

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Estrés postraumático en puérperas post parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

Tesis presentada por el Bachiller:

Marco Andree Loyola Cruz

**Trabajo de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano**

Asesor:

Juan Manuel Zevallos Rodriguez

Arequipa - Perú

2017

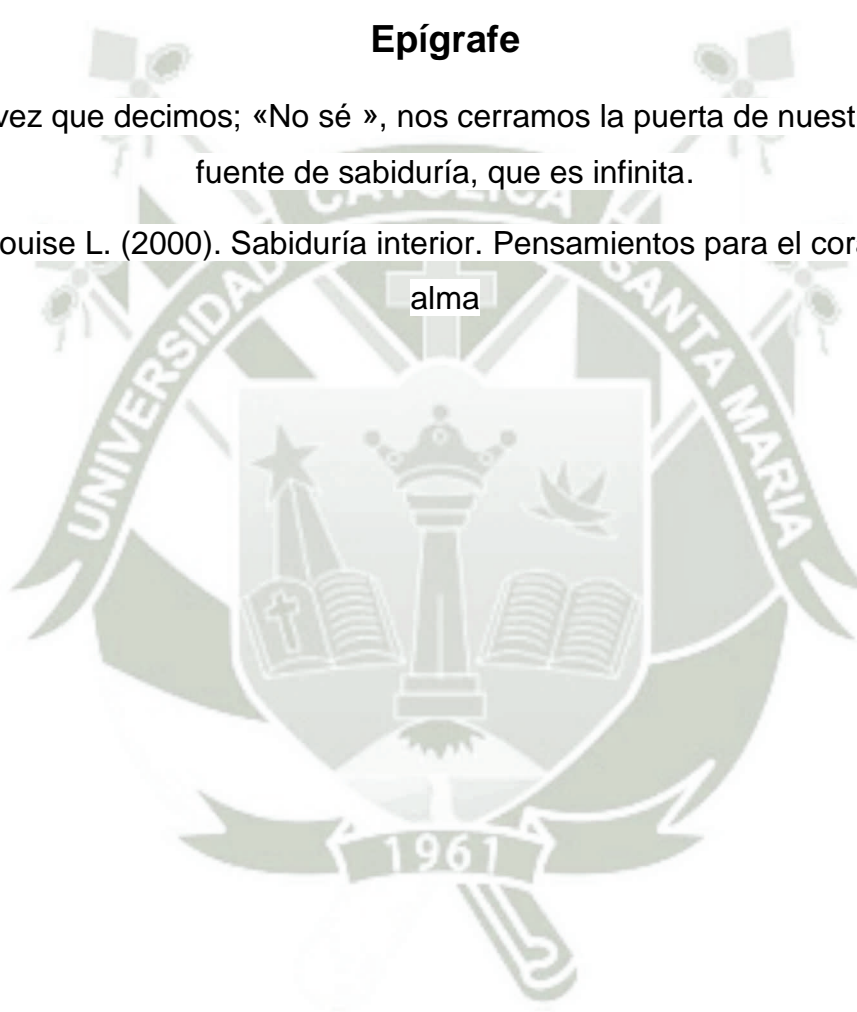
DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a todas las personas que me apoyaron, especialmente a mi madre, que con su paciencia y sus sabios consejos supo guiarme a través de los largos, tortuosos y por momentos difíciles caminos que estudiar esta carrera significa.

Epígrafe

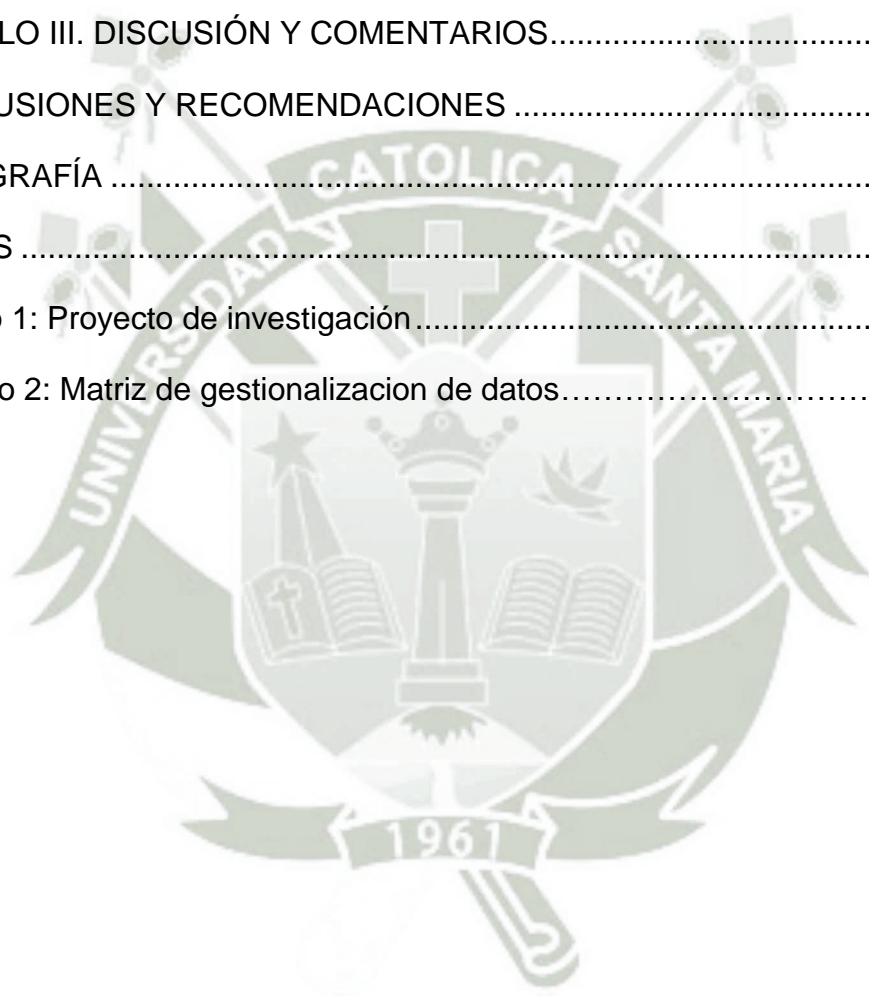
Cada vez que decimos; «No sé », nos cerramos la puerta de nuestra propia fuente de sabiduría, que es infinita.

Hay, Louise L. (2000). Sabiduría interior. Pensamientos para el corazón y el alma



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	4
CAPÍTULO II RESULTADOS	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	43
Anexo 1: Proyecto de investigación.....	44
Anexo 2: Matriz de gestionalización de datos.....	83



RESUMEN

Palabras claves: estrés postraumático; puérperas; Hospital Goyeneche; Cesareadas

Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda, sin embargo la respuesta de estrés de los pacientes con Trastorno de estrés post Traumático no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo para determinar el estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017, utilizando para la recopilación de los datos la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R).(2016), entrevistándose para esto a 153 puérperas de parto eutócico y 118 puérperas por cesárea, encontrando los siguientes resultados:

Que las edades más frecuentes en las gestantes fue de 18 a 38 años, y que los síntomas de re experimentación lo presentaron el 5.9% de mujeres con parto eutócico y 7.1% de cesareadas, en el síntoma de activación el 5.3 % de gestantes de parto eutócico y el 7.1% de cesareadas.

Concluyendo que ambos grupos presentaron síntomas de estrés post traumático, presentando en las puérperas de parto eutócico 4.57% y el las cesareadas 9.32%, siendo que en las cesareadas es mayor el porcentaje.

ABSTRACT

Keywords: posttraumatic stress; Puerperas; Hospital Goyeneche; Cautious

Stress is a scientific concept that responds to a nonspecific response of the organism to a demand, however the stress response of patients with PTSD does not correspond to an exaggeration of the normal stress response, but includes several biological indicators that allow to characterize Individualizar The specific response of this clinical picture.

The present research was to determine the post-traumatic postpartum stress in pregnant women with eutocic and cesarean delivery at the Hospital Goyeneche Arequipa 2017, using the data collection for the study to collect information, direct observation of the Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale (EGS-R) (2016), interviewing for this 153 puerperas of eutocic delivery and 118 puerperas by cesarea, finding the following results:

That the most frequent ages in the pregnant women were 18 to 38 years, and that the symptoms of re-experimentation were presented by 5.9% of women with eutocic delivery and 7.1% of cesareans, this difference being statistically significant, in the symptom of activation the 5.3% of pregnant women with eutocic delivery and 7.1% of cesareas.

Concluding that both groups presented symptoms of EFA, presenting 4.57% in the puerperium of eutocic delivery and the cesaareadas 9,32% being that in the caesareadas the percentage is higher.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de la mujer. Socialmente se espera que la mujer que ha tenido un bebé sano esté feliz, contenta y satisfecha y agradecida con la experiencia. Esto es así en una mayoría de madres, pero también hay mujeres para las que el parto puede ser un evento muy traumático o incluso terrorífico que impacta seriamente su adaptación psicosocial en el postparto, la lactancia e incluso el vínculo con el bebé.

Desde hace tiempo se conoce la existencia de trastornos psiquiátricos específicos del puerperio y postparto así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo psicomotor y emocional del lactante. Sin embargo en los últimos años diversos estudios clínicos han señalado la existencia de un trastorno que se desencadena exclusivamente por el parto, y muy especialmente por el parto traumático, con unas características psicopatológicas y clínicas diferentes de la depresión postparto. En las dos últimas décadas toda una serie de investigaciones han comprobado que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático, que empezó a ser estudiado a partir de la observación de las secuelas psicológicas la Asociación Psiquiátrica Americana y se incluían como síntomas principales del síndrome la re experimentación del trauma, la evitación de estímulos relacionados con el mismo y el estado de ansiedad o nerviosismo que se desencadenaba con la re exposición a detalles que recordaran el evento.

Considerando que la mejor intervención es prevenir un parto traumático y que estos resultados deberían permitir diferenciar los casos previos de aquellos que se desarrollen como resultado directo del parto, ya que es posible que la vulnerabilidad y los factores de riesgo difieran para estos dos grupos. Identificar estos factores durante el embarazo permitiría, por un lado, evitar los procedimientos obstétricos que desencadenarán respuestas de estrés y, por otro, ofrecer a estas mujeres alternativas.



CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: entrevista para la recolección de la información

Instrumentos: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R).(2016)

2. Campo de verificación

Ubicación espacial: Gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

Ubicación temporal: El presente trabajo se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero del 2017.

Unidades de estudio: Puérperas de parto eutócico = 153 y cesareadas = 118 en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

Tipo de investigación: Investigación de campo, transversal, descriptivo, se realizó en el servicios de gineco obstetricia, que incluyo puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche, que presentaron su parto entre los meses de enero y febrero del 2017

CAPÍTULO II

RESULTADOS



“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 1
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION DE PARTO EUTOCICO

VARIABLES	EUTOCICO		CESAREADAS	
	N°	%	N°	%
GRUPO ETAREO				
18-22 años	30	19,61	20	16,95
23-27 años	40	26,14	30	25,42
28-32 años	45	29,41	38	32,20
33-37 años	25	16,34	17	14,41
38 a + años	13	8,50	13	11,02
TOTAL	153	100,00	118	100,00
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Primaria	40	26,14	28	23,73
Secundaria	86	56,21	73	61,86
Superior	27	17,65	17	14,41
TOTAL	153	100,00	118	100,00
ESTADO CIVIL				
Soltera	55	35,95	35	29,66
Casada	71	46,41	65	55,08
Conviviente	25	16,34	15	12,71
Viuda	2	1,31	3	2,54
TOTAL	153	100,00	118	100,00
OCUPACION				
Trabaja	72	47,06	52	44,07
No trabaja	81	52,94	66	55,93
TOTAL	153	100,00	118	100,00
LUGAR DE NACIMIENTO				
Arequipa	95	62,09	78	66,10
Otros	58	37,91	40	33,90
TOTAL	153	100,00	118	100,00
LUGAR DE PROCEDENCIA				
Arequipa	122	79,74	87	73,73
Otros	31	20,26	31	26,27
TOTAL	153	100,00	118	100,00

*Fuente: elaboración

En la Tabla N°1 apreciamos que el grupo etareo de 28-32 años es el más frecuente en ambas poblaciones, así como el de grado de instrucción secundaria. Las cesareadas que no trabajan son la población mayoritaria en ambos grupos, y el lugar de nacimiento tanto como de procedencia predominante es Arequipa.

