



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**DEPRESIÓN COMO FACTOR PSICOSOCIAL ASOCIADO A
PRE-ECLAMPSIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO DE
MÉXICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

BARRON EUROZA ADRIAN EMMANUEL
Nº CUENTA 409020926

INVESTIGACION DERIVADA DEL PROGRAMA DE APOYO A PROYECTOS DE
INVESTIGACION E INNOVACION TECNÓLOGICA. PAPIIT Nº IN 308814
TITULADA: INTERVENCION INTEGRAL DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS A PRE-ECLAMPSIA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS



MÉXICO D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres.

Irma Euroza Ramírez

Por su gran preocupación, admiración y apoyo moral que siempre me ha mostrado y así, durante mi infancia siempre velo por mi cuidado, por su gran paciencia y amor otorgados, por su lucha incansable de salir adelante y que, a pesar de todo, me infundo esos valores como él, amor, cariño y perseverancia que nunca olvidare, agradeciendo su dedicación y algunas veces su desvelo y cansancio que mostro durante mis cuidados cuando era pequeño, con lo cual agradezco enormemente porque sin ello no hubiese llegado donde estoy ahora, compartiendo con migo la gran felicidad de ser un profesional por ello; Gracias por todo madre.

A mi padre.

José Luis Barrón León (+) a pesar de que no tuve la dicha de conocerlo siempre me resaltaron sus mejores cualidades de un padre con grandes exigencias, amoroso, alegre y dedicado a su trabajo, las cuales fueron influyentes para mi superación personal y profesional.

A mis abuelitos.

Lorenza Ramírez Padilla.

Que siempre fue y sigue siendo una madre fuerte e incansable que, a pesar de todo sigue luchando otorgando amor y cariño a todos los miembros de la familia y así mismo también, durante mi infancia fue partícipe de aquellos cuidados que sigo recordando con mucho amor, cariño y admiración.

Porfirio Euroza Quintero. (+)

Por ser un padre que siempre me inculco muchos valores, y su gran preocupación por darnos un hogar y protección y que a pesar de todo siempre busco nuestro bienestar con muchas exigencias por lo cual, le agradezco enormemente y sigo recordandolo con mucho amor y cariño.

A mis Hermanos

Carolina Elizabeth Barron Euroza por su lucha incansable juntos, quien también siempre estuvo a mi cuidado en la infancia, por su gran preocupación, agradeciendo enormemente por apoyarme en todo momento, así también en conjunto con Yazmin Teresa Barron Euroza siempre su apoyo y gran entendimiento durante cada una de las etapas de mi vida y que juntos afrontamos inmensas adversidades y pruebas que la vida nos puso enfrente y supimos salir adelante por lo cual, fueron mi sentido de seguir adelante y que profesionalmente pude crecer y alcanzar este sueño, Gracias por todo.

A Israel Barron Euroza por todos sus apoyos en todos los aspectos tanto espiritual , moral y sus grandes consejos, siendo así una inspiración para seguir adelante, así también a mis demás hermanos Ismael Jesus Barron Euroza y esposa y Hugo Edgar Barron Euroza y esposa también por su apoyo y consejos. A mi hermanita Yurid victoria Victorio Euroza por su gran cariño.

A mis sobrinos. Giovanni, Alan, Alejandra, Sinai, Edgarrin

A mis Tias y Tios

Por su apoyo en todos los aspectos y que siempre me acompañaron, alentaron y crecí junto a ellos, Maternos: Ana Victoria Euroza Ramirez, Blanca Estela Euroza Ramirez, Amalia Euroza Ramirez (+), Guadalupe Euroza Ramirez , Victor Euroza Ramirez, Enrique Euroza Ramirez, Porfirio Euroza Ramirez, Paternos: Concepción Barron León, Araceli Barron Leon , Catalina Barrón León, Ofelia Barron Leon, Rosa Barron Leon

A mis Primos.

Dedicado a ustedes por sus consejos, comprensión y que compartieron mi infancia, Jonathan Euroza Ramirez, Dulce Sandi Barron Leon , Miriam Baltezar Barron , Anahi Barron Leon, Julio Euroza Barron, Libier Copado Euroza, Belen Copado Euroza, Eduardo Emmanuel Copado Euroza , Alejandro Isai Vega Barron, Nancy Vega Barron, Natali Aguilar Barron y hermanos

Dedicado a quien me acompañó también en esta meta profesional

A Ricardo García Felix, gracias por apoyarme en todo momento en las buenas y malas afrontando grandes desafíos en este gran caminos juntos.

Amigos

Que a pesar de todo siempre estarán a tu lado y de quienes convivieron con migo en esta meta profesional

Griselda Pdz, Karina Mtnz, Victor Mndz, Grecia, Yesica A, Nancy, Ivon, Adriana Mtnz, Luis Carlos C, a los inseparables Jorge y Sergio, y amigos del servicio social de San Luis Tlaxialtemalco de mi generación 2008-2012 ; a todos ellos los recuerdo con mucho cariño y aprecio.

AGRADECIMIENTOS.

A Jehová Dios

Por haberme concedido la vida y la oportunidad de seguir adelante en esta carrera, así como la fortaleza para afrontar las adversidades de la vida y continuar en este camino y que día con día me sigue fortaleciendo y que a pesar de todo sigue bendiciéndome ante cualquier adversidad.

A esta honorable y máxima casa de Estudios de La Universidad Nacional Autónoma de México quien me compartió en conjunto con la maravillosa Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia todos sus conocimientos y saberes científicos, tecnológicos y humanísticos mismo, haciéndome participe entre su comunidad universitaria, en el cual me impulsaron al desarrollo y la adquisición de deberes y formación profesional.

A la Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas, por su gran dedicación, paciencia y esfuerzo al conducirme en el saber y quehacer de la profesión, así como el gran apoyo brindado en todos los aspectos para la realización de este trabajo profesional, compartiéndome sus grandes conocimientos y su confianza y así mismo por enseñarme el impulso de la profesión de la enfermería mediante la investigación.

A la L.E.O. Ma. Mercedes Aguilar Rubalcaba, coordinadora del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de San Luis Tlaxiátemalco (CUEC), ENEO-UNAM. por todo su gran apoyo en todos los aspectos y en la enseñanza y transmisión de todos sus conocimientos profesionales y que, con dedicación y constancia siempre estuvo en todo momento motivándome continuamente, agradeciendo enormemente sus excelentes consejos, siendo así una inspiración del quehacer profesional de la enfermería Autónoma.

Al profesional de Enfermería y Médico del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez. Xico, del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Así como a todo el personal Directivo, a la Dra. Juárez Blancas y Administrativo Dr. Víctor Mandujano Jefe de enseñanza e investigación, que me abrieron las puertas para la realización de esta investigación, al Jefe de enseñanza de Enfermería L.E.O José Alfredo Rojas Noyola, al Dr José Martínez jefe de Gineco- Obstetricia del hospital, a la Jefe de enfermeras de toco-cirugía, L.E.O.E.E.P. Angie Gutierrez Zayas y demás personal que me permitieron y compartieron sus conocimientos. También a la profesora L.E.O. E.E.P. Rosario Cortes García por su gran paciencia conocimientos y supervisión dentro de la unidad.

A la Mtra.E.E.P. Laura Alfonso Gutiérrez. L.E.O Bertha Estrella Álvarez, L.E.O, Elia Aljama, profesoras de la ENEO-UNAM. Gracias por haberme compartido sus conocimientos, ánimo y gran apoyo moral durante mi trayectoria recordándolas con mucho cariño y aprecio.

INDICE

Págs

TITULO		
DEDICATORIAS		
AGRADECIMIENTOS		
PRESENTACION	1
CAPÍTULO I	INTRODUCCION	
1.1	Situación problemática	2
1.2	Contexto del estudio	5
1.3	Objeto de estudio.....	9
1.4	Pregunta de investigación.....	9
1.5	Objetivos del estudio.....	9
1.6	Justificación y relevancia del estudio.....	10
CAPÍTULO II	MARCO TEORICO-EMPIRICO	
2.1	La depresión	11
CAPÍTULO III	ABORDAJE METODOLOGICO	
3.1	Tipo de estudio	31
3.2	Escenario de estudio	31
3.3	Sujetos de Estudio	31
3.4	Recolección de datos	31
3.5	Análisis e interpretación de los resultados	32
3.6	Consideraciones Éticas	32
3.7	Rigor científico	32
CAPÍTULO IV	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
	DEPRESION COMO FACTOR PSICOSOCIAL ASOCIADO A PRE- ECLAMPSIA	
4.1	Depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia	47
	Depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia y sus subcategorías en relación con:	

4.2	Miedo	52
4.3	Estrés y Ansiedad	55
4.4	Violencia Familiar	59
4.5	Condición social	64
4.6	Abandono	67
4.7	Redes de Apoyo	70

CAPÍTULO V	CONSIDERACIONES FINALES	74
-------------------	--------------------------------	-----------

RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFIA	81
APENDICES	83

PRESENTACION

El presente trabajo de investigación titulado: La depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia en un Hospital Público del Estado México, tiene la finalidad de dar a conocer que, la depresión es un factor que se relaciona al desarrollo de estados hipertensivos en el embarazo, en una zona conurbada del Estado de México, dentro de un hospital público, haciendo un abordaje teórico de las definiciones y problemática de la depresión y la pre-eclampsia

En el capítulo I se abordara, la depresión y pre-eclampsia, así como el estudio y la planeación metodológica. Posterior a ello, en el capítulo II, se dan a conocer los referentes teóricos para el conocimiento, análisis y abordaje del estudio.

En el capítulo III se describe el proceso en el que se realizó el presente estudio de investigación y las técnicas metodológicas empleadas desde la perspectiva cualitativa

En el capítulo IV se concentra el análisis de resultados particularizando en cada una de las situaciones depresivas detectadas y otras variantes psicosociales asociadas a pre-eclampsia así, como la emisión de postulados en concordancia con las mujeres entrevistadas y autores.

Se concluye la investigación con las consideraciones finales con base a los hallazgos obtenidos, de manera tal que se describen las recomendaciones, así como los referentes bibliográficos y apéndices empleados para la misma.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

La depresión, es un problema de salud mental, y esta puede relacionarse con pre-eclampsia, de esta manera puede agravar la condición de la mujer durante el embarazo.

Este estudio surge en la necesidad de entender la relación de este factor psicosocial depresivo, con un padecimiento denominado pre-eclampsia ya que, la salud mental es una de las esferas que la gestante debe conservar pues, con ello favorecerá el desarrollo fetal saludable, así como una convivencia sana dentro de su entorno biopsicosociocultural. Es por ello que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe hacer un diagnóstico de enfermería eficaz que permita dar un cuidado integral e identificar las causas que conllevan a la mujer en etapa reproductiva a estados depresivos, el cual, tiene origen multifactorial, ya sea debido a la violencia por cuestiones de género así como los conflictos sociales y familiares. Es primordial mencionar que, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia al proporcionar el control prenatal debe estar capacitado para, identificar, abordar y atender esta problemática y buscar el apoyo interdisciplinariamente con otras áreas de la salud, para contribuir en la disminución de la depresión como factor psicosocial y posible desencadenante de la pre-eclampsia.

Esta investigación aborda como tema central a la depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia en mujeres atendidas en un hospital público del Estado de México, siendo una entidad con algunos problemas políticos y sociales, como la falta de oportunidades, violencia, accesibilidad a los servicios de salud etc, en el cual, la madre gestante vive en su cotidianidad por lo cual, debemos examinar su estado emocional y su rol ante la sociedad entre otras. Si bien es cierto podemos decir que, este trastorno sigue siendo un problema de salud mental y como un factor psicosocial , puede repercutir en mujeres durante su etapa reproductiva, por lo que sigue siendo una problemática social y de salud pública incidiendo de manera directa o indirecta en el bienestar materno- fetal, y dentro del núcleo familiar y social.

Durante mis prácticas profesionales en obstetricia y el servicio social pude encontrar mujeres con estados hipertensivos del embarazo en el Estado de México, en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISEM) por lo tanto, me surge la gran preocupación de encontrar no solo evidencias biológicas maternas, si no también encontrar los factores psicosociales que pudiesen estar involucrados en la evolución de esta enfermedad durante la etapa reproductiva.

Considero hoy en día que la estructura económica determina la clase social y con ello esta a su vez divide a la pobreza en grupos de pobreza a pobreza extrema, ambos grupos tienen el mismo derecho a la salud gratuita, sin embargo cuando esto no sucede así, la mujer embarazada dentro de este estrato social enferma del cuerpo, de su aspecto psíquico y espiritual, por lo

que pueden estar condenadas a vivir en el martirio psicológico-social económico además de somatizarse en enfermedades corporales.

Durante mí servicio social en el hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez Xico, en el Municipio de Valle de Chalco , me surge la necesidad e inquietud de realizar este estudio pues, hay gran preocupación de mi parte, ya que en este hospital y entidad, era más la frecuencia de mujeres con pre-eclampsia al ingresar a la unidad de triage obstétrico, con diagnósticos de pre-eclampsia leve a severa así como sus complicaciones, con ello al estar con anterioridad en el Centro Universitario de Enfermería comunitaria en San Luis Tlaxialtemalco (ENEO-UNAM) ubicado en la delegación de Xochimilco D.F, con en el programa de servicio social en ``Atención primaria y Salud Comunitaria en cual, en este centro participaba en impartir el curso de psicoprofilaxis obstétrica, así como dar la consultoría de control prenatal y por lo tanto, ya estando en el hospital me surge esta inquietud de saber , buscar y generar el conocimiento acerca de la situación psicosocial de la pre-eclampsia, enfocándome en la depresión como un factor central.

