

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**“Niveles de Depresión Puerperal en mujeres que
acuden al Centro de Salud Independencia,
Arequipa - 2013”**

Presentada por las Bachilleres:

Galdos Manrique, Joyce Catherine

Urizar Vásquez, Marilia

Para obtener el Título Profesional de:

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERU

2013

PRESENTACIÓN

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

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD.
Tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de las
señoras Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación:
**NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA, AREQUIPA - 2013.**

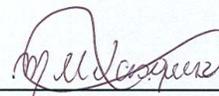
Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en
Enfermería.

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

Arequipa, Junio del 2013



Joyce Catherine Galdos Manrique



Marilia Urizar Vásquez

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis
**NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA**

Bachilleres : Joyce Catherine Galdos Manrique
Marilia Urizar Vásquez

Fecha : Arequipa, 23 de Mayo del 2013

Subsanadas las observaciones el borrador de tesis puede pasar a la sustentación según el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente.



Dra. Teresa Chocano Rosas
Presidenta



Lic. Nancy Tejada de Riveros
Secretaria



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Miembro del Jurado

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
**NIVELES DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA**

Bachilleres: JOYCE CATHERINE, GALDOS MANRIQUE
MARILIA, URIZAR VÁSQUEZ

Fecha : Arequipa, 21 de Mayo del 2013

Reunidos el Jurado dictaminador hacen llegar las siguientes observaciones:

1. Resumen: Falta metodología
2. Variables: Paridad: 3 a más embarazos
Nº de hijos: 3 a más embarazos
3. Antecedentes investigativos
Rectificar conclusión: Grave en 2.5%
4. Retirar cronograma
5. Resultados: Revisar las deducciones de las Tablas Nº 4, 5, 6 y 7.

Luego de absolver las correcciones hechas, vuelva a presentar el trabajo al jurado dictaminador.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Presidenta



Lic. Nancy Tejada de Riveros
Secretaria



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Miembro del Jurado

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M

De : Dra. Gloria Núñez de Pinto
Docente Asesora

Investigadoras : Joyce Catherine Galdos Manrique
Marilia Urizar Vásquez

Fecha : Arequipa, 09 de Mayo del 2013

Antecedentes:

La asesoría de la tesis:

**“Niveles de Depresión Puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud
Independencia, Arequipa 2013”**

Una vez aprobado el proyecto de tesis se procede a la asesoría desde el mes de Marzo.

La recolección de datos, a través de la aplicación del instrumento fue realizada durante los meses de Marzo a Abril y el vaciamiento, análisis e interpretación de datos lo realizaron durante los meses de Abril y Mayo.

Habiendo realizado sesiones permanentes durante la asesoría respectiva., queda a disposición del jurado dictaminador.

Apreciación Personal:

- La investigación realizada viene a constituir un aporte a la la profesión de Enfermería en el área de Salud de la Mujer.
- Las Srtas. Investigadoras mostraron interés y responsabilidad en todo momento.

Atentamente.



Dra. Gloria Núñez de Pinto

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**NIVELES DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA, AREQUIPA,
2013.**

Autoras : GALDOS MANRIQUE, Joyce Catherine
URIZAR VASQUEZ, Marilia

Fecha : Arequipa, 21 de Marzo del 2013

Reunidos el Jurado dictaminador hacen llegar las siguientes observaciones:

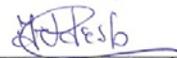
1. Variables e Indicadores: Considerar tipo de parto y antecedentes de problemas emocionales.
2. Interrogantes y objetivos: Considerar en la segunda interrogante y objetivo el tipo de parto.
3. Justificación: Dar realce al aporte de la investigación.
4. Hipótesis: Mejorar deducción.
5. Antecedentes investigativos: Retirar los que no tengan relación con el problema.
6. El instrumento debe mejorarse en lo referente a datos sociodemográficos.
7. Bibliografía: retirar tesis y cambia el termino hemeroteca por hemerografía

Luego de absolver las correcciones hechas, vuelva a presentar el trabajo al jurado dictaminador.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Miembro del Jurado Dictaminador



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Miembro del Jurado Dictaminador

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodriguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**NIVELES DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN MUJERES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA, AREQUIPA,
2013.**

Autoras : GALDOS MANRIQUE, Joyce Catherine
URIZAR VASQUEZ, Marilia

Fecha : Arequipa, 21 de Marzo del 2013

Reunidos el Jurado dictaminador hacen llegar las siguientes observaciones:

1. Variables e Indicadores: Considerar tipo de parto y antecedentes de problemas emocionales.
2. Interrogantes y objetivos: Considerar en la segunda interrogante y objetivo el tipo de parto.
3. Justificación: Dar realce al aporte de la investigación.
4. Hipótesis: Mejorar deducción.
5. Antecedentes investigativos: Retirar los que no tengan relación con el problema.
6. El instrumento debe mejorarse en lo referente a datos sociodemográficos.
7. Bibliografía: retirar tesis y cambia el termino hemeroteca por hemerografía

Luego de absolver las correcciones hechas, vuelva a presentar el trabajo al jurado dictaminador.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Miembro del Jurado Dictaminador



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Miembro del Jurado Dictaminador

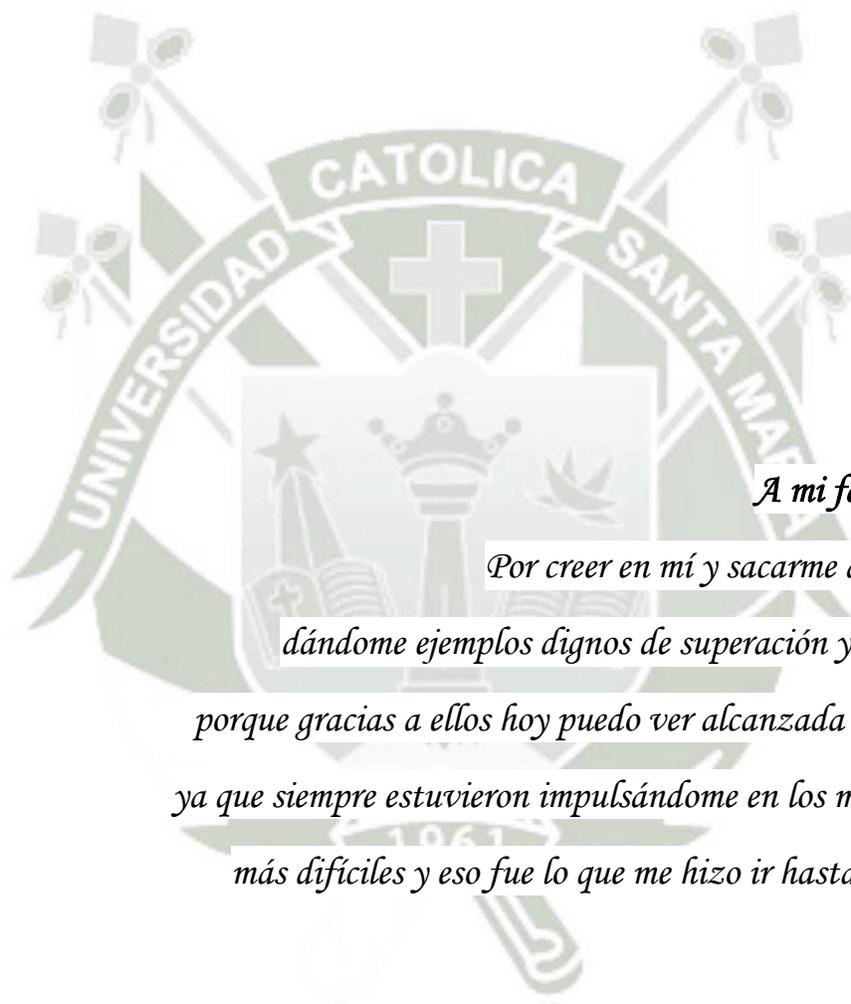
Nuestro agradecimiento

*A la Facultad de Enfermería de la Universidad
Católica de Santa María.*



A Dios...

*Por mostrarme día a día que con
humildad, paciencia y sabiduría
todo es posible.*



A mi familia...

*Por creer en mí y sacarme adelante,
dándome ejemplos dignos de superación y entrega,
porque gracias a ellos hoy puedo ver alcanzada mi meta,
ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos
más difíciles y eso fue lo que me hizo ir hasta el final.*

Marilía

A Dios...

Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes.

A mis padres y familia...

Por apoyarme en todo momento, creer en mí, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser el ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento.

Joyce Catherine

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	01
1.1 Enunciado del Problema	01
1.2 Descripción de Problema	01
1.2.1 Área, Campo y Línea	01
1.2.2 Operacionalización de variables.....	02
1.2.3 Interrogantes Básicas	03
1.2.4 Tipo y nivel del Problema.....	03
1.3 Justificación del Problema.....	03
2. OBJETIVOS	05
3. MARCO TEÓRICO.....	05
3.1 Embarazo.....	05
3.2 Parto	10
3.3 Puerperio	11
3.4 Depresión.....	18
3.5 Depresión Puerperal.....	21
3.6 Intervenciones de Enfermería	34
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	35
5. HIPOTESIS	39

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO.....	41
2. CAMPO DE VERIFICACION	42

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS 43

CAPÍTULO III: RESULTADOS

**PRESENTACION, ANALISIS E INTERPREACION DE
DATOS 45**

CONCLUSIONES 59

RECOMENDACIONES 60

BIBLIOGRAFIA 61

ANEXOS 64



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Pág.

1.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEG	
2.		
3.		
4.	ÚN EDAD. NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA. AREQUIPA – 2013.....	46
5.	POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA.....	47
6.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO MARITAL ..	48
7.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR.....	49
8.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PARIDAD	50
9.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NUMERO DE ABORTOS.....	51
10.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NUMERO DE HIJOS	52
11.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE PARTO	53
12.	NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA. AREQUIPA - 2013	54
13.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL Y EDAD.....	55
14.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL Y ESTADO MARITAL.....	56
15.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL Y TIPO DE PARTO.....	57
16.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL Y NUMERO DE ABORTOS....	58

RESUMEN

NIVELES DE DEPRESIÓN PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA, AREQUIPA – 2013, presentado por las Bachilleres en Enfermería: **JOYCE CATHERINE GALDOS MANRIQUE** y **MARILIA URIZAR VASQUEZ**, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERIA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Aparato Postal 1350, Arequipa – Perú.

OBJETIVOS

- Precisar los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.
- Precisar la edad con mayor predominio en los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.
- Precisar el tipo de parto con mayor predominio en los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.

HIPOTESIS

Dado que la depresión puerperal se puede dar en algunas madres tras el nacimiento de su hijo; ya sea por factores psicológicos, biológicos o físicos y que afecta a una de cada diez parturientas; manifestado por sensación de tristeza, irritabilidad, cansancio generalizado, insomnio, pérdida de apetito, ansiedad, etc.

Es probable que algunas mujeres púerperas que acuden al Centro de Salud Independencia presenten depresión puerperal.

METODOLOGIA

La técnica usada para la variable Depresión Puerperal fue la entrevista y el instrumento seleccionado para obtener la información fue la Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo (Instrumento Validado).

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las mujeres en estudio tienen predominio en el grupo etareo de 21 a 31 años, proceden de la ciudad de Puno, conviven con su pareja, tienen de 1 a 2 hijos, tuvieron de 1 a 2 abortos y la mayoría presento parto eutócico.

SEGUNDA: Los resultados muestran que los niveles de depresión puerperal encontrados, en su mayoría son probable depresión y riesgo de depresión puerperal.

TERCERA: La edad y tipo de parto que predomina en las mujeres en estudio son: la edad de 21 a 31 años y de parto eutócico.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al medico jefe del Centro de Salud Independencia se recomienda coordinar con el personal de obstetricia y psicología para la apertura de programas de promoción de la Salud Mental en la Mujer para mejorar los conocimientos sobre Depresión Puerperal en Mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.

SEGUNDA: Al médico jefe del Centro de Salud Independencia la programación de reuniones con el personal de obstetricia y psicología, para brindar consejería y tutoría sobre la Depresión Puerperal a Mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.

TERCERA: Al área de capacitación del Centro de Salud Independencia, para que se sigan realizando trabajos de investigación relacionados con el tema, ya que es de suma importancia para la institución y la población en general.

Arequipa – Perú
2013

ABSTRACT

PUERPERAL DEPRESSION LEVELS IN WOMEN ATTENDING HEALTH CENTER INDEPENDENCE, Arequipa - 2013, presented by the Bachelors in Nursing: **JOYCE CATHERINE GALDOS MANRIQUE** y **MARILIA URIZAR VASQUEZ**, to obtain the Professional Title LICENSED NURSING OF CATHOLIC UNIVERSITY OF SANTA MARIA, located in the urbanization San Jose S / N Umacollo. Telephone 251210; Fax 054-219283, Appliance Postal 1350, Arequipa – Peru.

