento, se solicitó la autorización respectiva a la Dra. Giovanna Chirinos Chirinos, jefa del Puesto de Salud de PERUARBO,

Zamacola – Arequipa, el día 07 de Noviembre del mismo año para poder realizar nuestra Tesis. Los datos sobre el universo se obtuvieron del cuaderno de triaje de los meses: Agosto, Setiembre y Octubre; teniendo en cuenta a los asistentes a consultorios de: niño sano, obstetricia y medicina dándonos como resultado 230 madres, para el cual aplicamos la fórmula de Tamaño de Muestra que nos dio como resultado una muestra de 119 personas.

- Se inició la toma de Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo el día lunes 12 de Noviembre, al cual asistimos en el horario de 8:00 am – 11:00 am con una frecuencia de 5 días a la semana (lunes- viernes).
- La Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo está compuesta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuestas que varía en cada pregunta y un puntaje asignado a cada una.
- A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma ; en las preguntas 1,2 y 4. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) .Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no de su gravedad, cualquier numero que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.
- Los datos que se obtuvieron fueron vaciados para su análisis e interpretación en tablas, posteriormente obtuvimos una conclusión y recomendaciones que nos llevaron a la evaluación de la Depresión Post-Parto.



CAPITULO III

RESULTADOS

1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Resultados de la Aplicación de la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo.

A efectos de establecer la detección de las madres que padecen de depresión post-parto, se aplicó la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo. El lugar de investigación, de manera específica, se situó en el puesto de salud de PERUARBO de Zamacola, distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa.

La investigación se realizó en los meses de Noviembre a Diciembre del 2012 y comprendió como unidades de estudio a una muestra de 119 mujeres que acudieron al Puesto de Salud de PERUARBO en tiempo de post-parto menor a un año.

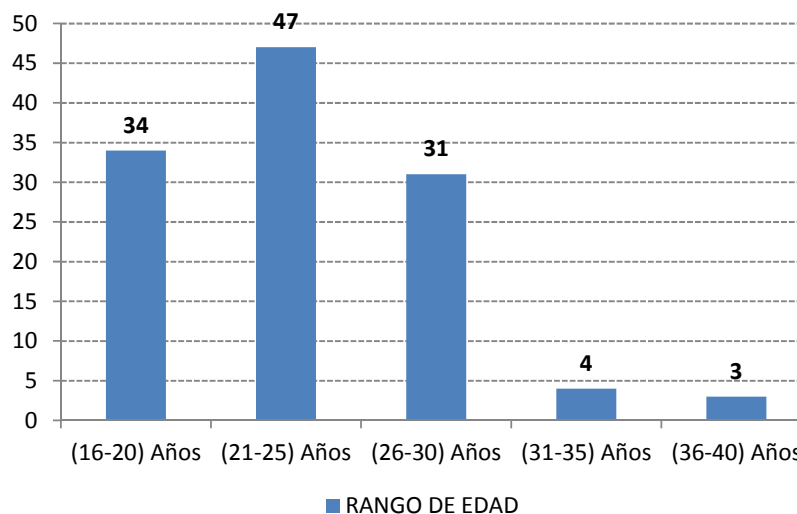
A continuación se exponen inicialmente los resultados obtenidos correspondientes a los factores sociodemográficos como son la edad, estado civil, número de hijos, planificación familiar, grado de instrucción, ocupación, fecha de parto, para luego exponer los resultados obtenidos, de manera separada para cada una de las preguntas de la EPDS, para concluir seguidamente de manera general con la puntuación total obtenida.

CUADRO N° 01
EDAD DE MUJERES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD
PERUARBO DE ZAMACOLA

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(16-20) Años	34	29%
(21-25) Años	47	39%
(26-30) Años	31	26%
(31-35) Años	4	3%
(36-40) Años	3	3%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
SEGUN EDAD DE MUJERES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD
PERUARBO DE ZAMACOLA



Fuente: Elaboración propia

Del cuadro anterior podemos observar que 47 mujeres encuestadas oscilan entre los 21 a 25 años de edad, representando el 39%; seguido de las mujeres entre 16 a 20 años que representa el 29%; entre 26 a 30 años representa el 26% y solo 7 mujeres que representan el 6% de mujeres mayores a 30 años.

Deducimos que el porcentaje mayor se da de 21 a 25 años, debido a que la mujer se encuentra en un estado de madurez anatómico, fisiológico y psicológico; y sea por esta razón que en estas edades se da más el periodo de gestación. Por otra parte la población de PERUARBO es joven debido a su reciente creación.



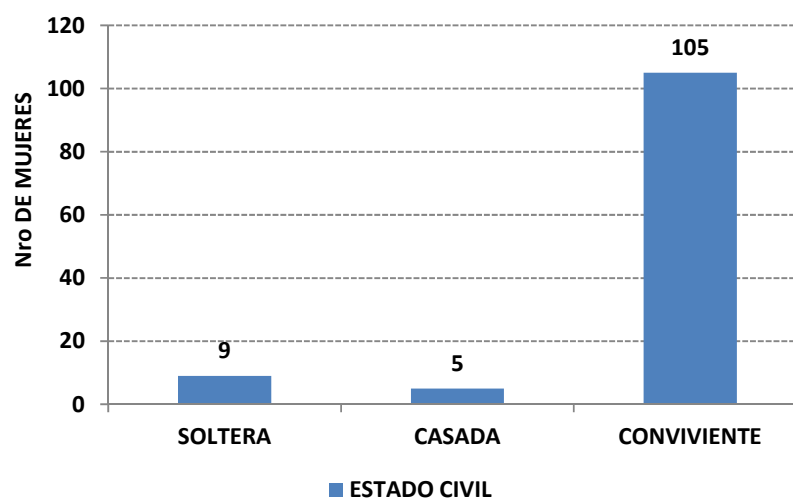
CUADRO N° 02

**ESTADO CIVIL DE MUJERES QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD
PERUARBO DE ZAMACOLA**

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	9	8%
CASADA	5	4%
CONVIVIENTE	105	88%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
SEGUN ESTADO CIVIL DE MUJERES QUE ASISTEN AL
PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA**



Fuente: Elaboración propia

En el cuadro anterior se puede observar que la gran mayoría de las mujeres que participaron del estudio, tienen la condición civil de Convivientes, 105 mujeres representando el 88% del total; 09 mujeres que tienen la condición civil de Solteras representando el 8% y 05 mujeres con la condición civil de casadas representando el 4 %.

Deducimos que el 88 % de las madres, son convivientes esto debido a que en la sociedad actual en la que vivimos, la convivencia se ha vuelto una corriente, dado que el matrimonio y el divorcio son costosos. Por otro lado encontramos que muchas relaciones inician por atracciones sexuales, dejando de lado los sentimientos iniciando solamente la responsabilidad de formar a un hijo.

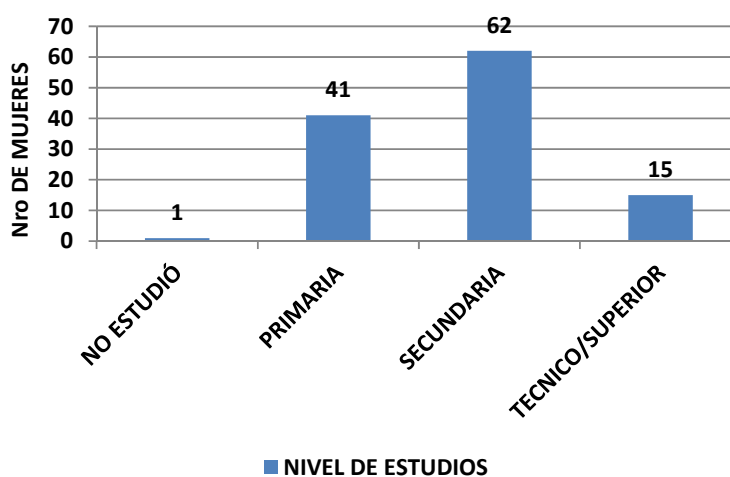
CUADRO N° 03

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE MUJERES QUE ASISTEN
AL PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA**

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ESTUDIÓ	1	1%
PRIMARIA	41	34%
SECUNDARIA	62	52%
TÉCNICO/SUPERIOR	15	13%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
SEGUN GRADO DE INSTRUCCION DE MUJERES
QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PERUARBO DE
ZAMACOLA



Fuente: Elaboración propia

Del cuadro se puede observar que el 52% (62 mujeres) tienen el nivel de educación secundaria; el 34% (41 mujeres) el nivel primario y un 13% (15 mujeres) un nivel técnico/superior.

Deducimos que el 52% cuenta con un grado de Instrucción secundaria completa e incompleta, debido a factores económicos bajos por lo cual tienen que buscar diversos trabajos, lo que impide que se realicen estudios técnicos y/o profesionales; interviniendo así mismo el factor cultural (machismo).