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N^o 2
SEVERIDAD DEL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO SUBESCALA DE REEXPERIMENTACION EN CESAREADAS

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	11	9.24	10	41	3	12.5
23-27	18	69.2	6	23	2	7.69
28-32	29	74.3	8	20	2	5.12
33-37	9	47.3	9	47.3	1	5.26
38 a +	7	70	2	20	1	10
TOTAL	74	62,71	35	29,66	9	7,62 7
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	15	50	12	40	3	10
Secundaria	45	72.58	14	22.5	3	4.8
Superior	13	50	11	42.3	2	7.6
TOTAL	73	61,86	37	31,36	8	6,78
ESTADO CIVIL						
Soltera	19	63.3	9	30	2	6.6
Casada	18	64.28	8	28.5	2	7.1
Conviviente	21	67.7	9	29	1	3.2
Viuda	20	68.9	7	24.1	2	6.89
TOTAL	78	66,1	33	27,97	7	5,93 2
OCUPACION						
Trabaja	40	64.51	18	29.03	4	6.45
No trabaja	31	55.35	20	35.71	5	8.92
TOTAL	71	60,17	38	32,2	9	7,62 7
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	25	49.01	20	39.21	6	11.7
Otros	45	67.1	18	26.86	4	5.9
TOTAL	70	59,32	38	32,2	10	8,47 5
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	22	45.83	21	43.75	5	10.4
Otros	47	67.14	17	24.28	6	8.57
TOTAL	69	58,47	38	32,2	11	9,32 2

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N^o 2 sobre severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación en cesareadas, se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo entre 18 –22 años con un 12.5%, grado de instrucción primaria con 10%, casadas con un 7.1%, las personas que no trabajan con un 8.92%; predominio del lugar de nacimiento Arequipa con un 11.7% y con un lugar de procedencia en Arequipa con un 10.4%

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 3
EVITACION CONDUCTUAL / COGNITIVA EN CESAREADAS

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	12	52.17	8	34.78	3	13
23-27	19	70.37	6	22.22	2	7.4
28-32	29	74.35	8	20.51	2	5.1
33-37	9	50	7	38.88	2	11.11
38 a +	7	63.63	2	18.18	2	18.18
TOTAL	76	64,41	31	26,27	11	9,32
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	17	56.66	11	36.66	2	6.66
Secundaria	47	75.80	13	20.96	2	3.2
Superior	16	59.25	10	37.0	1	3.7
TOTAL	80	67,8	33	27,97	5	4,23
ESTADO CIVIL						
Soltera	15	53.57	10	35.71	3	10.71
Casada	16	57.14	9	32.14	3	10.71
Conviviente	19	59.37	11	34.37	2	6.25
Viuda	21	70	7	23.33	2	6.66
TOTAL	71	60,17	37	31,36	10	8,47
OCUPACION						
Trabaja	38	59.37	20	31.25	6	9.3
No trabaja	26	48.14	22	40.74	6	11.11
TOTAL	64	54,24	42	35,59	12	10,17
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	23	45.09	22	43.13	6	11.7
Otros	43	64.17	19	28.35	5	7.4
TOTAL	66	55,93	41	34,75	11	9,32
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	21	44.68	22	46.80	4	8.51
Otros	46	64.78	19	26.76	6	8.45
TOTAL	67	56,78	41	34,75	10	8,47

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 3 sobre evitación conductual / cognitiva en cesareadas, se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo de 38 años a mas con un 18.18%, grado de instrucción primaria con 6.66%, solteras y casadas con un 10.71% en ambos grupos; predominio de las personas que no trabajan con 11.11%, lugar de nacimiento Arequipa con un 11.7% y con un lugar de procedencia Arequipa con un 8.51 %

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N° 4
ALTERACIONES COGNITIVAS Y ESTADO DE ANIMO NEGATIVO EN
CESAREADAS**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	10	38.46	13	50	3	11.53
23-27	15	55.55	9	33.33	3	11.11
28-32	25	69.44	8	22.22	3	8.33
33-37	8	47.05	8	47.05	1	11.11
38 a +	8	66.66	2	16.66	2	16.66
TOTAL	66	55,9	40	33,9	12	10,2
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	18	51.42	13	37.14	4	11.42
Secundaria	40	74.07	11	20.37	3	5.55
Superior	14	48.27	12	41.37	3	10.34
TOTAL	72	61	36	30,5	10	8,47
ESTADO CIVIL						
Soltera	18	58.06	11	35.48	2	6.45
Casada	17	58.62	8	27.58	4	13.79
Conviviente	21	67.74	8	25.80	2	6.45
Viuda	19	70.37	6	22.22	2	7.4
TOTAL	75	63,6	33	28	10	8,47
OCUPACION						
Trabaja	40	65.57	15	24.59	6	9.83
No trabaja	33	57.89	19	33.33	5	8.77
TOTAL	73	61,9	34	28,8	11	9,32
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	27	50.94	21	39.62	5	9.43
Otros	44	67.69	16	24.61	5	7.69
TOTAL	71	60,2	37	31,4	10	8,47
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	28	50.90	23	41.81	4	7.27
Otros	46	73.01	10	15.87	7	11.11
TOTAL	74	62,7	33	28	11	9,32

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 4 sobre Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo en cesareadas se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo 38 años a mas con un 16.66%, grado de instrucción primaria con un 11.42%, casadas con un 13.79%; un predominio de las personas que trabajan con un 9.83%, lugar de nacimiento Arequipa con un 9.43% pero con un lugar de procedencia “otros” con un 11.11%

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N° 5
AUMENTO DE LA ACTIVACION Y REACTIVIDAD PSICOFISIOLOGICA EN
CESAREADAS**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	11	47.82	10	43.47	2	8.69
23-27	18	69.23	6	23.07	2	7.6
28-32	29	76.31	7	18.42	2	5.26
33-37	11	52.38	8	38.09	2	9.52
38 a +	8	80	1	10	1	10
TOTAL	77	65,3	32	27,1	9	7,63
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	15	50	12	40	3	10
Secundaria	44	73.33	13	21.66	3	5
Superior	14	50	11	39.28	3	10.71
TOTAL	73	61,9	36	30,5	9	7,63
ESTADO CIVIL						
Soltera	18	60	9	30	3	10
Casada	19	65.51	8	27.58	2	6.89
Conviviente	20	71.42	6	21.42	2	7.14
Viuda	21	67.74	7	22.58	3	9.67
TOTAL	78	66,1	30	25,4	10	8,47
OCUPACION						
Trabaja	40	64.51	18	28.03	4	6.45
No trabaja	31	55.35	20	35.71	5	8.92
TOTAL	71	60,2	38	32,2	9	7,63
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	25	48.07	21	40.38	6	11.53
Otros	48	72.72	13	19.69	5	7.57
TOTAL	73	61,9	34	28,8	11	9,32
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	33	57.89	19	33.33	5	8.77
Otros	40	65.57	15	24.59	6	9.83
TOTAL	73	61,9	34	28,8	11	9,32

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 5 Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica en cesareadas se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo de 38 años a más con un 10%, grado de instrucción superior presentando un 10.71%, solteras con un 10%; un predominio de las personas que no trabajan con un 8.92%, lugar de nacimiento Arequipa con un 11.53% pero con un lugar de procedencia “otros” con un 9.83%

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N° 6
SINTOMAS DISOCIATIVOS EN CESAREADAS**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	10	45.45	9	40.90	3	13.63
23-27	17	65.38	7	26.92	2	7.69
28-32	29	72.5	9	22.5	2	5
33-37	9	45	8	40	3	15
38 a +	7	70	1	10	2	20
TOTAL	72	61	34	28,8	12	10,2
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	13	46.42	11	39.28	4	14.28
Secundaria	44	72.13	15	24.59	2	3.27
Superior	15	51.72	12	41.37	2	6.89
TOTAL	72	61	38	32,2	8	6,78
ESTADO CIVIL						
Soltera	19	61.29	9	29.03	3	9.67
Casada	18	64.28	8	28.57	2	7.14
Conviviente	20	71.42	6	21.42	2	7.14
Viuda	21	67.74	7	22.58	3	9.67
TOTAL	78	66,1	30	25,4	10	8,47
OCUPACION						
Trabaja	41	63.07	19	29.23	5	7.69
No trabaja	30	56.60	18	33.96	5	9.43
TOTAL	71	60,2	37	31,4	10	8,46
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	23	47.91	19	39.58	6	12.5
Otros	49	70	17	14.18	4	5.71
TOTAL	72	61	36	30,5	10	8,47
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	25	49.01	20	39.21	6	11.76
Otros	44	65.67	18	26.86	5	7.46
TOTAL	69	58,5	38	32,2	11	9,32

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 6 Síntomas Disociativos en cesareadas se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo de 38 años a más con un 20%, grado de instrucción primaria 14.28%; predominio de solteras y viudas con un 9.67% respectivamente, personas que no trabajan con un 9.43%, lugar de nacimiento y el de procedencia en Arequipa con un 12.5% y 11.76% respectivamente

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N°7
SEVERIDAD Y CUANTIFICACION DEL ESTRÉS POST TRAUMATICO
SUBESCALA DE REEXPERIMENTACION EN PARTO EUTOCICO**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	21	70	7	23.33	2	6.66
23-27	25	80.64	5	16.12	1	3.22
28-32	40	85.1	6	12.76	1	2.12
33-37	15	75	4	20	1	5
38 a +	22	88	2	8	1	4
TOTAL	123	80,4	24	15,7	6	3,92
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	28	68.29	10	24.39	3	7.31
Secundaria	73	86.90	9	10.71	2	2.38
Superior	20	71.42	6	21.42	2	7.14
TOTAL	121	79,1	25	16,3	7	4,58
ESTADO CIVIL						
Soltera	48	84.21	7	12.28	2	3.5
Casada	40	86.95	5	10.86	1	2.17
Conviviente	24	80	5	16.66	1	3.33
Viuda	14	70	5	25	1	5
TOTAL	126	82,4	22	14,4	5	3,27
OCUPACION						
Trabaja	73	81.11	13	14.44	4	4.44
No trabaja	51	80.95	9	14.28	3	4.76
TOTAL	124	81	22	14,4	7	4,58
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	76	81.72	14	15.05	3	3.22
Otros	48	80	9	15	3	5
TOTAL	124	81	23	15	6	3,92
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	86	87.75	9	9.18	3	3.06
Otros	36	65.45	15	27.27	4	7.27
TOTAL	122	79,7	24	15,7	7	4,58

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 7 severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación en parto eutócico se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo entre 18 – 22 años con un 6.66%, grado de instrucción primaria con 7.31%, viudas con un 5%; un predominio de las personas que no trabajan con un 4.76%, lugar de nacimiento “otros” con un total de 5%, lugar de procedencia “otros” con un 7.27%

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N°8
EVITACION CONDUCTUAL / COGNITIVA EN PARTO EUTOCICO**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	20	74.07	6	22.22	1	3.7
23-27	23	76.66	6	20	1	3.33
28-32	48	85.71	6	10.71	2	3.57
33-37	18	81.81	3	13.63	1	4.54
38 a +	15	83.33	2	11.11	1	5.55
TOTAL	124	81	23	15	6	3,92
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	24	66.66	10	27.77	2	5.55
Secundaria	75	88.23	8	9.41	2	2.35
Superior	24	75	5	15.62	3	9.37
TOTAL	123	80,4	23	15	7	4,58
ESTADO CIVIL						
Soltera	45	84.90	6	11.32	2	3.77
Casada	38	86.36	5	11.36	1	2.27
Conviviente	29	78.37	6	16.21	2	5.4
Viuda	14	73.68	4	21.05	1	5.26
TOTAL	126	82,4	21	13,7	6	3,92
OCUPACION						
Trabaja	69	83.13	11	13.25	3	3.6
No trabaja	60	85.71	8	11.42	2	2.85
TOTAL	129	84,3	19	12,4	5	3,27
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	77	82.79	12	12.9	4	4.3
Otros	50	83.33	8	13.33	2	3.33
TOTAL	127	83	20	13,1	6	3,92
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	89	88.11	10	9.9	2	1.98
Otros	39	75	10	19.23	3	5.76
TOTAL	128	83,7	20	13,1	5	3,27

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 8 Evitación Conductual / Cognitiva en parto eutócico se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo de 38 años a más con un 5.55%, grado de instrucción superior con 9.37%, convivientes con un 5.4%; un predominio de las personas que trabajan con un 3.6%, lugar de nacimiento Arequipa con un 4.3% pero con un lugar de procedencia “otros” con un 5.76%

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N°9
ALTERACIONES COGNITIVAS Y ESTADO DE ANIMO NEGATIVO EN PARTO EUTOCICO**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	22	75.86	6	20.68	1	3.44
23-27	34	85	5	12.5	1	2.5
28-32	43	87.75	5	10.20	1	2.04
33-37	16	80	3	15	1	5
38 a +	13	86.66	1	6.66	1	6.66
TOTAL	128	83,7	20	13,1	5	3,25
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	25	65.78	10	26.31	3	7.89
Secundaria	77	87.5	9	10.22	2	2.27
Superior	21	72.41	6	20.68	2	6.8
TOTAL	123	80,4	25	16,3	5	3,25
ESTADO CIVIL						
Soltera	47	82.45	8	14.03	2	3.5
Casada	44	89.79	4	8.16	1	2.04
Conviviente	25	78.12	6	18.75	1	3.12
Viuda	10	66.66	4	26.66	1	6.66
TOTAL	126	82,4	22	14,4	5	3,25
OCUPACION						
Trabaja	74	83.14	12	13.48	3	3.33
No trabaja	54	84.37	8	12.5	2	3.12
TOTAL	128	83,7	20	13,1	5	3,25
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	80	85.10	12	12.76	2	2.12
Otros	46	77.96	10	16.94	3	5.08
TOTAL	126	82,4	22	14,4	5	3,25
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	86	86.86	10	10.10	3	3.03
Otros	40	74.07	12	22.22	2	3.7
TOTAL	126	82,4	22	14,4	5	3,25

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 9 Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo en parto eutócico se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT, el grupo etareo predominante fue de 38 años a más con un 6.66%, predominio del grado de instrucción primaria con 7.89%, viudas con un 6.66%; un predominio de las personas que trabajan con un 3.33%, lugar de nacimiento “otros” con un 5.08% pero con un lugar de procedencia de “otros” con un 3.7%

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N°10
AUMENTO DE LA ACTIVACION Y REACTIVIDAD PSICOFISIOLOGICA EN PARTO EUTOCICO**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	20	80	4	16	1	4
23-27	30	83.33	5	13.88	1	2.77
28-32	42	89.36	4	8.51	1	2.12
33-37	19	70.37	7	18.91	1	2.7
38 a +	16	88.88	1	5.55	1	5.55
TOTAL	127	83	21	13,73	5	3.25
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	33	76.74	9	20.93	1	2.32
Secundaria	70	86.41	8	9.87	3	3.7
Superior	22	75.86	5	17.24	2	6.89
TOTAL	125	81,7	22	14,38	6	3.9
ESTADO CIVIL						
Soltera	52	86.66	6	10	2	3.33
Casada	38	86.36	5	11.36	1	2.27
Conviviente	22	75.86	6	20.68	1	3.44
Viuda	13	65	6	30	1	5
TOTAL	125	81,7	23	15,03	5	3.25
OCUPACION						
Trabaja	71	81.6	13	14.94	3	3.44
No trabaja	54	81.81	9	13.63	3	4.54
TOTAL	125	81,7	22	14,38	6	3.9
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	74	82.22	13	14.44	3	3.33
Otros	49	77.77	10	15.87	4	6.34
TOTAL	123	80,4	23	15,03	7	4.55
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	80	86.95	9	9.78	3	3.26
Otros	44	72.13	14	22.95	3	4.91
TOTAL	124	81	23	15,03	6	3.9

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 10 Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica en parto eutócico se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT el grupo etareo predominante fue de 38 años a más con un 5.55%, predominio: del grado de instrucción superior con 6.89%, viudas con un 5%, personas que no trabajan con un 4.54%; predominio del lugar de nacimiento y procedencia “otros” con un 6.34% y 4.91% respectivamente.

