



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA
PARA PREVENIR DEPRESIÓN COMO FACTOR
PSICOSOCIAL ASOCIADA A PREECLAMPSIA

TESIS

QUE PARA TENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:

JESSICA DORIS OLIVARES VAZQUEZ
N° DE CUENTA 307334156

INVESTIGACIÓN DERIVADA DEL PROYECTO PAPIIT-UNAM-DGAPA N° IN 308814-3 TITULADA:
INTERVENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO
PSICOSOCIALES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA: MARIA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS



CIUDAD DE MÉXICO

2017



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 está 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México que siempre fue mi más grande sueño pertenecer a esta grandiosa institución y no sólo crear profesionistas si no a crear un estilo de vida.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) UNAM-DGAPA- por el proyecto IN 308814-3 titulado “Intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia” por el financiamiento brindado a este trabajo de titulación al aceptarme como becaria dentro de su proyecto.

A la Doctora María de los Ángeles Torres Lagunas, por la creación de este servicio social dedicado a un modelo de atención de enfermería obstétrica. Dedicarme su tiempo, paciencia, asesoría y por compartir conmigo sus enseñanzas, motivándonos a ser mejores profesionistas y personas para nuestro país.

A los profesores que además de cumplir con sus funciones académicas me apoyaron y dejaron grandes enseñanzas para la vida dentro y fuera del ámbito profesional.

Al hospital Materno Infantil “Vicente Ramón Guerrero Saldaña”, al personal que labora y me apoyo durante mi servicio social. Al personal y los Centros de Salud: Plateros, Herreros y CEAPS Santa Elena que nos apoyaron en la implementación de la intervención. Por último a todas las instituciones de salud que me apoyaron para poder llevar las intervenciones con éxito, gracias por su cooperación

DEDICATORIAS

A mi hija Danna, que me ha estado motivando y siguiendo mis pasos en cada uno de mis avances académicos, apoyándome y comprendiendo en todo momento, demostrándome que todos los sueños se llegan a cumplir con esfuerzo y perseverancia.

A mi esposo José que me ha acompañado creciendo juntos a lo largo de estos 10 años con esfuerzo y amor.

A mi papá Javier que nunca dejo de creer en mi por apoyarme económica, moralmente y estar para mí siempre que lo necesito para brindarme los mejores consejos.

A mi abuelita Sofía que siempre ha estado apoyándome, aconsejándome y guiándome por el camino correcto para hacer de mí la persona que ahora soy.

A mi mamá Rufina, a mi hermana Karina y a mi hermano Said por el cariño que me han mostrado, apoyándome en los momentos más difíciles.

A las maravillosas personas que conocí y que recorrieron con migo este gran reto por enseñarme el valor de la amistad Diana Praxedis, Tania Mendoza, Dulce Robles, Nayelli Ramírez, Magali Campos, y a mis compañeros de servicio social Karla De La Cruz, Stephanie Durán, Ana Juárez y Enrique Estrada

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	6
RESUMEN	8
CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1 Situación problemática.....	10
1.2 Contexto del estudio	12
1.3 Objeto de estudio	16
1.4 Pregunta de investigación	16
1.5 Objetivos del estudio.....	16
1.6 Justificación y relevancia del estudio.	17
CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL, TEÓRICO Y EMPÍRICO	19
2.1 Marco Conceptual	19
2.2 Marco Teórico.	26
2.3 Marco Empírico o referencial de las intervenciones de enfermería para prevenir Depresión.	33
2.3.1 La Musicoterapia como parte de la intervención para prevenir depresión asociada a preeclampsia	33
2.3.2 Actividad física.....	34
2.3.3 Yoga	35
2.3.4 Masaje Terapéutico.....	36
2.3.5 Terapias Ocupacionales.....	37
2.3.6 Consejería nutricional como parte de una intervención integral para prevenir depresión.....	42
CAPITULO III METODOLOGÍA.....	46
3.1 Tipo de estudio	46
3.2 Escenario de estudio	46