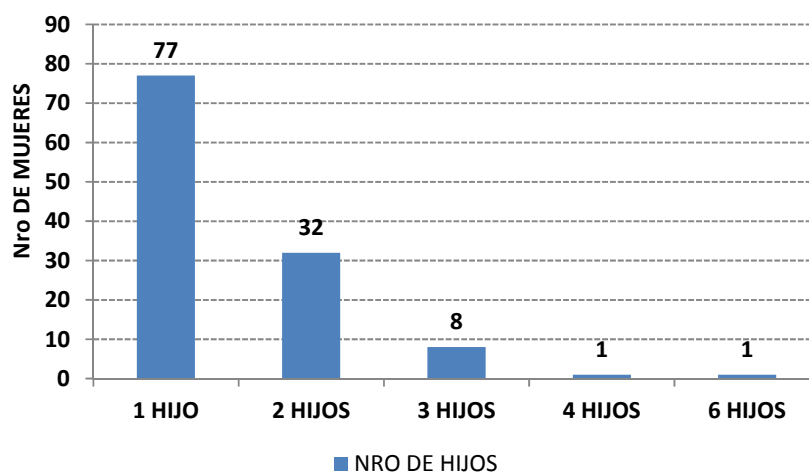
CUADRO N° 04

**NUMERO DE HIJOS DE MUJERES QUE ASISTEN AL PUESTO DE
SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA**

NRO DE HIJOS	NRO DE HIJOS	PORCENTAJE
1 HIJO	77	65%
2 HIJOS	32	27%
3 HIJOS	8	7%
4 HIJOS	1	1%
6 HIJOS	1	1%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
SEGUN NRO DE HIJOS DE MUJERES QUE ASISTEN AL
PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA



Fuente: Elaboración propia

Del cuadro anterior podemos observar que el 65% de mujeres tienen un hijo que corresponde a 77 mujeres; seguido por 32 mujeres que tienen 2 hijos representando el 27% y 10 mujeres que tienen más de dos hijos representando un 9%.

Así mismo se puede deducir que el 65% de mujeres, tienen un hijo debido al factor económico bajo, con el que cuentan en su mayoría; por otro lado hay que tener en cuenta que pueden optar por planificación familiar, ya que en su mayoría son madres jóvenes.

En otros casos, puede ser por complicaciones o problemas anatómicos o fisiológicos con el sistema reproductivo, lo que impida procrear más hijos.



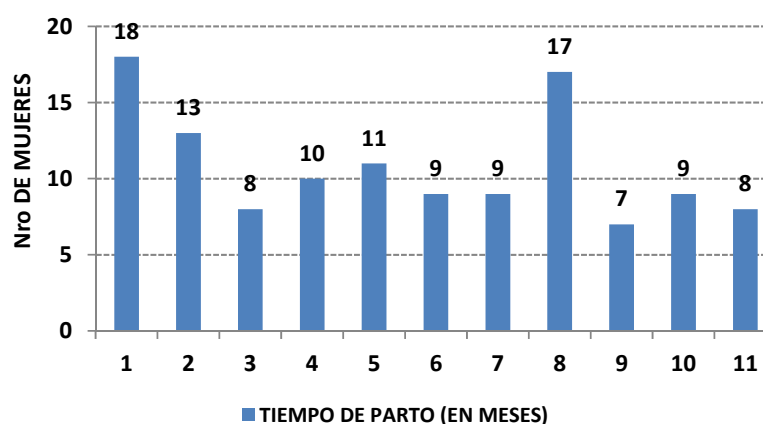
CUADRO N° 05

**TIEMPO DE POST-PARTO DE MUJERES QUE ASISTEN AL PUESTO
DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA**

CATEGORÍA (MESES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	18	15%
2	13	11%
3	8	7%
4	10	8%
5	11	9%
6	9	8%
7	9	8%
8	17	14%
9	7	6%
10	9	8%
11	8	7%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
SEGUN TIEMPO DE PARTO DE MUJERES QUE ASISTEN AL
PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA



Fuente: Elaboración propia

Del cuadro anterior se puede observar que el 15% de madres encuestadas presenta un tiempo de post- parto de un mes, seguido por un 14% que representa un tiempo de post-parto de 8 meses y un 11% que representa un tiempo de post-parto de 2 meses.



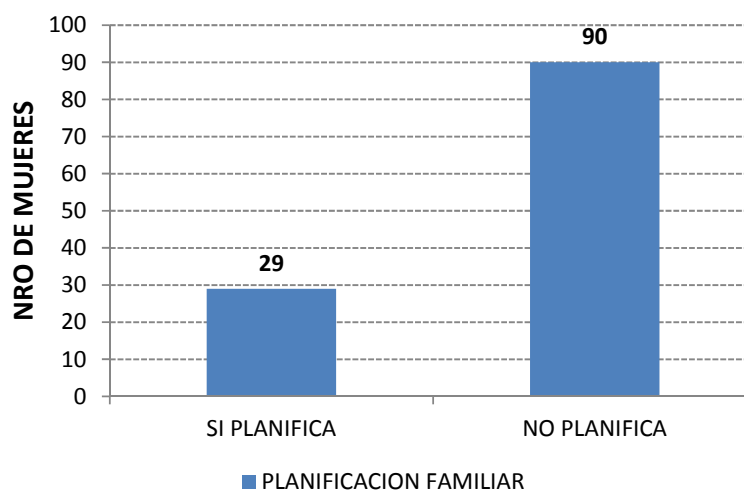
CUADRO N° 06

**LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES QUE ASISTEN AL
PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA**

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI PLANIFICA	29	24%
NO PLANIFICA	90	76%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
SEGUN PLANIFICACION FAMILIAR EN MUJERES QUE
ASISTEN AL PUESTO DE SALUD PERUARBO DE
ZAMACOLA



Fuente: Elaboración propia

Del cuadro anterior se puede observar que 90 mujeres que representan el 76% del total de personas que participaron del estudio, no utilizan ningún tipo de planificación familiar.

Deducimos que esta respuesta se debe en gran parte al factor cultural (machismo), debido que a pesar de estar en una época en donde es necesario que se use métodos de planificación familiar no se usan, por el desacuerdo de la pareja conyugal como reacción.



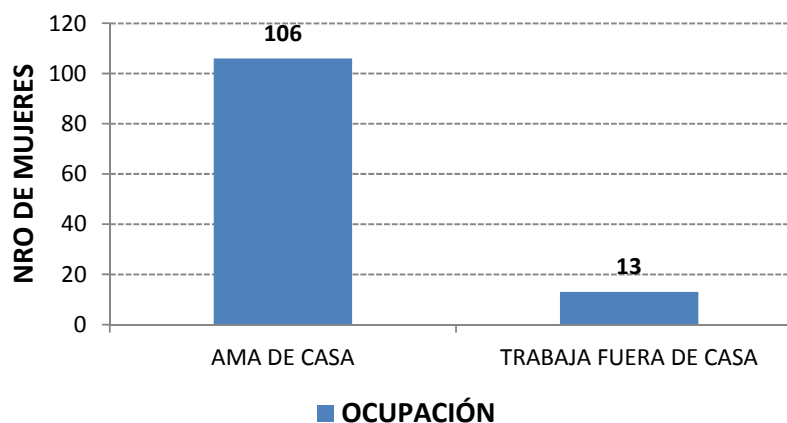
CUADRO N° 07

**OCUPACIÓN LABORAL DE MUJERES QUE ASISTEN AL PUESTO DE
SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA**

CATEGORÍA	OCUPACIÓN	PORCENTAJE
AMA DE CASA	106	89%
TRABAJA FUERA DE CASA	13	11%
Total	119	100%

Fuente: Elaboración propia

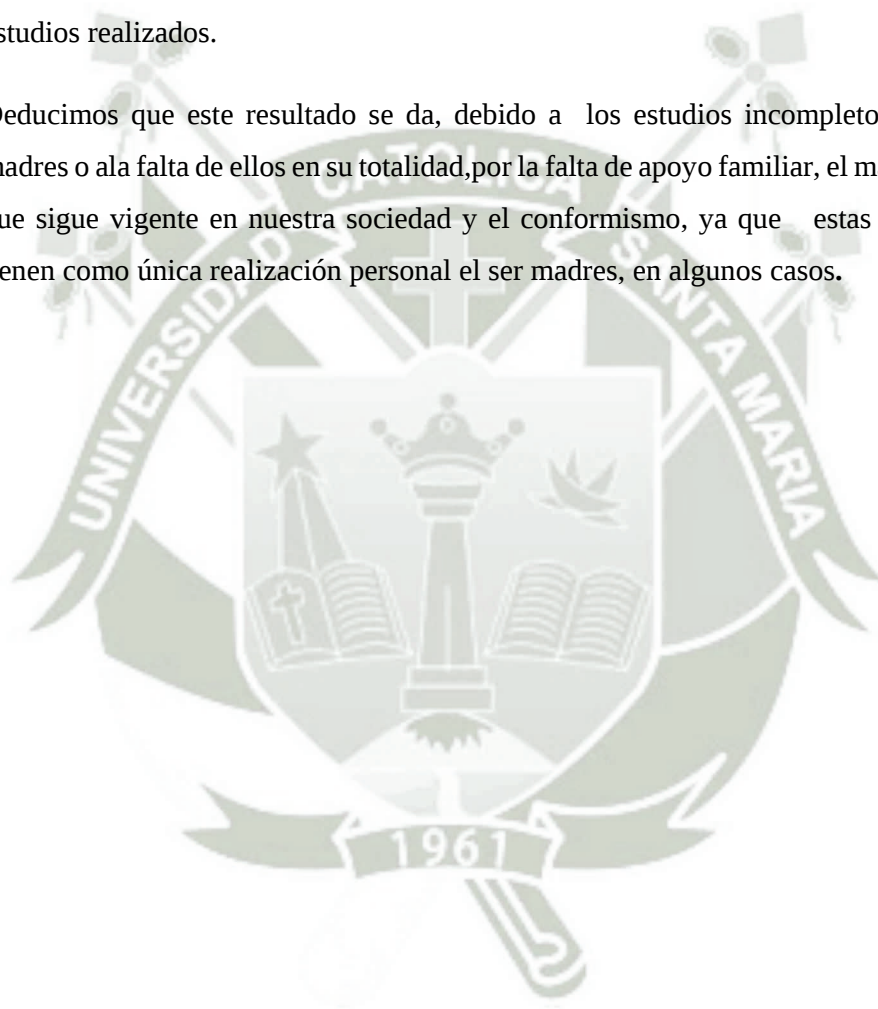
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
SEGUN OCUPACIÓN DE MUJERES QUE ASISTEN AL
PUESTO DE SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA**