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

**TABLA N°11
SINTOMAS DISOCIATIVOS EN PARTO EUTOCICO**

VARIABLES	CALIFICACION					
	NOR		S/LEV		S/PRE	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
18-22	28	80	5	14.28	2	5.71
23-27	30	81.08	6	16.21	1	2.7
28-32	35	85.36	4	9.75	2	4.87
33-37	13	65	6	30	1	5
38 a +	17	85	1	5	2	10
TOTAL	123	79.95	22	14.3	8	5.3
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	35	72.91	11	22.91	2	4.16
Secundaria	70	87.5	7	8.75	3	3.75
Superior	19	76	5	20	1	4
TOTAL	124	80.6	23	14.95	6	3.9
ESTADO CIVIL						
Soltera	48	87.27	6	10.9	1	1.81
Casada	41	89.13	4	8.69	1	2.17
Conviviente	14	58.33	9	37.5	1	4.16
Viuda	24	85.71	3	10.71	1	3.57
TOTAL	127	82.55	22	14.3	4	2.6
OCUPACION						
Trabaja	73	81.11	13	14.44	4	4.44
No trabaja	51	80.95	9	14.28	3	4.76
TOTAL	124	80.6	22	14.3	7	4.55
LUGAR DE NACIMIENTO						
Arequipa	78	82.1	13	13.68	4	4.21
Otros	46	79.31	10	17.24	2	3.44
TOTAL	124	80.6	23	14.95	6	3.9
LUGAR DE PROCEDENCIA						
Arequipa	89	88.11	9	8.91	3	2.97
Otros	33	63.46	15	28.84	4	7.69
TOTAL	122	79.3	24	15.6	7	4.55

NOR	Normales
S/LEV	Síntomas leves
S/PRE	Presencia de síntomas patológicos

*Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 11 Síntomas disociativos en parto eutócico se observa que en el grupo de personas con la presencia de síntomas de EPT predominan: el grupo etareo de 38 años a más con un 10%, grado de instrucción primaria con 4.16%; predominio en el estado civil conviviente con un 4.16%; predominio de las personas que no trabajan con un 4.76%; predominio del lugar de nacimiento Arequipa con un 4.21% pero con lugar de procedencia “otros” con un 7.69%

“Estrés post traumático post parto en puérperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°12
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático		Eutócico				Cesarea			
		Si		No		Si		No	
		N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%
A	Re experimentación	7	4.57	146	95.42	11	9.32	107	90.68
B	Evitación	6	3.92	147	96.08	10	8.47	108	91.52
C	Activación	6	3.92	147	96.08	11	9.32	107	90.68
Stress post traumático		7	4.57	146	95.42	11	9.32	107	90.68

*Fuente: elaboración propia

Estrés post traumático = A + B + C

En la tabla N°12 se evidencia que dentro de los síntomas necesarios para el diagnóstico de EPT, el predominante es el de evitación. También se evidencia que existe estrés post traumático en ambos grupos de mujeres, tanto cesareadas como de parto eutócico, presentando un predominio en mujeres cesareadas.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El estrés post traumático a pesar de ser el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en las mujeres embarazadas y de su trascendencia, el trastorno de estrés postraumático es un cuadro inadecuadamente identificado en la práctica clínica. Su diagnóstico y su tratamiento suelen realizarse asociados a otras patologías. (1)

El estrés post traumático representa una de las formas de estrés humano más severas e incapacitantes, y genera importantes disfunciones familiares, sociales y laborales. Su severidad depende de diversos factores, y es más grave y duradero cuando lo provoca deliberadamente otro ser humano (2).

Los datos psicológicos y biológicos sugieren que un fracaso para controlar la respuesta al estrés en el momento del trauma facilita el desarrollo del estrés post traumático (5). La respuesta inicial de miedo, inherentemente biológica, está influenciada por las características del acontecimiento, la personalidad del individuo, su interpretación subjetiva, experiencias previas el género femenino (acumulación de tensiones, estilos de afrontamiento, mecanismos de adaptación y mecanismos neuroendocrinos), trastornos afectivos, abusos y traumas durante la infancia y la adolescencia, dificultades socioeconómicas e historia familiar psicopatológica o de abuso de tóxicos⁶, Como consecuencia, las mujeres tienden a desarrollar el trastorno dos veces más que los hombres, a pesar de tener menos probabilidades de exponerse a situaciones amenazantes (3).

En la Tabla N°1 las variables sociodemográficas de la población donde el grupo etareo predominante fue de 28-32 años con 29.41% parto eutócico y 32.20% en cesareadas ; predominio el grado de instrucción de secundaria con 56.21% y 61.86%; predominio de casadas con 46.41% y 55.08%; según ocupación predominaron las no trabajadoras con 52.94% y 55.93%; lugar de nacimiento y procedencia fue Arequipa con 62.09%, 79.74% y 66.10%, 73.73% respectivamente para partos eutócico y cesareadas; en un estudio realizado en el hospital nacional de Retalhuleu, respecto a su estado civil, se detectó que el 43% de las entrevistadas son casadas, el 34% son solteras, el 15% son divorciadas o separadas y el 8% son viudas, según el estudio o nivel académico se determinó que el 47% no tiene ningún tipo de estudio, o nivel académico, el 34% tiene algún grado de escolaridad y el 21% tiene título académico, se detectó que el 57% reside en el área rural y el 43% en el área urbana del departamento de Retalhuleu, la edad de

las participantes se determinó el 17% de las participantes se encuentran dentro del rango de edad de 15 a 19 años, el 27% dentro del rango de edad de 20 a 24 años, el 29% dentro del rango de edad de 25 a 29 años, otro 19% dentro del rango de edad de 30 a 34 años y un faltante de 8% de 35 años de edad en adelante; lo que se manifestó por mi estudio y el citado que la muestra es heterogénea y representativa para este estudio (4)

En la Tabla N^o 2 severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación en cesareadas donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 11, leve 10, presente 3; 23-27 años normal 18, leve 6, presencia 2; 28-32 años normal 29, leve 8, presencia 2; 33-37 años normal 9, leve 9, presencia 1; 38 a más años normal 7, leve 2, presencia 1; según grado de instrucción primaria normal 15, leve 12, Presencia 3; secundaria normal 45, leve 14, Presencia 3; superior normal 13, leve 11, Presencia 2; según estado civil soltera normal 19, leve 9, Presencia 2; casada normal 18, leve 8, Presencia 2; conviviente normal 21, leve 9, presencia 1; viuda normal 20, leve 7, presencia 2; según ocupación trabaja normal 40, leve 18, presencia 4; no trabaja normal 31, leve 20, presencia 5; lugar de nacimiento Arequipa normal 25, leve 20, presencia 10; otros normal 45, leve 18, presencia 4; según lugar de procedencia Arequipa normal 22, leve 21, presencia 5; otros normal 47, leve 17, presencia 6, en la Tabla N^o 7 severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación en eutócico donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 21, leve 7, presente 2; 23-27 años normal 25, leve 5, presencia 1; 28-32 años normal 40, leve 6, presencia 1; 33-37 años normal 15, leve 4, presencia 1; 38 a más años normal 22, leve 2, presencia 1; según grado de instrucción primaria normal 28, leve 10, Presencia 3; secundaria normal 73, leve 9, Presencia 2; superior normal 20, leve 6, Presencia 2; según estado civil soltera normal 48, leve 7, Presencia 2; casada normal 40, leve 5, Presencia 1; conviviente normal 24, leve 5, presencia 1; viuda normal 14, leve 5, presencia 1; según ocupación trabaja normal 73, leve 13, presencia 4; no trabaja normal 51, leve 9, presencia 3; lugar de nacimiento Arequipa normal 76, leve 14, presencia 3; otros normal 48, leve 9, presencia 3; según lugar de procedencia Arequipa normal 86, leve 9, presencia 3; otros normal 36, leve 15, presencia 4; ante esta situación los estudios dicen que en la cesárea urgente y la instrumentación, con o sin analgesia efectiva, suelen indicarse en situaciones de emergencia y/o fracaso

en el progreso del trabajo de parto (5). La suma del estrés causado por la intervención, la percepción de una mayor amenaza para la vida de la mujer y/o del feto y la separación del recién nacido pueden contribuir a la aparición de respuestas disociativas (pérdida de identidad) y síntomas de trauma agudo (sentimientos de violación) (6).

Las experiencias obstétrico-ginecológicas previas traumáticas, un parto traumático, un parto instrumental, una cesárea urgente o un mal resultado perinatal pueden desencadenar reacciones psicológicas negativas en el posparto e inducir miedo al parto en un embarazo posterior, incrementando, el riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales, o aumentar la tendencia al TEPT (referido como ansiedad), siendo los estresores la preocupación por el bebé y los recuerdos del trabajo de parto (7)

Los estudios revisados por Clement se centran especialmente en cuatro consecuencias psicológicas de las cesáreas: depresión materna, satisfacción con el parto, relación con el hijo y lactancia materna, e identifican otros factores implicados en el desarrollo del TEPT (6)

Los estudios han señalado que el estrés post traumático afecta a entre el 1,5% y el 6% de las púerperas pudiendo presentar el síndrome incompleto hasta un 30% de las mujeres que son cesareadas (8). Hasta la fecha no ha habido estudios que estimen la prevalencia. La alta prevalencia en los estudios nos hace pensar que la cesárea es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico preparado para la impronta y el inicio del vínculo con el bebé, que hace que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar vívidamente grabados en la memoria consciente, tanto si son positivos como si son traumáticos.

Por ello la calificación de severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación en cesareadas, se presenta en 11 pacientes como promedio. (9)

En la Tabla N^o 3 Evitación Conductual / Cognitiva en cesareada donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 12, leve 8, presente 3; 23-27 años normal 19,

leve 6, presencia 2; 28-32 años normal 29, leve 8, presencia 2; 33-37 años normal 9, leve 7, presencia 2; 38 a más años normal 7, leve 2, presencia 2; según grado de instrucción primaria normal 17, leve 11, Presencia 2; secundaria normal 47, leve 13, Presencia 2; superior normal 16, leve 10, Presencia 1; según estado civil soltera normal 15, leve 10, Presencia 3; casada normal 16, leve 9, Presencia 3; conviviente normal 21, leve 7, presencia 2; viuda normal 21, leve 7, presencia 2; según ocupación trabaja normal 38, leve 20, presencia 6; no trabaja normal 26, leve 22, presencia 6; lugar de nacimiento Arequipa normal 23, leve 22, presencia 6; otros normal 43, leve 19, presencia 5; según lugar de procedencia Arequipa normal 21, leve 22, presencia 4; otros normal 46, leve 19, presencia 6, por eso al buscar bibliografía sobre el tema se ve que entre los factores desencadenante se han señalado el alto intervencionismo obstétrico y la percepción de cuidados inadecuados en el parto, aparece con mayor frecuencia tras una cesárea urgente y también tras un parto vaginal instrumental, siendo menor la incidencia si la cesárea es programada o el parto es vaginal y no intervenido. Se ha hallado que los síntomas son más intensos tras un parto inducido, si la mujer siente que perdió el control durante el parto o si siente mucho dolor durante largos períodos de tiempo sin alivio alguno (10). La prevalencia también es mayor en madres de bebés prematuros o gravemente enfermos tras el parto. Las madres con trastornos de ansiedad en el embarazo o que ya han tenido otras vivencias traumáticas previas (como haber vivido situaciones de violencia doméstica o de otro tipo) también tienen un mayor riesgo de sufrir las secuelas de un parto traumático.