3.3	Sujetos de estudio	47
3.4	Criterios de inclusión, de exclusión y eliminación.....	47
3.5	Hipótesis	48
3.6	Variables	49
3.7	Recolección de datos.....	50
3.8	Sesiones educativas.....	51
3.9	Análisis e interpretaciones de los resultados.....	52
3.10	Consideraciones Éticas	53
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN		55
4.1	Escala de Sintomatología Depresiva (Radloff).....	59
4.2	Comprobación de la hipótesis.	90
4.3	Sesiones educativas.....	91
4.4	Discusión.....	94
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		97
5.1	Conclusiones.....	97
5.2	Recomendaciones.	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		106
ANEXOS Y APENDICES		111

INTRODUCCIÓN

Por la década de los 80s del siglo pasado era común considerar que el embarazo al igual que la maternidad fuera relacionado con completo bienestar emocional en la cual no se veía afectada la mujer por ningún tipo de patología mental. En la actualidad la presencia de patología mental es bastante común entre la población, sobre todo en las mujeres, y al presentarse el embarazo ellas experimentan no solo cambios físicos si no en su esfera biopsicosocial lo cual puede convertirse en un factor de riesgo al estar expuesta a situaciones estresantes, violencia, falta de apoyo familiar lo cual puede desencadenar la presencia de depresión durante el embarazo. En el presente, se investiga la asociación que existe entre la presencia de depresión como factor psicosocial con el desarrollo de preeclampsia al respecto son pocos los estudios que existen sobre este tema.

Como parte de esta tesis se implementó una intervención integral de enfermería para prevenir depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia, en base a la revisión de la literatura se identificaron las intervenciones de enfermería que previenen depresión durante el embarazo, posteriormente se identificó la asociación entre depresión y preeclampsia.

Al analizar la información se determinó como pregunta de investigación si ¿La intervención integral de enfermería previene la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia?, El estudio de este tema permite aportar elementos mejoren la atención en las mujeres que padecen depresión durante el embarazo para beneficiar su salud integral y la del bebé, de igual forma permitirá demostrar como una intervención integral de enfermería puede contribuir a disminuir el número de casos y con ello la prevalencia de morbilidad en la mujer embarazada.

Como parte del Marco teórico se investigaron diversos términos como son depresión, preeclampsia, intervención integral de enfermería, musicoterapia,

yoga, ejercicio, masaje terapéutico, arte terapia, jardinería como terapia ocupacional, cuidado de mascotas, y cuidado nutricional

La hipótesis de esta tesis postula que la intervención integral de enfermería previene riesgo de depresión como factor psicosocial asociado para preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en 6 centros de salud y 3 hospitales de la república mexicana, la hipótesis nula postula que la intervención integral de enfermería no reduce el riesgo de depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en 6 centros de salud y 3 hospitales de la república mexicana.

R E S U M E N

Esta tesis titulada *“Intervención Integral de enfermería para prevenir depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia”* es un componente del proyecto de investigación PAPIIT UNAM DGAPA IN 308814-3 titulado *“Intervención integral de enfermería para disminuir factores psicosociales asociados a preeclampsia”*, que presenta los resultados surgidos a partir de este estudio de intervención, prospectivo de tipo cuantitativo, longitudinal, analítico, de nivel explicativo que tuvo por objetivo demostrar que la implementación de una intervención integral educativa de enfermería puede prevenir la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia. La depresión es una enfermedad de salud pública que afecta mayormente a mujeres en edad fértil, y durante el periodo perinatal. Para la recolección de la información se utilizó la escala de Sintomatología Depresiva (Radloff), en el cual participaron 192 pacientes a las cuales se les aplicó la medición en dos momentos. La información se analizó en el programa SPSS versión 23, utilizando la prueba de Chi Cuadrado y tablas cruzadas para la descripción, análisis de alfa de Cronbach, para verificar la fiabilidad del instrumento y U de Mann Whitney para comparar medias. El estudio de intervención integral de enfermería para prevenir dicha enfermedad comprendió una serie de actividades educativas orientadas a disminuir factores de riesgo psicosociales como estrés, depresión y violencia, así como identificar redes de apoyo familiar como factor protector para prevenir preeclampsia.