Fuente: Elaboración propia

Del cuadro anterior podemos observar que 106 mujeres que representan el 89% presentan una condición de Ama de casa y solo 13 mujeres que representan el 11% laboran fuera de su casa, como técnicos y/o profesionales de acuerdo a los estudios realizados.

Deducimos que este resultado se da, debido a los estudios incompletos de las madres o a la falta de ellos en su totalidad, por la falta de apoyo familiar, el machismo que sigue vigente en nuestra sociedad y el conformismo, ya que estas mujeres tienen como única realización personal el ser madres, en algunos casos.



CUADRO N° 08

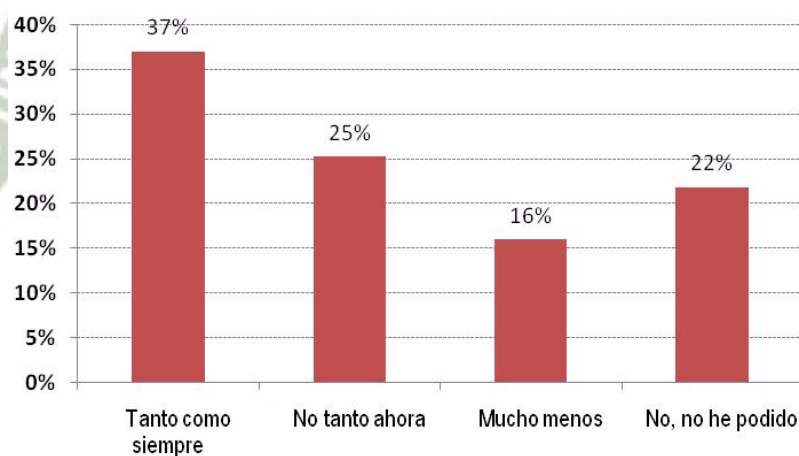
**¿HE SIDO CAPAZ DE REÍR Y VER EL LADO BUENO
DE LAS COSAS?**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tanto como siempre	44	37%
No tanto ahora	30	25%
Mucho menos	19	16%
No, no he podido	26	22%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS

¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro anterior a la primera pregunta sobre si he sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas, el 37% respondió que es capaz de hacerlo, el 25% indica que no lo hace tanto ahora, el 22% no ha podido hacerlo, y el 16% que ahora lo hace mucho menos.

Deducimos que la mayoría de mujeres son capaces de reír y ver el lado bueno de las cosas. Dado que observan a sus hijos como eje principal de vida, para lograr planes a futuro y que 26 de ellas no han podido pensar de manera positiva, ya que es pues también asumir la responsabilidad de formar una nueva vida y no tener el apoyo para asumirlo hace que se sientan de esta manera. Así mismo es posible que sea la complicación de Depresión Post-Parto, la que influya en este tipo de sentimientos.

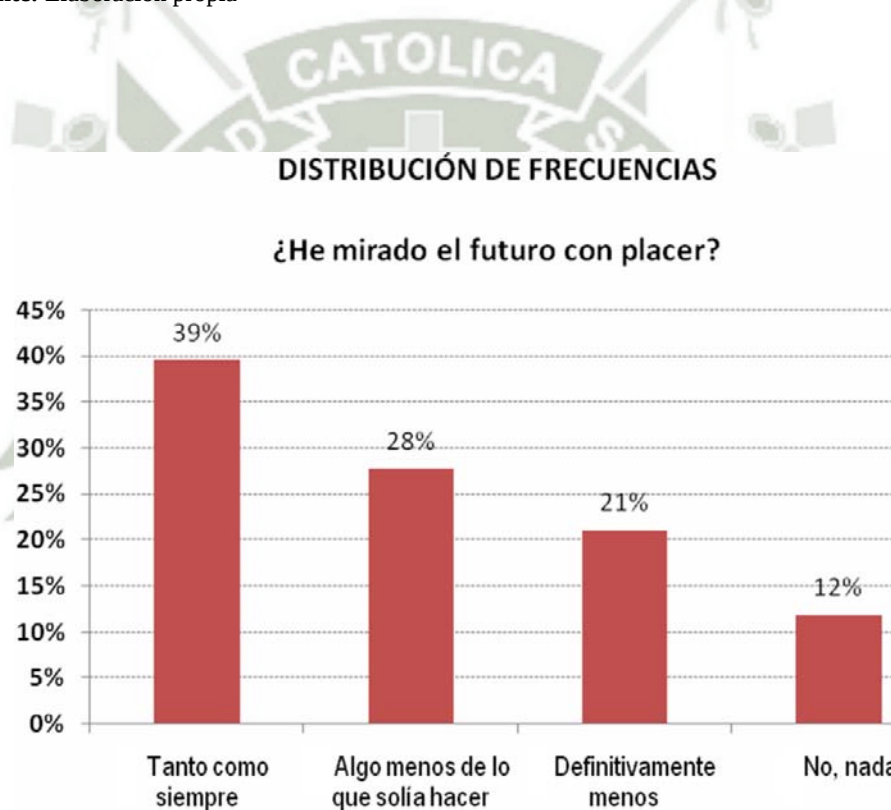


CUADRO N° 09

¿HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tanto como siempre	47	39%
Algo menos de lo que solía hacer	33	28%
Definitivamente menos	25	21%
No, nada	14	12%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro anterior a la segunda pregunta sobre si han mirado el futuro con placer, el 39% respondió que lo hizo tanto como siempre; el 28% que lo ha hecho algo menos de lo que solía hacer; el 21% dijo que definitivamente menos y el 12% que manifestó que no, nada.

Deducimos que la mayoría de madres encuestadas puede ver el futuro con placer debido a que, se sienten realizadas por ser madres, haber formado una familia, la cual será su motivación principal para seguir adelante con los planes futuros, para ella, su esposo e hijo.



CUADRO N° 10

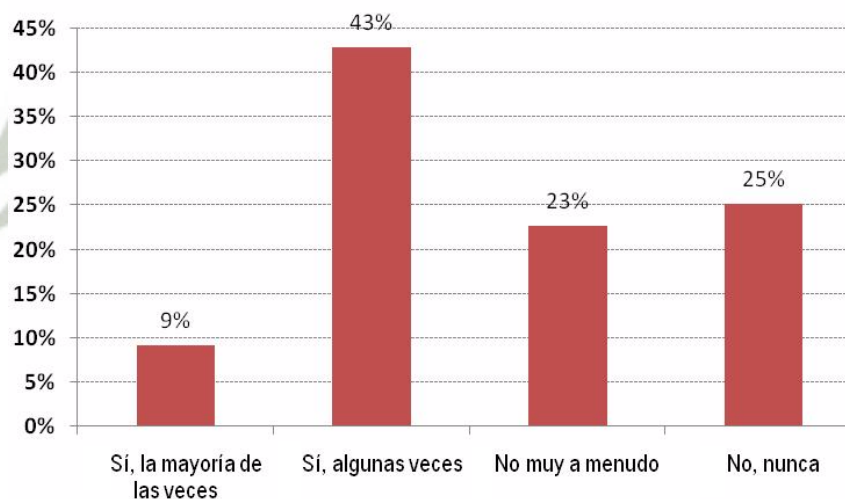
**¿ME HE CULPADO SIN NECESIDAD CUANDO LAS COSAS NO
SALÍAN BIEN?**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, la mayoría de las veces	11	9%
Sí, algunas veces	51	43%
No muy a menudo	27	23%
No, nunca	30	25%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS

¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien?



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro a la tercera pregunta si se han culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien, respondieron en su mayoría 43% que sí, algunas veces; un 25% dijo que no, nunca; el 23% dijo que no muy a menudo, y sólo el 9% dijo que sí, la mayoría de las veces.