OBJECTIVES

- Specify puerperal depression levels in women attending Independence Health Center.
- Specify the age with a greater incidence in puerperal depression levels in women attending Independence Health Center.
- Specify the type of birth with a greater incidence in puerperal depression levels in women attending Independence Health Center.

HYPOTHESIS

Since puerperal depression occurs in the mother after the birth of her son, either by psychological factors, biological or physical and affects one in ten women in birth, manifested by feelings of sadness, irritability, general fatigue, insomnia, lost of appetite, anxiety, etc..

Probably some puerperal women attending the Independence Health Center present puerperal depression.

METHODOLOGY

The technique used for variable Puerperal Depression was the interview and selected instrument for obtaining information was Puerperal Depression Scale Edinburgh (Validated Instrument).

CONCLUSIONS

FIRST: The women in the study have predominance in age group of 21 to 31 years, they come from the city of Puno, living with their partner, they have 1-2 children, and had 1-2 abortions and most vaginal delivery presented.

SECOND: The results show that puerperal depression levels founded most are likely depression and risk of postpartum depression.

THIRD: The age and type of birth that predominates in women under study are: age 21-31 years, and vaginal delivery.

RECOMMENDATIONS

FIRST: When chief medical Independence Health Center staff should coordinate with obstetrics and psychology for opening programs promoting Mental Health in Women to improve knowledge about Puerperal Depression in Women attending the Independence Health Center.

SECOND: The Chief Medical Officer Health Center Independence scheduling meetings with staff of obstetrics and psychology, to provide counseling and mentoring on Puerperal Depression in Women attending the Independence Health Center.

THIRD: The training area Independence Health Center, to continue conducting research on the topic, as it is of paramount importance to the institution and the general population.

Arequipa – Perú
2013

INTRODUCCION

Los trastornos depresivos son un grupo de enfermedades bastante frecuentes en la población general y en la práctica clínica. El riesgo de padecerlos es dos veces mayor en las mujeres respecto de los hombres.

Estos trastornos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de una mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (15 a 44 años). El puerperio es una etapa en la que el riesgo de desarrollarlos es especialmente debido a que la madre está sometida a importantes cambios hormonales y físicos, y a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, el nuevo rol de madre y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo.

La llegada de un nuevo miembro a la familia es un evento que se espera genere gran alegría tanto a la madre como a la familia y suele acompañarse de un amplio reconocimiento social y cultural. Sin embargo algunos estudios han encontrado que algunas mujeres presentan un nuevo episodio de depresión mayor o menor durante los tres primeros meses después del parto.

La Depresión Puerperal es un trastorno grave que ocasiona enorme sufrimiento tanto a la madre como a la familia. Además de deteriorar en forma importante la calidad de vida de la madre, afecta la salud del recién nacido. Esto ha llevado a que en los últimos años este trastorno sea considerado un problema de salud pública y exista un especial interés en el diagnóstico y tratamiento temprano, ya que al igual que sucede con la mayoría de enfermedades, es fundamental el diagnóstico precoz del trastorno con el fin de poder iniciar el tratamiento integral y evitar o limitar las potenciales secuelas.

Las consideraciones expuestas motivan la realización de la presente investigación que pretende establecer los Niveles de Depresión Puerperal

en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia, así como también la edad y tipo de parto de mayor predominio; esperando que los resultados permitan tener una visión mas amplia de la situación de las mujeres en estudio.



CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN DEL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA, AREQUIPA – 2013.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1.- Área del conocimiento

CAMPO : Enfermería.

ÁREA : Salud de la Mujer y Salud Mental.

LÍNEA : Depresión.

1.2.2.- Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Depresión Puerperal	Datos Socio - Demográficos	
	Edad	15 a 20 años 21 a 26 años 27 a 31 años 32 años a mas
	Lugar de Procedencia	Arequipa Puno Cuzco Otros
	Estado Marital	Casada Conviviente Soltera
	Convivencia Familiar	Esposo Conviviente Sola Otro Familiar
	Paridad	1 a 2 embarazos 3 a mas embarazos
	Abortos	1 a 2 abortos 3 a mas abortos Ninguno
	Número de Hijos	1 a 2 hijos 3 a mas hijos
	Tipo de parto	Eutócico Distócico
		Disforia Ansiedad Sentimiento de Culpa Dificultad de Concentración Ideas Suicidas

1.2.3. Interrogantes básicas

- a) ¿Cuáles son los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia?
- b) ¿Cual es la edad con mayor predominio en los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia?
- c) ¿Cuál es el tipo de parto con mayor predominio en los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia?

1.2.4. Tipo y nivel del problema

El problema es de tipo: Descriptivo y de campo Observacional.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el Perú, según la revista Ángeles la depresión puerperal es de un 38,3%; en un estudio en 60 púerperas atendidas en el Hospital Cayetano Heredia en la ciudad de Lima¹.

En la Maternidad de Lima, Barrera y Bérnizon realizaron un estudio a 151 púerperas adolescentes (parto normal o cesárea), encontrando que cerca del 50% presentaba depresión moderada, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins realizaron un estudio a 220 púerperas encontrando un 17,8% y en el Hospital Cayetano Heredia realizaron un estudio a 425 púerperas encontrando una prevalencia de depresión posparto de 5.9%².

El puerperio es un período durante el cual hay una adaptación entre el hijo y la madre. Algunas mujeres esta situación la viven sin ninguna

¹Rev. Perú. epidemiología. Vol. 12 No 3 Diciembre 2010

²Rev. Perú. epidemiología. Vol. 12 No 3 Diciembre 2010

dificultad, pero hay algunas mujeres a las que le resulta más difícil pasar por esta etapa, pudiendo aparecer una depresión, en forma leve o más grave.

Durante el puerperio la mujer sufre cambios físicos y psíquicos, ya que su cuerpo se ve distinto, el sueño se altera porque tiene que cuidar y alimentar a su hijo, está más cansada y no puede retomar inmediatamente el estilo de vida que llevaba antes del nacimiento del bebé. Esta situación le impide tener un buen vínculo con su hijo, lo que le produce angustia.

El suicidio es una de las consecuencias más dolorosas, sin embargo el deterioro tanto en el aspecto socio laboral y del cuidado personal son también importantes. Cuando este cuadro clínico se presenta en el puerperio la situación se torna más dramática pues compromete además al recién nacido.

El desarrollo del presente estudio se justifica debido a que al considerar al profesional de enfermería como un integrante del equipo de salud y teniendo en cuenta que su rol es muy importante durante el periodo de puerperio para dar a conocer a las madres la información necesaria sobre el rol que tienen que cumplir y así se pueda evitar una probable depresión; sabiendo que en el Centro de Salud Independencia la población de mujeres puérperas es significativo, creemos que es el campo adecuado para poder realizar este trabajo de investigación.

La relevancia social y científica de este trabajo radica en aportar nuevos conocimientos a la comunidad, dando a conocer que la depresión puerperal es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto y que no solo afecta el bienestar y la salud de las mujeres si no también la de sus hijos, ya que ambos forman parte del núcleo familiar.

2. OBJETIVOS

- Precisar los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.
- Precisar la edad con mayor predominio en los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.
- Precisar el tipo de parto con mayor predominio en los niveles de depresión puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.

3. MARCO TEORICO

3.1. Embarazo

3.1.1. Definición

El embarazo es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación.³

³Carol Cooper. Embarazo: Guía útil. RandomHouseMondadori. 2008.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad denso para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el feto obtiene nutrientes, oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta.⁴ La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical.

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

3.1.2. Síntomas

a) **El primer síntoma de embarazo** es la **falta de menstruación** o amenorrea. Aunque algunas mujeres tienen una falsa regla que se produce cuando el óvulo se implanta en el útero (hacia una semana después de la concepción) y que se caracteriza por una hemorragia vaginal de color rosado o marrón, pero es más breve que la de la regla.

b) **Pechos sensibles o hinchados**, ya que las hormonas también empiezan a preparar para el amamantamiento. La hormona progesterona incide en el crecimiento de las

⁴[Carol Cooper](#). Embarazo: Guía útil. RandomHouseMondadori. 2008.

glándulas mamarias y los estrógenos en el desarrollo de los conductos de la leche. También la prolactina, la hormona lactógenaplacentar, la oxitocina y la hormona luteinizante participan en los procesos de formación de la leche materna y en todos los cambios de tamaño y alteraciones que sufren los senos desde los **primeros síntomas de embarazo** hasta el parto.

c) Dolor en el vientre o cierta hinchazón. Los dolores pélvicos, que pueden resultar similares a los de la proximidad de la menstruación o a los experimentados durante la misma, son debidos a la inicial congestión del útero, cuando el embrión se está arraigando en el revestimiento uterino. En el inicio de la gestación la hinchazón del vientre se debería a una distensión intestinal por aire retenido. La progesterona determina un enlentecimiento del tránsito intestinal y como consecuencia del retraso en la evacuación también se produce flatulencia.

d) Las náuseas o mareos matutinos, pueden ir acompañadas de una salivación excesiva y de vómitos. La hormona del embarazo (gonadotropina coriónica humana), el estrógeno y la progesterona son las responsables de estas náuseas que produce el rechazo a ciertos sabores y olores. La intensidad de las náuseas dependerá de la sensibilidad de la mujer a los cambios hormonales.

3.1.3. Fases del Embarazo

El embarazo se divide en tres etapas, de unas 12 a 13 semanas cada una. Normalmente estas etapas son llamadas

“trimestres” dado que cada una de ellas abarca cerca de 3 meses.⁵

a) Primer Trimestre: El primer trimestre se contabiliza desde el principio de la semana 1 (inicio del ciclo menstrual) y termina al finalizar la semana 12.

- Los primeros días comienzan con la ovulación y la posterior fecundación del óvulo por un espermatozoide. A la semana más o menos, el óvulo fecundado se ubica en el útero y desarrolla paulatinamente el feto y la placenta. Esta última se adhiere a la pared del útero, y luego se unirá al feto mediante el cordón umbilical. Esta primera etapa también es la de la creación del líquido amniótico.
- En estas primeras semanas del embarazo, el embrión crece a pasos agigantados. No sólo se multiplica en tamaño y peso, también desarrolla prácticamente la totalidad de los órganos y tejidos de su cuerpo.
- Es justamente en esta etapa donde aparecen los primeros síntomas del embarazo.

b) Segundo Trimestre: El segundo trimestre inicia en la semana 13 y abarca hasta el fin de la semana 26.

- El segundo período se caracteriza por lo contrario, disminuyen los mareos, náuseas y vómitos, y a veces desaparecen por completo. Tampoco la embarazada tiene esa fatiga del inicio. Pero aumenta el apetito y aumenta el peso. También aumenta el tamaño del útero, lo que puede

⁵Edna Rivera. El Embarazo: El Mejor Tiempo Para Sumergir a Su Bebe. Xulon-Press, 2011.

causar molestias en la barriga. En esta etapa, para el cuarto o quinto mes, podrás sentir al bebé moverse.

- En este trimestre, el bebé ha pasado ya la etapa de embrión y pasa a ser denominado feto. En estos tres meses continuará su crecimiento, sus órganos comenzarán a diferenciarse en sus funciones y comenzarán a desarrollarse sus sentidos.

c) Tercer Trimestre: El tercer y último trimestre del embarazo se inicia en la semana 27 y se extiende hasta el momento del parto.

- La tercera etapa es la más segura, ya que ha ganado tamaño considerable, por lo que la barriga de la embarazada también será de gran tamaño. Que trae aparejados diversos síntomas, como molestias, dificultad para inhalar mucho aire, molestias para dormir, etc.

- El **bebé**, en sus últimas etapas en el vientre materno, deberá tener un gran aumento de peso. Irá poniéndose en **posición para el parto**, es decir, con su cabeza hacia abajo, apuntando al canal de parto. También es el momento en que **terminan de madurar sus pulmones**, imprescindibles para adaptarse tras el nacimiento a un ambiente diferente donde deberá respirar por sí mismo.

3.1.4. Tipos de Embarazo

a) Embarazo intrauterino: Es el embarazo normal, donde el embrión se implanta dentro del útero, crece y se desarrolla sin ningún problema o alteración.⁶

⁶Josefa Maria Ruiz Vega, Maria Concepción Diaz Rubio. Nueve meses de espera. Grupo Planeta, 2012.

b) Embarazo ectópico: Ectópico significa “Fuera de lugar”, aquí el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero o de la placenta y el feto comienza a desarrollarse allí, es muy probable que se sitúe en las trompas de Falopio, sin embargo también se puede albergarse en el ovario, abdomen y en la parte inferior del útero, el bebé en estos casos no podrá sobrevivir.

c) Embarazo molar: Este tipo de embarazo se produce porque el óvulo fue fertilizado anormalmente. La placenta es la protagonista, ésta comienza a crecer de manera desproporcionada durante los primeros meses de gestación y se convierte en una masa de quistes, que se asemeja a un racimo de uvas blancas. El embrión no se forma en absoluto o se forma mal y no puede sobrevivir.

3.2. Parto

3.2.1. Definición

Es la salida del feto del cuerpo materno dando por finalizado el embarazo. El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilatación) y se produzca el adelgazamiento (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto.