1.2 Contexto del estudio

La depresión y la pre-eclampsia siguen siendo un problema de salud pública en nuestro país y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, de esta manera la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad y de acuerdo con ello la depresión afecta más a la mujer que al hombre. (OMS, Octubre de 2012)

Por otro lado, la pre-eclampsia ha sido reconocida como la complicación médica más frecuente asociada al embarazo, la hipertensión arterial se presenta en más del 10% de las gestantes, así como la pre-eclampsia en un 70% de los casos. La pre-eclampsia es causa de morbi-mortalidad materna-perinatal. En un análisis de 3500 muertes maternas, los trastornos hipertensivos fueron la segunda causa de muerte materna, y en países en vías de desarrollo como en América Latina y el Caribe, constituye la principal causa de defunción, siendo responsable de más del 25% de las muertes.

Se estima que mueren al año en el mundo 50 000 mujeres por pre-eclampsia, tal padecimiento es un síndrome único en seres humanos que constituye uno de los enigmas de la medicina moderna por lo que hoy en día el abordar la morbi-mortalidad materna, es un problema de

salud pública que debe ser atendido oportunamente(Romero A, Tena A, & S., 2009)

Poco se sabe del impacto de los factores psicosociales posteriores sobre la pre-eclampsia; en un estudio realizado sobre depresión y la ansiedad en el embarazo temprano y riesgo para pre-eclampsia en clínicas de maternidad en Helsinki Finlandia, demostraron que la depresión y la ansiedad en el embarazo temprano está asociado con riesgo elevado posterior para el desarrollo de pre eclampsia.(Kurki T, APRIL 2000) Por otro lado en otro estudio de Factores psicosociales y depresión prenatal en mujeres gestantes de Lima Perú, revelo una alta prevalencia de casos de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales por lo que, menciona el artículo que las cifras internacionales reportadas por una revisión sistemática, revelan que la prevalencia de la depresión antenatal es 7.4 %; 12.8% y 12% para el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente. Aunque, no existen estudios generalizables, la situación parecería particularmente más crítica(Lam N, H., E., w., & E., 2010)

Los factores de riesgo asociados a la depresión gestacional pueden ser biológicos o psicosociales. Dentro de los factores biológicos se encuentran los antecedentes por parte de la mujer de desórdenes del estado ánimo, desórdenes de ansiedad, depresión postnatal, y enfermedad psiquiátrica familiar.

Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran: historia de abuso durante la infancia, edad temprana del embarazo, embarazo no planificado, ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo, maternidad soltera, paridad, limitado apoyo social (el cual no es unidimensional sino multidimensional, ya que involucra diversos aspectos referidos al apoyo, como ayuda emocional afectiva y las relaciones sociales de la persona), violencia doméstica o conflictos de pareja, bajos niveles de educación y desempleo, abuso de sustancias y hábito de fumar.

En México una de las segundas causas de muerte materna durante el 2007 de acuerdo al sistema nacional de información en salud (SINAIS, 2007) eran las enfermedades hipertensivas del embarazo, por lo que hoy, siguen siendo unas de las primeras causas de morbi-mortalidad materna, por otro lado; la depresión con base a los antecedentes de un estudio sobre síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México (Lara A, Julio-Agosto 2006) muestra que esta es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de autorreporte. Entre los factores de riesgo de depresión en el embarazo se encuentran historia previa de depresión, separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social, baja escolaridad y edad.

Debido a las consecuencias que tiene la depresión sobre el proceso del embarazo y a los pocos estudios que existen en nuestro país a este respecto, en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados a la misma, este estudio refirió que una tercera parte de las embarazadas mostró sintomatología depresiva significativa la cual se asoció a diversos factores psicosociales de riesgo.

Existen similitudes en la depresión durante el embarazo y en otros momentos de la vida, pero en este periodo tiene particular importancia debido a las nuevas demandas que en este momento enfrenta la mujer y a los efectos adversos que la depresión tiene sobre el desarrollo del embarazo, así como al elevado riesgo de presentar depresión en el posparto. De esta manera, dentro de este contexto se abordara la problemática de la depresión como factor un psicosocial asociado a pre-eclampsia.

1.3 Objeto de estudio

Depresión como factor Psicosocial asociado a pre-eclampsia en un hospital público del Estado de México

1.4 Pregunta de investigación

¿Es la depresión un factor psicosocial asociado a pre-eclampsia?

1.5 Objetivos del estudio.

General.

Aanalizar la depresión como un factor psicosocial asociado a pre-eclampsia en un hospital público del Estado de México

Específicos

Describir, la depresión como factor psicosocial asociado a pre –eclampsia en un hospital público del Estado de México

Analizar la dimensión de la depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia en un hospital público del Estado de México

1.6 Justificación y relevancia del estudio

La investigación aporta elementos empíricos, teóricos y metodológicos al estudio de la depresión como un factor psicosocial asociado a pre- eclampsia. Este estudio surge como una necesidad para entender y analizar, la problemática de la salud materno-neonatal, y que hoy en día prevalece e involucra a todo el personal de salud y entre ellos al profesional de enfermería dedicados al cuidado de la salud de la población en general y en particular de la mujer gestante en nuestro país. Este estudio tiene la importancia y finalidad de describir y realizar un análisis de la depresión y su relación en mujeres con pre-eclampsia, en el cual, puede repercutir en la salud materna y por lo tanto en el binomio madre-hijo.

Se pueden encontrar algunos estudios de investigación que hacen alusión sobre el abordaje cuantitativo de la depresión así como los factores biológicos y determinantes de la pre-eclampsia como; multi-paridad, nuli-paridad, hipertensión previa, diabetes gestacional, etc, sin embargo, existe poca evidencia de su estudio en relación, a la mujer embarazada con pre-eclampsia asociados a depresión desarrolladas desde la perspectiva cualitativa. De esta manera, los Licenciados en Enfermería y Obstetricia son un pilar en la participación para disminuir y velar por la salud materna- perinatal, enseñar y educar a la población materna sobre los riesgos obstétricos sin dejar a un lado que, es una de sus responsabilidades éticas y profesional.

CAPÍTULO. II MARCO TEORICO.

2.1 DEPRESION

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, o incluso somático(Lizondo R & Llanque V, 2008). En tanto la Organización Mundial de La Salud (OMS), refiere que, la depresión es un trastorno mental frecuente, y se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, Octubre de 2012) La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. 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 pueden disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

De acuerdo al artículo del instituto nacional de salud mental (NIMH)- por sus siglas en ingles- (DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2009) define a los tipos de depresión de la siguiente manera:

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras.

La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas

Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión luego de dar a luz, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. la depresión generalmente desaparece durante la primavera

Los síntomas de depresión según el artículo del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) (DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2009) son sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia, irritabilidad, inquietud , pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, fatiga y falta de energía e Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito así como pensamientos suicidas o intentos de suicidio. Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión. Un episodio depresivo se presenta generalmente después de eventos estresantes de la vida como un trauma, la

pérdida de un ser querido, una relación difícil o una situación estresante, ya sea grata o no grata. Demasiado trabajo y responsabilidades de la casa, el cuidado de hijos y de padres ancianos, el abuso y la pobreza también pueden provocar un episodio depresivo.

Las evidencias indican que las mujeres responden de distinta manera en comparación con los hombres ante estos eventos, por lo que las hacen más propensas a la depresión. De hecho, las investigaciones indican que las mujeres responden de manera tal que sus sentimientos de estrés son más prolongados que en los hombres, lo cual aumenta el riesgo de padecer depresión pero, no queda claro por qué algunas mujeres que enfrentan enormes desafíos padecen depresión y otras que tienen desafíos similares, no la padecen. La depresión en las mujeres puede ser debido a las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona) parecen modular de alguna manera el desarrollo y la gravedad de los cuadros depresivos. En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. La existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión. Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres, falta de recursos económicos y determinados valores socio-culturales se relacionan con menos autoestima en las mujeres, así como más problemas psicológicos.

De acuerdo a un artículo sobre Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento prenatal (DennisC., L., & Grigoriadis S, 2007) menciona que el embarazo es un tiempo de bienestar emocional para algunas mujeres, sin embargo un reciente meta -análisis de 21 estudios indica que la tasa de prevalencia de la depresión, media durante el período prenatal es decir, del 7.4 % al 10.7% en el primer trimestre, a un máximo de 12,80 % en el segundo trimestre. Estos estudios se realizaron en países desarrollados y en vías de desarrollo, aunque la calidad metodológica de estos estudios es variable y que han informado de esta asociación en particular, la falta de apoyo social, tanto en general como de la pareja, ha sido fuertemente asociada con la depresión prenatal en numerosos estudios

La depresión en México

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2014) Sobre la depresión; hace mención que constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta ocurrencia con otros trastornos como; la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas que contribuyen de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.(Berenzon S, enero-febrero de 2013.)

Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a los cambios de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) muestran que una proporción importante de la población nacional ha estado expuesta a eventos violentos y que éstos tienen importantes variaciones por género. Las mujeres presentan prevalencias más elevadas de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. Los resultados de la ENEP señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio.

La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2014) señala que el grupo que merece especial atención son las mujeres con depresión en etapa perinatal. La depresión posparto (DPP) no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida. De acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), es similar a la depresión mayor pero con manifestaciones de ansiedad intensa, e incluso crisis de angustia, así como una preocupación excesiva por el bebé. Su importancia radica en que en este momento de la vida tiene consecuencias muy negativas sobre la salud y el desempeño de la madre y sobre el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante.

Del 5 al 25% de las mujeres que padecen DPP, se le considera la causa principal de enfermedad relacionada con discapacidad en mujeres, así como la complicación más común y más seria del parto. En México ha sido poco estudiada, pero datos recientes informan de una prevalencia de 32.6% (14.1% depresión mayor y 18.5% depresión menor). La depresión no tratada durante el embarazo también tiene consecuencias adversas que se asocian con un incremento en la tasa de complicaciones obstétricas, óbitos, intentos de

suicidio, cuidados posparto especializados para el infante, productos con bajo peso al nacer y retraso en el desarrollo. Los principales factores de riesgo de depresión durante la gestación son embarazo no planeado, ser madre soltera, ideación suicida, no ser el primer embarazo, falta de apoyo social y trastorno depresivo previo. Es necesario reconocer que la salud mental está hoy en día incluida en la agenda de la salud pública, si bien es cierto que en México existe evidencia suficiente sobre las dimensiones y costos de la depresión y también sobre las posibles acciones para prevenirla y tratarla, es necesario redoblar los esfuerzos. Únicamente se podrá reducir la carga que representa este padecimiento si se mantiene un proceso continuo de evaluación de los programas y de las políticas públicas.

Factores psicosociales

Con base al artículo de revisión de la dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico en su parte empírica nos habla de los factores psicosociales; y que dentro los datos psicológicos está demostrado que la inestabilidad o labilidad emocional representa un factor de riesgo elevado para alguna enfermedad en el individuo. (Salvador M, 2009)

También se ha evaluado el impacto de los *aspectos emocionales* en la evolución y finalización del embarazo. Con ello existe un constructo que permite valorar esta alteración como; Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, y cuando está elevado se asocia con mayor frecuencia de toxemias del embarazo. Se han desarrollado propuestas y realizado estudios epidemiológicos que sugieren que la situación psicosocial interviene como

factor condicionante inespecífico, que facilita o inhibe la expresión de distintos factores de riesgo. La situación psicosocial tiene dos componentes: a) el estrés psicosocial, que es el resultado de la relación entre la persona y su ambiente en el contexto de un proceso multivariado con específicas consecuencias en el proceso de salud y enfermedad (el factor estresante está representado por las situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales del individuo, de tal modo que significan amenaza, desafío o daño) y; b) el apoyo psicosocial (se refiere a la satisfacción que obtiene la persona ante sus necesidades *afectivas*, económicas, de reconocimiento social y de comunicación, de los integrantes de su red social). El estrés como respuesta fisiológica representa el proceso mediador psicobiológico y, consecuentemente, la asociación entre las condiciones del entorno psicosocial en sus diferentes dimensiones: familiar, conyugal, laboral, sociocultural y manifestación de la enfermedad.

Pre-eclampsia

La palabra eclampsia viene del griego *Eklampsis*, que significa resplandor repentino y se define como el ataque súbito de convulsiones. La eclampsia fue descrita por Celcius en año 1000 a.c; como convulsiones que ocurrían durante el embarazo y que eran abatidas con el nacimiento, durante los siguientes 2000 años la eclampsia ha sido considerada como una enfermedad convulsiva específica del embarazo.(Romero A et al., 2009)

La hipertensión arterial se define en el embarazo como una presión sanguínea sistólica 140 mmHg o una diastólica de 90 mmHg, o en ambas por lo menos en dos registros con un minuto de diferencia de cuatro a seis horas entre uno y otro, en un lapso no mayor de siete días. De acuerdo al lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la pre-eclampsia/Eclampsia 2007, define a la pre-eclampsia como el Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. (Salud, 2007)

Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio como excreción de proteinuria mayor o igual a 300 mg de proteínas en una colección de orina de 24 hrs.

Esta cantidad usualmente se correlaciona con la presencia de ≥ 30 mg/dl. (30 mg/dl = 1+ en tira reactiva) en una muestra de orina al azar sin evidencia de infección urinaria.

La clasificación de la hipertensión en el embarazo fue propuesta al principio por el Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) EN 1972, y después fue modificada por National *Blood Pressure Education Program Working Group* en el año 2000 y ahora es la clasificación más utilizada.(Romero A et al., 2009)

Los estados hipertensivos asociados al embarazo están clasificados en cuatro grupos: Hipertensión gestacional, pre-eclampsia/Eclampsia, hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial crónica más pre-eclampsia sobre agregada.

Hipertensión gestacional es entendida como la presencia de hipertensión arterial después de la semana 20 DGS o en las primeras 24 horas de postparto, sin proteinuria ni otros signos de pre-eclampsia. La presión arterial vuelve a la normalidad, por lo general en los primeros diez días postparto. La hipertensión gestacional ocurre del 6 al 7% de los embarazos y, por lo regular, tiene un efecto mínimo en la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Preeclampsia/Eclampsia. Se define como la hipertensión arterial después de la semana 20 de gestación en una mujer previamente normo tensa asociado con proteinuria. El edema ya no es considerado como un dato necesario para el diagnóstico ya que es un signo común en el embarazo normal hasta el 50% de los casos principalmente en extremidades inferiores.