Deducimos que la mayoría de las madres si se culpa sin necesidad cuando las cosas no han salido bien, debido al factor de estrés, puesto que el hacerse cargo de su hijo recién nacido en el caso de madres primiparas sin el apoyo de ninguna persona, sumándole a esto las tareas cotidianas del hogar, trae consigo mucha responsabilidad, discusiones con la pareja conyugal, llevan al borde de la desesperación a las madres, así mismo puede que este sea un síntoma de Depresión Post-parto.

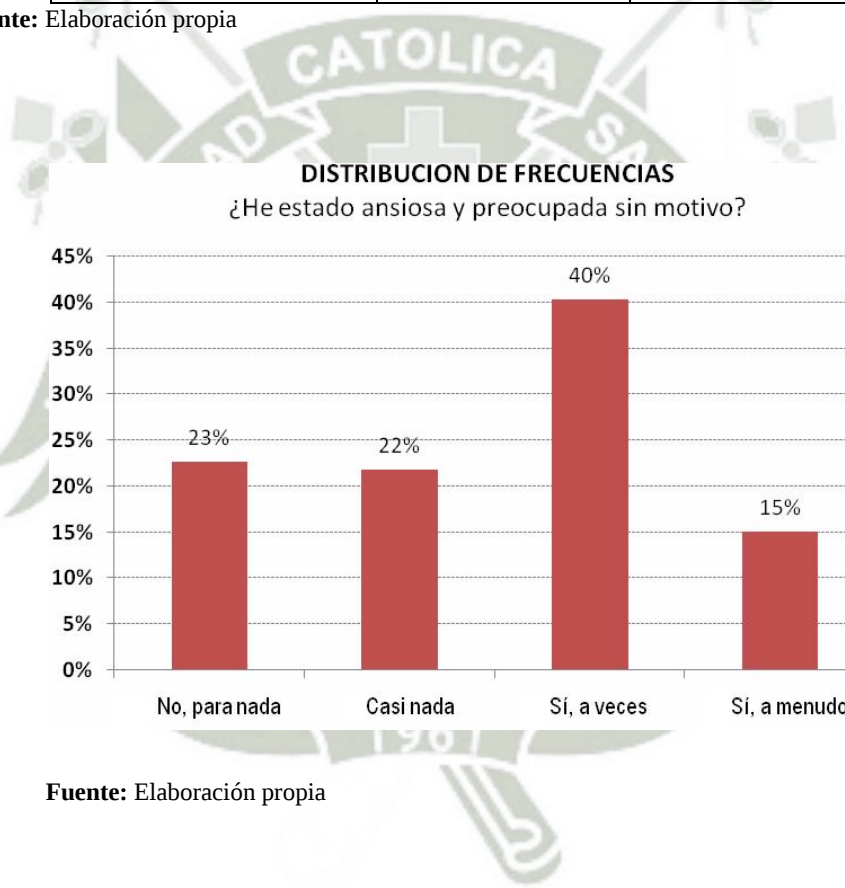


CUADRO N° 11

¿HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SIN MOTIVO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No, para nada	27	23%
Casi nada	26	22%
Sí, a veces	48	40%
Sí, a menudo	18	15%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro a la cuarta pregunta si han estado ansiosas y preocupadas sin motivo, respondiendo en su mayoría 40% que sí, a veces; el 23% dijo que no, para nada; el 22% dijo que casi nada, y un 15% manifestó que sí, a menudo.

Deducimos que esta respuesta se debe , al factor de estrés que sufre la madre en su día a día, por su vida rutinaria, el no tener el apoyo suficiente por parte de sus familiares, el dedicarse solo a tareas del hogar.

Por otro lado el factor economico bajo, hace que las madres se preocupen, debido a que no alcanza el dinero para cubrir las necesidades basicas de su familia.

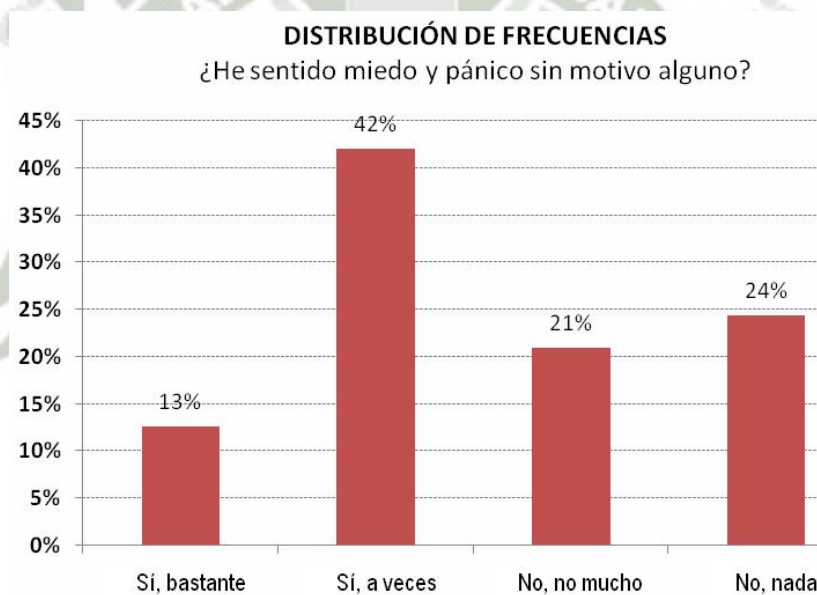


CUADRO N° 12

¿HE SENTIDO MIEDO Y PÁNICO SIN MOTIVO ALGUNO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, bastante	15	13%
Sí, a veces	50	42%
No, no mucho	25	21%
No, nada	29	24%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro a la quinta pregunta si han sentido miedo pánico sin motivo alguno, las encuestadas repondieron un 42% que sí a veces; un 24% dijo que no, nada; el 21% manifestó que no, no mucho; y tan sólo un 13% dijo que sí, bastante.

Deducimos que el sentir miedo o pánico, después de haber dado a luz a un hijo, puede deberse a que el hijo no ha sido deseado o porque no es normal; muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de post-parto (DDP). Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento.

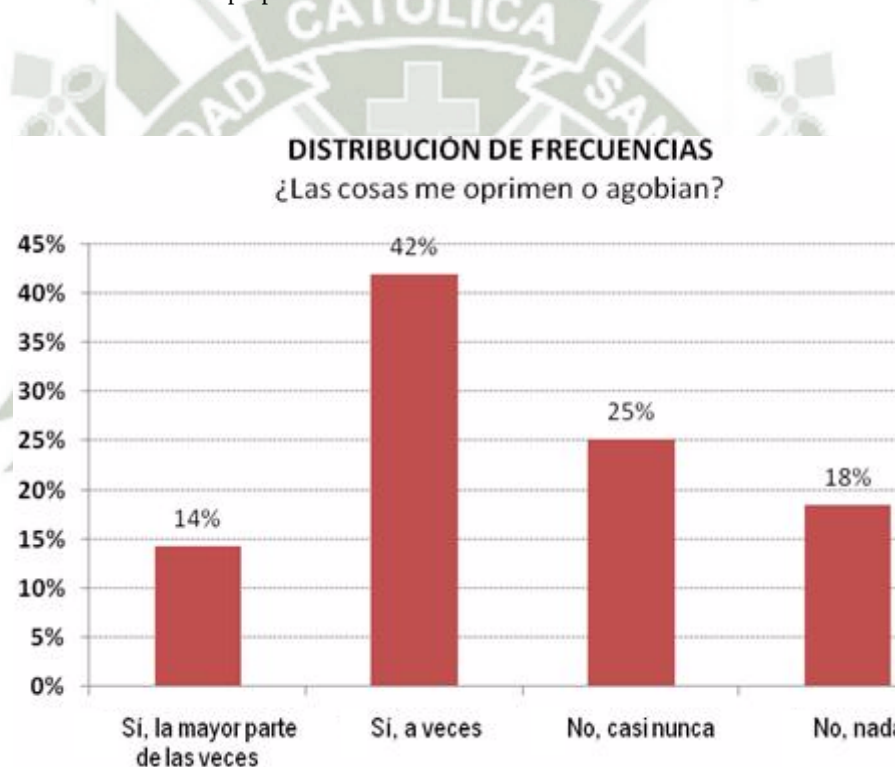


CUADRO N° 13

¿LAS COSAS ME OPRIMEN O AGOBIAN?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, la mayor parte de las veces	17	14%
Sí, a veces	50	42%
No, casi nunca	30	25%
No, nada	22	18%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro a la sexta pregunta en relación a si las cosas le oprimen o agobian, las encuestadas respondieron un 42% que si, a veces; un 25% dijo que no, casi nunca; un 18% dijo que no, nada; y un 14% respondió que si, la mayor parte de las veces.

Deducimos que definitivamente entre los cambios físicos y emocionales por los que se pasa después del nacimiento del bebé y la nueva responsabilidad, no es de sorprender que se sientan así. El deseo de hacer todo "bien" también pone mucha presión en los nuevos papás, sobrellevar el estrés. Si después del primer mes aun se sienten agobiadas, podría ser señal de depresión post-parto.