Los principales descriptores utilizados en este estudio fueron: Depresión, Musicoterapia, Factores de Riesgo, Preeclampsia, Terapia, Yoga, Terapéutica,

CAPITULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL

PROBLEMA

CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática.

El embarazo es considerado un proceso normal, fisiológico; sin embargo en el transcurso de este se presentan una serie de circunstancias que alteran la normalidad del mismo. Un problema común que se presenta en el embarazo es la Preeclampsia (PE) y uno de los factores psicosociales relacionados con esta enfermedad es la depresión. La “depresión peripato y la ansiedad son las complicaciones más comunes de la maternidad” y esta se presenta en diferentes grados de severidad (Bjørk, M. H., Veiby, G., Engelsen, B. A., & Gilhus, N. E., 2015).

La depresión es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años en todo el mundo, las mujeres son más propensas que los varones en relación 2:1 a presentar depresión en cualquier periodo de sus vidas, cada año entre 7% y 13% de las mujeres experimentan depresión mayor y esta cifra va del 4% a 30% en mujeres embarazadas estimándose que para el año 2020 esta problemática será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial (Jadresic, 2014) (Luna Matos, 2009).

La depresión no tratada tiene consecuencias desfavorables que afectan el desarrollo emocional del producto, ellos tienen un riesgo mayor de ser maltratados durante la infancia, a tener comportamientos antisociales y padecer depresión en algún momento de sus vidas. Las mujeres con estas características son más propensas a fumar, beber alcohol, además de llevar un inadecuado control prenatal (Pariante, C. M. 2015). La depresión durante el embarazo condiciona problemas de preeclampsia, menor circunferencia cefálica, aumento del riesgo de prematurez, aumento de intervenciones quirúrgicas y menor puntaje de Apgar. (Bernal, 2013).

La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad materna y perinatal en países en vías de desarrollo como lo es la región de América Latina y el Caribe y constituye una de las principales causa de muerte materna a nivel mundial (> 25%), la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada siete minutos muere una mujer por esta causa y se calcula anualmente mueren en mundo por esta causa 50,000 mujeres. En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud, la PE representa hasta 34% del total de las muertes maternas, por lo que constituye la principal causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo. (Sánchez-Rodríguez, 2010).

Al ingresar al servicio social “Maternidad sin riesgo” tuve la oportunidad de incorporarme al proyecto de investigación PAPIIT UNAM DGAPA IN308814-3 Titulado, “Intervención Integral de Enfermería para disminuir factores Psicosociales asociados a Preeclampsia”. En el cual pude tener contacto con mujeres en el “Hospital Materno Infantil Vicente Ramón Guerrero Saldaña” y en los Centros de Salud Plateros, Centro de salud Herreros, y Centro de Atención Primaria a la Salud Santa Elena para darme cuenta que la depresión es bastante común, y profundizar este tema y el vínculo que tiene ésta con el desarrollo de preeclampsia.

Actualmente se presta escasa atención a la depresión por lo cual existen pocos programas enfocados a su tratamiento agregando que el personal de salud no está sensibilizado y capacitado suficientemente para brindar un cuidado integral a mujeres con depresión en el embarazo. Incluso muchas mujeres no saben identificar estos síntomas, no tienen a donde o con quién acudir, o simplemente no creen que sea algo de importancia que requiera tratamiento. Debido a esto surge la incógnita si ¿La intervención integral de enfermería previene la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia?