En el país de Chile, Titulado “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas Venezolanas” al estudiar las características demográficas y clínicas de la población estudiada se encontró edad promedio de 24 años con rangos entre 19 y 33 años. Se evaluó el tiempo posterior al parto en la realización de la evaluación, evidenciándose que las pacientes se encontraban en el puerperio tardío, alrededor de las 5 semanas. La presencia de síntomas de estrés pos traumático se evidenció que el síntoma de evitación se observó en el 9% de las pacientes, la ansiedad en el 74%, el sentimiento de culpa en el 54%, la dificultad para la concentración se observó en el 51% y la ideación suicida solo se observó en el 8% de las puérperas evaluadas. (11)

Al analizar los factores de riesgo sociales, se demostró que en el 50% de los casos las pacientes tenían como procedencia el área rural mientras que el otro 50% eran de procedencia urbana y solo un 25% de estas mujeres realizaban alguna actividad laboral. También fue evaluado el nivel educativo, lográndose establecer que el 33% de la muestra tenían un nivel educativo correspondiente a educación primaria completa o menos, el 36% habían cursado la secundaria y sólo el 31% habían alcanzado un nivel técnico y/o universitario. La estimación del riesgo para estos factores, arrojó que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presenta ($p < 0,001$), mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector ($p < 0,05$) (11), con lo encontrado en estudios realizados vemos la presencia de evitación persistente por la presencia de estímulos asociados a los sucesos traumáticos, que comienza tras los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por los esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumático, el evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos, distribución de sintomatología que se hace presente de manera similar dentro de las características sociodemográficas lo que se infiere que el estrés post traumático está presente y depende más de la experiencia vivida que otra circunstancia.

En la Tabla N^o 4 Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo en cesareadas donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 10, leve 13, presente 3; 23-27 años normal 15, leve 9, presencia 3; 28-32 años normal 25, leve 8, presencia 3; 33-37 años normal 8, leve 8, presencia 1; 38 a más años normal 8, leve 2, presencia 2; según grado de instrucción primaria normal 18, leve 13, Presencia 4; secundaria normal 40, leve 11, Presencia 3; superior normal 14, leve 12, Presencia 3; según estado civil soltera normal 18, leve 11, Presencia 2; casada normal 17, leve 8, Presencia 4; conviviente normal 21, leve 8, presencia 2; viuda normal 19, leve 6, presencia 2; según ocupación trabaja normal 40, leve 15, presencia 6; no trabaja normal 33, leve 19, presencia 5; lugar de nacimiento Arequipa normal 27, leve 21, presencia 5; otros normal 44, leve 16, presencia 5; según lugar de procedencia Arequipa normal 28, leve 23, presencia 4; otros normal 46, leve 10, presencia 7.

En el estudio titulado “Caracterización de madres deprimidas en el parto”, realizada en cinco consultorios de atención primaria de salud de la Región Metropolitana; aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, trabajando con 440 puérperas entre 1 a 11 meses posparto con un rango de edad entre 15 y 46 años, los resultados reportaron lo siguiente: El 47,0% había cursado educación media completa y 25,7%) educación media incompleta; 33,4% señaló ser casada, 32,3% convivir con su pareja, y 27,5% reportó ser soltera. El 68,4% declaró vivir con su pareja y 21,8 con sus padres en el mismo hogar. El 82,7% indicó ser dueña de casa y 12,1% ser trabajadora. El promedio de hijos de las mujeres de la muestra, incluyendo al último, fue de dos. Se encontró una correlación débil pero significativa entre un mayor puntaje de alteraciones cognitivas y cambios de ánimo con una menor educación ($r = 0,102$; $p = 0,033$); un mayor número de hijos ($r = 0,186$; $p < 0,001$) y de embarazos ($r = 0,194$; $p < 0,001$), una mayor diferencia con el hermano que le antecede ($r = 0,161$; $p = 0,001$); respectivamente (12). Que en comparación con el mi estudio manifiesta que la presencia de alteraciones cognitivas y cambios de ánimo son similar la distribución en la muestra.

En la Tabla N^o 5 Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica en cesareadas donde según grupo etareo de 18-22 años presente normal 11, leve 10, presencia 2; 23-27 años normal 18, leve 6, presencia 2; 28-32 años normal 29, leve 7, presencia 2; 33-37 años normal 11, leve 8, presencia 2; 38 a más años normal 8, leve 1, presencia 1; según grado de instrucción primaria normal 15, leve 12, Presencia 3; secundaria normal 44, leve 13, Presencia 3; superior normal 14, leve 11, Presencia 3; según estado civil soltera normal 18, leve 9, Presencia 3; casada normal 19, leve 8, Presencia 2; conviviente normal 20, leve 6, presencia 2; viuda normal 21, leve 7, presencia 3; según ocupación trabaja normal 40, leve 18, presencia 4; no trabaja normal 31, leve 20, presencia 5; lugar de nacimiento Arequipa normal 25, leve 21, presencia 6; otros normal 48, leve 13, presencia 5; según lugar de procedencia Arequipa normal 33, leve 19, presencia 5; otros normal 40, leve 15, presencia 6.

En la ciudad México, estudio titulado: “Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango de la ciudad de México”; teniendo como objetivo el estudio de la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas asociadas en una población de 178 mujeres con 01 a 13 semanas

posparto. A la población de estudios se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh, y la depresión se evaluó utilizando los criterios del DSM-IV. Además, se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales de las participantes. Los resultados arrojaron lo siguiente: La prevalencia general de la reactividad psicofisiológica posnatal fue de 32.6 % (58/178). Manifestándose como prevalencias de depresión mayor y menor fueron 14.1 % (25/178) y 18.5 % (33/178), respectivamente. . La prevalencia general de depresión posnatal en las mujeres rurales (38.8 %) fue más alta pero no estadísticamente significativa, que en las mujeres urbanas (26.9 %) ($p = 0.09$). En relación a las características sociodemográficas y la activación y reactividad psicofisiológica, prevalencia de alteraciones cognitivas y cambios de ánimo de la depresión posnatal; Los resultados fueron analizados en tres grupos: mujeres urbanas, mujeres rurales, y todas las mujeres. En cuanto a la educación, se observó frecuencia significativamente mayor de depresión posnatal en mujeres con hasta seis años de educación, que en aquellas con más de seis años de educación. Las mujeres con más de tres años viviendo con su pareja mostraron una frecuencia significativamente mayor posnatal que las mujeres con una relación más corta. El análisis de otras características sociodemográficas como edad, ocupación, estado civil, edad al contraer matrimonio, lugar de nacimiento y de residencia, y religión no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia (13).

En la Tabla N° 6 Síntomas Disociativos en cesareadas donde según grupo etareo de 18-22 años normal 10, leve 9, presente 3; 23-27 años normal 17, leve 7, presencia 2; 28-32 años normal 29, leve 9, presencia 2; 33-37 años normal 9, leve 8, presencia 3; 38 a más años normal 7, leve 1, presencia 2; según grado de instrucción primaria normal 13, leve 11, Presencia 4; secundaria normal 44, leve 15, Presencia 2; superior normal 15, leve 12, Presencia 2; según estado civil soltera normal 19, leve 9, Presencia 3; casada normal 18, leve 8, Presencia 2; conviviente normal 20, leve 6, presencia 2; viuda normal 21, leve 7, presencia 3; según ocupación trabaja normal 41, leve 19, presencia 5; no trabaja normal 30, leve 18, presencia 5; lugar de nacimiento Arequipa normal 23, leve 19, presencia 6; otros normal 49, leve 17, presencia 4; según lugar de procedencia Arequipa normal 25, leve 20, presencia 6; otros normal 44, leve 18, presencia 5.

En el país de Chile, titulado caracterización de madres deprimidas en el post cesárea, se encontró que un nivel educacional más bajo, un mayor número de hijos y de embarazos, y la mayor diferencia de edad con el hermano que le antecedía, se asociaron a mayor gravedad de la sintomatología de Síntomas Disociativos. Sin embargo, esta asociación fue leve y no logró demostrarse al controlar por las otras variables sociodemográficas en la regresión múltiple. Sólo un menor nivel educacional y el ser múltipara lograron configurar un modelo válido, no obstante explicaron sólo 5% de la varianza. (14)

En la ciudad de Tacna- Perú, titulada “Factores Psicosociales Asociados y Detección de Depresión Posparto Usando la Escala de Edimburgo en Madres Adolescentes”. Trabajando con 88 madres adolescentes y teniendo como objetivo Determinar los factores psicosociales asociados y la incidencia de Síntomas Disociativos postparto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes del Hospital Hipólito Unánue se concluyó que: La incidencia de madres adolescentes fue 14,17%. La incidencia en madres adolescentes fue 51,1%. La incidencia de ideas de auto-daño fue de 22,2% en aquellas con DPP y 4,7% en las que no presentaron depresión; esto nos indica que hay 1,8 veces más riesgo que una madre adolescente tenga ideas de auto daño que una sin depresión. Los factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre. La edad de la pareja, paridad, nivel socioeconómico, relación con la pareja y embarazo no planificado, no demostraron ser factores de riesgo. (15)

Según el estado civil de la madre adolescente, se encontró que las pacientes solteras no convivientes presentaron 73,9 y solteras convivientes 43,5%, casadas 0% y divorciadas 100%. Según el grado de instrucción las madres que cursan estudios escolares primarios presentan 100%, las que tienen secundaria incompleta 50%, secundaria completa 53,8%, nivel superior técnico de estudios no presentan (0%), en contraste a quienes cursan con estudios universitarios donde el 100% presenta Síntomas Disociativos. En cuanto a la paridad se encontró valores de depresión postparto de 51,9% en primíparas y 42,9% en múltiparas. (15)

En la Tabla N^o 7 severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación en eutócico donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 21, leve 7, presente 2; 23-27 años normal 25, leve 5, presencia 1; 28-32 años normal 40, leve 6, presencia 1; 33-37 años normal 15, leve 4, presencia 1; 38 a más años normal 22, leve 2, presencia 1; según grado de instrucción primaria normal 28, leve 10, Presencia 3; secundaria normal 73, leve 9, Presencia 2; superior normal 20, leve 6, Presencia 2; según estado civil soltera normal 48, leve 7, Presencia 2; casada normal 40, leve 5, Presencia 1; conviviente normal 24, leve 5, presencia 1; viuda normal 14, leve 5, presencia 1; según ocupación trabaja normal 73, leve 13, presencia 4; no trabaja normal 51, leve 9, presencia 3; lugar de nacimiento Arequipa normal 76, leve 14, presencia 3; otros normal 48, leve 9, presencia 3; según lugar de procedencia Arequipa normal 86, leve 9, presencia 3; otros normal 36, leve 15, presencia 4.

En el país de Chile, titulado prevalencia y factores de riesgo asociados a la severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación post parto en puérperas de un centro de atención primaria, se ha observado que la mayoría de las mujeres que padecen cuadros neuropsíquicos durante el embarazo y puerperio no reciben ayuda profesional. Más aún, casi el 50% ni siquiera posee contención de familiares o amigos. Por otro lado, las mujeres que sí tienen contacto con profesionales de la salud en controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, o en el otro extremo, los médicos subestiman sus preocupaciones, no las escuchan o desconocen la existencia de tales patologías (16).

En el país de México; titulado síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de 3 instituciones de salud, que incluyó entre otros factores, las siguientes características socio demográficas: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, proveedor principal, número de embarazo, semanas de gestación y si el embarazo era planeado o no, y luego de analizar la posible relación con síntomas de severidad y cuantificación del estrés post traumático subescala de re experimentación, se demostró que existen medias más altas en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos en quienes tenían menor escolaridad, eran solteras o divorciadas, pasaban por su primer embarazo, estaban en el primer trimestre de gestación y el embarazo no fue

planeado. Sin embargo, las diferencias sólo fueron significativas para embarazo no planeado. (17).

En la Tabla N^o 8 Evitación Conductual / Cognitiva en eutócico donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 20, leve 6, presente 1; 23-27 años normal 23, leve 6, presencia 1; 28-32 años normal 48, leve 6, presencia 2; 33-37 años normal 18, leve 3, presencia 1; 38 a más años normal 15, leve 2, presencia 1; según grado de instrucción primaria normal 24, leve 10, Presencia 2; secundaria normal 75, leve 8, Presencia 2; superior normal 24, leve 5, Presencia 3; según estado civil soltera normal 45, leve 6, Presencia 2; casada normal 38, leve 5, Presencia 1; conviviente normal 29, leve 6, presencia 2; viuda normal 14, leve 4, presencia 1; según ocupación trabaja normal 69, leve 11, presencia 3; no trabaja normal 60, leve 8, presencia 2; lugar de nacimiento Arequipa normal 77, leve 12, presencia 4; otros normal 50, leve 8, presencia 2; según lugar de procedencia Arequipa normal 89, leve 10, presencia 2; otros normal 39, leve 10, presencia 3.

Zamora (2007), indica que entre el 20% y el 65% de las mujeres padecen de estrés posparto, pues casi nunca inicia antes del tercer día posterior al parto, parece claro que hay cambios hormonales y sustancias químicas implicadas. Aun así, el estrés psicológico y los momentos que lo desencadenan desempeñan un papel importante y presentan sintomatología de evitación conductual.(18)

Medicinas (2006), explica que las mujeres muchas veces se preocupan por efectos extraños, secundarios e inexplicables, pero esta, es una trampa en la cual ellas no deberían caer, ya que nada más es una fuerte preocupación por sí misma. Esta preocupación también puede deberse a los cuidados del bebé o a la salud del mismo, es importante reconocer y tener en cuenta que el estar embarazada no es tener una enfermedad o que la vida corre peligro, simplemente es algo natural que cualquier mujer pueda experimentar. (19)

El estrés que provoca el embarazo, marca un camino que si bien es cierto, es algo nuevo que puede crear incertidumbre, también se debe conocer que no es algo fuera de lo normal. Esto provoca que el nivel de estrés crezca semana a semana, cada vez que se pasa de una etapa a otra en el proceso del embarazo, este estrés también fomenta más preocupación de que el feto se vea dañado. Ninguna

investigación ha aclarado que los cambios emocionales causen un daño al bebé que está por nacer, sin embargo los niveles tienen un efecto diferente.