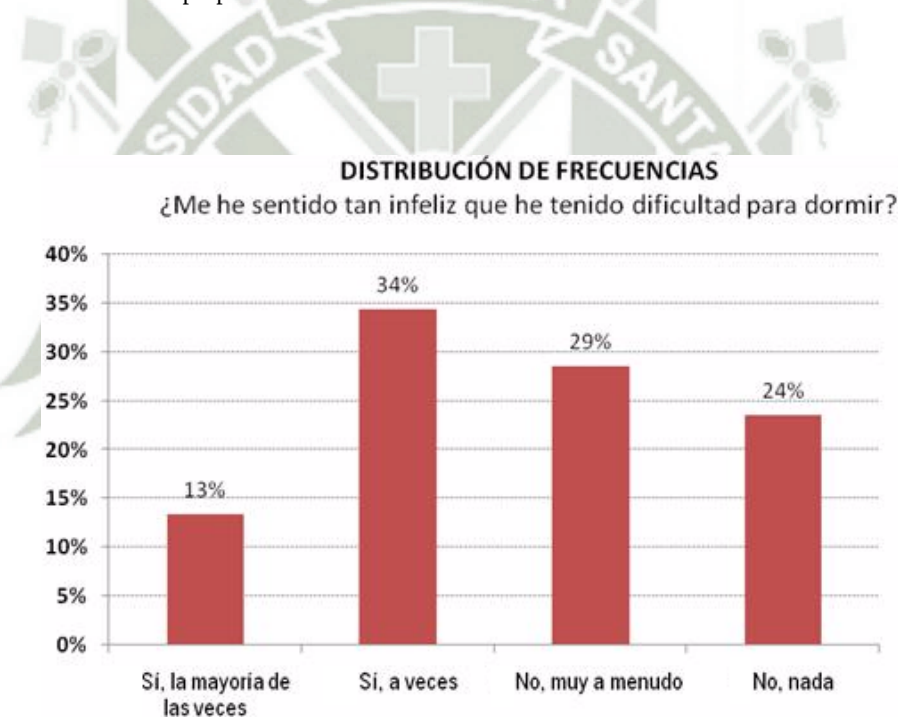


CUADRO N° 14

**¿ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE TENIDO DIFICULTAD
PARA DORMIR?**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, la mayoría de las veces	16	13%
Sí, a veces	41	34%
No, muy a menudo	34	29%
No, nada	28	24%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro a la septima pregunta si se han sentido tan infelices que han tenido dificultad para dormir, respondiendo un mayoritario 34% que si, a veces; un 29% dijo que no, muy a menudo, el 24% dijo que no, nada; y el 13% dijo que sí, la mayoría de las veces.

Deducimos que la mujer quizás tenga sentimientos muy diversos después del parto. El sentimiento de infelicidad, es muy normal después del parto, hay veces que se transforma en algo tan difícil que la madre se siente sobrellevada y sin control. Si esto ocurre, la mujer pueda que esté sufriendo Depresión Post-parto. Cada madre es diferente y puede presentar síntomas diferentes. Estos síntomas pueden aparecer pronto después del parto o muchos meses más tarde. También se observan factores económicos bajos, problemas con la pareja conyugal, problemas de salud los que ocasionan también este tipo de sintoma.

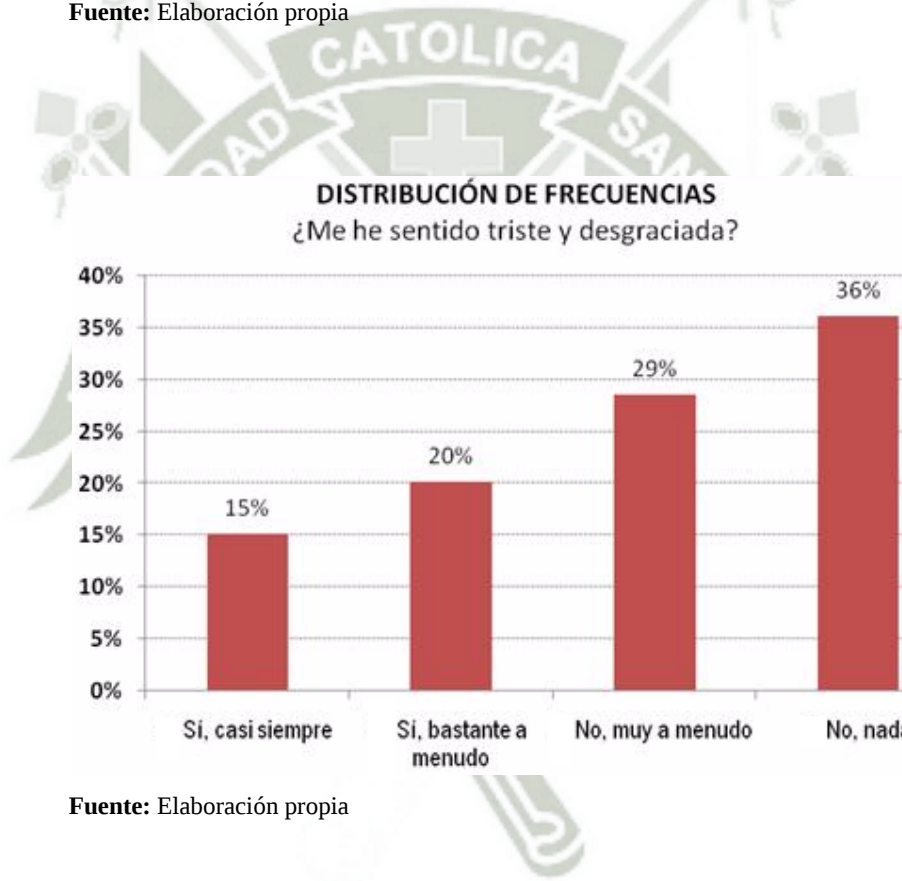


CUADRO N° 15

¿ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, casi siempre	18	15%
Sí, bastante a menudo	24	20%
No, muy a menudo	34	29%
No, nada	43	36%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Según se observa en el cuadro a la octava pregunta si se han sentido tristes y desgraciadas, el 36% dijo que no, nada; el 29% dijo que no, muy a menudo; el 20% dijo que sí, bastante a menudo; y sólo el 15% dijo que si, casi siempre.

Deducimos que si bien es cierto el embarazo y puerperio provocan cambios bio-psicosociales que provocan que la mujer sea más vulnerable a la aparición de sentimientos de tristeza, lo es también que factores económicos bajos, falta de apoyo de la pareja, enfermedades presentes en el hijo o familia contribuyan a este tipo de sentimientos.

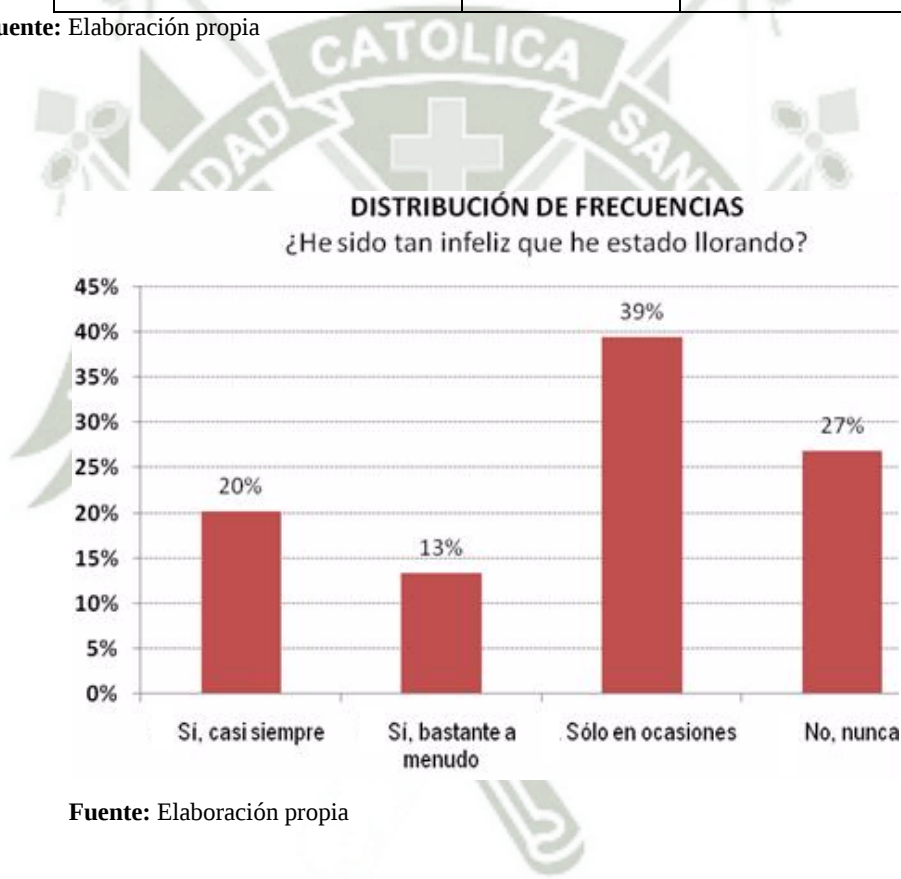


CUADRO N° 16

¿HE SIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, casi siempre	24	20%
Sí, bastante a menudo	16	13%
Sólo en ocasiones	47	39%
No, nunca	32	27%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Según se observa en el cuadro a la novena pregunta si han sido tan infelices que han estado llorando, el 39% dijo que sólo en ocasiones; el 27% dijo que no, nunca; el 20% manifestó que si, casi siempre; y sólo el 13% dijo que si, bastante a menudo.