Este síndrome suele aparecer antes de las 20 semanas de gestación asociado a mola hidatiforme o Hidrops fetal. Considerada como un síndrome potencialmente para la madre y el feto, la pre-eclampsia es impredecible en su inicio y progresión, y el único tratamiento curativo o definitivo es la interrupción del embarazo, extrayendo la placenta. En la actualidad la pre-eclampsia es clasificada en Leve y severa. La distinción entre estas dos formas está fundamentada en el grado de hipertensión y proteinuria así como en la presencia de compromiso multi- sistémico.

La eclampsia es el desarrollo de convulsiones en pacientes con signos y síntomas de pre-eclampsia en ausencia de otra causa de convulsiones. Constituye una manifestación de la enfermedad, siendo la fase convulsiva de la pre-eclampsia estas convulsiones pueden ocurrir durante el embarazo o el parto hasta una tercera parte del periodo postparto, por lo general en las primeras 48 horas. Ocurre en el 1% de las pacientes con pre-eclampsia severa. El síndrome HELLP es considerado una variante atípica de la pre-eclampsia y está asociado a elevada morbi-mortalidad materna y perinatal. Aparece al 4 y 12% de los casos de pre-eclampsia y diagnóstico, es efectuado mediante estudios de laboratorio. Esta entidad tiene por características: hemólisis microangiopática, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia.

La Hipertensión Arterial crónica. Descrita como la hipertensión arterial pre-existente en el embarazo, o que es diagnosticada en las primeras 20 semanas de gestación, también considerada en aquella paciente que persiste con hipertensión arterial después de las 12 semanas postparto.

La hipertensión crónica ocurre del 1 al 5% de los embarazos. La etiología de la hipertensión crónica puede ser primaria o secundaria. La hipertensión primaria o idiopática es la más común en el 90% de los casos en el restante 10% la hipertensión secundaria está asociada a las siguientes condiciones subyacentes: Nefropatías (glomerulonefritis, nefritis intersticial, riñones poli quísticos, estenosis de la arteria renal), enfermedades de la colágena, como lupus eritematoso sistémico o esclerodermia, endocrinopatías (diabetes Mellitus con daño vascular, feocromocitoma, hipertiroidismo, enfermedades de cushing, hiper aldosteronismo o coartación aortica.

La hipertensión arterial crónica leve es cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual 140 /90 pero menor de 160/110 mmHg y la grave en los casos que presentan cifras tensionales mayor o igual que 160/110 mmHg

La hipertensión arterial crónica con pre-eclampsia sobre agregada definida como el desarrollo de la pre-eclampsia- eclampsia en pacientes con presión arterial crónica pre-existente. Este diagnóstico puede ser muy difícil de efectuar con pacientes con hipertensión crónica, particularmente en pacientes con nefropatía, el dictamen con pre-eclampsia sobre agregada será considerado en mujeres con hipertensión crónica y proteinuria antes de las 20 SDG, si existe un descontrol súbito de presión arterial (previamente estable) con proteinuria mayor o igual que 300mg en 24 hrs o trombocitopenia o elevación de enzimas hepáticas o síntomas de vaso espasmo persistentes (cefalea, fosfenos, acufenos, epigastralgia).

En mujeres con hipertensión crónica y presencia con proteinuria previa igual o mayor o igual que 300mg en 24 hrs antes de las 20 SDG, podría considerarse este diagnóstico cuando aparezca elevación súbita de la presión arterial. Aumento significativo de la proteinuria síntomas persistentes de vaso espasmo elevación de las enzimas hepáticas o trombocitopenia.

Etiopatogenia

La pre-eclampsia es un trastorno multisistémico de etiología aún desconocida que se presenta únicamente en el embarazo de los humanos. Esta enfermedad se caracteriza por presentar una respuesta vascular anormal a la placentación y que se asocia a los siguientes cambios: incremento en la respuesta vascular sistémica, aumento en la agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y a la disfunción celular endotelial.

Los hallazgos clínicos de la pre-eclampsia pueden manifestarse como síndrome materno (hipertensión con o sin proteinuria) o síndrome fetal (restricción en el crecimiento intrauterino, oligohidramnios y oxigenación anormal). En la práctica clínica este síndrome materno, es probable que se manifieste como si fuera más de una sola enfermedad, diferenciándose entre la preeclampsia que se presenta cerca del término de la gestación sin lograr comprometer al producto de la concepción y aquella pre-eclampsia que se instala antes de la semana 32 y que se asocia frecuentemente a prematuridad y bajo peso. En este mismo sentido, también se ha confirmado que existen factores de riesgo pre concepcionales y que favorecen tanto la aparición de pre eclampsia como de sus complicaciones.

Los principales factores de riesgo son: enfermedad vascular previa, obesidad, embarazo múltiple, diabetes mellitus, y pre-eclampsia en embarazo previo(Salud, 2007)

Pre-eclampsia leve

Se establece el diagnóstico de pre-eclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

- Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg
- Proteinuria mayor o igual a 300mg, en una colección de orina de 24hrs .Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).

Pre-eclampsia severa

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto.

- presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg

- Proteinuria a 2 gr en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva
- Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- Trombocitopenia \leq 150 000 cel/mm³
- Incremento de la deshidrogenasa láctica \geq 600 UI
- Elevación al doble de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO)
- (TGP) = aspartato amino transferasa (AST), Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
 - Epigastralgia
 - Restricción en el crecimiento intrauterino
 - Oligohidramnios
 - Oliguria \leq 500 ml en 24 horas
 - Edema agudo de pulmón
 - Dolor en hipocondrio derecho

Síndrome de HELLP

El síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia (síndrome de HELLP) es considerado como una complicación de la preeclampsia

Criterios para establecer el diagnóstico de síndrome de HELLP

Plaquetas	TGO/AST	DHL	Bilirrubina total
< 100 000/mm³	≥70U/L	≥600U/L	> 1.2 mg/dl

Pre-eclampsia y Depresión

De acuerdo a un estudio realizado, los altos niveles de depresión observados en las mujeres embarazadas con pre eclampsia (Vinaccia S, Sánchez M, Bustamante M, Cano J, & Tobón S, 2006) indican que esta enfermedad se asocia de forma significativa a una alteración del funcionamiento emocional, el cual afecta aún más la calidad de vida de estas personas, así como el proceso de gestación. Tales niveles de depresión hallados se relacionan con la alta puntuación en la sub escala de distorsión afectiva, que hace referencia a emociones negativas tales como ansiedad y depresión. Una explicación posible a los síntomas depresivos es la emergencia de creencias catastróficas como la de que el embarazo no va a llegar a término. El hecho de que las mujeres con pre-eclampsia hayan tenido mayores niveles en la sub escala de negación de los problemas indica que estas personas tienen la tendencia a negar las tensiones de la vida debido a la atribución de sus dificultades a la misma enfermedad. Esto aumenta a la vez la dificultad para que tomen conciencia de éstos y los puedan resolver. La dificultad para expresar los sentimientos y la tendencia a negar los problemas de la vida estaría relacionada también con los altos niveles de irritabilidad hallados en las mujeres con pre-eclampsia, especialmente en los contextos interpersonales. Esto sería otro factor contribuyente a un peor pronóstico del embarazo.

Hay una creciente evidencia de que la depresión es un factor de riesgo independiente para la progresión de la enfermedad cardiovascular (ECV) por lo que, se encontraron muchos factores que pueden contribuir a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en los pacientes deprimidos. De acuerdo a un estudio realizado de casos y controles en Perú. (Qiu C, Sanchez E, Lam N, P., & A., 2007) sobre depresión y pre-eclampsia muestra que la depresión puede ser un factor de riesgo potencial para la pre-eclampsia, sin embargo, sólo un estudio ha investigado la relación entre la depresión y la pre-eclampsia.

Kurki y sus colegas estudiaron a 623 mujeres finlandesas nulíparas gestantes con bajo riesgo de pre-eclampsia. Nos informan de que los síntomas de la depresión individuales parecen ser en general similares en la fuerza de su relación con la pre-eclampsia. Todas las mujeres tuvieron un primer trimestre saludable y se evaluaron utilizando la escala de depresión de Beck, en los cuales mostraron que hay una asociación entre pre-eclampsia y depresión

La depresión mayor se diagnostica clínicamente y se ha demostrado que se asocia con más del doble en el riesgo de ECV. Además los investigadores han informado que el estado de ánimo depresivo se asocia con un mayor riesgo de infarto al miocardio y enfermedad coronaria, con ello sugieren que el riesgo de pre-eclampsia es mayor en las mujeres que experimentan depresión durante el embarazo así mismo, esta investigación detalla una relación biológica de la depresión y se ha asociado con una relación hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA)

En la depresión materna se cree que se activa el eje HPA (hipotalámico-pituitario-adrenal) de la madre y puede causar un aumento en la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) de la placenta a través de las acciones de catecolaminas y cortisol. Smith y sus colegas examinaron las relaciones entre los cambios de humor, la experiencia obstétrica y alteraciones en el cortisol plasmático, beta-endorfina y CRH en 97 mujeres. Los niveles plasmáticos de estas hormonas se obtuvieron durante el embarazo, durante el parto y después del parto. Smith y sus colegas informaron que la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo que se encuentran en el último período prenatal fue mayor que la observada en el período postnatal; la prevalencia se correlacionó con los niveles de hormonas, que alcanzó su punto máximo al final del embarazo y después del parto se redujo. La depresión puede ser mediada por una excreción alterada de hormonas vaso activas y otros transmisores neuroendocrinos. Esto puede a su vez causar la vasoconstricción y la resistencia de la arteria uterina y, por lo tanto, elevar la presión arterial. La evidencia reciente indica también la implicación de las citoquinas pro-inflamatorias en la patogénesis de la depresión mayor. Las hormonas del estrés pueden facilitar la inflamación a través de la inducción de interleuquinas (IL) tales como IL-1, IL-6, IL-8, IL-18, factor de necrosis tumoral-alfa, y la producción de la proteína C-reactiva.

Haciendo el abordaje de estos antecedentes se toman como referente teórico para el estudio de la depresión y su relación con la pre-eclampsia.

CAPÍTULO III. ABORDAJE METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de estudio

Es una investigación cualitativa de diseño descriptivo, exploratorio.

3.2 Escenario de estudio

Se realiza en un hospital público del Estado de México en una comunidad conurbana en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad, en el Hospital General Dr Fernando Quiroz Gutiérrez del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) con previo consentimiento de la dirección institucional.

3.3 Sujetos de estudio

Mujeres embarazadas que cursaban con diagnóstico de pre-eclampsia, así como de puerperio post-quirúrgico que cursaron y cursaban pre-eclampsia desde leve a severa.

3.4 Recolección de datos

La recolección de la información se realizó utilizando la técnica de la entrevista a profundidad, que incluyó en una primera parte los datos sociodemográficos y una pregunta base con la cual se dio inicio a la conversación la cual fue: *describeme por favor, ¿Cómo vive actualmente su embarazo? o en su caso ¿cómo fue la vivencia de su embarazo?.* A partir de ella se efectuaron preguntas abiertas relacionadas con el objeto de estudio. También se utilizó una libreta como diario de campo que sirvió para registrar los discursos así como la audio grabación de la misma.

3.5 Análisis e interpretación de los resultados

Las entrevistas son transcritas literalmente tal y como fueron expresadas por los sujetos (texto EMIC), luego se realizó la reducción de los datos a texto ETIC, sin perder la esencia del mensaje. Posteriormente se revisó, ordenó, clasificó y codificó los discursos, para luego realizar el análisis profundo de lo que quiso decir la entrevistada.

3.6 Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas fueron obtener el consentimiento informado de las participantes para la transcripción, análisis y publicación de los discursos, así como la utilización de seudónimos para respetar el principio de la confidencialidad, anonimato y privacidad.

3.7 Rigor Científico

Consiste en:

Aplicar disciplinadamente la razón a temas de conocimiento por lo cual es la esencia del quehacer del rigor científico en cada una de las etapas del trabajo de investigación

Credibilidad: que implica un conjunto de normas por las cuales es posible juzgar la honestidad, exactitud y la fiabilidad de los datos (Wendy L, 2012)

Transferibilidad.- se refiere a la posibilidad de aplicar los hallazgos de la investigación a otros sujetos o en otros contextos, para esto se realiza un muestreo teórico y descripciones detalladas del proceso seguido durante el desarrollo del estudio para la recolección y análisis de la información.

Confirmabilidad.- está referida a la garantía de que los hallazgos de la investigación no estén sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas del investigador; se busca a través de descripciones de baja referencia. Se refiere (Leininger, 1994) a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro. Esta estrategia permite examinar los datos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas. (Guba y Lincoln, 1981).

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION.

Depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia en un hospital público del Estado de México.

Se derivó la categoría teórica principal: Depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia de las cuales a su vez, se obtuvieron las sub categorías siguientes:

Estrés y ansiedad, miedo. Violencia familiar, condición social, abandono y redes de apoyo.

Estas sub categorías fueron agrupadas como se muestra en el siguiente gráfico.