En la Tabla N^o 9 Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo en eutócico donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 22, leve 6, presente 1; 23-27 años normal 34, leve 5, presencia 1; 28-32 años normal 43, leve 5, presencia 1; 33-37 años normal 16, leve 3, presencia 1; 38 a más años normal 13, leve 1, presencia 1; según grado de instrucción primaria normal 25, leve 10, Presencia 3; secundaria normal 77, leve 9, Presencia 2; superior normal 21, leve 6, Presencia 2; según estado civil soltera normal 47, leve 8, Presencia 2; casada normal 44, leve 4, Presencia 1; conviviente normal 25, leve 6, presencia 1; viuda normal 10, leve 4, presencia 1; según ocupación trabaja normal 74, leve 12, presencia 3; no trabaja normal 54, leve 8, presencia 2; lugar de nacimiento Arequipa normal 80, leve 12, presencia 2; otros normal 46, leve 10, presencia 3; según lugar de procedencia Arequipa normal 86, leve 10, presencia 3; otros normal 40, leve 12, presencia 2.

Con las características socio demográficas de las pacientes puérperas encontramos que la población bajo estudio estaba constituida por una alta concentración de jóvenes entre los 20 a 30 años de edad alcanzando 73,3 %. Un 80% estaban acompañadas por su pareja, ya sea por unión estable o por encontrarse casadas. El 36,7% de ellas fueron amas de casa y se ha encontrado una mayor frecuencia de primíparas (50,0%) en relación a la paridad el 46,7% refirió tener un solo hijo. En cuanto al nivel educacional, un 30,0% de las mujeres puérperas encuestadas poseían estudios de secundaria completa y el 40,0% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles debido a que se trató de mujeres convivientes o casadas acompañadas de su pareja. Sólo una puérpera refirió tener un ingreso mayor a 1000 nuevos soles. Un 60,0% de las madres estudiadas ha manifestado que su último embarazo fue deseado, es decir, planeado por la pareja. (20)

En la Tabla N^o 10 Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica en eutócico donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 20, leve 4, presente 1; 23-27 años normal 30, leve 5, presencia 1; 28-32 años normal 42, leve 4, presencia 1; 33-37 años normal 19, leve 7, presencia 1; 38 a más años normal 16, leve 1, presencia 1; según grado de instrucción primaria normal 33, leve 9, Presencia 1;

secundaria normal 70, leve 8, Presencia 3; superior normal 22, leve 5, Presencia 2; según estado civil soltera normal 52, leve 6, Presencia 2; casada normal 38, leve 5, Presencia 1; conviviente normal 22, leve 6, presencia 1; viuda normal 13, leve 6, presencia 1; según ocupación trabaja normal 71, leve 13, presencia 3; no trabaja normal 54, leve 9, presencia 3; lugar de nacimiento Arequipa normal 74, leve 13, presencia 3; otros normal 49, leve 10, presencia 4; según lugar de procedencia Arequipa normal 80, leve 9, presencia 3; otros normal 44, leve 14, presencia 3; en otros estudios se ha encontrado en el Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica que las más afectadas fueron adolescentes y jóvenes. Sin embargo ésta no se encontró asociada a la depresión posparto. Nuestros resultados son similares a los encontrados en la investigación mexicana titulada “Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango” en la cual se reporta que el estado civil, no mostró diferencia estadísticamente significativa en relación a la depresión (27) y similares a los resultados arribados por Lara, en el año 2006, en la ciudad de Mexico, quien reporta que, existen medias más altas en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) en quienes tenían menor escolaridad, eran solteras o divorciadas, pasaban por su primer embarazo, estaban en el primer trimestre de gestación y el embarazo no fue planeado. Sin embargo, las diferencias sólo fueron significativas para embarazo no planeado. (8). Sin embargo se tienen resultados que difieren con los nuestros como el realizado por Tejada en el Hospital Hipólito Unánue el año 2009 en la ciudad de Tacna- Perú, titulada “Factores Psicosociales Asociados y Detección de Depresión Posparto Usando la Escala de Edimburgo en Madres Adolescentes”; quien reporta que los factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre (18).

Los Síntomas disociativos en eutócico donde según grupo etareo de 18-22 años presento normal 28, leve 5, presente 2; 23-27 años normal 30, leve 6, presencia 1; 28-32 años normal 35, leve 4, presencia 2; 33-37 años normal 13, leve 6, presencia 1; 38 a más años normal 17, leve 1, presencia 2; según grado de instrucción primaria normal 35, leve 11, Presencia 2; secundaria normal 70, leve 7, Presencia 3; superior normal 19, leve 5, Presencia 1; según estado civil soltera normal 48, leve 6, Presencia 1; casada normal 41, leve 4, Presencia 1; conviviente normal 14, leve 9,

presencia 1; viuda normal 24, leve 3, presencia 1; según ocupación trabaja normal 73, leve 13, presencia 4; no trabaja normal 51, leve 9, presencia 3; lugar de nacimiento Arequipa normal 78, leve 13, presencia 4; otros normal 46, leve 10, presencia 2; según lugar de procedencia Arequipa normal 89, leve 9, presencia 3; otros normal 33, leve 15, presencia 4.

Estos resultados nos condujeron a identificar la relación que existe entre el riesgo de Síntomas disociativos posparto y las características socio demográficas de las puérperas en estudio; nuestros resultados mostraron que $X^2C < X^2T$, por lo tanto concluimos que no existe una asociación significativa entre Riesgo de Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso. Resultados similares a lo reportado por un trabajo realizado por Quelopana, A. en el año 2010, en la ciudad de Arica –chile; titulado: Validación del Cuestionario “Postpartum Depression Screening Scale” quien refiere que los resultados demostraron que el 46,4% de las mujeres presentaron síntomas significativos (21).

Por otro lado la relación entre el riesgo de depresión posparto y el tipo de embarazo mostró que $X^2C (5,625) > X^2T (3,841)$, por lo tanto concluimos que existe una asociación significativa entre Riesgo en el Posparto y el Tipo de Embarazo; la relación entre el riesgo posparto y el tipo de parto mostro que, $X^2C (6,429) > X^2T (3,841)$, por lo que concluimos también que existe una asociación significativa entre Riesgo de Síntomas disociativos Posparto y el Tipo de Parto en puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto, Junio- Setiembre 2012.

En la tabla N°12 Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, muestra se evidencia que dentro de los síntomas necesarios para el diagnóstico de EPT, el predominante es el de evitación. También se evidencia que existe estrés post traumático en ambos grupos de mujeres, tanto cesareadas como de parto eutócico, presentando un predominio en mujeres cesareadas

Dado que los estudios que aportan datos significativos son escasos y no existe uniformidad en cuanto a los parámetros y la metodología utilizados, los índices de prevalencia se distribuyen en márgenes relativamente amplios.

La prevalencia del estrés post traumático en etapas previas al embarazo, varía entre el 10%⁶ y el 13,6% (22).

En el embarazo y el parto, las cifras oscilan entre el 2,3%^{27,28} y el 8,1%²⁹.

En las primeras 4-6 semanas del posparto, se describen porcentajes comprendidos entre el 1,9²⁵ y el 5,6%³⁰, que descienden a partir de los 6 meses al 0,8%²⁶, o al 2,4%. (23)

Las discrepancias observadas en ciertas cifras se deben a la inclusión de casos de TEPT que cumplen sólo criterios B, C y D²⁷, de casos con síntomas de TEPT y depresión asociada durante el embarazo (24)

La vivencia del dolor del parto (influida por su intensidad, tolerancia, tipo y efecto de analgesia y la presencia o no de la pareja) puede ser un suceso traumático.

Sin embargo, la experiencia de este dolor aparece más fuertemente asociada con la respuesta de estrés traumático que con la presencia de dolor pertinaz tras el parto contribuye al desarrollo de síntomas de trauma agudo y, aunque temporal, puede ser devastador y conducir a sentimientos de desesperanza, preocupación y alteraciones del sueño, interfiriendo con la capacidad de afrontamiento y recuperación de la mujer en el posparto inmediato.

Su duración como «recuerdo» puede abarcar desde las primeras 24-48 horas posparto hasta los 3 años después del nacimiento.(25)

La respuesta de estrés al embarazo y al parto es individual y depende de la situación vital, de la información recibida, de los acontecimientos, de las intervenciones realizadas y de la inclusión de la mujer en la toma de decisiones. En este sentido, es importante considerar los síntomas de estrés pre traumático y miedo al parto en las mujeres embarazadas y reflexionar más profundamente sobre la sensación referida como «pérdida de control de los acontecimientos o de su propia conducta durante el parto» y/o la cesárea y puesto que algunas investigaciones sugieren la posible asociación entre la expectativa de poder mantener el control sobre el proceso del parto y una mayor satisfacción con la experiencia.

Considerando que la mejor intervención es prevenir un parto traumático y que unos resultados obstétricos perinatales exitosos no deben justificar una experiencia traumática, las investigaciones futuras deberían permitir diferenciar los casos de estrés post traumático previo de aquellos que se desarrollen como resultado directo

del parto, ya que es posible que la vulnerabilidad y los factores de riesgo difieran para estos dos grupos. Identificar estos factores durante el embarazo permitiría, por un lado, evitar los procedimientos obstétricos que desencadenarán respuestas de estrés y, por otro, ofrecer a estas mujeres alternativas en el modo de pasar por este evento.





CONCLUSIONES

1. Describe el perfil sociodemográfico predominante, mujeres de 28 – 32 años, con grado de instrucción secundaria, casadas, que no trabajan, naturales y procedentes de Arequipa.
2. Existen síntomas de estrés post traumático en ambas poblaciones estudiadas, con aparente predominio de mujeres cesareadas.
3. El síntoma más frecuente en el estudio realizado fue el de re experimentación en ambos grupos





RECOMENDACIONES

1. Que en los establecimientos de servicio a la salud materna se brinde atención integral y de calidad, con calidez a cada una de las gestantes.
2. Que los establecimientos de servicio materno se incluyan protocolos de apoyo y atención psicológica antes y después del parto.
3. Que el personal de salud de estos establecimientos incluya psicoeducación y apoye el desarrollo de ambientes saludables.



BIBLIOGRAFIA

1. Loveland CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(4): 710-17.
2. Amor PJ, Echeburúa E, De Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Anal Modif Cond.* 2001; 27(114): 605-29.
3. Moylan PL, Jones HE, Haug NA, Kissin WB, Svikis DS. Clinical and psychosocial characteristics of substance-dependent pregnant women with and without PTSD. *Addict Behav.* 2001; 26: 469-74.
4. OSMAN ORLANDO AQUINO BARILLAS. "ESTRÉS POST-PARTO EN LAS MUJERES DEL ÁREA DE MATERNIDAD (Estudio realizado en el hospital nacional de Retalhuleu)". 2014
5. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord.* 2004; 18: 127-42.
6. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001; 15(1): 109-26.
7. Reynolds JL. Posttraumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ.* 1997; 156(6): 831.
8. Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 587-597.
9. Bailham, D., & Joseph, S. (2003) Posttraumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 159-168.
10. Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 91-105.
- 11.- Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [Revista en la Internet]. 2010

12. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev Med Chile 2010; 138(5):536-42.
13. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Méd Méx 2010; 146(1):1-9.
14. Rojas G. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Artículo de Investigación Rev Med Chile 138 (5): 536 – 542.
15. Tejada J. “Factores psicosociales asociados y detección de depresión postparto usando la Escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unánue – Tacna”. Tesis. Universidad Privada de Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana. 2009.
16. Poo A. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el sur de Chile. En: Revista Médica Chile. 136(1):44-52.
17. Lara M. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México, Salud Mental; 29(4):55.
18. Zamora O. (2007). El estrés en madres primerizas. Editorial Mc. Graw Hill. (4ª. Edición). México.
19. Medicinas (2006). Estrés y fatiga crónica. En el manual Medicina alternativa. 1ª. Edición. Editorial Ediciones Lea S.A. Argentina.
20. ELEN ROSA VASQUEZ JULCAHUANGA “Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic Tarapoto Junio-Setiembre 2012”. TARAPOTO- PERU 2012
21. Quelopana Ana María, Champion Jane Dimmitt. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO “POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE” VERSIÓN EN ESPAÑOL EN MUJERES DE ARICA, CHILE: VALIDATION OF THE “POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE” SPANISH VERSION IN WOMEN FROM ARICA, CHILE. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010

22. Loveland CA, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors and treatment. *Obstet Gynecol.* 2004; 103: 710-17.
23. Smith MV, Poschman K, Cavaleri MA, Howell HB, Yonkers KA. Symptoms of post-traumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. *Am J Psychiatry.* 2006; 163: 881-4.
24. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol.* 2004; 47(3): 552-67.
25. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *J Clin Psicol.* 2000; 39: 35-51.





ANEXO 1. PROYECTO DE INVESTIGACION



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Estrés postraumático en puerperas post parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

Tesis presentada por el bachiller:

Marco Andree Loyola Cruz

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor:

Juan Manuel Zevallos rodriguez

Arequipa - Perú

2017

I. PREAMBULO

El trastorno de estrés postraumático a pesar de ser el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en las mujeres embarazadas (tras la depresión y la dependencia nicotínica) y de su trascendencia (superior a otras complicaciones obstétricas), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un cuadro inadecuadamente identificado en la práctica clínica. Su diagnóstico y su tratamiento suelen realizarse asociados a otras patologías (depresión, abuso de sustancias...). Los criterios diagnósticos establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

El TPET representa una de las formas de estrés humano más severas e incapacitantes, y genera importantes disfunciones familiares, sociales y laborales. Su severidad depende de diversos factores, y es más grave y duradero cuando lo provoca deliberadamente otro ser humano.