Deducimos que la mujer quizás tenga sentimientos muy diversos después del parto. El sentimiento de infelicidad, es muy normal después del parto, hay veces que se transforma en algo tan difícil que la madre se siente sobrellevada y sin control. Si esto ocurre, la mujer pueda que esté sufriendo Depresión Post-parto. Cada madre es diferente y puede presentar síntomas diferentes. Estos síntomas pueden aparecer pronto después del parto o muchos meses más tarde. También se observan factores económicos bajos, problemas con la pareja conyugal, problemas de salud los que ocasionan también este tipo de síntoma.

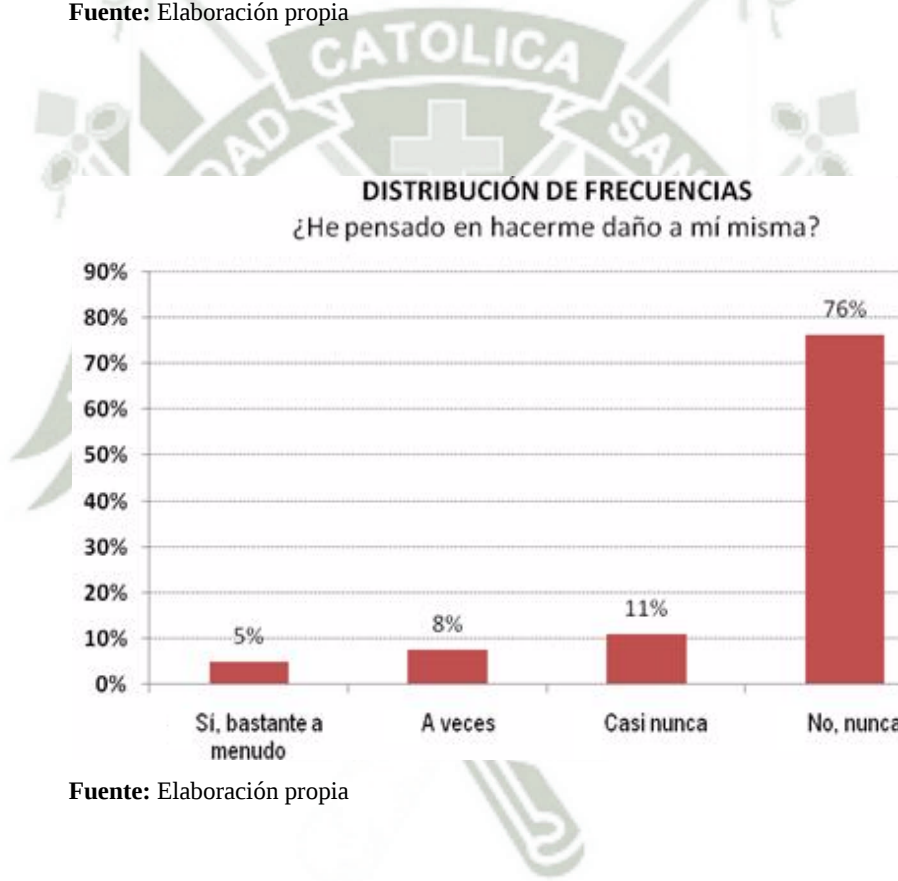


CUADRO N° 17

¿HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MI MISMA?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí, bastante a menudo	6	5%
A veces	9	8%
Casi nunca	13	11%
No, nunca	91	76%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia



Según se observa en el cuadro a la decima pregunta si han pensado en hacerse daño a si mismas, respondiendo un mayoritario 76% que no, nunca; muy atrás el 11% dijo que casi nunca; el 8% dijo que a veces, y unicamente un 5% dijo que sí, bastante a menudo.

Deducimos que es probable que las mujeres tengan pensamientos suicidas en situaciones de estrés, debido ala situación económica en la que viven, problemas conyugales, problemas de salud (Depresión Post-parto), se sienten acorraladas, sin saber qué hacer, es por esto que pueden llegar a tomar una decisión contra su vida. En el cuadro mostramos que solo un 5% de mujeres piensan en atentar contra sus vidas.



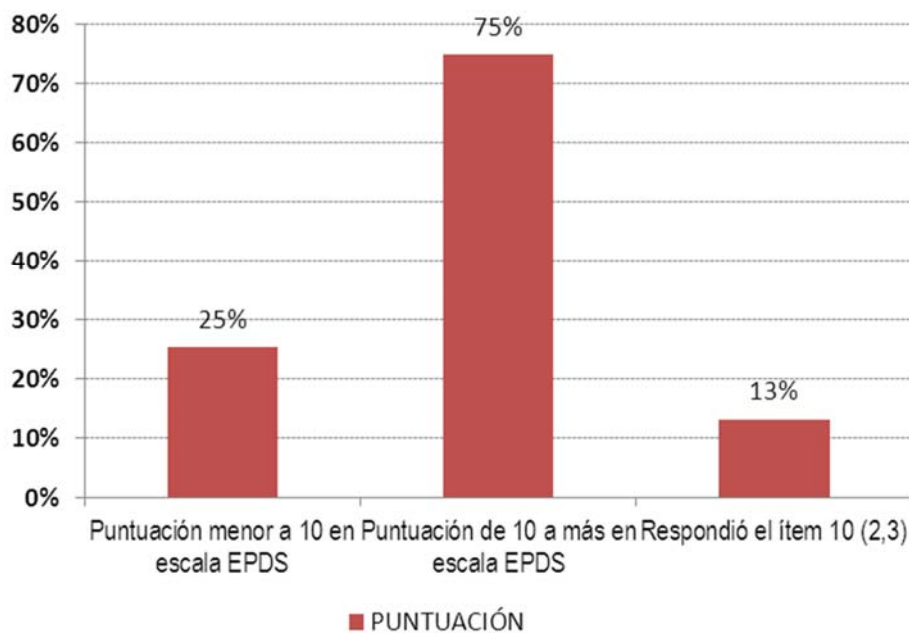
CUADRO N° 18

MUJERES CON PROBABILIDAD DE DEPRESIÓN

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Puntuación menor a 10 en escala EPDS	29	24%
Puntuación de 10 a más en escala EPDS	75	63%
Respondió el ítem 10 (2,3)	15	13%
TOTAL	119	100%

Fuente: Elaboración propia

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS
RESULTADO DE ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE
EDINBURGH



Fuente: Elaboración propia

Como resultado general se obtuvo que el 24% de las entrevistadas no presentan depresión post-parto, un 63% tiene la probabilidad de presentar la complicación, y la prevalencia de Depresión post-parto es de un 13%.

Para **Chinchilla** (Chinchilla, 2008), respecto a la depresión post-parto, se tiene que ésta consiste en el desarrollo de una depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo. A veces, esta depresión puede tener una fácil explicación, bien porque el hijo no ha sido deseado o porque no es normal. En la mayoría de las ocasiones la depresión no parece tener sentido. Estas mujeres no son unas desagradecidas o unas malas madres sino que están experimentando una de las complicaciones más frecuentes del parto, la depresión post-parto, un trastorno que todavía sufren en silencio un gran número de mujeres.

La depresión post-parto es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto. Sin embargo, si no se trata adecuadamente puede persistir durante meses e incluso años. (Chinchilla, 2008).

Los resultados de la investigación corroboran lo expuesto anteriormente por Chinchilla (Chinchilla, 2008) pues en relación a la depresión post-parto de mujeres que asisten al puesto de salud PERUARBO de Zamacola, se obtuvo una puntuación total que establece que un 63% muestra la posibilidad de una depresión, siendo necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente y un 13% presenta la complicación. Se encontró también que el 37% es capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas tanto como siempre, el 39% ha mirado el futuro con placer tanto como siempre, el 43% algunas veces se culpa sin necesidad cuando las cosas no salen bien, el 40% a veces se siente ansiosa y preocupada sin motivo, el 42% a veces ha sentido miedo y pánico sin motivo alguno, al 42% a veces las cosas las oprimen o agobian, el 34% a veces se han sentido tan infelices que han tenido dificultad para dormir, el 36% no se han sentido tristes y desgraciadas; el 39% en ocasiones han sido tan infelices que han estado llorando y el 76% nunca ha pensado en hacersedaño a si mismas.