3.2.2. Tipos de parto

a) Parto Eutócico: Tiene tres etapas y su duración varía de mujer a mujer dependiendo de muchos factores, como: la edad, el número de partos anteriores, las condiciones en que

viene el bebé (postura) y la respuesta en general del organismo de la madre para expulsar al feto, entre otros.⁷

- Primera etapa: Cuando las contracciones se hacen más frecuentes e intensas, entre 5 y 20 minutos entre una y otra hasta que llegan a presentarse cada 60 o 90 segundos. El cuello uterino se va dilatando hasta que llega a los 8 o 10 centímetros.
- Segunda etapa: Empieza cuando el cuello uterino se ha dilatado completamente y el bebé empieza a descender ayudado por los pujos de la madre.
- Tercera etapa: Cuando el bebé está fuera de la madre, la placenta tiene que ser expulsada, esto se lleva a cabo en minutos y con ello termina el parto.

b) Parto Distócico: El parto distócico o cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés, esto sucede cuando el feto tiene anomalías tanto anatómicas como funcionales.

3.3. Puerperio

3.3.1. Definición

La palabra puerperio procede etiológicamente de los vocablos latinos puer (niño) y peri (alrededor de).⁸ De este modo, la expresión hace referencia al momento biológico que sucede

⁷Laura Gutman Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Editorial Del Nuevo Extremo, 2010.

⁸Roger SMITH. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. El Sevier España – 2011.

tras el nacimiento y que presenta una serie de características propias que diferencian esta etapa del resto del proceso reproductivo.

Tras el parto, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios en los que los órganos que han intervenido tanto en el embarazo como en el parto tienen que volver a su situación anterior. Esto es lo que se conoce como período puerperal o puerperio, etapa que suele durar en torno a unas seis u ocho semanas después del nacimiento.

Además de la gran cantidad de cambios que se producirán en el cuerpo, no hay que olvidarse del más importante y al que habrá que dedicar la mayor parte del tiempo: el bebé.

3.3.2. Tipos de Puerperio

El puerperio se divide en cuatro etapas:

a) Etapa 1 - Puerperio Inmediato: Comprende las primeras 24 horas postparto. Es un periodo crítico con un alto riesgo de complicaciones, las más frecuentes son hemorragia y shock por lo que será necesario vigilancia médica. En este momento hay presencia de calostro en las glándulas mamarias.

b) Etapa 2 - Puerperio Mediato: Desde el segundo día hasta el décimo. Durante los primeros 10 días ocurren cambios anatómicos y funcionales en los sistemas cardiovascular, digestivo, urinario, respiratorio y reproductivo. Es también el período en que se establece la lactancia. Normalmente, se presentan contracciones uterinas que favorecen la retracción del útero. Estas son indoloras y a veces imperceptibles por la

madre. Sin embargo, en el momento en que está amamantando a su hijo suelen presentarse los denominados entuertos, los que se definen como un dolor pélvico producto de contracciones uterinas.

c) Etapa 3 - Puerperio Alejado: Se extiende desde los 10 días hasta los 45 días. El retorno de la menstruación indica su finalización. El útero ha recuperado su tamaño.

d) Etapa 4 - Puerperio Tardío: Se extiende desde los 45 días hasta los 60 días.

3.3.3. Cambios Anatomofisiológicos

Las modificaciones anatómicas suelen estar involucionadas al final de la sexta semana del puerperio con el retorno a la normalidad del organismo de la mujer, en especial el aparato genital.⁹ Se considera que la fisiología reproductiva está normalizada con la aparición de las primeras menstruaciones.

a) Involución del útero: El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño. La causa de la involución uterina es un proceso de autólisis (atrofia de tejidos, contracción y retracción del propio útero).¹⁰ La contracción del útero permite que se cierren los vasos vasculares de la zona de inserción de la placenta, formándose un globo de seguridad que garantiza una correcta homeostasia.

⁹Miriam Stoppard. Nuevo Libro Del Embarazo Y Nacimiento. Editorial Norma -2011

¹⁰Miriam Stoppard. Nuevo Libro Del Embarazo Y Nacimiento. Editorial Norma -2011

En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de un dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste. La capa superficial del endometrio se necrosa y se desprende para formar los loquios, mientras que la capa profunda permanece y es la base de la regeneración del mismo.

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

- Lochia rubra: Cuatro primeros días. La secreción es hemática de color rojo, formada por partículas de desecho celular residual y trofoblástico.
- Lochia serosa: Hacia el décimo día de secreción. La pérdida aparece mezclada con suero volviéndose rosada. Su composición consta de hematíes, tejido necrótico, leucocitos y bacterias.
- Lochia alba: Los loquios se transforman en una secreción entre blanca y amarillenta. Están formados por suero, leucocitos, pequeñas cantidades de moco y bacterias.

Al finalizar la tercera semana desaparecen, aunque puede observarse la persistencia de una secreción de color amarronado. La observación de los loquios es esencial para identificar un proceso infeccioso.

- Peso del útero: El peso del útero se reduce de forma progresiva, pasando de 1.5 kg después del parto hasta los 100 gramos a las seis semanas del puerperio.

b) Involución del cuello uterino: Inmediatamente después del parto está blando y dilatado. El cuello uterino vuelve a su tamaño anterior después de la primera semana.

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

d) Involución perineo-vulvar: La vulva permanece edematosa durante unos días posteriores al parto; si se ha practicado episiotomía (incisión en el periné de la mujer) o si se ha producido un desgarró. Si no hay complicaciones, cicatriza a los seis o siete días.

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

f) Cambios mamarios: La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto, las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro. La producción de la leche materna depende de la estimulación producida por la hormona lactógena o prolactina (liberada por la hipófisis). En el proceso de la lactancia interviene: la succión y vaciamiento de las mamas, que a su vez estimula la liberación de la prolactina.

g) Función cardiovascular: El volumen de sangre aumentado durante el periodo del embarazo es de un 35% y se reduce gradualmente hasta alcanzar los volúmenes de normalidad. No obstante, hay un incremento temporal en el volumen circulante a causa del cese de la circulación placentaria y del aumento del retorno venoso. Las dos primeras semanas del puerperio son un periodo de riesgo de insuficiencia cardíaca sobre todo en mujeres con enfermedad cardíaca debido a la combinación de cambios hemodinámicos y al consecuente aumento del gasto cardíaco.

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

i) Función renal: La normalización se produce con la aparición de una micción espontánea, alrededor de cinco horas después del parto. Como consecuencia del parto puede haber una disminución del tono vesical que se manifiesta con

una disminución del deseo de miccionar y una mayor capacidad vesical.

j) Función gastrointestinal: La motilidad y el tono gastrointestinal se restablecen a medida que se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos, lo que requiere aproximadamente una semana. Los siguientes factores inciden en la necesidad de eliminación favoreciendo el estreñimiento:

- Enema preparto.
- Restricción de líquidos durante el trabajo de parto.
- Fármacos administrados durante el parto.
- Dolor causado por la episiotomía y las hemorroides.

k) Signos vitales: Después del parto el pulso presenta a menudo una bradicardia transitoria con una frecuencia de hasta 50 latidos por minuto. Esta situación no se extiende más de 24 horas. Una vez sucedido el parto, la temperatura normal es de entre 36'5°C y 37°C, no sobrepasa los 38°C. A las 24 horas después del parto puede aparecer un pico febril, sin que tenga ningún significado de anormalidad ya que responde a la subida de la leche. Si aparece una elevación de temperatura persistente con taquicardia, puede alertar de la presencia de un foco infeccioso.

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

m) Función tegumentaria: Las estrías cambian de aspecto y son menos visibles por su color blanconacarado;

generalmente no desaparecen por completo. La línea alba del abdomen se extiende longitudinalmente desde la sínfisis del pubis al ombligo, el cloasma gravídico (cambio pigmentario de la piel) normalmente se manifiesta como parches de coloración amarilla o marrón y la pigmentación oscura de las areolas y pezones desaparece en pocos días.

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

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

3.4. Depresión

3.4.1. Definición

Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía, la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad.¹¹ El origen del término se encuentra en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, con el advenimiento de la Controversia de la

¹¹Alfonso Chinchilla Moreno. La Depresión y sus Máscaras. Ed. Médica Panamericana -2008.

biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como una enfermedad más.

La depresión, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento» es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.¹²

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo.

3.4.2. Sintomatología

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Arrebatos repentinos de ira.
- Baja autoestima.
- Pérdida de placer en actividades habituales.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambios en el apetito.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.

¹²Umberto Galimberti. Diccionario de psicología - 2010.

- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

3.4.3. Etiología

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes (hereditaria), comportamientos aprendidos en el hogar o ambos.

Muchos factores pueden causar depresión, como:

- a) Alcoholismo o drogadicción.
- b) Afecciones y tratamientos médicos.
- c) Situaciones o hechos estresantes en la vida, como:
 - Maltrato o rechazo.
 - Ruptura de relaciones con el novio o la novia.
 - Ciertos tipos de enfermedades (cáncer).
 - Muerte de un amigo o familiar.
 - Divorcio, incluso el divorcio de los padres.
 - Desaprobar una asignatura.
 - Enfermedad en la familia.
 - Pérdida del trabajo.
 - Aislamiento social.

3.5. Depresión Puerperal

3.5.1. Definición

La Depresión Puerperal es un trastorno caracterizado por un estado de ánimo triste o abatido que comienza dentro de las 4 semanas, pero con un rango de inicio de hasta los 3

primeros meses después del parto. También se conoce como depresión postparto.¹³

Puede presentar diferentes niveles de intensidad, desde ser prácticamente inapreciable hasta alcanzar niveles elevados.

La mayoría de las mujeres suelen tener un cierto grado de depresión después del parto, lo que se conoce como “depresión puerperal”. Incluso algunas mujeres presentan cierto grado de depresión antes del parto. Estos trastornos suelen desaparecer naturalmente al cabo de unas semanas.

Sin embargo una verdadera depresión puerperal es aquella que se prolonga durante más tiempo con unos síntomas continuados.

3.5.2. Sintomatología

La mayoría de las mujeres sienten:

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

¹³Carlos Gomez Restrepo, Guillermo Hernandez Bayona, Alejandro rojas Urrego, Hernan Santa Cruz Oleas, Miguel Uribe. Psiquiatria Clinica. Ed. Médica Panamericana - 2008.

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

c) Fatiga: Todas las nuevas madres se sienten un poco abrumadas y fatigadas, pero la madre con depresión puerperal se siente tan agotada que llega a pensar que padece alguna enfermedad física.

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

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

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

g) Desbordamiento: Las madres con depresión puerperal tienen la sensación de no disponer de tiempo para nada, de no hacer nada bien y de no poder hacer nada para remediarlo. A estas pacientes les resulta realmente difícil el establecer nuevas rutinas para poder hacer frente al bebé y a la nueva situación que viven.

h) Ansiedad: Suele ser aguda y se puede presentar en forma de temor a quedarse sola con el bebé por miedo a que este grite, no quiera comer, se ahogue, se caiga o se haga daño de cualquier otra forma. Algunas madres deprimidas perciben a su bebé como un objeto en vez de sentir que han dado a luz a la criatura más cariñosa y adorable del mundo.

3.5.3. Epidemiología

Entre un 15 y un 20% de mujeres que han dado a luz un bebé, se verán afectadas por depresión puerperal. A pesar de ser una condición médica seria, las mujeres que reciben rápidamente la atención médica apropiada pueden llegar a aliviar los síntomas de la misma.¹⁴

A diferencia de la etapa melancólica, la cual surge dentro de los primeros días posteriores al nacimiento del bebé; la depresión puerperal puede surgir en cualquier momento durante el transcurso del primer año después de haber dado a luz.

¹⁴David p. Moore, James w. Jefferson. Manual de Psiquiatría Médica. El Sevier. España – 2008.

Las mujeres que recientemente hayan sufrido un aborto también podrían verse afectadas por depresión puerperal.

3.5.4. Etiología

Nadie sabe exactamente qué causa la depresión puerperal, pero los cambios hormonales en el cuerpo de una mujer pueden desencadenar estos síntomas. Durante el embarazo, la cantidad de dos hormonas femeninas en el cuerpo de la mujer, el estrógeno y la progesterona, se incrementan considerablemente.

En las primeras 24 horas después del parto, la cantidad de estas hormonas desciende rápidamente y siguen cayendo hasta llegar al nivel que tenían antes de que la mujer se embarace.

La producción de la tiroides también puede disminuir bruscamente después del parto, la tiroides es una glándula pequeña en el cuello que ayuda a regular la manera en la que el cuerpo usa y almacena la energía de los alimentos consumidos. Los bajos niveles en la producción de la tiroides pueden causar síntomas similares a la depresión, como cambios en el estado de ánimo, fatiga, agitación, insomnio y ansiedad

Otras cosas que pueden contribuir a la depresión puerperal son:

- Sentirse cansada después del parto, experimentar cambios en los hábitos de sueño y falta de descanso, los cuales a

menudo evitan que la mujer recobre sus fuerzas por completo durante semanas.