1.2 Contexto del estudio

Esta investigación se deriva del proyecto de investigación PAPIIT-UNAM DGAPA IN308814-3 Titulado, “Intervención Integral de Enfermería para disminuir factores Psicosociales asociados a Preeclampsia”, al cual me incorporé al ingresar al Programa de Servicio Social Universitario “Maternidad sin Riesgo”, donde tuve la oportunidad de investigar la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia. A través de mi participación en este proyecto tuve la oportunidad de tener contacto con mujeres embarazadas sanas y con la enfermedad de la preeclampsia en el “Hospital Materno Infantil Vicente Ramón Guerrero Saldaña” y en los Centros de Salud Plateros, Centro de salud Herreros, y Centro de Atención Primaria a la Salud Santa Elena y pude darme cuenta de cómo la depresión es un factor común en esta población y pude profundizar en esta causa asociada al desarrollo de preeclampsia.

En la revisión de la literatura científica contemporánea, se señala que a mediados de la década del 80 del siglo pasado, era prevalente la idea de que el embarazo y la maternidad estaban asociados a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. (Jadresic, E., 2010) La gestación es en sí misma una experiencia estresante debido a que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias debidas a los cambios biológicos del embarazo, tales como náuseas, vértigo, cambio de apetito, aumento de peso y deformación maternal; además, experimenta cambios en su modo de vida cotidiano biopsicosocial, donde hay una influencia recíproca entre factores biológicos (cambios durante el embarazo, factores genéticos y funcionamiento fisiológico general), factores psicológicos como lo son autopercepción del embarazo, ansiedad, depresión, ira, trastornos psicológicos, etc.), y factores sociales como presiones familiares, pobreza, trabajo, demandas y roles sociales, etc.). (Cano, 2006)

Torres Lagunas, M. D. L. Á., Victoria, L., Marlene, F., & García Jiménez, M. A. (2012), abordan los problemas derivados de la preeclampsia desde el punto de

vista cotidiano y preeclampsia durante el embarazo mencionando los temores, angustias, dificultades familiares, económicas y con la pareja al desarrollar preeclampsia y cómo afectan la salud de las mujeres las situaciones estresantes, la violencia, y la falta de apoyo familiar.

Vega-Morales, E. G., Torres-Lagunas, M. A., Patiño-Vera, V., Ventura-Ramos, C., & Vinalay-Carrillo, I. (2016). Publican un estudio sobre la vida cotidiana de las mujeres que han padecido preeclampsia, en el cual se describen las experiencias vividas, y como se altera su vida por la presencia de preeclampsia y las complicaciones que tienen sus recién nacidos, muchas veces al ser prematuros. En sus aspectos biológicos causados a los malestares físicos y su entorno emocional. También se propone ayudar a las mujeres considerando los factores psicosociales y culturales como son, estrés, violencia, ansiedad, depresión etc. Y orientación para favorecer el cuidado integral en las “dimensiones emocionales, sociales, culturales, políticas y espirituales, para que la mujer embarazada pueda cuidarse a sí misma”.

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Con base en la revisión de la literatura y diferentes cambios se validaron en México unas escalas psicométricas para detectar factores psicosociales en mujeres que cursan con preeclampsia con las cuales se permite estudiar a la población y “medir aspectos psicosociales tales como actitudes, creencias, comportamientos, representaciones sociales etc. Los factores que miden son la ansiedad, la depresión, la disfunción familiar y la violencia al interior del hogar” ya que estos factores elevan el riesgo de desarrollar preeclampsia durante el periodo perinatal

A continuación se exponen los antecedentes de las intervenciones que se profundizaron en esta investigación.

De acuerdo con la Asociación Mexicana de Musicoterapia Humanista, la musicoterapia tiene un origen ancestral en las sociedades primitivas donde se aplicaban diferentes métodos para tratamiento, incluyendo la música.