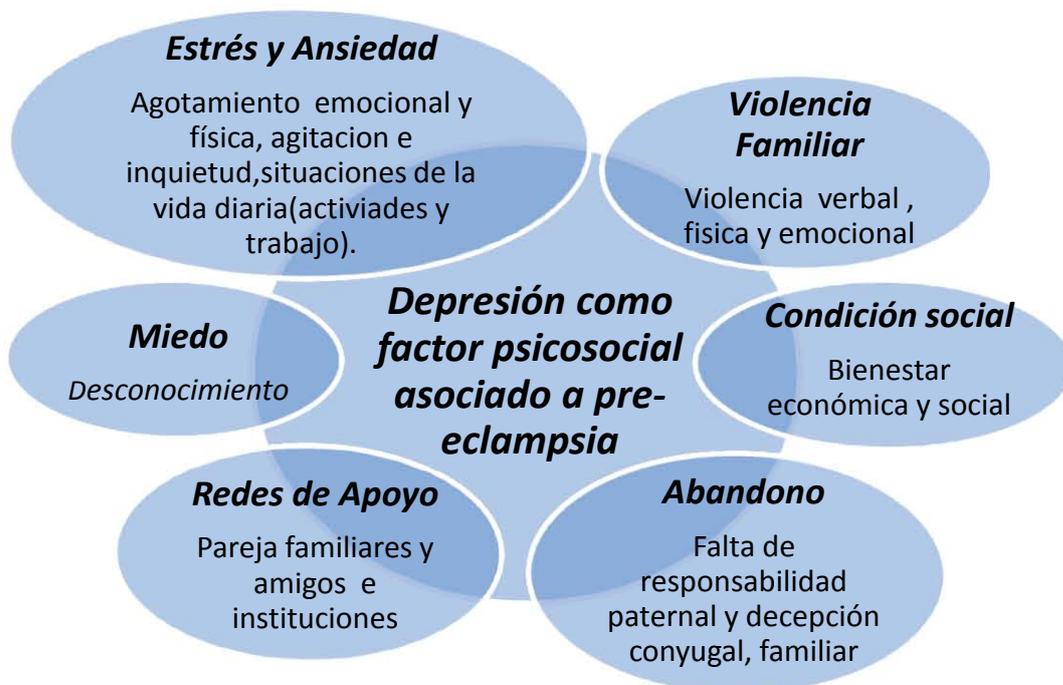


Tabla de características generales de las usuarias.

Participante	Nombre	Edad	Estado civil	Gesta	Escolaridad	Lugar de Origen	Pre-eclampsia
Nº1	Berenice	28 años	Unión libre	1	Bachillerato	Distrito Federal	Leve
Nº2	Antonieta	25 años	Unión Libre	3	Secundaria	Puebla	severa
Nº3	Liliana	35 años	Unión Libre	4	Primaria	Estado de México	Leve
Nº4	Grecia	18 años	Unión libre	1	Primaria	Estado de México	Leve
Nº5	Sandra	18 años	Madre soltera	1	Preparatoria trunca	Distrito Federal	severa
Nº6	Estefanía	19 años	Casada	1	Primaria	Puebla	Leve

¹

¹ *Fuente directa de las mujeres entrevistadas en octubre del 2013 en el hospital general Dr Fernando Quiroz Gutiérrez. Xico

PERFIL DE LAS PARTICIPANTES.

Participante N° 1

Berenice de 28 años de edad, originaria del Distrito Federal con residencia actual en el Estado de México, vive en unión libre con su actual pareja, con una escolaridad de bachillerato y antecedentes de un embarazo de 39.6 semanas de gestación más pre-eclampsia leve, mas puerperio post- quirúrgico, con lo que cuenta con los siguientes antecedentes Gineco- obstétricos: G: 1 P: 0. A: 0. C:1

Berenice siempre ha vivido con su pareja quien, siempre la ha apoyado, ella menciona que dentro de su familia solo tiene a su madre, la cual extraña mucho, ya que , su madre ahora vive aparte, el resto de su familia estaba contenta de que iba a ser madre pues sería el primer hijo que ella tendría . Durante su embarazo ella relata que se sentía muy bien en el sentido de que, no presento nauseas ni vómitos. Ella menciona que su embarazo fue planeado con su actual pareja, por lo que la etapa de su embarazo –relata- fue muy bonita, sin embargo hace mención que, en el principio sentía miedo de que algo le fuera a pasar. Hace alusión de que ella es enfermera comunitaria y que, además de los niños vacuna a perros y a gatos y eso le generaba un poco de estrés, además de que ella no hacía de comer pues, al principio de su embarazo comía en la calle por falta de tiempo y económicamente nunca enfrento problemas, ya que su esposo es enfermero y actualmente trabajaba en el hospital donde estaba haciendo atendida, enfatizando así que, su esposo se preocupaba mucho por ella.

Durante su embarazo tuvo cinco consultas prenatales aunque, sabía de los riesgos de la pre-eclampsia y cifras normales de la presión, menciona que nunca le explicaron de la enfermedad en su centro de salud y que solo le daban los signos y síntomas de alarma. Durante su embarazo enfatizo que, siempre tenía miedo de lo que le fuera a pasar por lo que, esto a veces le producía tristeza, aunque se le iba ese temor y sentimiento de repente le regresaba y así estuvo, hasta que llegó al final de su embarazo y ese sentimiento le regreso, pues además ella pensaba que su hijo lo tendría por parto normal reiterando nuevamente su angustia y miedo. Durante su embarazo menciona que pudo descansar bien aunque no tenía el gusto de salir ya que prefería quedarse en casa.

Participante N° 2

Antonieta de 25 años de edad residente del Estado de México, originaria del estado de Puebla, con escolaridad secundaria con un embarazo de 40.1 semanas de gestación más pre-eclampsia severa, de puerperio post-quirúrgico, cuenta con los siguiente antecedentes gineco-obstetricos; G: 3 P: 0 C: 2 A: 1.

Ella vive con su actual pareja en unión libre, dedicada al hogar. Ella hace mención que este fue su tercer embarazo, por lo cual comenta que hace 10 años, en su anterior embarazo tuvo pre-eclampsia, y en su primer embarazo tuvo un aborto. Ella relata su experiencia que en sus primeros cuatro meses fueron de náuseas y antojos que posteriormente fueron disminuyendo, a los seis meses ya no podía descansar pues, no se acomodaba para dormir y eso hacía que se estresara y a veces se ponía a llorar.

En el último mes de su embarazo relata que se fue a tomarse la presión y siempre le dijeron que estaba bien pues, ella no sentía ningún síntoma de ver lucecitas y la última vez que sintió un poco dolor acudió nuevamente a consulta, sin embargo para ella era ya cada vez más difícil, pues tenía que ir cada ocho días, y en su última consulta que fue, le dijeron que tenía la presión alta y que su embarazo había llegado a término. Ella comenta que en su embarazo se sentía contenta pero si con malestares sin embargo, hacia una comparación de su embarazo anterior con el actual pues, decía que en este embarazo que no tuvo muchos antojos, le fue mejor que en el anterior, en el actual no se sentía ni tan triste ni tan deprimida, ya que en el anterior no pudo hacer nada. Menciona que su relación con su pareja siempre fue buena y nunca tuvo dificultades económicas pues solo tenía lo necesario, hasta el límite y que trataban de no sobrepasarse. Nuevamente hace alusión a su anterior embarazo en el cual, tenía mucho miedo sólo el hecho de pensar que lo tendría por parto normal, así mismo menciona que no podía hacer nada, se levantaba y se le subía la presión, lo sintió más difícil pues, tenía muchas ganas de llorar-comenta- y en este embarazo se sintió un poco más libre ya que podía hacer sus quehaceres por lo que, el último mes se la paso caminando. Su familia siempre se preocupaba por ella y comenta que con su esposo, como toda pareja se enoja o pelea, ella se llegaba a enojar mucho por lo cual, la hacía sentir triste, pero en si misma ella dijo, que para que se enojaba o se ponía así, si a quien le iba hacer daño era a su bebe pues, es el que recibe todo - reflexionaba - y trataba de estar bien y hacer caso omiso, así de esta , manera

no se enojaba y se sentía mal emocionalmente. Durante su alimentación expresaba que ella comía de todo un poco y cada ocho días comía pizza.

Ella nuevamente hace mención que, a veces descansaba pues se la pasaba de un lado a otro realizando sus actividades, pues donde vivía era una subida y tenía que subir y bajar ya que tenía que ir por su hijo a la escuela, menciona que en su anterior embarazo trabajaba, pero no hacía mucho y económicamente estaba estable ya que su familia se preocupaba por ella pues, sabían que había tenido pre-eclampsia, por lo que a su esposo, los médicos le dijeron que no podía volver a quedar embarazada lo cual , cuando volvió a quedar embarazada, sintió un poco de miedo y tristeza, sin embargo, aunque su familia tenía miedo no trato de dejarse llevar, pero si pensó mucho su embarazo, pues creía que solo se quedaría con un hijo y se ponía triste. Durante su último embarazo , ella casi no salía , solo en ocasiones, cuando su esposo llevaba a su hijo al deportivo ella no iba por qué se sentía mal, fue al hospital y le dijo al médico que si le podía hacer cesárea, y el médico le dijo que no que, por que su hijo estaba muy chico y en una ocasión le dijo además , que no, porque tenía 8 meses y que sus pulmones no aguantarían hasta que llegara a los nueve meses y no podía nacer en esos momentos por lo que, a ella esa noticia le entristeció. Ella hace alusión a la relación familiar pues, como todo, -menciona - nunca vamos estar siempre contentos y felices. Tuvo 8 consultas en su centro de salud, le daban platicas pero ella solo pudo asistir a una ya que cuando fue a sus consultas, fue hasta el tercer mes de embarazo y menciona que más o menos ya sabía de la

enfermedad, pues ya le habían explicado con lo que le paso con su primer embarazo pues le dijeron que era un peligro para ella y a su bebe, pero pues ella expresa que en su anterior embarazo nunca le habían explicado sobre la pre-eclampsia. Ella estaba tranquila que todo había salido bien, aunque le decían los médicos que, aun tenía la presión alta.

Participante N°3

Liliana de 35 años de edad Residente y originaria del Estado de México, vive en casa prestada, en unión libre con su actual pareja, con escolaridad primaria y ocupación de ama de casa, con un embarazo de 30.6 semanas de gestación más pre-eclampsia leve, más amenaza de parto prematuro, cuenta con los siguientes antecedentes Gineco-Obstétricos G:4 A:0 C:1 P:2.

Ella comienza a relatar que, su embarazo fue planeado entre, por lo cual se siente tranquila, al principio sentía miedo ya que este es su cuarto embarazo, en su segundo embarazo se enfermó de pre-eclampsia. Ella menciona que de repente se sentía deprimida ya que con sus hijos grandes tenía y le traían problemas, sin embargo, posteriormente sus hijos ya no estaban con ella pues su hijo grande trabaja y su otra hija se fue por su propia cuenta de casa , según -relata ella- la ve pero no le habla ya que la culpa pues, le decía que ella la dejó por su actual pareja además que, su hija tiene 17 años y no le gustaba que la corrigieran por lo cual, la hija se fue a casa de su tía a vivir, y eso le ponía muy triste . Ella dice que al principio se deprimía mucho y eso le generaba estrés de saber cómo estaba su hija, pero la hermana de Liliana

siempre le decía que estuviera bien pues ya que eso le afectaba al niño que ella esperaba.

Liliana hace mención que con su actual pareja lleva una relación buena, en sentido que cuando siempre se suscitaban problemas lo hablaban. Ella menciona que en esos momentos se encontraba bien y tranquila, sin embargo su hijo el más pequeño es el que le preocupaba pues, estaba al cuidado de su cuñada y decía que no era igual por lo que el niño ya se había acostumbrado a ella. Económicamente ella menciona que a veces se la veía muy difíciles y eso le generaba estrés y angustia, y eso le ponía triste. Si estuviera en su casa- dice ella- estaría haciendo el quehacer cuidando a su hijo el más pequeño, pues él tiene 2 años pero como ella no le proporcionaba los cuidados le angustiaba saber cómo está su hijo. Al principio de su embarazo ella no pudo dormir pues de repente le daba temor de todo, no sabía si era estrés o que, pues se veía muy preocupada por sus hijos, además reiterando que no le alcanzaba el dinero y se las veía muy difíciles a pesar de que su esposo trabajaba ya que él era obrero y trabajaba en una fábrica, se despertaba y se sentía muy mal emocionalmente. Ella comía dos veces al día, comía mucho pan con café en la mañana, a veces hacia caldo de pollo o a veces comía lo mismo, repetían lo que hacía y carne -comenta ella-, pues a veces, ella sentía que su alimentación no era normal. De vez en cuando salía a caminar; y pues con su hijo que tiene 18 años manifestaba tener con él una buena relación, a veces llegaba a visitarla cada 15 días y solía verla, le decía que le echara ganas, le infundía ánimos y pues ella trataba de estar tranquila.

En su centro de salud llevaba hasta esa fecha 2 consultas y con esa sería su tercera consulta, pero pues la detuvieron en el hospital por presentar la presión elevada

Participante N° 4

Grecia de 18 años de edad, ama de casa residente y originaria del Estado de México con escolaridad primaria, vive en casa rentada actualmente con su pareja en unión libre , con un embarazo de 39.2 semanas de gestación más pre-eclampsia leve, cuenta con los siguientes antecedentes gineco- obstetricos G:1 A:0.

Ella comienza relatando su experiencia del embarazo diciendo que su embarazo fue planeado con su esposo y que lo vivió bien, sin embargo económicamente no tan bien, ya que su esposo se quedó sin trabajo y, a veces para los gastos se limitaban mucho y esto le generaba un poco de angustia por lo que de vez en cuando se estresaba, además de que rentaban. Su relación familiar con todos es buena-comenta ella- y se llevan muy bien, pues todos tomaron con gusto su embarazo, ella menciona que siempre sentía mucho el apoyo de su papa. De las comidas ella trataba de comer de todo; pollo y verduras y un poco de sopa sin embargo, a veces comían lo mismo. Durante su embarazo ella relata que pudo descansar bien durante los primeros tres meses, ella se presionaba cuando la situación económica la presionaba por lo cual se sentía muy triste, sin embargo su esposo la llevaba a olvidar esa situación pues le decía que no se pusiera triste, así también su familia se lo mencionaba, pero ella se sentía angustiada a pesar de todo, pues para solventar sus gastos traía

muy poco y es lo que llevaba y lo poco que su pareja le podía dar. Hace alusión que su esposo es colador y el trabaja por eventos y que en ese momento acababa de conseguir un trabajo. También menciona de que el seguro de apoyo de salud otorgado por el gobierno, les ayudaba mucho pues decía que un servicio particular costaba mucho y que con el seguro tenían un gasto menos. Ella siempre tuvo sus consultas en el hospital pues le quedaba más cerca y empezó asistir a sus consultas hasta el último mes cada quince días, solo una vez fue al centro de salud y le dijeron que tenía poquito subida la presión pues porque estaba nerviosa ``fue cuando tenía tres meses`` - manifestaba ella - y siempre que la atendían se sentía nerviosa de lo que fuera a pasar. En su casa menciona que, todos viven rentando con su mama, pero ella aparte en otro cuarto, viven en un cuarto pequeño de lámina de cartón que tiene piso de tierra y cuenta con todos los servicios básicos.