- Sentirse abrumada con un nuevo u otro bebé a quien cuidar y dudar de su capacidad de ser buena madre.
- Sentirse estresada a partir de los cambios en las rutinas del trabajo y del hogar. Algunas veces las mujeres piensan que tienen que ser perfectas o una "súper madre", lo que no es realista y puede agregar estrés.
- Tener una sensación de pérdida de identidad, pérdida del control, pérdida de una figura delgada y sentirse menos atractiva.
- Tener menos tiempo libre y menos control sobre el tiempo. Tener que quedarse en casa durante períodos más largos de tiempo y tener menos tiempo para pasar con el padre del bebé.

3.5.5. Factores Psicológicos

- Historia previa de depresión.
- Falta de apoyo por parte de la pareja.
- Que él bebe sea producto de una violación a la madre.
- El que la madre hubiera perdido a su madre de niña.
- Sintomatología ansiosa y/o depresiva durante el embarazo.
- Complicaciones durante el embarazo y el parto.
- El fallecimiento de un ser querido.
- Pérdida del empleo de la paciente o de su pareja.
- Problemas económicos, etc.

3.5.6. Factores Biológicos

- Disminución del nivel de serotonina.
- Cambios hormonales.

- Problemas genéticos.
- Patologías del recién nacido.
- Patología durante el embarazo.
- Disminución de la glándula tiroides.

3.5.7. Factores Físicos

- Sentirse cansada después del parto.
- Ser primípara.
- Tipo de parto.
- Prematuridad.
- Estado civil.
- Estado físico de la madre (Talla, peso, edad, etc.)

3.5.8. Clasificación

La depresión puerperal la podemos clasificar según su duración, intensidad y su manera de expresión, es por esto que podemos mencionar los siguientes tres tipos.

a) Disforia Puerperal (Baby Blues): Son padecidos por muchas mujeres en los días inmediatamente después del parto. Una nueva madre puede tener súbitos cambios en el estado de ánimo, como sentirse muy feliz y de repente sentirse muy triste. Tal vez llore sin una razón y se sienta impaciente, irritable, inquieta, ansiosa, sola y triste.

Los baby blues pueden durar sólo unas horas o hasta 1 a 2 semanas después del parto. Los baby blues no siempre requieren de tratamiento médico. A menudo, ayuda integrarse a un grupo de apoyo de nuevas madres o hablar con otras madres.

b) Depresión Puerperal: Puede suceder unos días o incluso meses después del alumbramiento. La depresión puerperal puede ocurrir después del nacimiento de cualquier hijo, no sólo del primero. Una mujer puede tener sentimientos similares a los que se experimentan con la condición baby blues (tristeza, desesperanza, ansiedad, irritabilidad), pero los siente con mucho más intensidad.

La depresión puerperal a menudo evita que la mujer haga las cosas que necesita hacer diariamente. Cuando la capacidad de una mujer para realizar sus tareas resulta afectada, esto es una señal segura de que necesita tratamiento médico. Si no recibe tratamiento para su depresión puerperal, los síntomas pueden empeorar y durar hasta 1 año.

Existen dos tipos de depresión postparto:

- Depresión Inmediata: Es la que se produce dos o tres días después del parto. Tiene una duración que oscila entre los 15 y 20 días, normalmente desaparece de una manera espontánea sin que la mujer afectada se dé cuenta.
- Depresión Tardía: Es la que no aparece inmediatamente después. Suele ser menos intensa aunque de duración más prolongada

c) Psicosis Puerperal: Es una enfermedad mental muy seria que puede afectar a las nuevas madres. Esta enfermedad puede suceder rápidamente, con frecuencia dentro de los 3 meses después del parto. Las mujeres pueden perder el contacto con la realidad y a menudo tienen alucinaciones auditivas (escuchar cosas que no están sucediendo realmente, como oír hablar a una persona) e ilusiones (ver las

cosas de manera distinta a la realidad.). Las alucinaciones visuales (ver cosas que no existen) son menos comunes. Otros síntomas incluyen insomnio, sensación de nerviosismo y enojo, así como sentimientos y comportamientos extraños.

Las mujeres que padecen de psicosis postparto necesitan tratamiento de inmediato y casi siempre requieren de medicamentos. Algunas veces las mujeres tienen que ser internadas en un hospital ya que están en riesgo de hacerse daño a sí mismas o a otras personas.

3.5.9. Diagnóstico

Para que se realice un correcto diagnóstico es necesaria una correcta evaluación. Aunque existen cuestionarios destinados a tal fin, como el **Cuestionario Sobre Depresión Puerperal Edimburgo (EDPS)**, la mejor información siempre la proporciona la **entrevista clínica**.¹⁵

Si bien la información proporcionada por el entorno es de gran utilidad, la **comunicación directa con la madre** será lo que más nos facilite la tarea a los profesionales.

a) Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo: La Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión puerperal, lo cual ocurre durante la primera semana después del parto, pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión

¹⁵ Diana Marcela Peña, José Manuel Calvo. Capítulo 21: Aspectos Clínicos de la Depresión Puerperal. Tomo II.

puerperal afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

- Instrucciones de uso

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las diez preguntas.
- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa puerperal. La clínica de pediatría, la cita de control puerperal o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

- Pautas para la evaluación

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1

con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. A las categorías de las respuestas se des dan puntos de 0, 1, 2 y 3; los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo 3, 2, 1 y 0). Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS < que 10: Sin riesgo de depresión puerperal.
- EPDS 10-12: Riesgo de depresión puerperal.
- EPDS > o igual a 13: Probable depresión puerperal.

3.5.10. Tratamiento

Como en cualquier otro trastorno del estado de ánimo los estudios parecen indicar que el tratamiento más eficaz para la depresión puerperal es la psicoterapia en combinación o con la administración de antidepresivos, dependiendo sobre todo de la severidad del cuadro.¹⁶

Lo que ocurre con frecuencia es que las madres se niegan a tomar fármacos durante el período de lactancia por miedo a los posibles efectos secundarios en su hijo. En este sentido, las investigaciones concluyen que esta opción de tratamiento es adecuada siempre que el médico valore personalmente los riesgos asociados a la administración de cada fármaco y asesore acerca de qué estrategias pueden ayudar a disminuir la exposición del niño.

¹⁶David p. Moore, James w. Jefferson. Manual de Psiquiatría Médica. El Sevier. España – 2008.

a) Psicoterapia: Existe suficiente evidencia para acreditar la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión. Entre los diferentes tipos de terapias psicológicas que han demostrado ser eficaces en la depresión puerperal cabe destacar la:

- Terapia Cognitiva Conductual: Se centra en cómo los procesos de pensamiento influyen en las emociones y las conductas. Su principal objetivo consistiría en enseñar a la madre a identificar y modificar sus pensamientos negativos e irracionales, comprendiendo como su forma de abordar e interpretar la realidad es la responsable de su estado depresivo, no la realidad en sí.

- Terapia Interpersonal: Enfatiza el papel de las relaciones de la madre con el entorno en el desarrollo de la depresión. En este caso, el objetivo sería identificar posibles conflictos y disputas interpersonales presentes en la familia, con amigos y otras personas significativas en su vida y enseñarle a abordarlos de una forma eficiente.

b) Farmacológico

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

Los antidepresivos comunes para tratar la depresión puerperal son parte de un grupo de medicamentos llamados inhibidores selectivos de serotonina (SSRIs).

Los nombres de algunos de estos medicamentos son:

- Zoloft (sertralina).
- Paxil (paroxetina).
- Celexa (citalopram).
- Prozac (fluoxetina).

A muchas mujeres les parece más atractiva la posibilidad de recibir tratamiento con hormonas en lugar de antidepresivos ya que consideran a éstas más naturales.

La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de parches en la piel. No existe duda de que muchas mujeres creen que el tratamiento hormonal que han recibido les ha beneficiado, pero todavía está por demostrar que este sea algo más que un placebo, es decir que la curación se produce más por la esperanza puesta en el tratamiento que por el propio tratamiento en sí.

3.5.11. Prevención

- Lo primero que debe hacer la madre es serenarse y tratar de no pensar demasiado en los problemas o en el futuro del bebé. Sólo disfrutar de su hijo recién nacido y de su tiempo libre, tratando de limitar el vuelo de ideas y ocupándose también de sí misma. Descansar y tratar de no sobre exigirse, cuando vea que no puede entonces pedir ayuda.
- También es importante que hable mucho con su pareja sobre sus miedos e inquietudes, dejando en claro lo que le sucede y acompañándose lo más que puedan. Él podrá ayudarla y apoyarla siempre. Hacer planes juntos sobre el

cuidado del bebé y charlar sobre quién es la persona indicada para ayudarlo en la casa.

- La pareja debe estar al tanto de estas reflexiones. Así, no se alarmará al enfrentarse a una posible depresión y podrá ser más paciente frente a los estados de ánimo que presente y se dará cuenta de que su papel no se limita a cambiar pañales de vez en cuando, sino que se le pide un compromiso físico y emocional muy importante.

- El hecho de tener un buen apoyo social por parte de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión puerperal, pero puede no prevenirla.

- La madre no debe subestimar la comparación con sus amigas y conocidas que hace poco han tenido un bebé. Esto es válido para que comprenda el compromiso físico que un nuevo nacimiento requiere. También para que conozca los estados de ánimo (incluidos los negativos) por los que puede pasar una mamá reciente, y que no se asustes cuando le llegue su turno.

- Debe organizar su tiempo para que cuente con la ayuda necesaria para atender la casa y cuidar al niño, informarse sobre guarderías, disponibilidad de abuelos y familiares, y lugares cercanos al lugar de residencia en los que puedas dejar a tu bebé por un par de horas.

- Si asiste a cursos de preparación para el parto, sería conveniente que intercambie números de teléfono. También para que descubra que las dudas y sentimientos pueden compartirse con otras mamás que vivan en la misma situación.

- La madre debe reflexionar sobre la tendencia a sobrevalorarse y a seguir otros modelos de maternidad establecidos y que tienden a ser perfectos. Es importante

que asuma que puede con este papel y que es capaz de hacerse cargo de su propio hijo, sin que tenga que reflejarse en modelos preestablecidos.

3.6. Rol de la Enfermera en la Salud Mental de la Mujer

- La enfermera proporciona cuidados individualizados y flexibles durante el puerperio basándose en la identificación de síntomas depresivos y en la preferencia de la madre.
- La enfermera debe poner en marcha las estrategias de prevención en el puerperio siendo una de ellas la aplicación de la Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo que es la herramienta de auto informe recomendada, para confirmar los síntomas de depresión en las madres en el periodo posparto. La EPDS se puede administrar en cualquier momento durante el periodo del puerperio para confirmar los síntomas depresivos.
- La enfermera debe alentar a las madres a completar la EPDS después del parto, por sí mismas y en la intimidad.
- La enfermera debe proporcionar una valoración inmediata en caso de autolesiones, ideas o comportamientos suicidas.
- La enfermera deberá proporcionar intervenciones semanales de apoyo y valoraciones continuadas centradas en las necesidades de salud mental de las madres puérperas creando un grupo de apoyo en coordinación con el equipo de salud.
- La enfermera debe facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia a la hora de prestar cuidados en el puerperio, según corresponda a las madres que experimentan síntomas depresivos.
- La enfermera debe promover actividades de auto cuidado entre las nuevas madres para ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el periodo puerperal.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- **TITULO:** Depresión en gestantes adolescentes controladas en el centro de salud Maritza Campos Díaz- Zamacola Arequipa 2012.
AUTOR: Karen Arias Miranda.
CONCLUSION: Las gestantes adolescentes controladas en le centro de salud Maritza Campos Díaz- Zamacola Arequipa 2012 presentaron nivel de depresión leve en 30%, moderada en 67.5% y grave en 2.5% de casos.

- **TITULO:** Condiciones que repercuten en la depresión post- parto del Centro de Salud de Mariano Melgar de la ciudad de Arequipa – 2007.
AUTORES: Fabiola Vanesa Vilcapaza Bellido – Liz Zaida Flores Chambi.
CONCLUSION: Las púerperas que asisten al centro de salud mariano Melgar se encontró que la mayoría son de 20 a 35 años por lo que se pudo observar u alto índice de nacidas en Arequipa, con un grado de instrucción de nivel secundario, estado civil en condición de conviviente, con una ocupación de ama de casa, refiriendo no haber planificado su embarazo, dependiendo económicamente de su pareja y teniendo un parto eutócico. Luego de aplicar La Escala de Depresión de Edimburgo demostró que el 51.55% fueron positivos para el test.

- **TITULO:** Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Revista Mexicana de Pediatría – 2009.
AUTORES: Trejo, H. Torres, J. Medina, M. Briones, JC. Calderón J.
CONCLUSION: La frecuencia de depresión entre las adolescentes embarazadas es alta. La mayor severidad ocurre en primogénitas que tiene mayor número de miembros en su familia y refieren violencia de pareja.