Los datos psicológicos y biológicos sugieren que un fracaso para controlar la respuesta al estrés en el momento del trauma facilita el desarrollo del TEPT. La respuesta inicial de miedo, inherentemente biológica, está influenciada por las características del acontecimiento, la personalidad del individuo, su interpretación subjetiva, experiencias previas, el género femenino (acumulación de tensiones, estilos de afrontamiento, mecanismos de adaptación y mecanismos neuroendocrinos), trastornos afectivos, abusos y traumas durante la infancia y la adolescencia, dificultades socioeconómicas e historia familiar psicopatológica o de abuso de tóxicos. Como consecuencia, las mujeres tienden a desarrollar el trastorno dos veces más que los hombres, a pesar de tener menos probabilidades de exponerse a situaciones amenazantes.

Se estima que entre un 10 y un 18,3% de las mujeres serán diagnosticadas de TEPT a lo largo de su vida, con un importante índice de cronificación (el 33% de los casos supera los 60 meses) y de comorbilidad (el 75% de los casos presenta al menos otro diagnóstico).

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1) PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del problema:

¿Cuál es el estrés post traumático post parto en gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?

1.2. Descripción del problema:

1.2.1. Área de conocimiento:

General : Ciencias de la Salud

Específica : Medicina

Especialidad : Psiquiatría

Línea : Salud mental

1.2.2. Análisis y operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO
Sociodemográficas	Edad Sexo Grado de instrucción Estado civil Ocupación Lugar de nacimiento Lugar de procedencia	Años M-F Primaria Secundaria Superior C, S, V, Conviviente. Otra Arequipa, otra Arequipa, otra	Cuantitativa Nominal
Estrés traumático post	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R).	Síntomas de reexperimentación Evitación conductual/cognitiva Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo Síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica Síntomas disociativos Grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático	Cualitativa

1.2.3. Interrogantes básicas:

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?
- b) ¿Cuál es el estrés post traumático post parto en gestantes de parto eutócico en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?
- c) ¿Cuál es el estrés post traumático post parto en gestantes cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?

1.2.4. Tipo de investigación:

Investigación de campo para ser realizada en gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

1.2.5. Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

2.2 Justificación

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de la mujer. Socialmente se espera que la mujer que ha tenido un bebé sano esté feliz, contenta y satisfecha y agradecida con la experiencia. Esto es así en una mayoría de madres, pero también hay mujeres para las que el parto puede ser un evento muy traumático o incluso terrorífico que impacta seriamente su adaptación psicosocial en el postparto, la lactancia e incluso el vínculo con el bebé, que hace que este estudio tenga una repelencia social pues es parte de la vida de toda mujer en edad fértil.

Desde hace tiempo se conoce la existencia de trastornos psiquiátricos específicos del puerperio y postparto así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo psicomotor y emocional del lactante. Sin embargo en los últimos años diversos estudios clínicos han señalado la existencia de un trastorno que se desencadena exclusivamente por el parto, y muy especialmente por el parto traumático, con unas características psicopatológicas y clínicas diferentes postparto. En las dos últimas décadas toda una serie de investigaciones han comprobado que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático (SEPT), por lo que un estudio en nuestro medio sobre estos trastornos tendrá una relevancia científica en nuestro medio.

El SEPT aparece con mayor frecuencia tras una cesárea urgente y también tras un parto vaginal instrumental, siendo menor la incidencia si la cesárea es programada o el parto es vaginal y no intervenido. Se ha hallado que los síntomas son más intensos tras un parto inducido, si la mujer siente que perdió el control durante el parto o si siente mucho dolor durante largos períodos de tiempo sin alivio alguno.

Los cambios emocionales después del parto dependen también de factores característicos de la personalidad, un temperamento débil hará padecer a la madre más fácilmente de estrés posparto, puesto que si no es una persona con capacidad para la resolución de problemas, reorganizarse le será muy difícil ya estando en la marcha del proceso posparto.

El Hospital Goyeneche presenta una alta presenacion de partos y cesareas por lo que es factible hacer un estudio en esta población, donde asisten pacientes de diferentes distritos y provincias de la ciudad de Arequipa.

INTERES PERSONAL

Siendo el parto (sea parto eutócico o sea un parto distócico) una etapa muy importante para la vida, por eso es un trabajo interesante dado que diariamente son muchas las pacientes sometidas tanto a un parto eutócico como a parto distócico en el hospital Goyenehce. Muchas de las pacientes no se encuentran preparadas adecuadamente para dicho proceso, motivo por el cual algunas pacientes pueden tener una respuesta inadecuada al estrés que experimentan durante este proceso. Este trabajo se basa en encontrar si hay pacientes que generen un tipo de respuesta al estrés patológico y en que porcentaje se da en el hospital Goyeneche.

III. MARCO CONCEPTUAL

3. Trastorno por estrés postraumático

a) Definición

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y por otra el trauma. Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). De acuerdo con el concepto científico de estrés se podría tener una denominación más adecuada para el TEPT y que no llevara a confusión, como podría ser "trastorno por distrés postraumático". Por otra parte, la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico.(1)

b) Clínica

Ante un hecho traumático se producen las más variadas reacciones. Lo más frecuente es que el sujeto en un primer momento tenga una respuesta en que se esfuerce por sobrevivir y protegerse. En esta etapa puede escapar, presentar insensibilidad, quedar paralogizado por temor y llegar a enmudecer, o bien puede aparecer una confusión al estar en un estado de shock. A continuación habrá un intento de adaptación a través de alguna acción coherente con la situación, lo que le permitirá recuperar su condición previa al hecho traumático, para posteriormente realizar una elaboración adecuada de lo sucedido. En otros casos habrá una conducta disociada o bien se buscará la adaptación a través del control de las emociones mediante el uso y abuso de alcohol y drogas. Cabe señalar que ningún tipo de respuesta previene la aparición de un TEPT y éste se presentará en una minoría de las víctimas de situaciones traumáticas con cifras que van entre el 10% y el 20%.⁽¹⁾

c) Trastorno de estrés postraumático según DSM-V

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- Experiencia directa de los sucesos traumáticos.
- Presencia directa de los sucesos ocurrido a otros.
- Conocimiento de que los sucesos traumáticos le han ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, los sucesos han de haber sido violento o accidental.
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de los sucesos traumáticos (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados a los sucesos postraumáticos, que comienzan después de los sucesos traumáticos:

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos.
- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con los sucesos traumáticos.
- Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitieran los sucesos traumáticos. (Estas reacciones se pueden producir de manera continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).
- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.
- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.

C. Evitación persistente de estímulos asociados a los sucesos traumáticos, que comienza tras los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.
- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a los sucesos traumáticos, que comienzan o empeoran después de los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Incapacidad de recordar un aspecto importante de los sucesos traumáticos (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, o el consumo de alcohol o drogas).

- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ejemplo, «Estoy mal», «No puedo confiar en nadie», «El mundo es muy peligroso», «Tengo los nervios destrozados»).
- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias de los sucesos traumáticos que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
- Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada a los sucesos traumáticos, que comienza o empeora después de los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si: Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ejemplo, como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).(2)

2. American Psychiatric Association (en línea). 2010. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th Edition.rev.). Washington: author.

d) TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del TEPT (trastorno por estrés postraumático), van dirigidos a:

- Disminuir los síntomas.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Rehabilitación social y ocupacional.

El tratamiento incluye diversas modalidades psicoterapéuticas individuales, entre las cuales podemos destacar la cognitivo-conductual; también son de gran utilidad las terapias de grupo y de familia, y los grupos de autoayuda.

El manejo farmacológico dependerá de los síntomas predominantes. Entre los medicamentos utilizados se cuentan los antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, entre otros. En algunas oportunidades pueden utilizarse los antipsicóticos atípicos.

Los tratamientos empíricamente avalados por el DSM IV (APA) en la categoría de bien establecidos son los siguientes:

- Tratamiento de exposición.
- Entrenamiento en inoculación del estrés.
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

El NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2005) confirma los anteriores y añade:

- Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma.

El método catártico:

Se trata de la descarga emocional del afecto vinculado al acontecimiento traumático. Esto es posible porque, en el momento del hecho, el sujeto reprime los recuerdos asociados al mismo pero permanecen en el inconsciente. Los afectos no pueden reprimirse y se transforman en angustia, ansiedad y todos los síntomas del TEPT. El hecho traumático deja al sujeto sin palabras, en estado de choque.

La catarsis permite al enfermo recordar y objetivar verbalmente el acontecimiento traumático liberándolo así del excesivo afecto que lo convertía en patógeno. Cuando el afecto y la verbalización del recuerdo irrumpen al mismo tiempo en la conciencia se produce la abreacción. Si se libera el afecto ligado al recuerdo de un trauma se anulan sus efectos patógenos. El recuerdo antes reprimido, puede ser integrado ahora en una serie asociativa que permita la corrección del acontecimiento en la memoria del sujeto y desaparecen los síntomas por medio del uso de la palabra.(23)

e) El estresor

Un sujeto puede ser víctima de un acontecimiento traumático por sufrir en sí mismo la experiencia, por presenciar una situación traumática o incluso por enterarse a través de un tercero acerca de lo que le ocurrió a él (mientras estaba con compromiso de conciencia) o bien de lo que él se evitó (por ejemplo al no haber estado de guardia el día que asesinaron a su compañero en un asalto, ya que él no se presentó por estar con licencia médica).

Entre las causas más frecuentes de TEPT, por sexo, se tiene en los hombres las experiencias de combate o el haber presenciado muertes o graves lesiones; en cambio, en las mujeres destacan las violaciones y los ataques sexuales.

En frecuencia descendente las situaciones que provocan más TEPT son: el recuperar la conciencia durante alguna cirugía (56%), la violación en mujeres (48,4%) y el presenciar muertes o graves lesiones entre los hombres (10,7%) (3)

f) Sintomatología del TEPT

La tríada clínica que define el TEPT comprende los fenómenos invasores, los de evitación y la respuesta de hiperalerta. El reexperimentar los síntomas vividos durante el hecho traumático está fuera del control de la persona y en forma persistente pueden aparecer imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea o bien gatillados por estímulos que recuerdan el suceso traumático. Estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o también durante el sueño en forma de pesadillas. Estos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas autonómicos como taquicardia, polipnea, temblor fino generalizado, cambios de temperatura, sudoración e incluso piloerección. Entre los elementos gatillo de los fenómenos invasores las imágenes provenientes de la televisión, del cine o incluso de las fotos de la prensa escrita tienen gran importancia. Un ruido, un color, un aroma, una palabra escrita o pronunciada por alguien también pueden servir como desencadenantes de los síntomas invasores.(4)

g) Trastorno de Estrés Postraumático post parto

El parto puede ser un evento lo suficientemente estresante como para desencadenar un trastorno de estrés postraumático (TEPT), que empezó a ser estudiado a partir de la observación de las secuelas psicológicas que presentaban algunos veteranos de la guerra del Vietnam. El parto **constituye un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico, preparado para la impronta y el inicio del vínculo con el bebé. Estas condiciones hacen que los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio puedan quedar vívidamente grabados en la memoria consciente, tanto si son positivos como si son traumáticos.**

Para orientarnos, podemos responder a las siguientes preguntas, basadas en el Cuestionario de estrés postraumático perinatal.

En la DSM-IV se acepta que cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para madre y/o bebé y donde la madre haya vivido la amenaza con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un trastorno de estrés postraumático. El parto traumático se ha definido como aquel en el que “hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé”. No es tan importante cómo haya sido el parto objetivamente sino el hecho de que durante el mismo la madre haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo **miedo, indefensión u horror**. Como dice Beck “*el trauma del parto reside en la mirada de quien lo percibe*”, lo que implica que trauma es lo que a cada mujer le resulta traumático durante su experiencia de parto.

Una muestra de tal subjetividad es que este trastorno puede aparecer en mujeres con un parto aparentemente normal sin intervenciones.(5)

1. Sintomatología

Un parto traumático suele ir acompañado de una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, *flashbacks*, pesadillas, hiperexcitabilidad e irritabilidad (Ayers, 2004; Olde, van der Hart, Kleber, & van Son, 2006), que afectan seriamente a las mujeres y a sus familiares.

1. Continuamente recuerdan y reviven el parto mediante *flashbacks* y pesadillas durante semanas o meses. Cualquier evento que les recuerde el parto, como pasar delante del hospital o ver a una embarazada, puede desencadenar esos recuerdos y producirles una reacción de ansiedad.

2. Se sienten desconectadas o extrañadas ante sus bebés y ausentes de la realidad, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas. Esta disociación puede comenzar inmediatamente después del parto y algunas mujeres lo describen como "la sensación de no sentir nada", "como si todo aquello no me estuviera sucediendo a mí".

3. El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información obstétrica de forma obsesiva. Muchas madres necesitan hablar de sus partos una y otra vez y algunas se encuentran

meses después del parto buscando información en Internet para entender qué les pasó.

4. Se sienten enfadadas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión. El TEPT dificulta la relación de las madres con los profesionales sanitarios.

5. Su experiencia de la maternidad puede verse afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras. El trastorno puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos o hacer que la madre pida una cesárea en el siguiente embarazo.