Participante N° 5

Sandra de 18 años de edad residente del Estado de México, originaria del Distrito Federal, con escolaridad preparatoria trunca, vive en casa propia con ocupación de comerciante y actualmente no vive con su pareja, con un embarazo de 39.6 semanas de gestación más pre-eclampsia severa de puerperio pos-quirúrgico cuenta con los siguientes antecedentes gineco-obstetricos. G:1 A:0.

Ella comienza narrando su experiencia mencionando que actualmente no vive con su pareja pues, su embarazo no fue planeado ya que falló el método anticonceptivo que estaba utilizando, comenta que su embarazo no lo sintió sino hasta los 5 meses de embarazo, pues se dio cuenta que su vientre empezó a crecer por lo que se realizó un ultrasonido y el dijeron que estaba embarazada, ella alude que estaba estudiando la preparatoria, por lo cual, tuvo que abandonar sus estudios ya que su embarazo nunca fue planeado , reiterando que se sintió muy triste. Posteriormente comenta que se sintió bien ya que su papa le brindo todo el apoyo además de sus familiares, durante su embarazo menciona que se sentía muy sola y triste pues su pareja no vivía con ella, por lo que su padre tuvo que sustentar los gastos económicos. En su alimentación ella menciona que sus comidas eran regulares pues, desayunaba y comía, así mismo, ayudaba a su papa a vender y regresaba a su casa como a las doce para descansar para posteriormente reincorporarse a la actividad. Cuenta que durante su embarazo no pudo dormir y descansar adecuadamente pues siempre pensaba en lo sucedido, por lo que prefería realizar sus actividades diarias y acompañar a su papa para no sentirse sola ya que sus hermanos asistían a la escuela, también los días lunes se iba con su mama a ayudarle a las ventas. De sus hermanos, su hermana mayor fue de quien recibió mucho apoyo en todos los sentidos - ella comenta- . En su centro de salud tuvo 5 consultas y al respecto menciona que no recibió suficiente explicación de la enfermedad de la pre-eclampsia, pues solo le dijeron lo que tenía que hacer y por lo que a veces se sentía angustiada.

Participante N°6

Estefanía de 19 años de edad residente del Estado de México, originaria del Estado de Puebla, vive en casa propia, con escolaridad primaria, con ocupación de ama de casa, vive con su actual pareja con estado civil casada y un embarazo de 30.7 semanas de gestación más pre-eclampsia leve cuenta con los siguientes antecedentes gineco–obstétricos, G:1 P:0 A:0 .

Ella relata que tiene mucho tiempo viviendo en esta entidad y este es su primer bebe, durante su embarazo se sintió al principio preocupada ya que tuvo un sangrado a los cuatro meses por lo que la internaron y le dio mucho miedo sin embargo, salió de la situación y cuando le dijeron que su bebe estaba bien hizo que se sintiera un poco tranquila. Ella siempre se levantaba temprano cuando su esposo se iba a trabajar para realizar sus quehaceres luego, platicaba con su cuñada o su mamá por lo cual, siempre sintió compañía por parte de sus familiares así mismo nunca tuvo dificultades para ser atendida en el centro de salud de esta manera tuvo 6 consultas de control prenatal. Ella sentía el apoyo económico de su esposo, y se sintió rara cuando estaba embarazada pues tenía un año que ella había acudido a consulta pues, pensó que estaba embarazada, pero menciona que cuando le hicieron un ultrasonido le dijeron que era un embarazo psicológico por lo cual, ella y su esposo decidieron no tener nada, después de ello pasaron tres meses se empezó a sentir mal, se realizó una prueba casera de embarazo pero resultado negativa, sin embargo ella insistió en que se sentía mal, pues tenía náusea, sentía mareo por lo cual, acudió nuevamente a consulta y le dijeron que estaba embarazada, y se sintió

contenta, sin embargo expresaba su temor, ya en sus últimos meses – menciona- se sintió cansada por lo cual, no podía salir y eso la ponía muy triste, ya que se la pasaba encerrada en casa y estaba acostumbrada a salir. Ella consideraba que su alimentación siempre fue buena pues tanto su mamá y su suegra la apoyaban mucho. Durante sus consultas fue siempre al hospital pues le dijeron que su embarazo era de riesgo por lo cual, sentía mucho temor, angustia, nerviosismo y a veces se ponía triste.

Depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia

4.1 Depresión

El Descriptor de ciencias de la salud (DeCs, 2014) refiere que la depresión son las reacciones de inadaptación a estresores psicosociales identificables que ocurren dentro de un corto tiempo después de la aparición del estresor. Se manifiestan a través de daño en el funcionamiento social y ocupacional o a través de síntomas (depresión, ansiedad, etc.) que son en excesivos comparados con una reacción normal y esperada al estresor.

El Diccionario de la real academia española (DRAE, 2014) señala que la depresión proviene del latín *depressio, -onis*. Que quiere decir que es la acción y efecto de deprimir o deprimirse y que es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada y por la inhibición de todas las funciones psíquicas.

En base al Descriptor en Ciencias de la Salud, el Diccionario de la Real Academia Española y los testimonios presentados, las mujeres embarazadas con pre-eclampsia pueden estar expuestas a estresores psicosociales, de esta manera repercutiendo en su funcionamiento dentro del ámbito social, a través de la depresión, caracterizada por una tristeza profunda, afectando su estado psíquico y emocional

Los testimonios de las mujeres entrevistadas anteriormente de acuerdo a la cotidianidad de sus experiencias y vivencias nos manifiestan la tendencia depresiva en diferentes situaciones, si bien podemos ver que, la mujer ante esta situación demanda sus necesidades básicas que, en conjunto no son satisfechas completamente, estas pueden ser desde afectivas así como de tipo conyugales o familiares y socioeconómicas, como la falta de cariño, acompañamiento, así como bajo nivel socioeconómico, algunas veces acompañado de ignorancia. Todas estas mujeres nos dan una descripción clara de signos y síntomas depresivos entre ellos; temor, tristeza, angustia y miedo aunados a la sintomatología y cambios fisiológicos que conlleva el embarazo, como por ejemplo, cansancio físico, malestares, náuseas, vómitos, así como en gran parte preocupación, por lo cual, viven pensando en que será de ellas y lo que les pasará al término de su embarazo, de esta manera se vuelven vulnerables ante cualquier situación; estos mismos síntomas de la incertidumbre de como concluirá su embarazo, o que pasara con ellas las llevara al estrés, con lo cual, su estado emocional puede verse deteriorado fácilmente, así mismo mostrando estos síntomas de tristeza y miedo como se mencionaban anteriormente; baja autoestima, aislamiento de su vida cotidiana social y familiar, esto repercute en su estado físico y su salud mental, por lo cual, las conlleva a conductas menos saludables como un inadecuado control prenatal y auto cuidado, por lo que esta repercusión las vuelve vulnerables. Estos síntomas de ansiedad, estrés, miedo y desconocimiento de lo que puedan enfrentarse, tuvo una repercusión en su estado de salud ya que, todas las entrevistadas estaban y cursaron con estados de hipertensión en el

embarazo desde pre-eclampsia leve a severa, así como este factor psicosocial depresivo, de tal manera que repercutió de gran medida en el bienestar materno-fetal; de ello los siguientes testimonios ejemplifican lo antes mencionado:

[...] Durante mi embarazo siempre tuve miedo en el principio de lo que fuera a pasar, y eso a veces me ponía triste, pero después se me quito de repente regresaba y se iba ese temor, así estuve hasta que llegue al final de los nueve meses y regreso ese sentimiento de lo que fuera a pasar además, pues yo pensaba que iba a ser parto normal, sentía angustia y el miedo en el principio [...] al final siempre estuve en casa y no tenía el gusto de salir pues prefería quedarme en casa.[...](Berenice)

[...] en el anterior embarazo no podía hacer nada, me levantaba y se me subía la presión, lo sentí más difícil me daban muchas ganas de llorar [...] (Antonieta)

[...]a mi esposo le dijeron [...] que ya no me podía volver a embarazarme y pues cuando volví a quedar embarazada sentí un poco de miedo y tristeza,[...] pues mi embarazo todo fue de pensarse, pues yo creí que solo me quedaría con un hijo y a veces el pensarlo me ponía triste , por lo que lo pensé mucho [...] (Antonieta)

[...]mi embarazo[...] al principio sentía miedo , pues este es mi cuarto embarazo, con el segundo embarazo me enferme de pre eclampsia, de repente yo me siento deprimida ya que, con mis hijos grandes tengo problemas, me traían problemas, pero yo no están conmigo, mi hijo grande trabaja , pero mi otra hija ella se fue por su propia cuenta de casa , me ve pero no me habla por qué me dice que yo la deje, ella tiene 17 años , pues no le gustaba que la corrigiera y pues se fue con su tía, eso me pone triste, de principio yo me deprimía mucho y me generaba estrés de saber cómo esta [...] (Liliana)

[...] Durante mi embarazo [...] me sentía presionada económicamente por la situación y me ponía muy triste por esto [...] [...] a veces si sentía angustia, más que nada porque era lo poco que traía y lo poco que él me podía dar, mi esposo es colador y pues apenas ahorita tiene trabajo, me decía que aunque no tuviéramos dinero teníamos que salirnos a distraer al parque [...](Grecia)

[...] Le voy a relatar mi experiencia [...] mi embarazo no lo planeé ya que falló el método, lo sentí ya casi cuando tenía 5 meses pues ya que no sentía nada pues, yo pensé que era otra cosa pero después sentí que empezó a crecer mi vientre y me fui hacer un ultrasonido y me dijeron que estaba embarazada, me sentí muy triste cuando me dijeron pues, estaba estudiando la prepa y me tuve que salir; y como no fue algo planeado me sentí muy triste.[...] (Sandra)

[...] durante mi embarazo me sentía muy sola y triste ya que no estaba mi pareja conmigo [...] Durante mi embarazo no pude dormir y descansar bien, ya que siempre estuve pensando en lo sucedido y además andaba de allá para acá [...] (Sandra)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión se define como un ``trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración``.

Según Jhoseph Mendels (Mendels, 1989) `` los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía de motivación y concentración. La tristeza es la característica capital del estado de ánimo. Es la persona que se queja de sentirse abatida e insatisfecha. Este autor menciona el llanto como una característica de una persona en estado depresivo ya sea de grado leve o moderado; con un pensamiento en la pérdida del interés propio, así por lo cual, la persona se enjuicia así mismo en una gama de pensamientos y la ineficacia hasta la extrema culpabilidad. En cuanto la conducta y el aspecto, el autor nos hace referencia que la persona deprimida emocionalmente tiene pérdida progresiva del interés propio por el aspecto y auto cuidado de si misma, se muestra con un rostro insatisfecho, triste y actitud decaída.

Con base a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el autor citado que refiere sobre la depresión, en conjunto con los testimonios presentados de las mujeres entrevistadas con pre- eclampsia que, hacen referencia sobre su sentir, reflejan estos signos y síntomas ; los testimonios de Berenice, Antonieta ,Liliana Grecia y Sandra, son un marcado reflejo de aquellos sentimientos como; la baja autoestima, tristeza, cansancio, la falta de motivación y el llanto así, como una manifestación de una serie de preocupaciones , sintiendo culpabilidad en su entorno familiar y sentimental , la mayor parte de ellas matizándolos con una actitud triste, otras insatisfechas por el simple hecho de no haber tenido un parto normal o el miedo de tenerlo, algunas aislándose pensando que solo así, estarían seguras sintiéndose auto culpables por la enfermedad que estaban enfrentando, decepcionada como en el caso de Sandra al verse truncado su futuro por la presencia de un hijo y la falta de acompañamiento. De otra manera algunas adolescentes esconden ese sentir maquillándolo en su arreglo personal para verse bien y sentirse bien, como una mujer embarazada presentable, otras pueden perder el interés propio descuidando su imagen corporal. Todo ello nos conlleva a reflexionar que, las mujeres con estos signos y síntomas de depresión repercute en su estado físico y en su bienestar materno. Podemos hacer mención que la depresión es un signo que puede caracterizar dentro del embarazo que como tal la mujer expresa y denota ciertas conductas a seguir y dentro de ello el miedo, siendo este un signo aunado a la depresión ya que la mujer así mismo puede sentirse sola, desprotegida y triste.

Subcategorías

4.2 Miedo.

El Descriptor de ciencias de la salud (DeCs, 2014) señala que el miedo es una respuesta afectiva a un peligro externo real, que desaparece con el fin de la situación amenazadora.

El Diccionario de la real academia española menciona (DRAE 2014), que proviene del latín metus hace referencia que el miedo es una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario, recelo o aprensión que uno tiene de que le suceda una cosa contraria a lo que desea.

En base a las definiciones anteriores por el Descriptor en Ciencias de la Salud y el Diccionario de la Real Academia Española más los testimonios presentados, las mujeres con pre-eclampsia pueden percibir el miedo como una perturbación angustiosa debido a la idealización aun peligro, riesgo o daño que pudiera comprometer aún más su estado de salud, envolviéndose en pensamientos sobre la culminación del embarazo y su hijo, repercutiendo así en su estado de ánimo.