- **TITULO:** Depresión post- parto y factores de riesgo mediante la escala de Edimburgo (EPDS) en puérperas del servicio de Obstetricia Hospital Arequipa 2008.
AUTOR: Karen Giuliana Zegarra Ponce.
CONCLUSION: El 26% de casos presento episodio previo de depresión, antecedentes familiares de depresión en 17% de casos, antecedentes de sufrir síndrome pre menstrual grave en un 24%, percepción de falta de apoyo y/o relación tensa con la pareja en un 32% y antecedentes de haber sufrido trastornos de ansiedad previos en el 15%.

- **TITULO:** Embarazo no planificado relacionado a depresión post parto en el hospital Carlos Monje Medrano. Juliaca Octubre Noviembre del 2007.
AUTOR: Lady Diana Gil Onofre.
CONCLUSION: El riesgo de presentar una probable depresión post parto en las mujeres con embarazos no planificados es de 73.3%, respecto de aquellas mujeres que planificaron su embarazo donde la frecuencia de depresión es de 26.7%. Por lo tanto las mujeres que tienen un embarazo no planificado tienen un riesgo dos veces mayor de presentar una probable depresión post parto. Existe una relación entre el embarazo no planificado y depresión post parto en las madres atendidas en el hospital Carlos Monje Medrano. Juliaca.

- **TITULO:** Factores de riesgo de la depresión post parto en puérperas del servicio de Obstetricia del hospital nacional Adolfo Guevara Velasco Cusco 2012.
AUTOR: Neal Ángel Saji Rondan.
CONCLUSION: Los factores de riesgo asociados a la depresión post parto en madres del servicio de obstetricia del hospital Adolfo Guevara Velasco Cusco 2012 son presencia de problemas conyugales,

ausencia de independencia económica materna y presencia de otros eventos estresantes.

- **TITULO:** Prevalencia y factores asociados a depresión post parto en púerperas del hospital regional Honorio Delgado Espinoza. Diciembre 2009.

AUTOR: María Hinojosa Ugarte

CONCLUSION: La DPP constituye un verdadero problema de salud pública, si solo nos atenemos a las cifras enunciadas afectara a 1 de cada 19 pacientes por lo que un manejo multidisciplinario debe estar posible en todos los niveles de atención.

- **TITULO:** Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en post cesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Marzo 2010 – Marzo 2011.

AUTOR: Rosario de Jesús Paima Peña, Ruth Isabel Vásquez Jara.

CONCLUSION: Existe un 39% de prevalencia de depresión postparto en adolescentes postcesareadas, un 54% fueron cesáreas no programadas en postcesareadas adolescentes, un 62% de las cesáreas no programadas se presentó en las adolescentes con riesgo de depresión postparto y un 54% de las cesáreas no programadas se presentó en las adolescentes con probable depresión postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011.

- **TITULO:** Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. Madrid – 2010.

AUTOR: Montserrat García Vega.

CONCLUSION: Las mujeres que reconocieron antecedentes personales de trastorno del estado de ánimo, por el que no habían pedido ayuda médica, presentan un riesgo incrementado de padecer

depresión puerperal con puntuaciones elevadas en la Escala de Edimburgo, a diferencia de las mujeres que sí habían consultado.

- **TITULO:** Prevalencia de depresión post-parto en mujeres que acuden al Puesto de salud Peruarbo de Zamacola, Arequipa 2012.

AUTOR: Endrina Paola Chávez Salas, Gabriel Lalich Delgado.

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

5. HIPOTESIS

Dado que la depresión puerperal se puede dar en algunas madres tras el nacimiento de su hijo; ya sea por factores psicológicos, biológicos o físicos y que afecta a una de cada diez parturientas; manifestado por sensación de tristeza, irritabilidad, cansancio generalizado, insomnio, pérdida de apetito, ansiedad, etc.

Es probable que algunas mujeres púerperas que acuden al Centro de Salud Independencia presenten depresión puerperal.



CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la variable Depresión Puerperal se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento la cedula de entrevista, siendo la Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo.

ESCALA DE DEPRESIÓN PUERPERAL DE EDIMBURGO: La Escala de Depresión Puerperal de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión puerperal, lo cual ocurre durante la primera semana después del parto, pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión puerperal afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

Instrucciones de uso

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las diez preguntas.
- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa puerperal. La clínica de pediatría, la cita de control

puerperal o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. A las categorías de las respuestas se des dan puntos de 0, 1, 2 y 3; los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo 3, 2, 1 y 0). Según los resultados obtenidos la púérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS < que 10: Sin riesgo de depresión puerperal.
- EPDS 10-12: Riesgo de depresión puerperal.
- EPDS > o igual a 13: Probable depresión puerperal.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El presente trabajo se realizó en el Centro de Salud Independencia ubicado en la Av. Francisco Mostajo 601 en el Pueblo Joven Independencia perteneciente al Distrito de Alto Selva Alegre.

El Centro de Salud Independencia consta de 2 consultorios de medicina, 2 consultorios de niño sano, 1 consultorio de psicología, 1 consultorio de nutrición, 1 consultorio de odontología, 1 consultorio de gineco-obetretricia, tópico de emergencia y 1 sala de observación.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó de Febrero a Mayo del 2013.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio son las mujeres puérperas que acuden al Centro de Salud Independencia en el mes de Abril, en número de 40 mujeres puérperas que constituye el 100%.

2.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres Puérperas que deseen participar en el estudio.
- Mujeres que no presenten problemas de salud mental.
- Mujeres mayores de 15 años.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Mujeres que no deseen participar en el estudio.
- Mujeres que presenten problemas de salud mental.
- Mujeres menores de 15 años.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Coordinación con el Decanato de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.
- Coordinación con el médico jefe del Centro de Salud Independencia.
- Coordinación con la jefa de obstetricia del Centro de Salud Independencia.
- Consentimiento informado y motivación a la población de estudio para la veracidad de los datos.

- Aplicación de la escala de de Depresión Puerperal de Edimburgo.
- La recolección de datos se realizara por medio de visitas domiciliarias en el turno de mañana o tarde.
- Sistematización de datos en tablas estadísticas.





CAPITULO III
RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION DE
DATOS

TABLA N° 1

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EDAD. NIVELES DE DEPRESION
PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDENAL
CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA
AREQUIPA-2013

Edad	Fr	%
15 – 20	8	20
21 – 26	10	25
27 – 31	12	30
32 años a mas	10	25
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 30% corresponde al grupo etareo de 27 a 31 años, un acumulado de 50% en el grupo etareo de 21 a 26 años y de 32 a más; un 20% se encuentra en el grupo etareo de 15 a 20 años.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de las mujeres corresponden al grupo etareo de 27 a 31 años y las otras $\frac{3}{4}$ partes corresponden a los grupos etareos de 15 a 20, 21 a 26 y de 32 a mas años.

GRAFICO N° 1

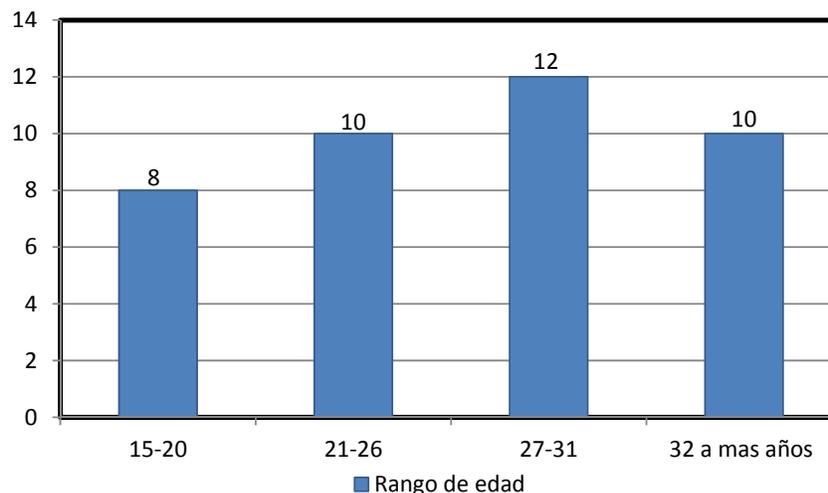


TABLA N° 2

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA

Lugar de Procedencia	Fr	%
Arequipa	11	27.5
Puno	15	37.5
Cuzco	10	25
Otro	4	10
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 37.5% procede de la ciudad de Puno, seguido de un 27.5% de la ciudad de Arequipa y un acumulado de 35% de la ciudad de Cuzco y otros.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de las mujeres proceden de Puno y las otras $\frac{3}{4}$ partes restantes corresponden a mujeres que proceden de Arequipa, Cuzco y otros como lugar de procedencia.

GRAFICO N° 2

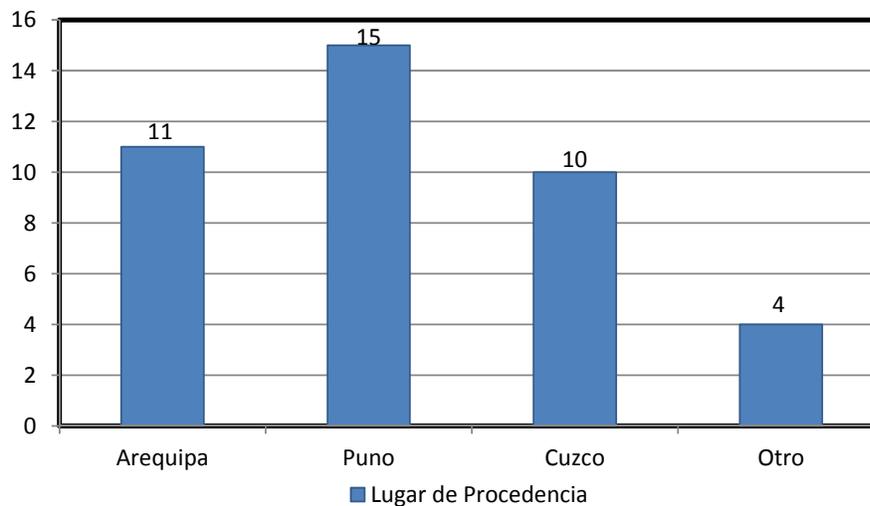


TABLA Nº 3

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO MARITAL

Estado Marital	Fr	%
Soltera	10	25
Casada	6	15
Conviviente	24	60
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 60% corresponde al estado marital de conviviente, un 25% al estado marital de soltera y en un menor porcentaje de 15% a mujeres casadas.

De lo que deducimos que más de la mitad de las mujeres son convivientes, este resultado resulta preocupante ya que demuestra que las mujeres en estudio tienen menos apoyo de sus cónyuges; siguiendo el estado marital de soltera y una mínima parte son casadas.

GRAFICO Nº 3

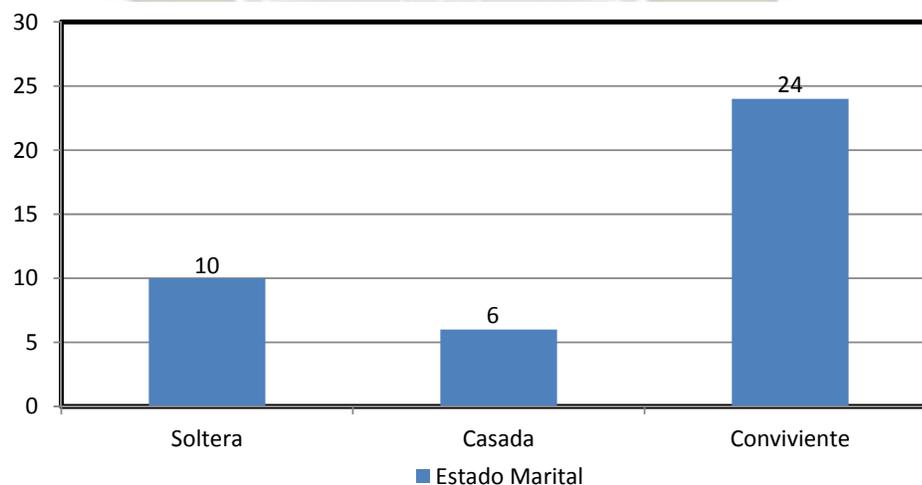


TABLA N° 4

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN LA CONVIVENCIA FAMILIAR

Convivencia Familiar	Fr	%
Esposo	6	15
Conviviente	24	60
Solo	5	12.5
Otro Familiar	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 60% conviven, un 15% con el esposo y un 12.5% viven con otro familiar.

De lo que se deduce que más de la mitad de las mujeres conviven con la pareja, no dejando de tener importancia que la otra mitad de las mujeres en estudio viven solas o con otro familiar.