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten meses o años. Un fenómeno bastante típico es la **reactivación de los síntomas en el siguiente embarazo**, donde puede aparecer pánico al parto o *tocofobia*. En este caso, la mujer desea evitar a toda costa una experiencia traumática como la anterior, lo que a veces le lleva a solicitar una anestesia general o una cesárea programada. Muchas pasan el segundo embarazo obsesionadas con el siguiente parto.(6)

h) Aspectos psicosociales del parto por cesárea

Los riesgos de la cesárea son conocidos y explicados en numerosos artículos médicos. Las posibles complicaciones de la intervención para la madre incluyen las hemorragias, traumatismos vesicales, lesiones intestinales, neuritis por compresión instrumental, anemia, trombosis, embolia pulmonar o cerebral, peritonitis, etc (7).

Igualmente la intervención también conlleva una serie de riesgos para el bebé, los principales el síndrome de distress respiratorio del recién nacido, la taquipnea transitoria, y la prematuridad yatrogénica, así como el riesgo de laceraciones durante la intervención que se sitúa en torno al 2%. Se estima que la cesárea conlleva un riesgo de mortalidad materna 6 veces superior al parto vaginal y que la mortalidad

perinatal en las cesáreas suele ser casi el doble que en los partos vaginales . Además la cesárea condiciona el futuro reproductivo de la mujer y la sitúa a un mayor riesgo de complicaciones en sucesivos embarazos (8)

Sin embargo un aspecto común a la mayoría de los trabajos que revisan las posibles complicaciones de la cesárea sobre la salud materno infantil es la omisión reiterada de las repercusiones que el nacimiento por cesárea tiene sobre la salud psíquica de la mujer y sobre aspectos tan importantes como el vínculo materno filial, la lactancia o la relación de pareja.(9)

En una sociedad donde el nacimiento se ha medicalizado hasta extremos peligrosos (6) y donde el énfasis se sitúa "en obtener un bebé sano" a cualquier precio se tiende a minimizar la posible repercusión psicológica del nacimiento por cesárea en la madre. El propio término "cesárea" favorece la trivialización de la cirugía: "hacer una cesárea" suena mucho menos dramático que decir "le han tenido que operar para sacar al bebé" o "ha tenido que pasar por una cirugía mayor abdominal para dar a luz". Así, mientras los cirujanos de otras especialidades médicas suelen ser conocedores de que las reacciones depresivas son frecuentes en la convalecencia de cualquier cirugía mayor, en el caso de la cirugía obstétrica este hecho ha recibido una atención mínima y de hecho ni siquiera se suele mencionar al explicar los riesgos de la intervención.(10)

Sin embargo basta con revisar detalladamente las implicaciones inmediatas del nacimiento por cesárea para percibir la singularidad de dicha situación y el incremento de la vulnerabilidad psíquica que genera para la madre y el niño.

El primer efecto de la cesárea en la mayoría de las situaciones es un retraso significativo en el primer contacto madre-hijo. En muchos casos esto se puede demorar medio o un día, en algunos hospitales españoles todavía se tiene a los niños nacidos por cesárea 24 horas en observación sin su madre. Esta separación es importante y significativa, supone un obstáculo importante para el establecimiento del vínculo. Cuando se produce el encuentro además la madre suele estar cansada, somnolienta y dolorida. La analogía más sencilla es imaginar a un paciente recién operado de apendicitis teniendo que ocuparse de un recién nacido en las horas inmediatas a la intervención. La madre puede encontrarse situación de shock

psicológico intentando procesar los acontecimientos vividos en las últimas horas. La integración y asimilación de dichos sucesos puede llevar meses o incluso años (8), así se comprende las dificultades que la madre puede experimentar para ocuparse afectivamente del bebé. Por otra parte el duelo por la pérdida de estas primeras horas o días de vida del recién nacido suele ser uno de los temas recurrentes entre las madres que han dado a luz por cesárea.(11)

Para algunas mujeres la cesárea no supone ningún trauma aparente, sin embargo otras van a experimentar una compleja reacción psicológica, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y en el vínculo con sus hijos, o van a sufrir incluso la llamada "depresión postcesarea" o bien un síndrome de estrés postraumático en una minoría de casos. ¿Porqué son tan variables las reacciones ante un mismo suceso? Toda una serie de factores pueden inclinar la balanza en uno u otro sentido.(12)

En primer lugar los factores obstétricos, es decir, los motivos que decidieron la cesárea y el como se desarrolló la intervención. Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer va a experimentar mayores dificultades en el postparto (13). Necesitará tiempo para poder asimilar lo vivido e integrar la experiencia. Si la intervención se desarrolla con anestesia general el malestar psíquico suele ser mayor. No hay que olvidar que la situación de urgencia vital, el miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser una situación tan estresante como para desencadenar un verdadero síndrome de estrés postraumático, una reacción psicológica que inicialmente sólo se consideraba en personas expuestas a guerras o situaciones de gran violencia y que hoy se sabe que puede producirse igualmente después de situaciones estresantes en el parto (14). La aparición del síndrome conlleva una re-experiencia, es decir, se vuelven a vivir mentalmente los momentos estresantes como si de una película se tratara, y cualquier pequeño suceso (como conducir delante del hospital o incluso ver a una mujer embarazada) que recuerde el parto da lugar a una reacción ansiosa (hiperventilación, taquicardia, sudoración o mareos...). En el caso de las cesáreas, parece ser que el hecho de que la cesárea sea urgente incrementa notablemente el riesgo de sufrir el síndrome de estrés postraumático (15)

i) CARACTERÍSTICAS DE LA REACCION PSICOLÓGICA

Varios autores han estudiado las reacciones psicológicas presentes entre algunas mujeres que han dado a luz por cesárea (17). La más generalizada es la sensación de pérdida, es decir, el duelo por no haber tenido el parto soñado. Esto se puede expresar en términos de decepción "nunca imaginé que no podría parir a mi hija" o de tristeza intensa por no haber estado presente en el nacimiento: "cuando pienso en mi hijo en brazos de desconocidos nada más nacer, mientras yo estaba casi dormida por la anestesia, siento mucha pena", aunque me lo enseñaron al nacer yo no lo recuerdo, me da rabia tener que imaginarme lo que otras mujeres recuerdan toda su vida".(16)

También son frecuentes las dudas recurrentes sobre si el bebé es realmente su hijo: algunas mujeres tienen pesadillas en las que descubren que el bebé que tienen no es realmente su hijo, otras expresan abiertamente "siento que no la he parido yo, realmente no es mía, intelectualmente sé que es mi hija, pero es como si mi cuerpo no la reconociera".

La relación madre hijo puede ser difícil, sobre todo en los primeros días. Algunas mujeres sienten inmediatamente un intenso vínculo con sus hijos a pesar de la cesárea, otras sin embargo confiesan "ni siquiera estaba contenta de tenerla conmigo, después de tantos meses soñando con verla estaba aquí y no sentía nada, era como si todo aquello no estuviera ocurriendo en realidad". A esto se suelen añadir los problemas de identidad como madre e incluso como mujer: "no sé que clase de madre soy si ni siquiera he podido parir a mis dos hijos", los sentimientos de culpa "siento que la culpa fue mía por no haber aguantado el dolor y haber pedido la anestesia" o el pensar que se ha decepcionado a la pareja "siento como si hubiera fallado a mi marido, mi cuerpo me falló en un momento crucial".

Algunas mujeres refieren sentirse violadas o mutiladas (17). La actitud hacia la cicatriz suele ser reflejo de dichas emociones. Hay mujeres que confiesan que no pueden mirar la cicatriz y evitan su visión incluso en el baño "mi cicatriz es un recuerdo permanente de lo que sucedió".

El enfado o la rabia con los profesionales también suele ser común, sobre todo si la mujer percibe la cirugía como innecesaria: "me siento engañada, furiosa, llena de

rabia"; "lo que tenía que ser el mejor día de mi vida fue uno de los peores"; "difícilmente podré confiar en los médicos otra vez".

En cualquier caso, la vivencia de la cesárea es un proceso cambiante a lo largo del tiempo y que va estar muy influido por el apoyo y el soporte emocional que la mujer encuentre en su entorno inmediato, así como por la duración de la lactancia y el estado de salud del bebé.

j) Reexperimentación persistente del suceso traumático

Esta reexperimentación tiene lugar de una o más de las siguientes cinco formas y el DSM-IV exige que se dé al menos una de ellas (American Psychiatric Association, 1994):

- Recuerdos del suceso recurrentes e intrusos que causan malestar y que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños pueden aparecer juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del trauma; por ejemplo, tras un grave accidente de automóvil, un niño puede recrearlo repetidamente en sus juegos haciendo chocar sus coches.
- Sueños recurrentes sobre el suceso que causan malestar. En los niños pueden darse sueños terroríficos en los que no se puede reconocer el contenido; pueden tener pesadillas de monstruos, de rescatar a otros o de amenazas a sí mismos o a otros.
- Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose; se incluye aquí la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y memorias vívidas, repentinas y breves (flashbacks), incluyendo las que ocurren al despertarse o intoxicarse con sustancias psicoactivas. En niños pequeños puede observarse una representación específica o escenificación del trauma. Los flashbacks suelen ir acompañados de una alta activación (sudoración, temblores, palpitaciones, disnea) y la persona puede sentirse inmovilizada e inconsciente de su entorno. Cualquier estímulo asociado con el trauma puede provocar flashbacks, aunque la persona no sea consciente de esta conexión (Calhoun y Resick, 1993).
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. Por ejemplo, aniversarios de este suceso; tiempo

frío y con nieve o guardias uniformados para supervivientes de campos de exterminio en climas fríos; tiempo húmedo y caluroso para los combatientes en el Sur del Pacífico; entrar en un ascensor para una mujer que fue violada en un ascensor.

– Reactividad fisiológica (taquicardia, actividad electrodermal, etc.) al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. (18)

k) Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y disminución de la capacidad general de reacción

El DSM-IV exige que la disminución de la reactividad general no se diera antes del trauma y que se den tres o más de los siguientes siete criterios:

- a) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el suceso traumático;
- b) esfuerzos para evitar actividades, lugares o gente que hacen recordar el trauma;
- c) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma;
- d) reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas; e) sensación de desapego o distanciamiento de los demás;
- f) restricción de la gama de afectos (p.ej., incapacidad de sentir amor, capacidad muy reducida para sentir emociones asociadas con intimidad, ternura y sexualidad);
- g) sensación de un futuro con menos perspectivas (no se espera tener una profesión, casarse, tener hijos, llevar una vida normal o, en el caso de los niños, convertirse en un adulto). (19)

En realidad, este grupo de síntomas parece comprender realmente dos categorías diferentes:

- a) evitación, la cual incluye los tres primeros, y
- b) embotamiento emocional, la cual incluye los cuatro últimos. Es muy probable que ciertos tratamientos afecten a una de estas categorías, pero no a la otra, y que cada

una de estas requiera, como sugieren Hickling y Blanchard (1997), diferentes técnicas. Síntomas persistentes de activación aumentada (hiperactivación)

El DSM-IV exige que los siguientes cinco síntomas no estuvieran presentes antes del trauma y que se den dos o más de ellos:

- a) dificultades para conciliar o mantener el sueño (que pueden ser debidas a pesadillas recurrentes en las que el suceso traumático es revivido),
- b) irritabilidad o ataques de ira,
- c) dificultades para concentrarse o completar tareas,
- d) hipervigilancia y
- e) respuesta exagerada de sobresalto. Los ataques de ira son más frecuentes en ex-combatientes varones, pero no son raros entre las mujeres con TEPT y son muy atemorizantes para la persona cuando no son consecuentes con su comportamiento y autoconcepto previos al trauma.(20)

I) TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

El trastorno por estrés agudo se distingue fundamentalmente del TEPT en dos cosas:

- a) Los síntomas aparecen en las 4 primeras semanas después del suceso traumático y duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas; si duran más de 1 mes, hay que considerar el diagnóstico de TEPT y comprobar si se cumplen los criterios de este último.
- b) Se da una mayor importancia a la sintomatología disociativa. Los síntomas para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo son (American Psychiatric Association, 1994):
 - Síntomas disociativos durante o después del suceso traumático. Tres o más de los siguientes: sensación subjetiva de insensibilidad, desapego o ausencia de reactividad emocional; reducción de la conciencia del entorno (p.ej., estar aturdido);

desrealización; despersonalización; amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

- Reexperimentación persistente del suceso traumático al menos de una de las siguientes formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, memorias vívidas y repentinas (flashbacks) recurrentes; o sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a lo que hace recordar el suceso traumático. - Evitación acusada de los estímulos que hacen recordar el trauma (p.ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, gente).

- Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (p.ej., dificultad para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, inquietud motora).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la reacción a estrés agudo difieren de los del DSM-IV en diversos aspectos:

1) se presentan 4 de los 22 síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y, según la gravedad, al menos dos de los siguientes (abandono de la interacción social esperada, estrechamiento de la atención, desorientación aparente, ira o agresividad verbal, desesperanza o desesperación, hiperactividad inapropiada o sin propósito, duelo incontrolable o excesivo) o estupor disociativo;

2) los síntomas deben aparecer en la primera hora de haber tenido lugar el acontecimiento o situación estresante, y

3) los síntomas deben empezar a remitir no más allá de las 8 horas para acontecimientos estresantes transitorios o de las 48 horas para los más prolongados.