CONCLUSIÓN:

En relación al estudio sobre Prevalencia de Depresión Post-parto en mujeres que asisten al puesto de salud PERUARBO de Zamacola, se concluye que del total de madres aproximadamente la cuarta parte no presenta manifestaciones de ninguna índole física, psicológica o emocional de Depresión Post-Parto; más de la mitad tiene posibilidades de sufrir esta complicación y finalmente la Depresión Post-Parto se encuentra presente en más de la décima parte.



RECOMENDACIONES:

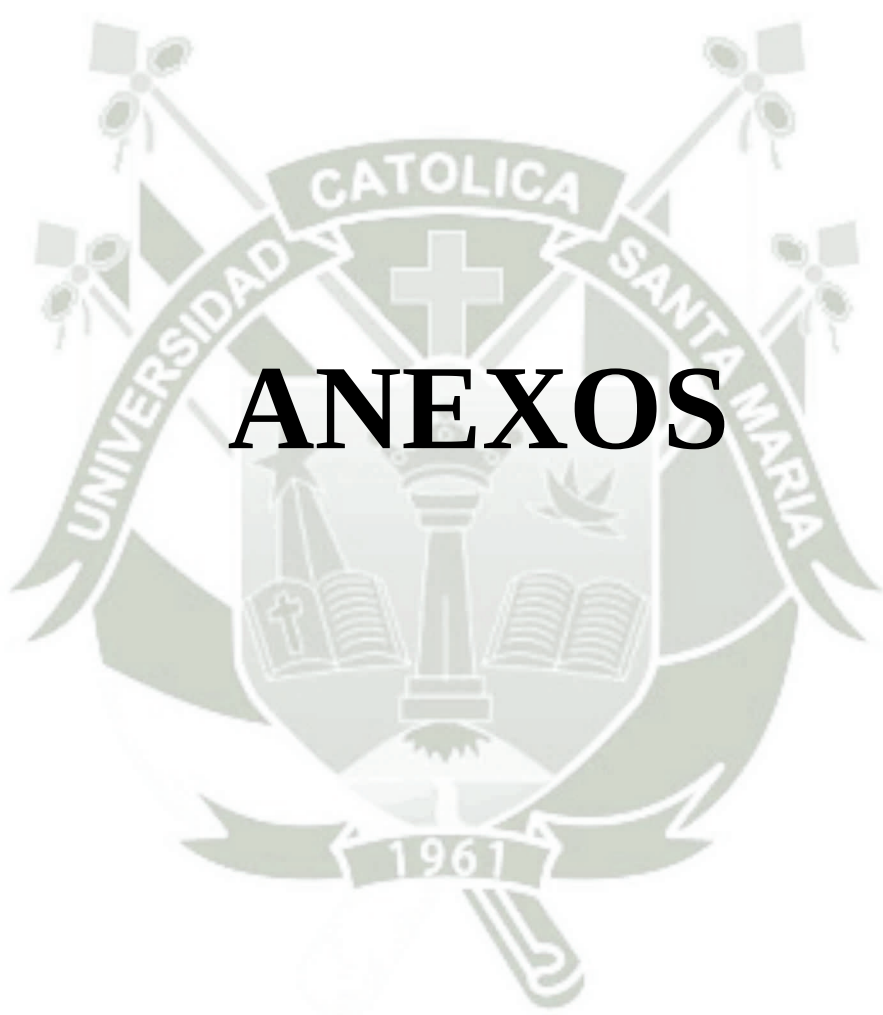
- **Primera:** Realización de otros estudios de investigación como complementación del presente, para establecer la prevalencia de la depresión post-parto en mujeres que acuden a otros centros de salud, de la Región Arequipa.
- **Segunda:** Establecer la creación de un grupo de apoyo para las madres en casos en los que ya se presenta la complicación para así poder brindar la atención Terciaria de Salud (Rehabilitación) con un tratamiento adecuado para superar la depresión que presentan, donde se les brinde ayuda psicológica y espiritual, para sobrellevar la enfermedad.
- **Tercera:** Aplicación de la Escala de Edimburgo en los consultorios de: Niño sano y Obstetricia para así poder contribuir con la Atención Primaria de Salud (Prevención).

BIBLIOGRAFIA

- Bejarano, R.; Segura, M. (2006). *Preparación psicofísica para el parto*. San José de Costa Rica, Costa Rica: EUNED
- Berry, T. (2003). *El llanto. el método brazelton*. Madrid, España: Editorial Norma.
- Cabero, L.; Saldivar, D. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Cabral, J. (2005). *La depresión tiene cura*. Bogotá, Colombia, Editorial San Pablo
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Craig, G.; Baucum, D. (2005). *Desarrollo psicológico y parto*. Madrid, España, Pearson Educación.
- Donal, F. (2000). *Análisis sanitario del puerperio*. Barcelona, España: Masson Editores.
- Murray, M. (2007). *Embarazo para dummies*. USA: Editor John Wiley y Sons.
- Neal, L. (2008). *Mamá, ¿qué hay para comer?: nutrición y salud durante el embarazo*. Barcelona, España: Ediciones CEAC.
- Nettina, S. (2000). *Atención de la madre y el recién nacido en el puerperio*. Madrid, España: Mac-Graw Hill Interamericana.
- Niswander, K. (2006). *Obstetricia: práctica clínica*. Barcelona, España: Editorial Reverte.
- Posada, A. (2005). *El niño sano*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

- Seguranyes, G. (2000). *El puerperio*. España: Masson Editores.
- Stoppard, M. (2002). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento: guía práctica y completa para todos los futuros padres*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.



A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered in the background. It features a circular emblem with a cross, a book, and a lamp, surrounded by the university's name in Spanish and English, and the year 1961 at the bottom.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1: Instrumento Escala de Depresión Post - Parto

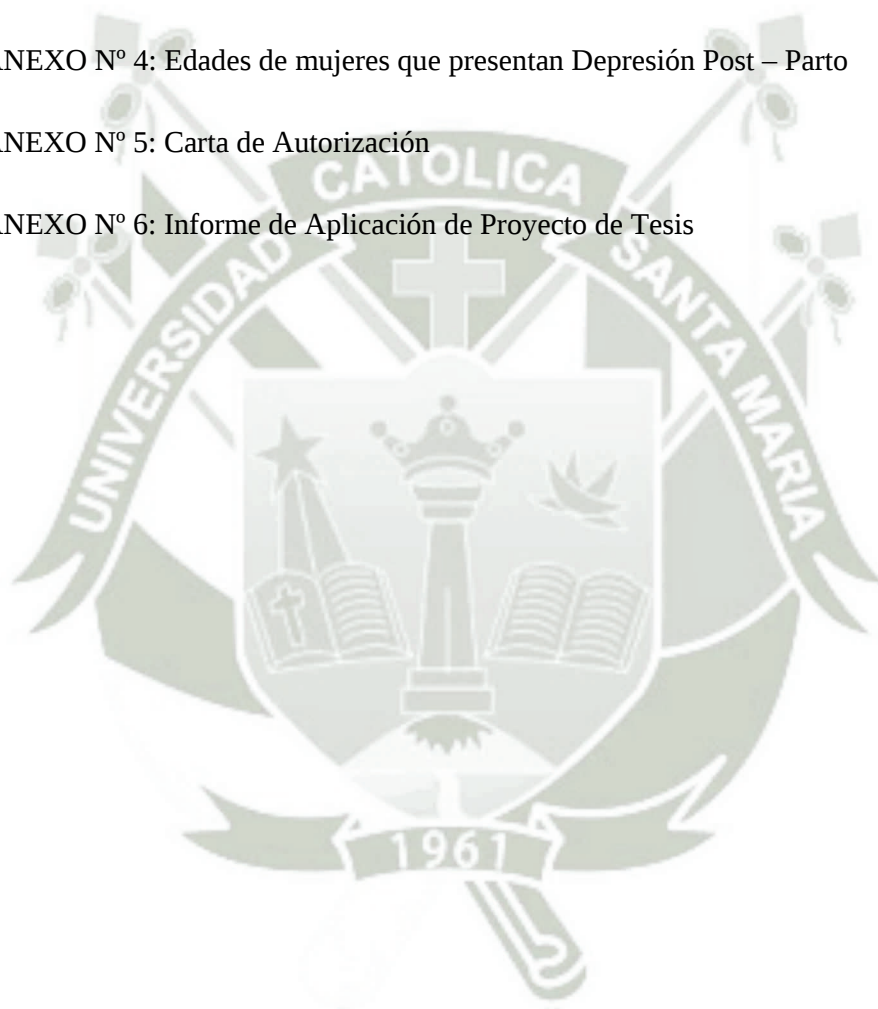
ANEXO N° 2: Escala de Depresión Post – Parto de Edimburgo

ANEXO N° 3: Consentimiento informado.