GRAFICO N° 4

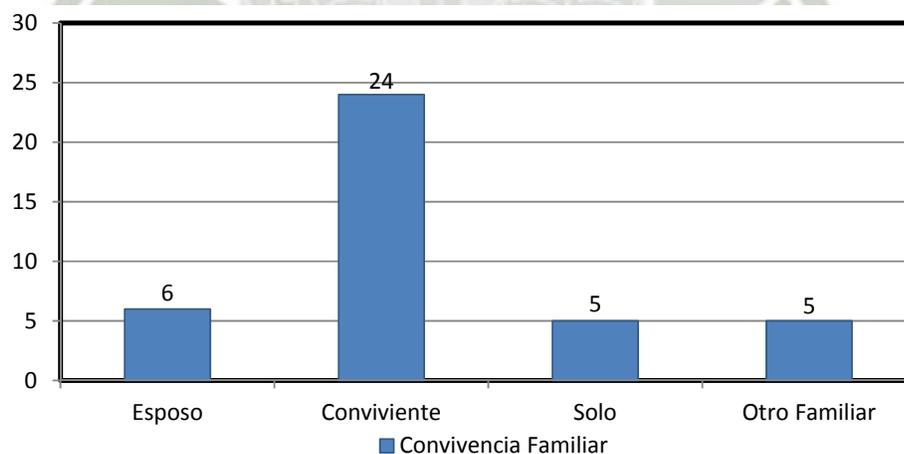


TABLA N° 5

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN PARIDAD

Paridad	Fr	%
1 a 2 embarazos	23	57.5
3 a mas embarazos	17	42.5
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 57.5% corresponde a mujeres que tuvieron de 1 a 2 embarazos y un 42.5% se corresponde a mujeres que tuvieron de 3 a mas embarazos.

De lo que deducimos que más de la mitad de las mujeres tuvieron de 1 a 2 embarazos, siguiendo las mujeres de 3 a más embarazos.

GRAFICO N° 5

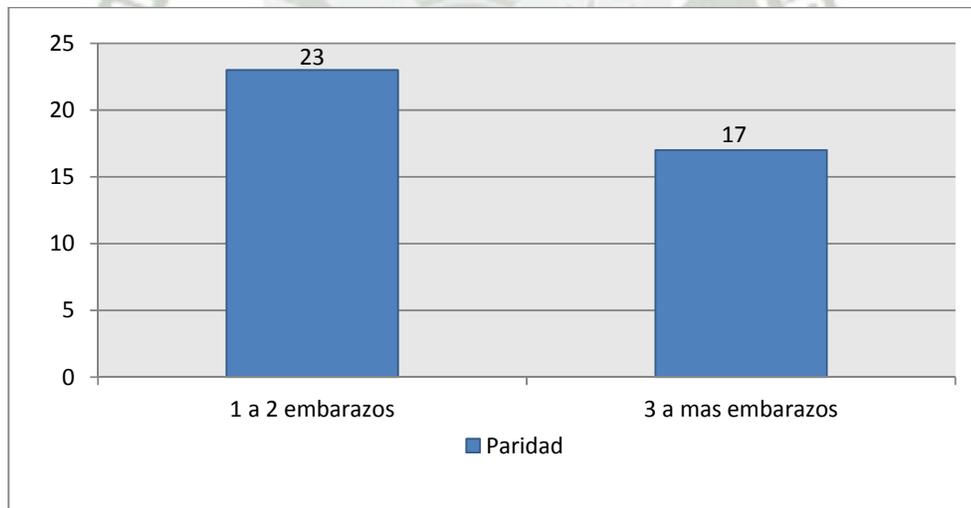


TABLA N° 6

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NÚMERO DE ABORTOS

Número de Abortos	Fr	%
1 a 2 abortos	29	72.5
3 a mas abortos	9	22.5
Ninguno	2	5
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 72.5% corresponde a mujeres que tuvieron de 1 a 2 abortos, un 22.5% tuvo de 3 a 2 abortos, un 22.5% tuvo de 3 a mas abortos y en un mínimo porcentaje de 5% no tuvieron ningún aborto.

De lo que es importante resaltar que gran parte de las mujeres en estudio tuvieron de uno a más abortos, lo que podría ser factor de riesgo a que puedan presentar depresión puerperal.

GRAFICO N° 6

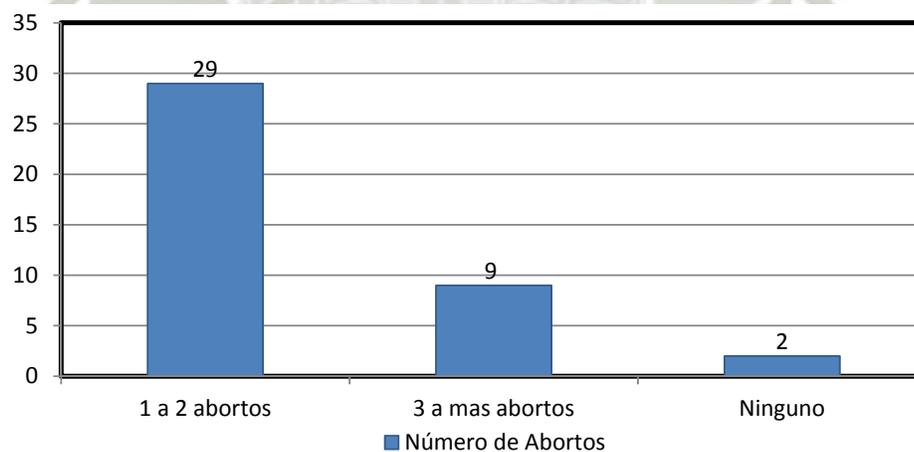


TABLA N° 7

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NUMERO DE HIJOS

Número de hijos	Fr	%
1 a 2 hijos	23	57.5
3 a mas hijos	17	42.5
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 57.5% corresponde a mujeres que tienen de 1 a 2 hijos y el 42.5 % a mujeres que tienen de 3 a mas hijos.

De lo que deducimos que más de la mitad de las mujeres tienen de 1 a 2 hijos y la otra mitad tiene de 3 a más.

GRAFICO N° 7

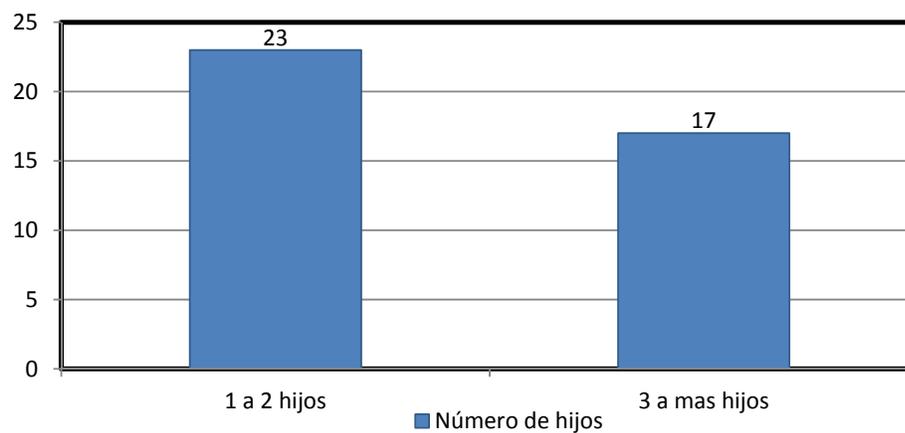


TABLA N° 8

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE PARTO

Tipo de Parto	Fr	%
Eutócico	25	62.5%
Distócico	15	37.5%
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 62.5% corresponde a mujeres que tuvieron parto eutócico y un 37.5% corresponde a mujeres que tuvieron parto distócico.

De lo que deducimos que más de la mitad de las mujeres tuvieron parto eutócico y la otra mitad de mujeres tuvieron parto distócico.

GRAFICO N° 8

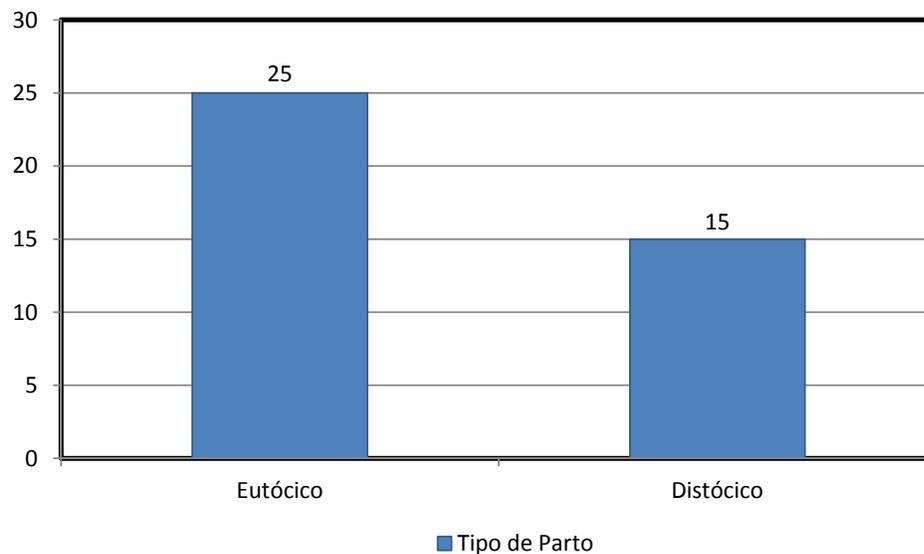


TABLA N° 9

NIVELES DE DEPRESION PUERPERAL EN MUJERES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA
AREQUIPA - 2013

Niveles de Depresión Puerperal	Nº	%
Sin riesgo de depresión	8	20
Riesgo de depresión.	11	27.5
Probable depresión	21	52.5
TOTAL	40	100

Fuente: Escala de Edimburgo

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de 52.5% corresponde a mujeres que presentan una probable depresión puerperal, un 27.5 % presenta riesgo de depresión puerperal y en un menor porcentaje de 20% corresponde a mujeres que no presentan riesgo de depresión puerperal.

De lo q se deduce q un acumulado de $\frac{3}{4}$ partes de las mujeres presenta sintomatología de depresión y riesgo de presentar depresión puerperal.

GRAFICO N° 9

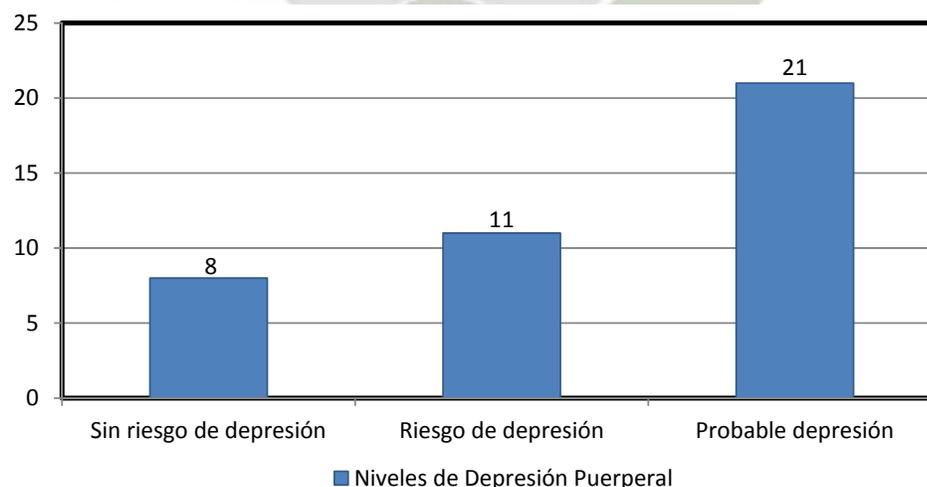


TABLA N° 10

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE
DEPRESION PUERPERAL Y EDAD**

Fuente: Escala de Edimburgo

Niveles de Depresión Puerperal	Edad							
	15 – 20 años		21 a 26 años		27 – 31 años		32 años a mas	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Sin Riesgo de Depresión	1	2.5	3	7.5	2	5	2	5
Riesgo de Depresión	2	5	1	2.5	5	12.5	3	7.5
Probable Depresión	5	12.5	6	15	5	12.5	5	12.5

En la presente tabla se observa que en relación a edad y niveles de depresión el mayor porcentaje de 15% presenta probable depresión y se da en el grupo de edad de 21 a 26 años y un 12.5% en el grupo de edad de 27 a 31 años con riesgo de depresión.

De lo que deducimos que casi las cuarta parte de las mujeres en estudio presentan probable depresión y riesgo de depresión, lo que podría influir en la salud mental de la madre y del niño.