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no exigen necesariamente la presencia de síntomas disociativos o de reexperimentación persistente del acontecimiento estresante (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000).(21)

2) ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES LOCALES

Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al centro de emergencia mujer y comisaria de mujeres en la ciudad de Arequipa entre los meses de marzo a abril del 2014

Resultados

La población según grupo etareo donde entre 15-24 años hubo 03 con el 4.8%, entre 25-34 años 22 con el 3.4%; entre 35-44 años 26 con el 41.9%; entre 45-54 años 06 con el 9.6%; entre 55-64 años con el 4.8%; entre 65 a más años 2 con el 3.5%; con un predominio entre la edades de 25-44 años, el lugar de procedencia donde urbano fueron el 70.9%; rural fueron el 29.1%; el Grado de instrucción donde del nivel primaria fueron el 25.8%; del nivel secundaria fueron el 51.7%; del nivel técnico fueron el 17.7%; del nivel superior fueron el 4.8%; el Estado civil donde soltera fueron el 22.5%; casada fueron el 41.9%; conviviente fueron el 33.8%; viuda fueron el 1.7%;, el Tipo de violencia donde la violencia física fueron el 17.7%; violencia psicológica fueron el 22.5%; violencia física y psicológica fueron el 43.5%; violencia física, psicológica y sexual fueron el 16.3%; la Duración de la violencia donde menor de un año fueron el 6.4%; 1 año fueron el 17.7%; 2 años fueron el 29%; 3 años fueron el 19.3%; 4 años fueron el 14.5%; 5 años fueron el 8%; mayor de 5 años fueron el 5.1%, el Número de veces de la Violencia mensual, en la violencia física se presentó de 1-2 veces el 14.8%, de 3-4 veces el 17.7%, de 5-6 veces el 22.2%, de 7-8 veces el 20%, de 9 a más con el 25%; en la violencia psicológica se presentó de 1-2 veces 7 con el 25.9%, de 3-4 veces 2 con el 11.7%, de 5-6 veces 3 con el 33.4%, de 7-8 veces 1 con el 20%, de 9 a más 1 con el 25%; en la violencia física y psicológica se presentó de 1-2 veces 13 con el 46.1%, de 3-4 veces 9 con el 52.9%, de 5-6 veces 2 con el 22.2%, de 7-8 veces 2 con el 40%, de 9 a más 1 con el 25%; en la violencia física, psicológica y sexual se presentó de 1-2 veces 3 con el 11.2%, de 3-4 veces 3 con el 17.7%, de 5-6 veces 2 con el 22.2%, de 7-8 veces 1 con el 20%, de 9 a más 1 con el 25%; el Número de veces denunciada la violencia, en la violencia física se presentó de 1-2 veces 5 con el 15.6%, de 3-4 veces 4 con el 20%, de 5-6 veces 2 con el 20%; en la violencia psicológica se

presentó de 1-2 veces 8 con el 25.1%, de 3-4 veces 3 con el 15%, de 5-6 veces 3 con el 30%; en la violencia física y psicológica se presentó de 1-2 veces 14 con el 43.7%, de 3-4 veces 10 con el 50%, de 5-6 veces 3 con el 30%; en la violencia física, psicológica y sexual se presentó de 1-2 veces 5 con el 15.6%, de 3-4 veces 3 con el 15%, de 5-6 veces 2 con el 20%; la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, donde los síntomas de re experimentación, evitación y activación estuvo ausente en 34 con el 100%, los síntomas de re experimentación estuvo presente en 8 con el 28.5%; los síntomas de re evitación estuvo presente en 11 con el 39.2%; los síntomas de activación estuvo presente en 9 con el 32.3%, el Stress post traumático, donde en todas sus formas estuvo ausente en 34 con el 100%, y estuvo presente en su forma aguda en 7 con el 25%; en su forma crónica en 5 con el 17.8%; en su forma De inicio moderado agudo en 3 con el 10.7%; en su forma De inicio moderado crónico en 2 con el 7.1%; haciendo un Total stress post traumático de 15 con el 53.4 en su forma Sub síndrome en 13 con el 46.5%.

3.2. ANTECEDENTES NACIONALES

RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y RIESGO DE DEPRESION POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN LA CLÍNICA CORPOMEDIC TARAPOTO JUNIO-SETIEMBRE 2012. ELEN ROSA VASQUEZ JULCAHUANGA.

RESUMEN La presente investigación titulada “Relación entre características sociodemograficas y riesgo de depresion posparto en puérperas que consultan en la Clínica corpomedic Tarapoto Junio-Setiembre 2012”; fue planteado como descriptivo correlacional de corte transversal, con enfoque cuantitativo, el mismo tuvo como objetivo determinar la relación entre las características socio demográficas y la depresión posparto en las puérperas que consultaron en la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto. La muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó como técnica el

cuestionario y dos instrumentos: la entrevista estructurada, para identificar las características sociodemográficas de las puérperas y el test de preguntas cerradas estandarizadas; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) que fue previamente solicitada al autor para identificar el riesgo de depresión en las puérperas. Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico Microsoft Excel 2007 y SPSS VERSIÓN 17.0. Los hallazgos encontrados fueron: El mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7% y 33,3%) no presentaron riesgo de depresión. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad, 80% tuvieron unión estable, el 36,7% fue ama de casa, 50,0% primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo, el 30,0% poseía estudios de secundaria completa, el 40,0% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles, el 60,0% manifestó embarazo deseado y el 56,7% refirió parto por cesárea. No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo y asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto.

Prevalencia de depresión durante la gestación. María del Pilar Bao-Alonso.

Objetivos: Estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. Material y Métodos: Entre los meses de marzo y julio del 2004, se incluyeron 203 pacientes embarazadas que acudían al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. Se registraron los datos personales, obstétricos, socioeconómicos y psiquiátricos de las gestantes, y se les aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Resultados: Un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EPDS > 13,5. La prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes, tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDS para el punto de corte 13,5, fue 22,25%. Se obtuvieron puntajes totales de EPDS con una media de 11,3 y una desviación estándar de 6,2. Los factores asociados a mayores niveles de depresión medidos con la EPDS fueron: $p < 0.001$ ser soltera ausencia de educación superior ($p=0,039$), embarazo no deseado por la pareja ($p=0,004$) o por la paciente ($p=0,021$) e historia de depresión previa a la gestación ($p=0,003$). Conclusión: La prevalencia

estimada de depresión durante la gestación en las pacientes ambulatorias de nuestro estudio es más elevada que la encontrada en la literatura mundial en mujeres embarazadas y postparto, sin embargo, similar a la hallada en otro estudio realizado en el Perú con gestantes. Los factores asociados con mayores puntajes en la EPDS fueron ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión. (Rev Neuropsiquiatr 2010;73:95-103).

3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

ESTRÉS POST-PARTO EN LAS MUJERES DEL ÁREA DE MATERNIDAD. OSMAN ORLANDO AQUINO BARILLAS. QUETZALTENANGO, AGOSTO DE 2014.

Resumen El presente estudio de investigación se titula Estrés posparto en mujeres del área de maternidad, se realizó en el Hospital Nacional de Retalhuleu, con una muestra de 91 sujetos. El objetivo general fue identificar el nivel de estrés posparto, de las mujeres que se encuentran en el área de maternidad del Hospital Nacional de Retalhuleu. Se utilizó como instrumento la Escala de apreciación del estrés EAE, diseñada para conocer el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los individuos. Dicha prueba consta de 53 situaciones que suelen suceder a lo largo de la vida, con la intensidad que sucedió y si todavía afecta o dejó de afectar. Según los resultados se observó que el nivel bajo de estrés en las mujeres, en estado posparto se manifiesta en un 29% de la muestra, mientras que el 37% se encuentra dentro del nivel normal y un 34% está dentro del nivel alto. Según los datos obtenidos se concluye que existen deficiencias en las atenciones a las madres, especialmente en el aspecto psicológico durante el parto y posterior al mismo; así como instalaciones inadecuadas para ellas posterior al parto. Por lo anterior se propone a las autoridades, la creación de un programa de atención psicológica, en el Hospital Nacional de Retalhuleu. Se recomienda brindar una atención personalizada antes y durante el parto, luego con grupos de autoayuda a las madres, posterior al parto. Como diseño se utilizó la investigación descriptiva, se caracteriza por ser un estudio sistemático de las influencias y relaciones de variables entre sí, lo que significa que

los casos estudiados y las variables no serán manipuladas porque ya sucedieron, por lo que se considera éste el diseño de investigación más adecuado al tema.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

- Determinar el estrés post traumático post parto en puerperas de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

4.2. Objetivos específicos:

- Determinar el perfil sociodemográfico de las gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017
- Determinar el estrés post traumático post parto en gestantes de parto eutócico en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017
- Determinar el estrés post traumático post parto en gestantes cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

V. HIPOTESIS

Dado que por su propia condición clínica de la gestación y la experiencia del parto. Es probable que existan algún grado de estrés post traumático post parto en puerperas de parto eutócico y cesareadas

VI. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

La técnica: mediante la recopilación y entrevista para la recolección de la información, observación directa de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R).(2016)

El instrumento Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R).(2016)

La Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una entrevista estructurada que consta de 21 ítems, basada en los criterios diagnósticos del DSM-5, y sirve para evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro clínico. En este trabajo se describen las propiedades psicométricas de este instrumento.

Este instrumento muestra asimismo una validez convergente alta con el diagnóstico categorial del TEPT llevado a cabo con una entrevista clínica y una validez concurrente satisfactoria con las puntuaciones obtenidas en la sintomatología ansiosa y depresiva.(22).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial:

Gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevara a cabo durante el mes de enero a febrero del 2017.

2.3 Unidades de estudio:

Gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

2.3 Universo o población:

Gestantes de parto eutócico y cesareadas en el Hospital Goyeneche, que presentaron su parto entre los meses de enero y febrero en Arequipa 2017

2.5. Muestra:

Tamaño de la muestra

Para determinar la muestra se partió de la encuesta estructurada.

$$n = \frac{z^2(p * q) * N}{e^2(N - 1) + z^2(p * q)}$$

Dónde:

N= población del cercado (252) eutócico, cesáreas (168)

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza (al 95% tiene un valor Z de 1.97)

p = % de probabilidad (50%)

e = Error muestral permitido (5%)

$$n = \frac{1.97^2(0.50 * 0.50) * 210}{0.05^2 (210 - 1) + 1.97^2(0.50 * 0.50)}$$

eutócico n = 153

cesáreas n = 118

2.6. Criterios de inclusión:

- Mayor de 18 años
- Gestante con 4 o más controles prenatales
- Firma de consentimiento informado
- Deseo de intervenir en el estudio

2.7. Criterios de exclusión:

- No firma del consentimiento informado
- Paciente con alteraciones clínicas en los controles prenatales.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- ◆ Autorización del presidente del director del Hospital Goyeneche
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

3.2. Recursos:

- ◆ De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
- ◆ Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- ◆ Económicos: aportados íntegramente por el autor

3.3 Criterios o estrategias para manejar resultados:

1. Se creara una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 19.0. 2. Se realizara un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaran entablas de frecuencias y se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.
3. La validez discriminante entre los dos grupos (clínico y normativo), en la puntuación total de la EGS-R

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Enero 2017	Enero 2017	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017
Búsqueda de bibliografía	X				
Plan de tesis	X				
Aprobación del Plan de tesis		X			
Ejecución e Informe final			X	X	X

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington,DC. American Psychiatric Press, 2000 [[Links](#)]
2. American Psychiatric Association (en línea). 2010. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th Edition.rev.). Washington: author.
3. van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. Dialogues in Clinical Neuroscience 2000;2:7-22
Beck, C.T., Gable, R.K, Sakala, C., Decrercq, E.R (2011) Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two Stage U.S. National Survey. Birth 38:3, 216-227.
4. Fenwick et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:190
5. Ayers, S. et al., The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: a prospective study. Journal of Affective Disorders (2013).
6. Beck, C.T., Gable, R.K, Sakala, C., Decrercq, E.R (2011) Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two Stage U.S. National Survey. Birth 38:3, 216-227.
7. González González, NL. "Complicaciones de la cesárea". En Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Grupo de Trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO. 1999, Zaragoza. 7
8. Fuente Pérez P, Fuente Biatiene L. "Problemática de la cesárea" En Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Grupo de Trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO. 1999, Zaragoza.
9. Wiener JJ, Westwood J. "Fetal lacerations at caesarean section." J Obstet Gynaecol 2002 Jan;22(1):23-4
10. MacCorkle, Jill. "Fighting VBAC-lash: Critiquing Current Research" Mothering No. 110, Jan/Feb 2002

11. Johanson, R., Newburn, M., Macfarlane, A. "Has the medicalisation of childbirth gone too far?". *BMJ* 2002 324: 892-895
12. Blacher, R (ed). *The psychological experience of surgery*, Wiley New York, 1987.
13. Shearer E.C. "How do parents really feel after a cesarean birth?" *Birth* 10, 91, 1983.
14. Fisher J, Astbury, J., Smith A: "Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study". *Aust N Zeal J of Psych* 1997, 31:728-738.
15. Lyon S. "Postraumatic stress disorder following childbirth: causes, prevention and treatment". IN Clement S (ed) *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth* pp 123-143. Edinburgh; Churchill, 1998.
16. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. "Postraumatic stress reactions after emergency caesarean" *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997; 76; 856-861.
17. Clement S. "Psychological aspects of caesarean section". *Best Pract Research Clinical Obst and Gynaecology*, vol 15 no 1, pp 109-126 2001
18. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington: Autor.
19. Calhoun, K.S. y Resick, P.A. (1993). Post-traumatic stress disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2^a ed., pp. 48-98). Nueva York: Guilford
20. Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Posttraumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.
21. Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)

22. Enrique Echeburúa. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. 2016
23. José Antonio García Higuera. Psicoterapeutas. Madrid. 2013.

ANEXOS

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y
Muñoz, 2016)**

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)





ANEXO II
MATRIZ DE GESTIONALIZACION DE
DATOS