El miedo es un signo característico y reflejo de una persona al verse ante un peligro, en la cual, puede verse envuelta y desencadenar diversas reacciones, de esta manera las entrevistadas mostraron este signo como una tendencia que les condujo a un estado depresivo, si bien, algunas lo manifestaban al sentirse indefensas mirando su entorno como amenazador, expresando su temor al desconocimiento de la enfermedad o al enfrentarse al no saber e imaginarse cómo sería la conclusión de su embarazo esto aunado a la

continua tensión hospitalaria. La mujer primigesta comúnmente está llena de dudas en contrario a la que ya ha tenido su segunda o tercer gesta, sin embargo este simple hecho no deja a un lado que la mujer sienta miedo en cualquier momento de su embarazo , ya sea en una consulta de primera vez, en el control prenatal o antes o durante el trabajo de parto, es de mayor preocupación y miedo pues, no solo puede aterrarnos lo que pueda sucederles si no también, lo que pueda pasarle a su futuro hijo afectando su salud mental, de ello los siguientes testimonios ejemplifican lo antes mencionado:

[...]Mi embarazo fue planeado, la etapa de mi embarazo fue muy bonita, en el principio yo sentía miedo [...] Durante mi embarazo siempre tuve miedo en el principio de lo que fuera a pasar [...] (Berenice)

Mira te voy a relatar cómo es mi embarazo, [...] , al principio sentía miedo, pues este es mi cuarto embarazo[...] al principio de mi embarazo no pude dormir, de repente me daba miedo por todo, no sé si era mucho estrés, anteriormente me veía preocupada por mis hijos[...] (Liliana)

[...] siempre que me atendían en el centro de salud me sentía nerviosa y con miedo, pues también de lo que fuera a pasar. (Grecia)

[...]Durante mi embarazo me sentí al principio preocupada ya que tuve mucho sangrado, a los tres meses me internaron y me dio mucho miedo pero Salí, ya después estaba bien porque me dijeron que el bebe estaba bien, además estaba muy preocupada por lo que le fuera pasar a mi bebe[.]

[...] en mi embarazo estuve con ese temor, ya durante los últimos meses me sentí cansada y ya no podía salir y eso me ponía triste porque me la pasaba encerrada en casa y pues además que yo siempre estaba acostumbrada a salir [...] (Estefanía)

Según la revista digital universitaria (UNAM) titulada, Los trastornos de ansiedad con Ricardo Virgen Montelongo y autores (Virgen M, Lara A, Morales G, & S., 2005) definen etimológicamente y textual; en su parte a la fobia, deriva de la palabra griega phobos, que significa temor, pánico y terror. La fobia es “el miedo persistente, irracional exagerado e invariablemente patológico frente algún estímulo específico o situación. Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica producen un estrés grave en la persona afectada, que habitualmente reconoce que su reacción es excesiva. La consecuencia es una necesidad imperiosa de evitar el estímulo temido”. Las reacciones fóbicas alteran la capacidad de los afectados para funcionar en la vida”.

De lo anteriormente descrito visto a través en la definición del descriptor en ciencias de la salud, podemos apreciar que los testimonios dan muestra y reflejan un estado depresivo producto de una cotidianidad influenciada por estímulos externos que pueden desencadenar un miedo o fobia ante una situación desconocida que, evidentemente afectara y se verá reflejado en su función y vida diaria así, como en su bienestar y salud mental, a pesar de haber tenido un embarazo planeado, en caso de Berenice y Liliana ellas nos dan testimonio clara que, sus miedos son determinantes que, puede afectar su condición emocional y estado de salud. En los testimonios de Estefanía, el haber vivido y experimentado con anterioridad una pérdida de la salud que comprometió su estado materno-fetal, repercutió en su bienestar mental que posteriormente provoco temor y angustia durante el resto de su embarazo.

Podemos ver que el miedo es característico en una mujer embarazada y que por ende se siente indefensa, aun con mayor razón cuando se ve deteriorada o amenazada su salud, de esta manera, puede ser característico y desencadenante mayor para una probable pre-eclampsia.

4.3 Estrés y ansiedad.

Estrés: El Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCs 2014) señala al estrés como sentimientos de agotamiento emocional y física asociados a una sensación de frustración y fracaso

Ansiedad: De acuerdo al Descriptor en Ciencias de la salud (DeCs 2014) la ansiedad es un Sentimiento de emoción persistente de pavor, aprehensión o desastre inminente, pero incapacitante. En tanto el Diccionario de la Real academia española (DRAE 2014) hace mención que es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo y angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis.

En base al Descriptor en Ciencias de la salud y el Diccionario de la Real Academia Española sobre estrés y ansiedad y los testimonios presentados, las mujeres embarazadas con pre-eclampsia pueden manifestar sensaciones de frustración y fracaso como un sentimiento persistente, que puede ser debido a la misma enfermedad, viviendo con sentimientos de pavor e inquietud, repercutiendo así en su estado de ánimo provocándoles agotamiento físico y emocional.

El estrés y ansiedad como un factor psicosocial puede conllevar de manera irreversible a la depresión en el cual, la mujer en etapa reproductiva continuamente experimenta, de esta manera la gestante tiene una relación íntima con su medio externo; situaciones familiares, conyugales, sociales, culturales, económicas, laborales, etc, y esto puede ser una amenaza en su proceso salud-enfermedad. La mujer embarazada experimenta cambios y cuando estos factores inciden en mayor medida, pueden repercutir en su estado biofisiológico. Ante el estrés, puede verse afectado su estado de salud en diversas circunstancias de su vida cotidiana, sin embargo esto puede tener un impacto y repercusión en la morbi-mortalidad materna perinatal ya que las enfermedades que pudieran derivar por el estrés pueden ser multifactoriales como son las enfermedades cardiovasculares entre ellas, la pre-eclampsia.

Al momento que la gestante se estresa al mismo tiempo puede deprimirse al verse inmersa en diversas situaciones de la vida así mismo, su estado al desconocimiento acerca de su embarazo y la consumación del mismo las pone tensas y ansiosas lo cual, puede llevarla a imaginarse lo peor, de esta manera se evidencia su temor. En algunas ocasiones este estrés puede irse intensificando sin un adecuado control prenatal y falta de psicoprofilaxis obstétrica repercutiendo en el cuidado en sí misma, ya sea por todos los factores mencionados anteriormente, familiares y conyugales, como la violencia de pareja o falta de recursos , así como conflictos sociales y dificultades en la accesibilidad a servicios de salud, bajos ingresos, problemas laborales, todos ellos que pueden ser inherentes y desarrollarse durante su gestación de tal

manera que su estado estresante puede verse intensificado de ello los siguientes testimonios ejemplifican lo antes mencionado

[...] yo soy enfermera comunitaria, en mi trabajo vacunamos a perros y gatos, además de los niños en las primarias, esto me generaba un poco de estrés [...] (Berenice)

[...] Los primeros cuatro meses fueron náuseas y antojos, ya después se me quitaron, ya después a los seis meses ya no descansaba, pues no me acomodaba para dormir, y eso me estresaba [...] (Antonieta)

[...] mi otra hija ella se fue por su cuenta de casa , eso me pone triste, de principio yo me deprimía mucho y me generaba estrés de saber cómo esta [...] Económicamente a veces no las vemos difíciles y pues sí, a veces eso me genera un poquito de estrés y eso me pone mal ósea, triste por así decirlo [...] si ahorita estuviera en mi casa, estaría haciendo el quehacer, cuidar a mi niño pequeño pues, el tiene 2 años pero, como no lo cuido me genera un poquito de angustia saber cómo esta [...] (Liliana)

[...] mi esposo se quedó sin trabajo y pues a veces no teníamos para los gastos nos limitábamos mucho, esto me generaba un poquito de angustia y me estresaba de vez en cuando, [...] (Grecia)

[...] En el centro de salud tuve 5 consultas, nunca me explicaron acerca de la enfermedad, solo me dijeron lo que tenía que hacer, pero pues a veces si sentía un poquito de angustia y estrés en mis consultas.[...] (Sandra)

[...] Yo viene siempre aquí al hospital a mis consultas ya que me dijeron que mi embarazo era de riesgo y pues si me sentía con ese temor y angustiada, nerviosa y a veces triste.[...] (Estefania)

Citando nuevamente a Jhoseph Mendels (Mendels, 1989) menciona que, la ecuación que conduce a la irrupción de una depresión reactiva, supone la presencia de factores como la pérdida de un ser real o simbólica. Muchas personas con una depresión reactiva manifiesta, han referido la aparición de la depresión y tiene relación con ciertos aspectos específicos del ambiente, una experiencia de tensión en su vida.

El *stress* es en el cual todos experimentamos tensiones y dificultades en nuestra vida, el acontecimiento generador de *stress* puede originarse a consecuencia de una enfermedad. La experiencia del *stress* puede actuar como un factor subyacente a activar en cierta manera un problema latente. El autor hace mención acerca que los factores externos de nuestra vida, pueden ser estresores que conllevan a una depresión.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define en parte a la angustia como el trastorno que incluyen a los ataques de pánico, y según Virgen Montelongo (Virgen M et al., 2005) en la revista digital Universitaria (UNAM) sobre los trastornos de ansiedad la define como; aquel sentimiento desagradable de temor que, se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Se toman actualmente tanto la ansiedad y la angustia como sinónimos para los manejos clínicos.

En base al autor Jhosep Mendels, que nos refiere al estrés como un factor depresivo, así como el artículo de la revista universitaria los trastornos de ansiedad con Ricardo Virgen Montelongo y autores, sobre los rasgos de angustia podemos describir que, de los anteriores testimonios la presencia de todos estos sentimientos fueron marcados y vividos e incidiendo en la vida cotidiana de las entrevistadas, debido a un estímulo externo por lo que; Berenice, Antonieta, Liliana, Grecia, Sandra y Estefanía, todas ellas presentaron estos cuadros de estrés, algunas acompañado de angustia, de

esta manera las cuestiones; sociales, económicas, la pérdida de la salud, y tensión fueron de gran relevancia , así como problemas familiares latentes como en el caso de Liliana con la pérdida que tuvo al irse de casa su hija y no tener a su hijo pequeño junto a ella pues, eso le generaba tensión y angustia así, como su situación socioeconómica. Otra manera en la que se manifestaron factores como el pánico y la situación amenazante de lo que, pueden enfrentarse al asistir a una consulta no los dejó ver Estefanía, al saber que su embarazo era de riesgo y con ello la angustia que vivió posteriormente y así, como Sandra al enfrentarse a lo desconocido ya que, eso le generaba estrés, sin duda a otras, el estrés y la angustia lo manifestaron sintiéndose consecuentemente deprimidas por lo cual, se puede deducir que, estos estresores y situaciones angustiantes manifestados por factores externos pudieron haber incidido en la enfermedad en mayor medida en la que estaban cursando por lo cual, el estrés durante el embarazo es característico en mujeres durante el embarazo derivado de diferentes circunstancias ya mencionadas pudiendo ser así una detonante para el desarrollo de pre-clampsia o así mismo pudiendo agravar la enfermedad.

4.4 Violencia familiar

Según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs 2014), la violencia familiar se entiende como abuso físico deliberado, con frecuencia reiterado, por parte de miembros de la familia contra otro, entre conyugues, padres, hijos, hermanos o cualquier otro miembro del hogar.

*El diccionario Diccionario de la real academia española (DRAE 2014) hace mención que proviene Del latín *violentiā* y enumera algunas definiciones de la siguiente manera:*

- . Cualidad de violento.
- . Acción y efecto de violentar o violentarse.
- . Acción violenta o contra el natural modo de proceder.

Con base al Descriptor en Ciencias de la Salud y lo mencionado por el Diccionario de la Real Academia Española sobre la violencia familiar más los testimonios presentados, la mujer embarazada con pre-eclampsia puede ser violentada física o emocionalmente por un miembro de la familia (cónyuge, padres, hijos) ejerciendo hacia la gestante un proceder contranatural violento de cualquier índole, afectando seriamente su salud mental y emocional.

Si bien la violencia ejercida en las mujeres sigue siendo un problema social y de salud pública, así como en cuestiones de género, la igualdad siempre se ha visto afectada sobre todo en relaciones sentimentales y conyugal donde el cónyuge varón puede ejercer sometimiento y presión a la mujer, así como abuso sexual, esto no solo se manifiesta cuando hay agresión física si no también verbal de esta manera la mujer pierde la autoestima pues, es violentada gravemente como un ser humano único. Esto tiene un gran impacto cuando la mujer se encuentra embarazada pues, no solo hay repercusión en la madre si no también nuevamente en el binomio madre-hijo.

La violencia no solo puede ser específicamente del conyuge si no también puede provenir de hermanos, tíos, hijos, e incluso de los padres, esto puede encontrarse comúnmente en adolescentes embarazadas, por lo que, cualquier miembro familiar puede ejercer cualquier tipo de violencia así, como un rechazo significativo por un conflicto de cualquier índole dentro del núcleo familiar, esta situación tiene una repercusión en la madre pues la conlleva a la baja autoestima y sentimientos de culpabilidad, de esta manera se siente triste y deprimida debido al maltrato verbal, con ello `` pueden coexistir otros factores de violencia como el nivel socioeconómico, etnia, nivel de educación, religión, lengua, que se reconocen como un factor fundamental que se suma a los anteriores, si bien en México la mayor parte de la violencia se encuentra en niños, personas de la tercera edad y sobre todo en mujeres`` .