GRAFICO N° 10

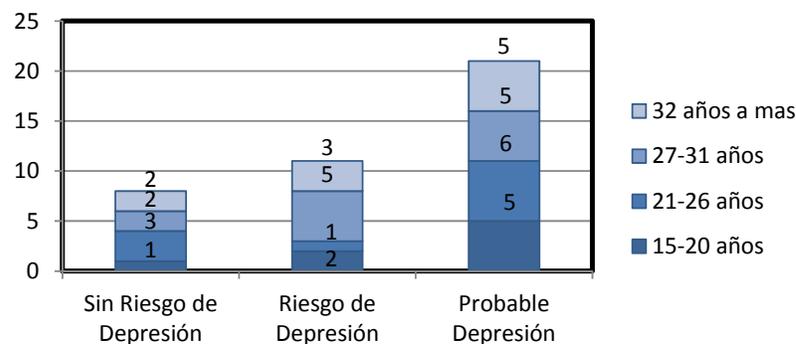


TABLA N° 11

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESION
PUERPERAL Y ESTADO MARITAL**

Niveles de Depresión Puerperal	Estado Marital					
	Soltera		Casada		Conviviente	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Sin Riesgo de Depresión	1	2.5	2	5	5	12.5
Riesgo de Depresión	0	0	2	5	9	22.5
Probable Depresión	9	22.5	2	5	10	25

Fuente: Escala de Edimburgo

En la presente tabla se observa que en relación al estado marital el mayor porcentaje de 25% es en el estado de conviviente presenta probable depresión, seguido de un 22.5% que son mujeres solteras con probable depresión.

De lo que deducimos que los grupos vulnerables son las mujeres convivientes y solteras, probablemente por lo que no cuentan con un soporte familiar.

GRAFICO N° 11

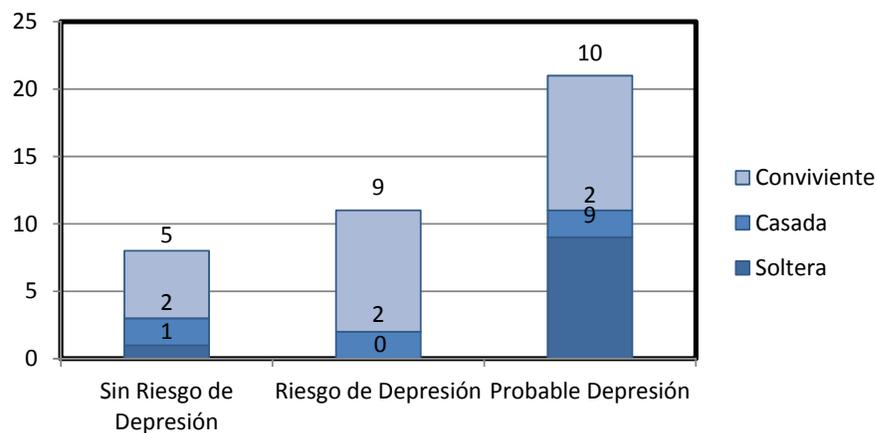


TABLA N° 12

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESION
PUERPERAL Y TIPO DE PARTO**

Niveles de Depresión Puerperal	Tipo			
	Parto Eutócico		Parto Distócico	
	Fr	%	Fr	%
Sin Riesgo de Depresión	6	15	2	5
Riesgo de Depresión	6	15	5	12.5
Probable Depresión	13	32.5	8	20

Fuente: Escala de Edimburgo

En la presenta tabla se observa que el mayor porcentaje de 32.5% en mujeres de parto eutócico presenta probable depresión y un 20% con parto distócico también presenta una probable depresión.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de las mujeres de parto eutócico presenta probable depresión y casi ¼ de parto distócico de igual forma presenta este nivel de depresión.

GRAFICO N° 12

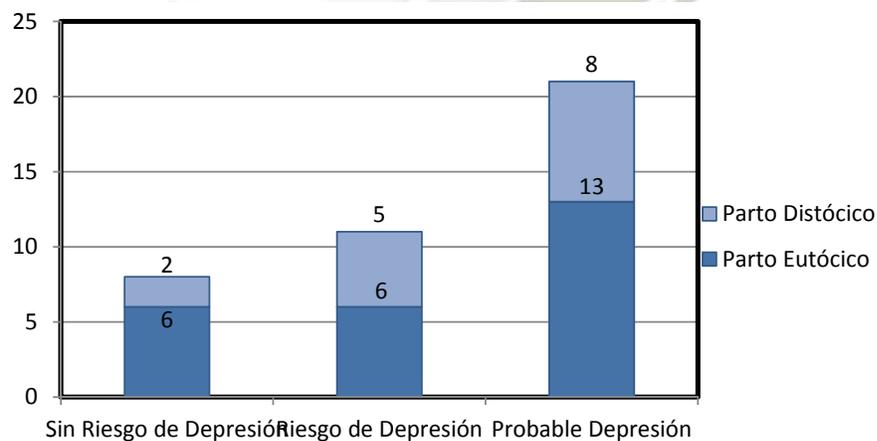


TABLA N° 13

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESION
PUERPERAL Y NUMERO DE ABORTOS**

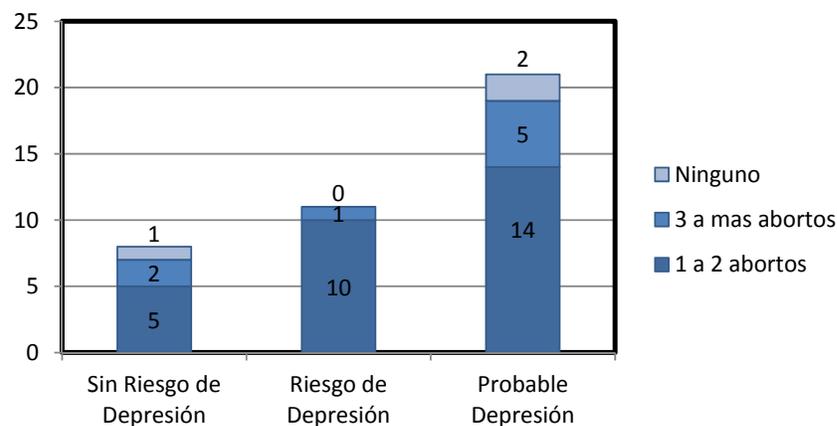
Niveles de Depresión Puerperal	Número de Abortos					
	1 a 2 abortos		3 a mas abortos		Ninguno	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Sin Riesgo de Depresión	5	12.5	2	5	1	2.5
Riesgo de Depresión	10	25	1	2.5	0	0
Probable Depresión	14	32	5	12.5	2	5

Fuente: Escala de Edimburgo

En la presente tabla se observa que un acumulado de 57% en mujeres que tuvieron de 1 a 2 abortos presentan riesgo de depresión; así como también una probable depresión y un 12.5% en mujeres que tuvieron de 3 a mas abortos presentan una probable depresión.

De lo que deducimos que las mujeres que tuvieron abortos son vulnerables de desarrollar depresión en el puerperio.

GRAFICO N° 13

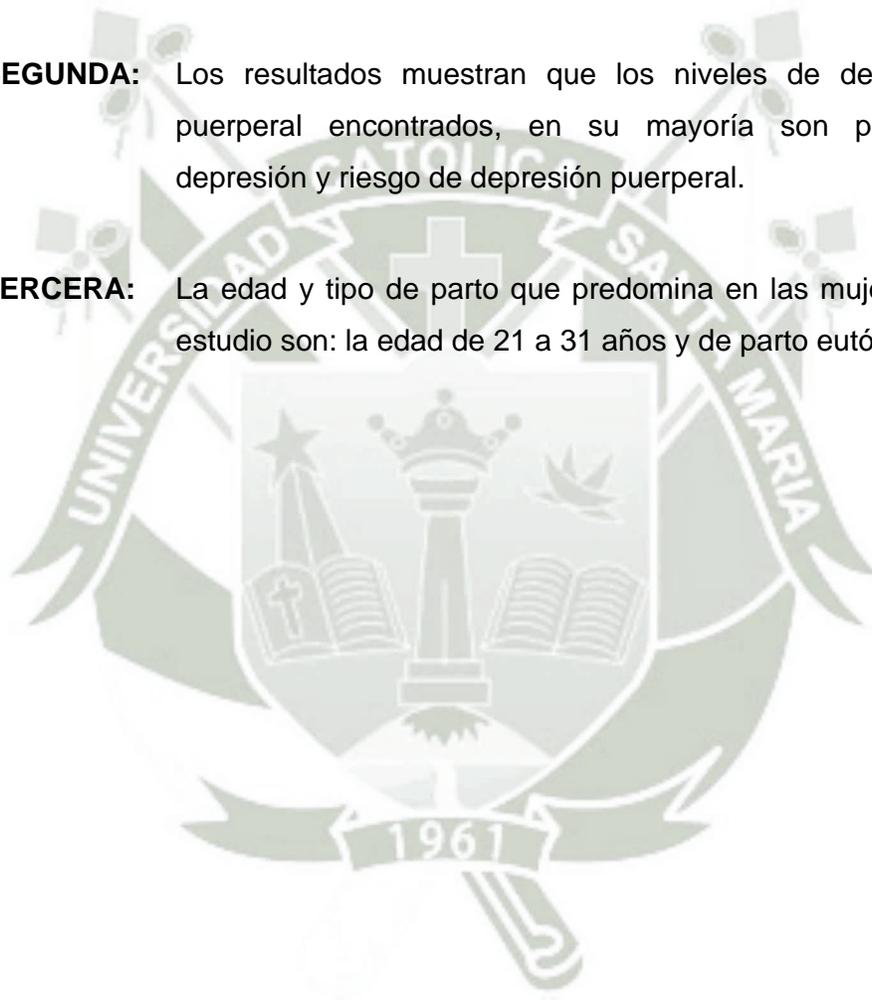


CONCLUSIONES

PRIMERA: Las mujeres en estudio tienen predominio en el grupo etareo de 21 a 31 años, proceden de la ciudad de Puno, conviven con su pareja, tienen de 1 a 2 hijos, tuvieron de 1 a 2 abortos y la mayoría presento parto eutócico.

SEGUNDA: Los resultados muestran que los niveles de depresión puerperal encontrados, en su mayoría son probable depresión y riesgo de depresión puerperal.

TERCERA: La edad y tipo de parto que predomina en las mujeres en estudio son: la edad de 21 a 31 años y de parto eutócico.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al médico jefe del Centro de Salud Independencia se recomienda coordinar con el personal de obstetricia y psicología para la apertura de programas de promoción de la Salud Mental en la Mujer para mejorar los conocimientos sobre Depresión Puerperal a mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.
- SEGUNDA:** Al médico jefe de Centro de Salud Independencia la programación de reuniones con el personal de obstetricia y psicología, para brindar consejería y tutoría sobre la Depresión Puerperal a mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia.
- TERCERA:** Al área de capacitación del Centro de Salud Independencia, para que se sigan realizando trabajos de investigación relacionados con el tema, ya que es de suma importancia para la institución y la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso Chinchilla Moreno. La Depresión y sus Máscaras. Ed. Médica Panamericana -2008.
- Carlos Gomez Restrepo, Guillermo Hernandez Bayona, Alejandro rojas Urrego, Hernan Santa Cruz Oleas, Miguel Uribe. Psiquiatria Clinica. Ed. Médica Panamericana - 2008.
- Carol Cooper. Embarazo: Guia útil. Random House Mondadori. 2008.
- David p. Moore, James w. Jefferson. Manual de Psiquiatria Médica. El Sevier. España – 2008.
- Diana Marcela Peña, José Manuel Calvo. Capitulo 21: Aspectos Clínicos de la Depresión Puerperal. Tomo II.
- Edna Rivera. El Embarazo: El Mejor Tiempo Para Sumergir a Su Bebe. Xulon-Press, 2011.
- Heidi Eisenberg Murkoff, Arlene Eisenberg, Sandee E. Hathaway. Qué esperar cuando se está esperando. Editorial Norma - 2006.
- Josefa Maria Ruiz Vega, Maria Concepción Diaz Rubio. Nueve meses de espera. Grupo Planeta, 2012.
- Laura Gutman. Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Editorial Del Nuevo Extremo, 2010.
- María Dolores Guerra Martin, Vicente FernándezRodríguez, Cristina ÁlvarezMiñón, Dolores Moreno Ramos, Manuel Delgado Marín,

Manuel Ales Reina, Carmen Peris García. Enfermeros: Cuerpo técnico, Escala de Diplomado em Salud Publica, Volumen2. MAD-Eduforma- 2007.

- Miriam Stoppard. Nuevo Libro Del Embarazo Y Nacimiento. Editorial Norma -2011
- Norbert Gleicher. Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo. Ed. Médica Panamericana. 2009.
- Ricardo José Toro Greiffenstein, Luis Eduardo Yepes Roldan. Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas, 2009.
- Roger SMITH. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. El Sevier España – 2011.
- Tazim Virani, Stephanie Lappan-Gracon, Heather McConnell, Josephine Santos, Bonnie Russell, Carrie Scott, Julie Burris, Keith Powell. Guías de buenas prácticas en enfermería: Intervenciones para la depresión posparto. Toronto, Ontario M5H 2G4. 2010.
- Umberto Galimberti. Diccionario di psicologia - 2010.