ANEXO N° 4: Edades de mujeres que presentan Depresión Post – Parto

ANEXO N° 5: Carta de Autorización

ANEXO N° 6: Informe de Aplicación de Proyecto de Tesis



ANEXO N° 1

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POST- PARTO EDIMBURGO (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Fecha de Parto: _____ Estado Civil: _____

Grado de Instrucción: _____ Ocupación: _____

Número de Hijos: _____ Planificación Familiar: _____

Queremos saber cómo se ha sentido últimamente. Por favor marque la respuesta que más se asemeje a cómo se ha sentido, no solamente cómo se sienta hoy, sino desde la llegada de su bebé. .

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

- a. Tanto como siempre
- b. No tanto ahora
- c. Mucho menos
- d. No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- a. Tanto como siempre
- b. Algo menos de lo que solía hacer
- c. Definitivamente menos
- d. No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- a. Sí, la mayoría de las veces
- b. Sí, algunas veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- a. No, para nada
- b. Casi nada
- c. Sí, a veces
- d. Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- a. Sí, bastante
- b. Sí, a veces
- c. No, no mucho
- d. No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- a. Sí, la mayor parte de las veces
- b. Sí, a veces
- c. No, casi nunca
- d. No, nada

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

- a. Sí, la mayoría de las veces
- b. Sí, a veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- a. Sí, casi siempre
- b. Sí, bastante a menudo
- c. No muy a menudo
- d. No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- a. Sí, casi siempre
- b. Sí, bastante a menudo
- c. Sólo en ocasiones
- d. No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a. Sí, bastante a menudo
- b. A veces
- c. Casi nunca
- d. No, nunca

ANEXO N°02

Escala de Depresión Pos-Parto de Edimburgo (EDPS)

La depresión post-parto es la complicación más común de la maternidad. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS) de 10 preguntas es una manera valiosa y eficaz de identificación de pacientes en riesgo de depresión. La EPDS es fácil de administrar y ha demostrado ser una herramienta efectiva de revisión.

Las madres que tengan una calificación por encima de 10 es probable que esté sufriendo de una enfermedad depresiva de diversa gravedad. La puntuación EPDS no debe anular el juicio clínico. Una evaluación clínica cuidadosa debe llevarse a cabo para confirmar el diagnóstico. La escala indica cómo la madre se ha sentido durante la semana anterior. En caso de duda, puede ser útil repetir la herramienta después de 2 semanas. La escala no detectará a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de personalidad.

Instrucciones para usar la Escala de Depresión Pos-Parto de Edimburgo (EDPS):

Puntaje

PREGUNTAS 1, 2 y 4

Son puntuadas 0, 1, 2, 3.

PREGUNTAS 3, 5-10

Son puntuadas a la inversa 3, 2, 1, 0

Puntuación máxima: 30

Posible depresión: 10 o más

Fíjese siempre en el punto 10 (pensamientos suicidas)

Los usuarios pueden reproducir la escala sin el permiso adicional, siempre y cuando respeten los derechos y nombres de los autores, el título, y el origen del papel en todas las copias reproducidas.

1. A la madre se le pide que marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.
2. Todos los puntos deben ser completados.
3. Se debe tener cuidado para evitar la posibilidad de que la madre discuta sus respuestas con otros. (Las respuestas vienen de la madre o mujer embarazada).

- 1 Fuente: Fuente: Cox, JL, Holden, JM, y Sagovsky, R. 1987. La detección de la depresión Pos-Parto: Desarrollo del artículo 10-Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo. Revista Británica de Psiquiatría 150:782-786.
- 2 Fuente: KL Wisner, BL Parry, CM Piontek, Depresión Post parto NEng Medvol 347, n° 3, 18 de julio de 2002, 194-199.



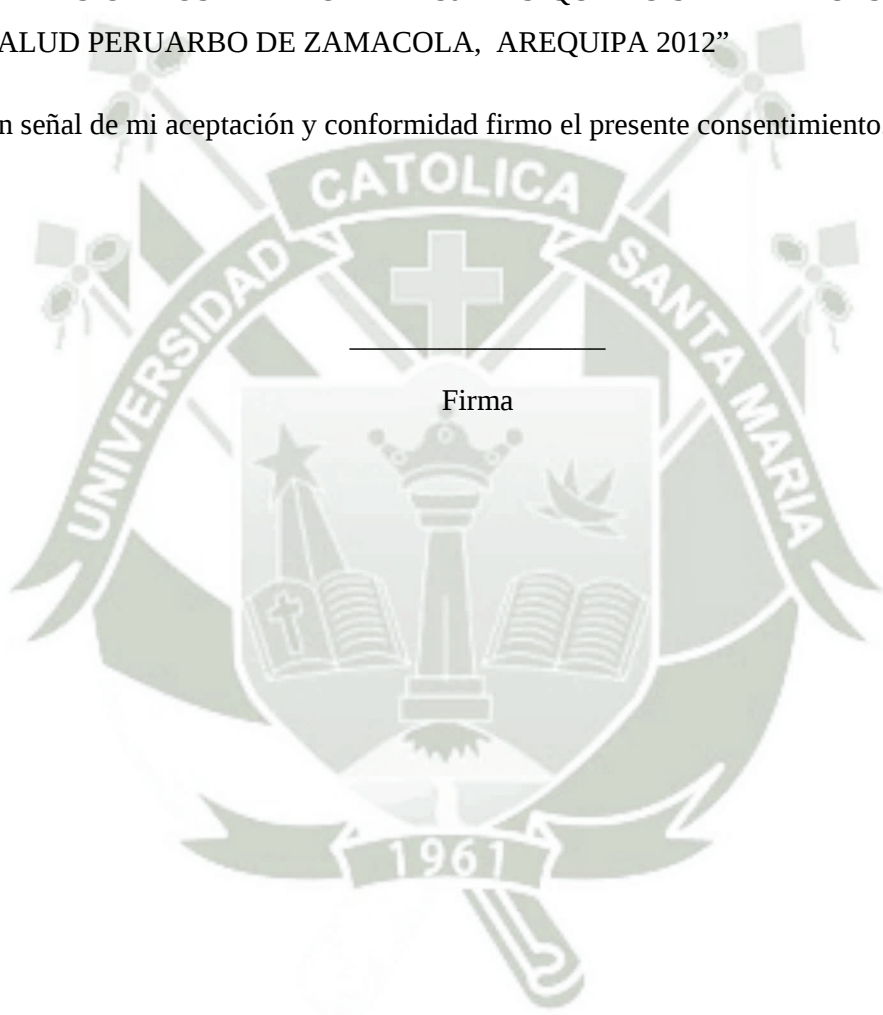
ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con el DNI/LE
N° _____ declaro voluntariamente mi aceptación para participar
en el trabajo investigativo con fines científicos titulado “PREVALENCIA DE
DEPRESIÓN POST-PARTO EN MUJERES QUE ASISTEN AL PUESTO DE
SALUD PERUARBO DE ZAMACOLA, AREQUIPA 2012”

En señal de mi aceptación y conformidad firmo el presente consentimiento.

Firma



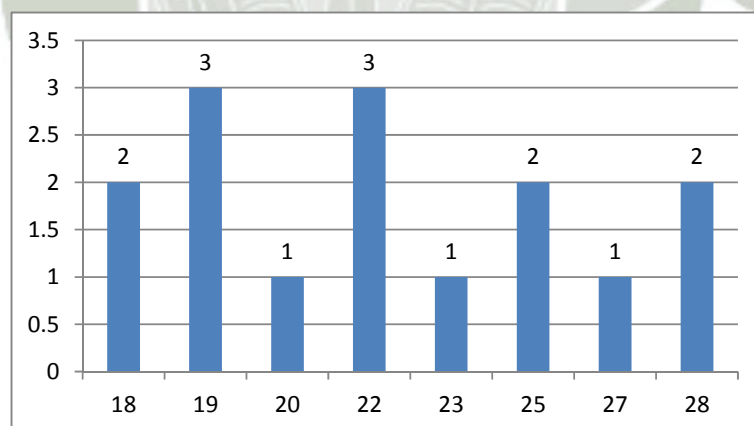
ANEXO N° 4

EDADES DE MUJERES QUE PRESENTAN DEPRESIÓN POST-PARTO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	2	13%
19	3	20%
20	1	7%
22	3	20%
23	1	7%
25	2	13%
27	1	7%
28	2	13%
TOTAL	15	100%

Fuente: Elaboración propia

EDADES DE MUJERES QUE PRESENTAN DEPRESIÓN POST-PARTO



Fuente: Elaboración propia

Como resultado de la presente tabla, podemos observar que la complicación de depresión post-parto, se da en su mayoría entre las edades de 18 a 22 años. Pudiendo alegar a esto la influencia de factores como el grado de instrucción y planificación familiar, entre otros.

Según **Pilar Aramburú y Rosalyn Arellano (2004)**, en su investigación sobre “Factores asociados a depresión post-parto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana” encontraron una tasa de prevalencia de depresión post-parto en Lima Metropolitana de 24% y en la que, entre otros, el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión post-parto. Estos resultados guardan relación en parte con los obtenidos en la presente investigación, en el que, entre otros, el 88% es conviviente, el 52% tiene nivel de instrucción secundaria, el 76% no realiza planificación familiar y el 89% son amas de casa, es decir, que tienen un estatus socioeconómico término regular-bajo.