Los siguientes testimonios ejemplifican lo antes mencionado

[...] con mi esposo como toda pareja en cualquier rato uno se llega a enojar o pelear, en mi primer embarazo me enojaba mucho y me sentía un poco triste también por esta situación, pero en este dije; para que me enoje o me ponga así, si al que le va hacer daño es a mi bebe, pues es el que recibe todo y pues, trataba lo normal de no hacer caso y no enojarme y sentirme mal emocionalmente [...] La relación con mi familias pues, como todo nunca vamos estar siempre contentos y felices.(Antonieta)

[...] de repente yo me siento deprimida, ya que ahorita con mis hijos grandes tengo problemas, me traían problemas, pero horita ya no están con migo, mi hijo grande trabaja, pero mi otra hija ella se fue por su cuenta de casa, me ve pero no me habla por qué me dice que yo la deje, ella tiene 17 años, pues no le gustaba que la corrigiera y pues se fue. [...](Liliana)

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Define a la violencia familiar; como el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende: abandono, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato sexual, maltrato económico, violencia sexual.(Alatorre W, 2000)

La violencia contra la mujer, tanto la familiar como la ejercida por extraños, está basada en el valor inferior que la cultura otorga al género femenino en relación con el masculino y la consecuente subordinación de la mujer al hombre. Indicadores de violencia psicológica, a los síntomas y signos indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica son; autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace mención de la definición por las Naciones Unidas, definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como

en la privada". Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como: "el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La *violencia de pareja* se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

Con base a los testimonios y lo que marca la norma oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (Salud, 2005) y la OMS, se puede apreciar a la violencia psicológica de tal manera que, esta puede ser ejercida por el cónyuge y de acuerdo a testimonios se pone de manifiesto el maltrato psicológico y quizás hasta física que Antonieta pudo haber recibido por parte de su pareja que evidentemente trataba de olvidar, así también la violencia ejercida por miembros de su familia pues, la expresión que manifiesta nos da entender de una posible inestabilidad familiar. En el caso de Liliana su testimonio muestra, de acuerdo a la norma que, cualquier miembro de la familia puede ejercer cualquier tipo de violencia, se aprecia dentro del contexto que la violencia no era ejercida directamente si no indirectamente pues, quizás el simple hecho del rechazo de la hija hacia la madre producía un daño psicológico y de esta manera sentimientos de baja autoestima y culpabilidad repercutiendo en su salud, bienestar físico y mental, por lo cual la violencia no solo puede derivar de

un acto físico, si no como lo visto anteriormente, existe variabilidad de maltrato que puede ser ejercido por cualquier miembro familiar. Por ello la violencia puede ser generador de enfermedades tanto psicológicas y que pueden conllevar a la pérdida de la salud.

4.5 Condición social

El Descriptor en ciencias de la salud (DeCs 2014) hace referencia que la condición social es el estado de la sociedad existente, mientras usualmente hace referente a la sociedad como un todo en una región geográfica o política específica, aplícase también a estratos restringidos de la sociedad . El conjunto de circunstancias que determinan el bienestar común de los miembros de un grupo que viven e interactúan en una comunidad.

En base al Descriptor en Ciencias de la Salud y los testimonios de las mujeres embarazadas con pre-eclampsia, la condición social de la gestante está determinada de acuerdo a la región donde viva y que puede ubicarse dentro del estrato social restringido por lo que esto, puede determinar su circunstancia y bienestar social.

Hoy en día en nuestro país la condición social es un tema de gran importancia ya que podemos encontrarnos con factores de inequidad y desigualdad social no obstante esto representa un problema que continuamente es reflejado en las familias Mexicanas sobre todo en estados marginados económicamente, así como la falta de accesibilidad a la seguridad social y bajos empleos, sin embargo a pesar de la existencia de estados en vías de desarrollo urbanizados

la problemática familiar y condición social repercute en gran medida en el desarrollo y bienestar materno , teniendo un impacto en el crecimiento fetal, recién nacidos de bajo peso, anemias durante el embarazo entre otras, de esta manera pone algunas mujeres ante la necesidad de incorporarse a una fuente de empleo para generar ingresos y dar solvencia a gastos en el hogar, lo cual aumenta los factores de riesgo y del entorno que le rodea así como una disminución en el auto cuidado , otras pueden verse angustiadas por esta situación al ver a su cónyuge en la falta de oportunidades laborales y bajos ingresos, se sienten presionadas por concluir su embarazo y apoyar a su pareja u otros miembros de la familia. Los siguientes testimonios ejemplifican lo antes mencionado

[...] Económicamente no las vemos difíciles [...] anteriormente me veía preocupada por mis hijos, y pues no nos alcanzaba el dinero no las veíamos muy difíciles [...] Yo comía dos veces al día, comía mucho pan con café en la mañana, a veces hacía caldo de pollo y pues a veces comíamos lo mismo, repetíamos lo que hacía y carne pues a veces, se podría decir que yo sentía que mi alimentación no era normal [...] (Liliana)

[..]mi embarazo pues lo viví bien, pero pues económicamente no bien ya que mi esposo se quedó sin trabajo y pues a veces no teníamos para los gastos nos limitábamos mucho, [...] De mis comidas pues comíamos pollo y yo trataba de comer muchas verduras, un poco de sopa y pues, a veces comíamos lo mismo [...]me sentía presionada por la situación [...]era lo poco que traía y lo poco que él me podía dar , el es colador y pues apenas ahorita tiene trabajo (Grecia)

Según el Programa Nacional de salud de ``Arranque Parejo en la Vida``. 2001-2006 de la secretaria de Salud(Salud, 2002) La mortalidad materna en México representa un problema multifactorial de salud pública, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos

y culturales. La accesibilidad a los servicios de salud es una de las principales variables que influyen en la mortalidad materna a pesar de los avances científicos y tecnológicos en el área de la salud, aún existen zonas con altos índices de mortalidad materna e infantil, sobre todo en las regiones con mayor pobreza y marginación. En muchas de estas regiones se ha observado que los servicios de salud tienen limitaciones tanto técnicas como humanas, lo que se refleja en una baja calidad de la atención, particularmente de las mujeres embarazadas, de recién nacidos y de niñas y niños menores de dos años. La falta de atención prenatal, la insuficiente nutrición de las mujeres y la deficiente calidad en la atención del parto, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto, que repercuten directamente en la salud de los recién nacidos o en algún padecimiento que genere una discapacidad en su vida. (Salud, 2002)

Con base a lo anterior y los testimonios presentados la condición social sigue siendo un reto gubernamental y un problema político-nacional, así también como un reto en la adecuada atención y detección de problemas de salud de la mujer durante su reproducción, de esta manera el profesional de enfermería sigue y seguirá siendo uno de sus retos en conjunción con el trabajo de otros profesionales de salud, en la prevención y detección de problemas de salud, de esta manera, esta condición tuvo una repercusión en su estado de salud de Liliana y Grecia pues vivían angustiadas y preocupadas por esto, además que les repercutía en su estado emocional y tranquilidad, su alimentación, se podría decir que no era variada, suficiente y de calidad para permitir el buen desarrollo

materno-fetal así, la falta de oportunidades y desarrollo eran evidentes a pesar de vivir en una zona conurbada.

4.6 Abandono

*Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE 2014) define en su parte abandonar como Del fr. abandonner, y este del germ. *banna 'orden. que, abandonar significa; dejar, desamparar a alguien o algo , descuidar los intereses o las obligaciones*

Con base al Diccionario de la Real Academia Española más los testimonios de las mujeres gestantes con pre-eclampsia, pueden ser abandonadas o desamparadas familiar y socialmente, descuidando los intereses y obligaciones que se tienen hacia ella, repercutiendo esto en su estado emocional.

Hoy en día el abandono en nuestro país sigue siendo uno de los factores relacionados en la mujer durante el embarazo, esto puede darse en diversas situaciones ya sea de cualquier índole como, familiar o de tipo conyugal, de hijos, padres, así como social, todo ello derivado de las diversas circunstancias de la vida en el que está inmersa la mujer embarazada, sin embargo el abandono puede tener grandes repercusiones en el estado de salud de la gestante, tanto emocional como físico, su estado emocional se ve seriamente afectado provocándoles sentimientos de culpa, ira ,baja autoestima y por lo tanto a la depresión. Por ello el abandono puede ser una determinante social y esta puede ser ejercida desde el rechazo por cualquier persona hacia ella, de esta manera el abandonar a una mujer en esta etapa de su vida se verá

seriamente afectada su condición de auto cuidado, con ello es sensible y vulnerable a cualquier afección en su estado de salud y bienestar, esto no solo lo reciente la madre sino el hijo que conlleva adentro, pues no solo hay un abandono y descuido único si no afecta al producto en su conjunto. La falta de planeación de un embarazo y aceptación de responsabilidad paternal puede llevar a la mujer al abandono por parte de la pareja y con ello la gestante puede experimentar mas emociones con lo cual, esto se puede observar aún más en las adolescentes embarazadas pues, un miembro de la familia puede abandonar a la mujer en estas circunstancias, directa o indirectamente de esta manera no cuenta con el apoyo físico o emocional conllevándola a la depresión, de ello los siguientes testimonios ejemplifican lo antes mencionado

[...] mi hijo grande trabaja, pero mi otra hija ella se fue por su cuenta de casa, me ve pero no me habla [...]}(Liliana)

[...] vivo con mis papás, no vivo con mi pareja ahora sí que mi embarazo no lo planeé ya que falló el método, [...]durante mi embarazo me sentía muy sola y triste ya que no estaba mi pareja conmigo[...] (Sandra).

Según NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención describe al abandono al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Los Indicadores de abandono*, a los signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

De acuerdo a los anteriores testimonios y lo que nos marca la norma; el abandono sigue siendo un problema de violencia ejercida entre las mujeres, si bien Liliana aunque, no era abandonada completa y directamente, a pesar de tener a su conyugue, su hija la abandona por lo cual, esto le causaba un impacto en su estado ya que no siente el apoyo emocional que ella necesita por parte de su hija, esto la pone totalmente en una mala condición emocional repercutiendo en su salud, la cual lo manifiesta en su sentir, por otra parte Sandra se siente mal emocionalmente, pues sufre el abandono de su cónyuge siendo esto una desatención a sus necesidades básicas por parte de la responsabilidad conyugal, con lo cual esto pudo derivar una falta de autocuidado así misma, se siente desprotegida con la necesidad de amor y cariño. Todo esto nos conlleva y se evidencia que el abandono tiene una gran repercusión emocional que si bien puede caracterizar durante el embarazo y que de ello se vea la mujer deprimida afectando no solo su salud mental al deprimirse al verse en esta situación, si no también biológicamente.

4.7 Redes de Apoyo

El Descriptor en ciencias de la salud (DeCs 2014) Define al apoyo social como sistemas de apoyo que brindan asistencia y estímulo a individuos con discapacidades físicas o emocionales para que puedan desenvolverse mejor. El apoyo social informal generalmente es brindado por amigos, familiares o semejantes, mientras que la asistencia formal proviene de iglesias, grupos, etc.

El Diccionario de la real Academia Española (DRAE 2014) hace mención que el apoyo social es el dicho de una fuerza: Proteger y ayudar a otra.

En base a los testimonios presentados y lo mencionado por el Descriptor en Ciencias de la Salud y el Diccionario de la Real Academia Española la mujer gestante con pre-eclampsia puede encontrar redes de apoyo que le brinden asistencia, permitiendo un buen desenvolvimiento en el afrontamiento de la enfermedad evitando así agravar su condición física y mental, y esta puede ser brindada de manera formal a través de instituciones o informal por parte de amigos y familiares.

Las redes de apoyo siguen siendo un factor importante en la mujer durante el embarazo y esta puede encontrarlas en sus relaciones sociales con la familia, comunidad, amigos o de aquellas personas con las que la mujer tiene un vínculo estrecho, si bien estas redes de apoyo pueden incidir en su bienestar y condición emocional así como en el estado de estrés o ansiedad, en los cuales, buscan una salida a los problemas cotidianos que se pueden enfrentar y sobresalir en un mundo que, para ellas puede estar lleno de

dificultades económicas, emocionales, conyugales etc. Estas personas, grupos o comunidades tienen que ser de suma importancia y significativas para tener un estrecho vínculo con un grado de significancia afectiva y depositar su plena confianza, esto puede tener un simbolismo para generar lazos de unión y apoyo, así mismo la mujer al enfrentar cualquier problema suelen recurrir a estas redes de apoyo en particular. Estas ayudas son muy frecuentemente buscadas en la pareja conyugal, la familia o amigos de esta manera, a continuación, los siguientes testimonios ejemplifican lo antes mencionado:

[...] ``Actualmente vivo con mi pareja siempre me ha apoyado`` [...] (Berenice)

[...] “pero mi hermana me decía que yo estuviera bien que porque eso le afectaba a mi niño y que tenía que estar bien [...] mi hijo que tiene 18 años con el si tengo una buena relación a veces viene cada 15 días a verme, me dice que le eche ganas me da ánimos” [...] (Liliana)

[...] Con mi familia con todos me llevo muy bien todos tomaron con gusto mi embarazo además que siempre sentí mucho apoyo por mi papà [...] (Grecia)

[...] mi papa me apoyo y mis familiares, a veces durante mi embarazo me sentía muy sola y triste ya que no estaba mi pareja con migo y pues económicamente me apoyaba mi papa [...] mis hermanos la mayor fue la que me apoyo mucho en todos los sentidos [...] (Sandra)

´Méndes Diz (Colombo G, Pombo G, & Luxardo N, 2012) retoma la definición del apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas incluyendo los aspectos afectivos, identitarios, relativos a la estimación o aprobación, la pertenencia y la seguridad, se ven gratificadas a través de la interacción con otros.

De este modo, las redes sociales configuran prácticas culturales y simbólicas que incluyen relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social.

Estas redes de apoyo se van afianzando en la interacción social a partir de relaciones que las personas perciben como significativas tanto en el ámbito familiar, laboral, comunitario y de amistades. Son un recurso personal importante para la afirmación de la propia identidad y la generación de sentimientos de autoconfianza y seguridad.

“ Por su parte Douglas(Colombo G et al., 2012) , señala que las redes de apoyo también tienen un efecto protector ya que en la interacción social incide en la definición de los riesgos y el desarrollo de comportamientos de cuidados”.