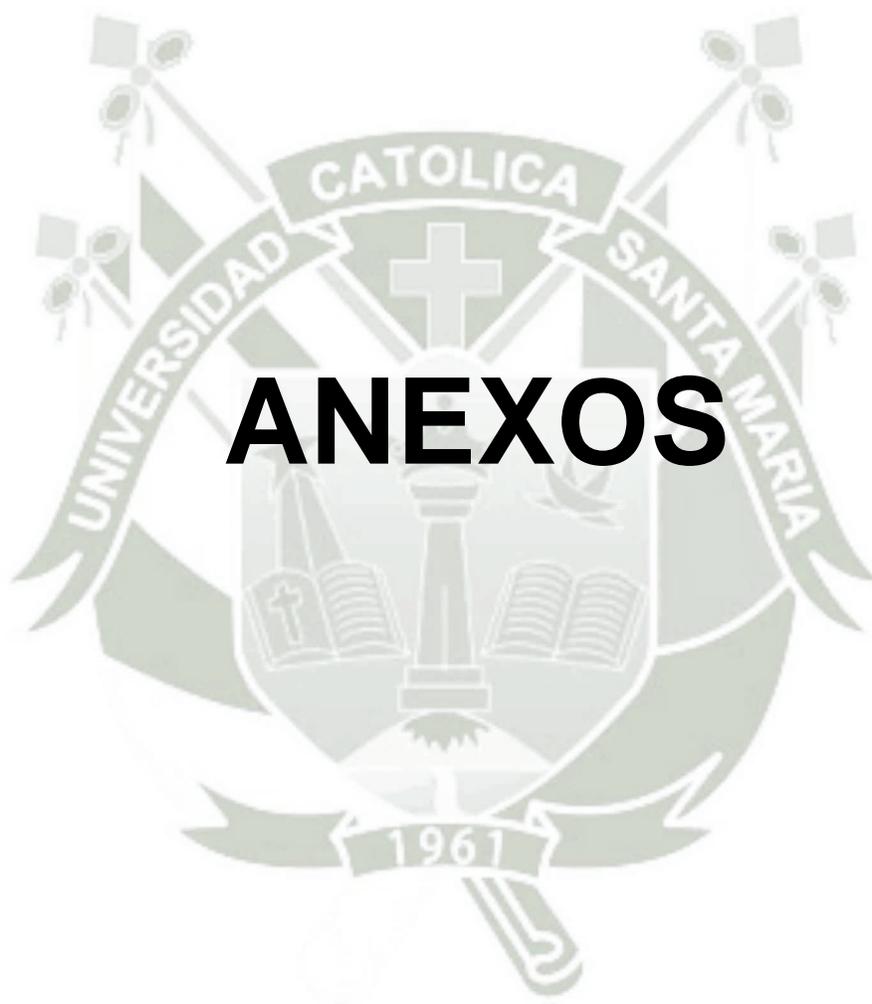
HEMEROGRAFIA

- Matilde Lena luna matos, Joel salinas piélago, Antonio luna Figueroa. Depresión mayor en embarazadas atendida en el instituto nacional materno perinatal de lima, Perú (ARTÍCULO ORIGINAL).
- Trejo, H. Torres, J. Medina, M. Briones, JC. Y Calderón J. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Revista Mexicana de Pediatría – 2009.

INTERNET

- <http://www.essalud.gob.pe>
- <http://www.minsa.gob.pe>
- <http://www.google.com>
- <http://www.saludtotal.com>





ANEXOS

ANEXO 1

CEDULA DE ENTREVISTA

DATOS SOCIO - DEMOGRAFICOS

1. ¿Qué edad tiene Ud.?

- 15 - 20 años
- 21 - 26 años
- 27 - 31 años
- 32 a mas

2. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- Arequipa
- Puno
- Cuzco
- Otro.....

3. ¿Cuál es su estado marital?

- Soltera
- Casada
- Conviviente

4. ¿Con quien vive Ud.?

- Esposo
- Conviviente
- Sola
- Otro familiar

5. ¿Cuánto embarazos tuvo Ud.?

- 1 a 2 embarazos
- 3 a mas embarazos

6. ¿Alguna vez ha tenido Ud. abortos?

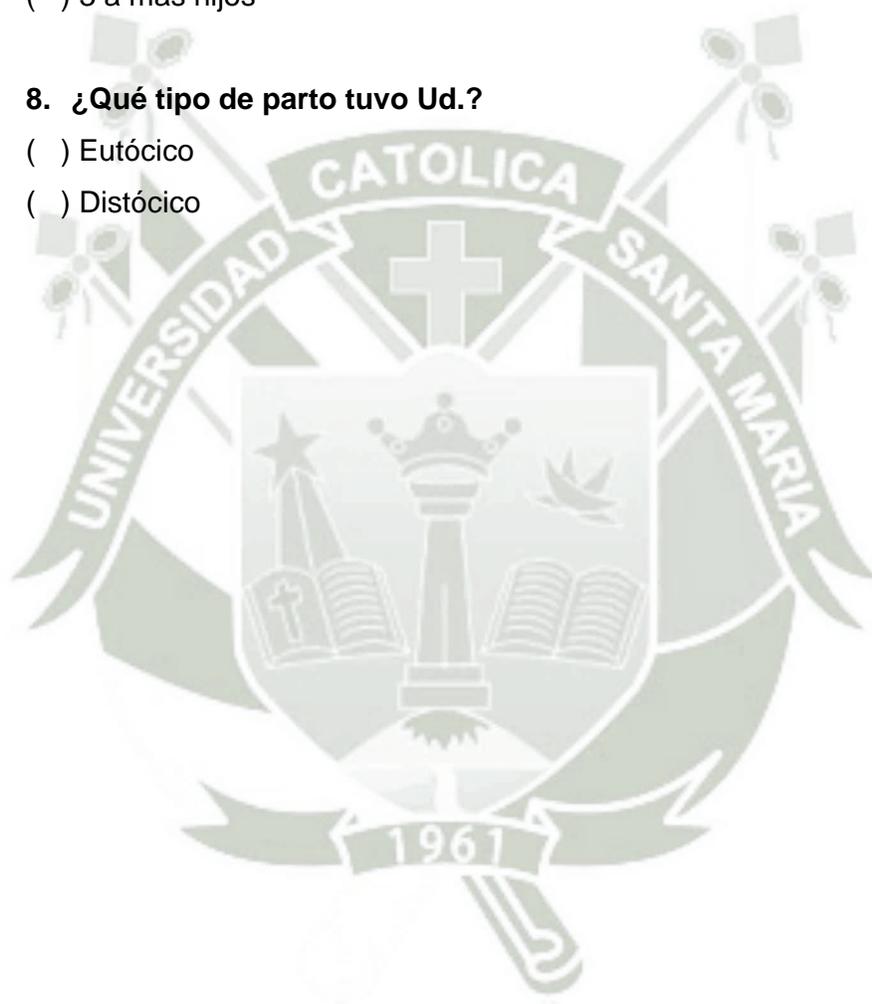
- 1 a 2 abortos
- 3 a mas abortos
- Ninguno

7. ¿Cuántos hijos tiene Ud.?

- 1 a 2 hijos
- 3 a mas hijos

8. ¿Qué tipo de parto tuvo Ud.?

- Eutócico
- Distócico



ANEXO 2

CEDULA DE ENTREVISTA

ESCALA DE EDIMBURGO		Siempre	A veces	Generalmente	Nunca
1	He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.	0	1	2	3
2	He mirado el futuro con placer.	0	1	2	3
3	Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.	3	2	1	0
4	He estado ansiosa y preocupada sin motivo.	0	1	2	3
5	He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	3	2	1	0
6	Las cosas me oprimen o agobian.	3	2	1	0
7	Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.	3	2	1	0
8	Me he sentido triste y debatida.	3	2	1	0
9	He sido tan infeliz, que he estado llorando.	3	2	1	0
10	He pensando en hacerme daño a mi misma.	3	2	1	0

ANEXO 3

FORMULARIO DE COSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Domiciliada en:.....

Doy mi consentimiento para que se me haga la entrevista sobre **ESCALA DE DEPRESIÓN PUERPERAL DE EDIMBURGO**, realizada por las Bachilleres en Enfermería de la Universidad Católica de Santa María con el motivo de su Proyecto de Investigación para poder realizar su tesis.

Tengo conocimiento que los datos que emito no serán empleados con algún otro fin al que se me explicó.

.....
Firma

Cuida tu Salud....



Buscando a alguien con quien hablar acerca de sus sentimientos.

Hablando con otras mamás acerca de sus sentimientos y problemas.

Pidiendo a sus familiares que le ayuden a cuidar al bebé.

Encontrando tiempo para usted misma.

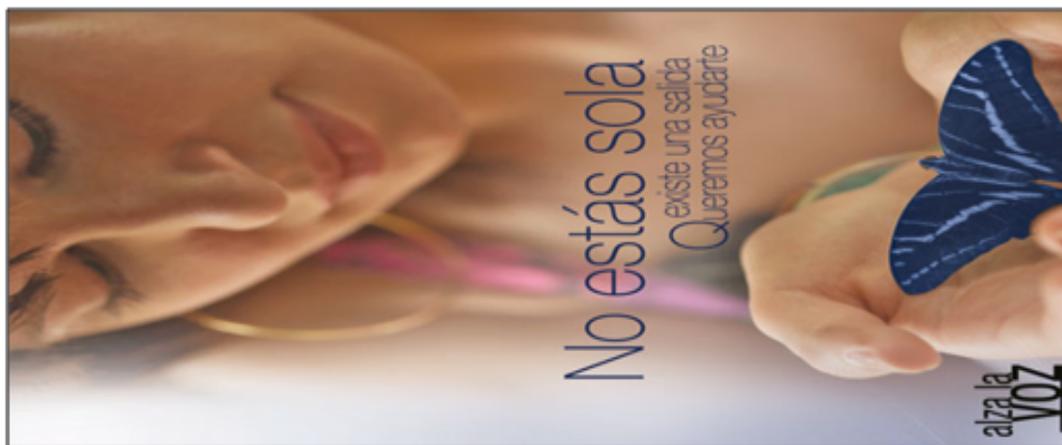
Tratando de hacer ejercicio (caminar), tomar un baño o algo más que a usted le gusta hacer.

No se preocupe por ser perfecta.

Evite quedarse sola.

Aliméntese con una dieta sana.

Hable con su doctor, enfermera u obstetra acerca de cómo se siente



UNIVERSIDAD CATOLICA DE
SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERIA



“DEPRESION PUERPERAL



Presentado por:

Joyce Catherine Galdós Manrique

Marilia Urizar Vásquez

Arequipa - 2013

¿Qué es la Depresión Puerperal?



La depresión puerperal es una enfermedad que puede afectar sus pensamientos, emociones, sentimiento y su interacción con otras personas.

¿Qué afecta la Depresión Puerperal?

Los sentimientos: Andar muy triste, afligida y angustiada, con miedo e inseguridad, a veces más irritable y con inquietud, rechazo hacia el bebé.

Los pensamientos: Ideas pesimistas, sentirse inútil, con culpa y fallas de memoria, indecisa, desesperanzada y a veces pensamientos de que no vale la pena vivir.

El ánimo: Desganada, sin fuerzas, decaimiento, lentitud, cansancio.

La salud física: Sueño, baja de peso, dolores de espalda, de cabeza, molestias de estómago o de brazos y piernas.

Estas en riesgo de padecerla si...

Has sufrido antes de depresión puerperal.

Has estado ansiosa durante el embarazo.

Tienes antecedentes de depresión.

Tu embarazo no fue planeado.

Tienes problemas con tu pareja.

Tienes problemas económicos.

Has tenido problemas con drogas o alcohol.



¿Por qué podría sufrir de Depresión Puerperal?

No se debe a algo que usted hizo, lo que sucede es que después de dar a luz a un bebé, las mamás pasan por cambios emocionales debido a una disminución de las hormonas.

¿Dónde puedo obtener ayuda?



Obtenga ayuda primero hablando con su doctor, enfermera u obstetra. Ellos pueden ayudarlo y pueden darle medicamentos para la depresión o sugerir un consejero.

También puede reunirse con grupos donde asisten otras madres como usted.

¿Cómo afecta a mí y a mi bebé?

Cuando una mamá padece de depresión puerperal, puede carecer de energía y no tener ganas de jugar con su bebé.

Es posible que no pueda satisfacer las necesidades de amor de su bebé. Esto puede hacer que se sienta culpable y que pierda confianza en sí misma como mamá.

¿Cómo pueden mejorarse las mamás?

Buenas noticias! ... hay tratamiento disponible y funcional!

Hay 2 tipos principales de tratamiento:

- Medicamentos y Terapia.



CONSTANCIA

Woodward Paja Callo Médico jefe del Centro de Salud Independencia perteneciente a la micro red de Alto Selva Alegre, hace constar que:

MARILIA URIZAR VÁSQUEZ y JOYCE CATHERINE GALDOS MANRIQUE han realizado en el C.S.Independencia el Proyecto de la Tesis sobre Niveles de Depresión Puerperal en mujeres que acuden al Centro de Salud Independencia Arequipa 2013, desde el mes de febrero hasta el mes de mayo del 2013.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas, para los fines que crean conveniente.

Arequipa 06 de Mayo del 2013

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE
MICRO RED DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE
CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA

.....
WOODWARD PAJA CALLO
MÉDICO JEFE
C.M. 20114