Con base a los testimonios citados y los autores todas estas mujeres al experimentar dificultades dentro su entorno y vida cotidiana, siempre tuvieron la necesidad de buscar redes de apoyo que comúnmente fueron encontrados en la pareja y la familia pues , eran un vínculo estrecho y afectivo más cercano en el cual, podían recurrir ya que, se sentían protegidas al buscar este apoyo, si bien emocionalmente esto quizás pudo haber evitado una profunda depresión pues, en el caso de Berenice ella siempre veía un apoyo en su pareja en todos los sentidos , en el caso de Liliana la estrecha relación con su hermana hacia que tuviera una significancia para depositar en ella su confianza y así el solo hecho que su hijo la visitara tenía un apoyo emocional, en estos casos los miembros de la familia fueron de gran importancia para el estado

emocional en que se encontraban y sumando a ello a la pre-eclampsia en la cual estaba enfrentando.

En el caso de Grecia y Sandra al ver sus dificultades económicas la búsqueda del apoyo paternal siempre estuvo presente ya que en el caso de Grecia su cónyuge podía suplir solo el límite sin embargo la llevaba a olvidar la situación de sus necesidades y el apoyo de su padre fue de gran ayuda, con Sandra la situación al dejarla su pareja el apoyo paternal suplió sus necesidades básicas así como el apoyo emocional que le brindaba su hermana mayor, de esta manera se puede decir que el apoyo social sigue siendo un factor importante en la mujer durante su embarazo ya que de ello dependerá su bienestar físico, mental y un menor riesgo en la pérdida o agravamiento en su estado de salud y mayor cuidado. De esta manera se evidencia que las redes de apoyo caracterizan y siguen siendo y tomando importancia durante el embarazo y sobre todo, cuando la mujer embarazada se ve envuelta en una serie de situaciones, desde emocionales hasta el abandono, así como la pérdida de la salud por lo que, se busca el apoyo de cualquier índole con ello recurren a las personas de su confianza, para que esos cuidados propios de la mujer durante el embarazo perduren.

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES

La depresión es un factor psicosocial que puede condicionar a las mujeres durante el embarazo para el desarrollo de pre-eclampsia, de esta manera se encontró que, la tristeza profunda y el miedo fueron características emocionales de las mujeres con pre-eclampsia por ello, estos sentimientos reflejados en su estado emocional depresivo, se acompañaron de angustia y estrés emocional durante su embarazo, por lo que repercutió en su salud materno-perinatal. Estos factores emocionales las conllevaron a la depresión y se derivaron de acuerdo a la cotidianidad de su vida, en su relación de pareja, familia o comunidad; sentimientos que, pueden estar arraigados profundamente afectando su tranquilidad y con ello a pesar de expresar que su embarazo lo relacionaban con una bonita experiencia, la tranquilidad se irrumpía cuando se pensaba sobre la culminación del embarazo, convirtiéndose esto en gran preocupación, así mismo, la mayoría de las participantes contaban con una escolaridad de nivel básico si bien, la escolaridad puede influir en el auto cuidado.

El miedo se evidencio en relación en el desconocimiento e ignorancia acerca de la enfermedad sobre la pre-eclampsia, e imaginar el peligro que quizás esta enfermedad les podía causar y en algunas situaciones se agravaba este sentimiento de quienes ya habían experimentado la enfermedad en su anterior embarazo, con ello aunado a la continua tensión hospitalaria.

Así mismo este temor se manifestaba al desconocimiento del proceso del embarazo, su futuro como madre, y lo que pasaría con su futuro hijo que, en ese momento gestaba, así como miedo a la atención médica, a las consultas de primera vez y posibles respuestas a su estado de salud.

Se encontró que el estrés y ansiedad son factores psicosociales que repercuten en el estado de ánimo de las embarazadas con pre-eclampsia, su condición las incapacita para llevar su vida cotidiana, de esta manera las mujeres se estresaban y angustiaban por no llevar sus actividades diarias como el trabajo, el cuidado de los hijos, los quehaceres del hogar y la convivencia con sus seres queridos, estas actividades que quizás para ellas eran consideradas normal en su vida diaria. Los cambios constantes del embarazo y la falta en la necesidad del descanso y sueño son factores que las conllevan al estrés y cansancio así como los pensamientos sobre sus situaciones económicas, al no tener los recursos suficientes, de esta manera, encontrándose angustiadas pensando en la forma de dar solución a este problema. Otra situación que las conlleva al estrés y ansiedad es el idealizar la culminación de su embarazo

Se encuentra que la violencia familiar repercute e incide en el estado emocional de la gestante con pre-eclampsia, perjudicando de gran medida en su salud mental de esta manera, se sienten desprotegidas e inseguras y con sentimientos encontrados debido a la problemática expresada, afectando

profundamente su dignidad, sin embargo aunque, no hubo evidencia de maltrato físico, los sentimientos expresados demuestran en parte maltrato psicológico así como violencia por abandono de responsabilidad paternal.

La condición social que viven las mujeres embarazadas con pre-eclampsia se evidencia mediante la falta de oportunidades y desarrollo social para satisfacer sus necesidades básicas y que, a pesar de vivir en el Estado de México situado en una zona conurbana al Distrito Federal aún, se muestran algunas problemática socioeconómico-políticas y regiones con desigualdad social en el cual, la mujer embarazada tiene que hacer frente a estas problemáticas sociales por lo que para ella representa y derivan preocupaciones y estrés, de esta manera se hace evidente que, el no tener los recursos necesarios se deprimen y estresan debido a su situación , esto tiene repercusiones en su salud de esta manera puede ser una detonante de factores para el desarrollo en estados hipertensivos y en conjunto a esto una inadecuada alimentación puede generarles otras enfermedades como anemias y recién nacidos de bajo peso al nacer de esta manera, ocasionando una prevalencia e incidencia en la morbi-mortalidad materna-perinatal

Se muestran dificultades que van desarrollándose durante el embarazo así como la falta de cariño debido al abandono de pareja. Los sentimientos de culpabilidad que se muestran durante el embarazo son, al ser abandonadas por un miembro de la familia o pareja; conllevándolas así a estados de depresión, de esta manera, es evidente que todos estos sentimientos y estado

emocionales pueden conllevar a la pérdida de su salud mental y física pudiendo ser factores asociados para generar síntomas de pre-eclampsia.

Por ello se muestra que las redes de apoyo pueden ser para la mujer gestante con pre-eclampsia, una salida a estas condiciones buscándola evidentemente en la pareja y miembros de la familia por lo que, los padres pueden suplir las funciones que no satisface el conyugue, entre otros buscan el apoyo de familiares muy cercanos de suma confianza.

La depresión como factor psicosocial puede conllevar a la mujer a toda una serie de sentimientos y que está a su vez puede estar ligada a la génesis de la pre-eclampsia, además se confirma y se analiza cada uno de estos puntos y se enfatiza la importancia de que la mujer con problemas emocionales y el entorno que le rodea suelen afectarles seriamente en su bienestar de aquí la necesidad de ver a la mujer embarazada no solo desde una mirada biológica, si no, debe ser en su totalidad en su dimensión holística conjuntándolo como un todo.

De esta manera el Licenciado en enfermería y Obstetricia debe de tomar en cuenta todos estos aspectos cuando valora a la mujer gestante durante el control prenatal así como indagar minuciosamente su estado emocional, hacer un adecuado control y psicoprofilaxis obstétrica para evitar que llegue a

la depresión y más adelante sea causa de un factor para el desarrollo de una pre-eclampsia leve o severa, por ello es de suma importancia mirar el macro y micro ambiente que le rodea pues, estar embarazada es un proceso natural y biológico y por lo que el simple hecho de estarlo no significa que se pueda convertirse en una amenaza a la salud por lo que, tenemos que promover y cuidar y velar por la salud reproductiva materno- perinatal.

RECOMENDACIONES

Con base a lo estudiado se recomienda realizar estudios sobre programas e intervenciones eficaces que permitan identificar estados depresivos durante el embarazo así como la psicoprofilaxis mas adecuadas que ayuden a disminuir el temor, ansiedad y estrés, identificando a las mujeres embarazadas con pre-eclampsia en situación de violencia familiar, abandono o cualquier tipo de abuso que podrían conllevarla a la depresión, de esta manera ayudando a disminuir esta problemática y evitar así agravar su condición.

Realizar un seguimiento continuo de la gestante generando intervenciones que permitan insertar a estas mujeres y referirlas a instituciones y programas de redes de apoyo psicológico y social, trabajando en conjunto con otros profesionales en salud mental.

Se sugiere que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia genere intervenciones eficaces mediante la investigación para evitar así el desarrollo de este factor psicosocial de la depresión pues, es el profesional que comúnmente tiene el primer contacto con las usuarias embarazadas sin dejar a un lado su participación activa no solo en segundo y tercer nivel de atención si no desde un primer nivel de atención, identificando estos factores de manera oportuna así como darle seguimiento en comunidades a mujeres embarazadas y su participación con profesionales de enfermería especialistas en salud mental.

Se recomienda hacer más análisis a profundidad de los factores psicosociales asociados a pre-eclampsia, de tipo cuantitativo y cualitativo pues, su abordaje ha sido poco estudiada

Bibliografía.

- Alatorre W. (2000). Violencia familiar y salud *Rev Enferm IMSS*, 8, 55.
- Berenzon S. (enero-febrero de 2013.). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de méxico*, 55, pp.80.
- Colombo G, Pombo G, & Luxardo N. (2012). Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.*, Vol. 8, pág. 161-182.
- DeCs. (2014). Descriptor en ciencias de la Salud. from <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- DennisC., L., R., & Grigoriadis S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. (3), pp 18. <http://www.thecochranelibrary.com>
- DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, I. N. d. I. S. (2009). depresion *Instituto Nacional de la Salud Menta. INIH, Num. SP 09 3561*, pp.29
- DRAE. (2014). Diccionario de la lengua española. España. from <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- INSP. (2014). Instituto Nacional de Salud Publica. Depresion. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.*, from www.insp.mx
- Kurki T. (APRIL 2000). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 95.
- Lam N, H., C., E., M., w., H., & E., T. (2010). Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Revista Peruana de Epidemiologia*, 14.
- Lara A. (Julio-Agosto 2006). SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL EMBARAZOY FACTORES ASOCIADOS, EN PACIENTES DE TRES INSTITUCIONES DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. *Salud Mental,, 29*, 57.
- Lizondo R, & Llanque V. (2008). Depresion. *Paceña Med Fam*, 5, 31.
- Mendels, J. (1989). *La Depresion* (B. Heder Ed.).
- OMS. (Octubre de 2012). Organizacion Mundial de la Salud. from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Qiu C, Sanchez E, Lam N, P., G., & A., W. (2007). Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. *BMC Women's Health*, 7.

Romero A, Tena A, & S., J. (2009). *Preeclampsia. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo* (M. G. Hill Ed.).

Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida (2002).

Salud, S. d. (2005). Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Salud, S. d. (2007). Lineamiento tecnico de prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. from www.salud.gob.mx/.../preeclampsia.pdf

Salvador M. (2009). La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 77, PP. 237.

SINAIS. (2007). Sistema Nacional de informacion en Salud. from www.sinais.salud.gob.mx/

Vinaccia S, Sánchez M, Bustamante M, Cano J, & Tobón S. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), PP.51.

Virgen M, Lara A, Morales G, & S., V. (2005). LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. *Revista Digital Universitaria, UNAM* 6(11).

Wendy L. (2012). *Metodos de Investigacion. Fundamentos de una practica basada en evidencia*. (Lippincott ed.).

Guba, EG.; Lincoln, YS. (1981). *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.

Leininger, M. (1994). *Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Qualitative research methods*. Beverly Hills: Sage Publications.

APENDICE A



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia



Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

CÉDULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: “Depresión como factor psicosocial asociado a pre-eclampsia en un hospital público del Estado de México.”

Código _____

Entiendo que se me realizará una entrevista audio grabada, en una Institución de salud, en un horario en el que a mí me sea el más conveniente, estoy consciente que fui elegida para participar en esta investigación y que los resultados que se obtengan de la misma tendrán un beneficio social e institucional. También se me ha explicado que puedo negarme a responder alguna pregunta o a suspender la entrevista en el momento que yo quiera, si así lo deseo, por lo tanto *acepto la realización de la entrevista a profundidad y autorizo la grabación de la información* que proporcione sobre mi experiencia y *mi sentir durante mi embarazo*. Estoy consciente de que dicho procedimiento no implica ningún riesgo para mi persona y mi familia y que se me ha informado que los testimonios que exprese de mi experiencia en esta institución de salud serán confidenciales y utilizados única y exclusivamente para fines de la investigación. “Depresión como factor psicosocial en hospital público del Estado de México”, cuyos beneficios permitirán identificar el cuidado enfermero para brindar una atención más integral y humana, en el que hacer de enfermería.

Firma de aceptación de la entrevista _____

Fecha y Firma de quien realiza la entrevista _____

ELABORÓ:

Pasante de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en Servicio Social

Barron Euroza Adrian Emmanuel

APENDICE B



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia



Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

NOTA DE CAMPO

DEPRESION COMO FACTOR PSICOSOCIAL ASOCIADO A PRE-ECLAMPSIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO DE MEXICO.

Nota: Realizar inmediatamente después de haber concluido la entrevista a profundidad, describiendo el entorno y las situaciones ó eventos relevantes que se hayan presentado durante la misma así como información complementaria a la audio grabación.

Fecha de la entrevista _____ N° de nota de campo: _____

N° de participante: _____

Lugar _____

Tiempo de duración de la entrevista _____

ELABORÓ:

Pasante de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en Servicio Social

Barron Euroza Adrian Emmanuel



APENDICE C

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia



Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

INSTRUMENTO

Nombre: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Lugar de residencia: _____

Escolaridad: _____

Numero de embarazos _____ A _____ C _____ P _____ SDG _____

Tipo de vivienda: _____

Pre-eclampsia : leve _____ severa _____

Pregunta generadora del dialogo:

1.- Descríbame ¿cómo fue la experiencia durante su embarazo?

ELABORÓ:

Pasante de Licenciado en Enfermería y Obstetricia en Servicio Social
Barron Euroza Adrian Emmanuel