De Lira (2016) Menciona que la cultura egipcia fue la primera en describir los efectos de la música en el cuerpo humano. En la antigua Grecia Platón “recomendaba la música y la danza para combatir la angustia fóbica y los temores. Después Aristóteles codificó las virtudes terapéuticas de la música, a la que consideraba indispensable para la higiene mental”. Paracelso usaba la música para curar el cuerpo “por medio del alma”. En 1979 en Francia se experimentó con niños para ver sus reacciones ante diferentes melodías. En 1800 se comenzó a probar la música en personas con enfermedades mentales por el psiquiatra Esquirol. EN 1920 el Dr Vernie lleva la musicoterapia al ámbito laboral y descubre que mejora el trabajo y la productividad en los empleados, 10 años después en Nueva York se instala una clínica privada en el que su tratamiento se basaba en la musicoterapia. En 1950 es formada la Asociación Nacional de Musicoterapia en los estados Unidos.

La India es el territorio del cual se origina el yoga, las enseñanzas yoguísticas son todas las técnicas y “métodos de contemplación que se desarrollaron en la cultura india desde aproximadamente el año 2000 a.C.” que tenían objeto de transformar la mente humana para obtener la libertad absoluta, por los límites del “ego, la personalidad, la sociedad y el mundo”. (Fuentes, Maderey Ana Laura, 2008).

Fuentes (2008) Refiere que Patañjali formó el yoga clásico al juntar y definir los elementos teórico prácticos más importantes del yoga y es lo que se conoce como Yoga Sútras, sistema filosófico o darsána del yoga clásico. Los Yoga Sútras han dado lugar a múltiples comentarios y glosas que siguen siendo aplicados e interpretados por los maestros herederos de ésta tradición, y para los que practican la disciplina.

Rosa (2016). Refiere que presionar y frotar alguna zona adolorida del cuerpo, es una reacción intuitiva para disminuir el dolor y las tensiones. Los primeros registros que existen sobre la descripción y el uso de los masajes se remonta a la Antigua Mesopotamia. El Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) describen que se aplican masajes desde hace 4000 años.

En Grecia, Hipócrates (460-380 a.n.e.) usó el termino anatripsis (frote) y masso (amasar) o dar masaje. Se comenzó a utilizar el masaje en el siglo XVI para articulaciones y curación de heridas pos quirúrgicas. En septiembre de 1991 Tiffany Field fundo el Instituto de Investigación del Tacto y se ha dedicado a estudiar los efectos del masaje. (Rosa, Roa Amaya. 2016).

López (2009) Menciona en su tesis que se cree que el perro es la especie doméstica más antigua que existe, se han hallado fósiles de hace 12,000 años. El perro ha servido como, defensor del hogar, compañero de caza, rastreador. Se cree que el humano tiene la necesidad de tener una mascota para demostrar cariño y afecto y esto llevo a la domesticación. En algunos lugares de México el Xoloitzcuintli es utilizado como medio medicinal para curar algunas dolencias físicas por su piel caliente. Actualmente se reconoce el vínculo entre el ser humano y los perros por su nobleza, inteligencia y facilidad para ser entrenados con el propósito de ayudar en la recuperación física o psicológica.

Orea (2015) Menciona que la arte terapia fue introducida en 1942 Adrian Hill. “El objeto de ésta terapia era recordarle al cuerpo sus emociones y su derecho a sentir el mundo y vivirlo con pasión”. Comenzó cuando Hill estuvo internado y pintaba para distraerse de cuestiones que lo incomodaban e inicio un trabajo grupal con otros internos, ex combatientes de la segunda guerra mundial, esto les permitió liberar emociones. Desde la segunda década del siglo XX la arte terapia llevo a los pacientes como un trabajo distinto conjunto con otras disciplinas para el bienestar del paciente. Posteriormente se comenzó a usar en

instituciones de salud en Estados Unidos en los setentas y en Europa en los ochentas.

1.3 Objeto de estudio

Intervención integral de enfermería para prevenir la depresión como factor de riesgo psicosocial asociado a preeclampsia

1.4 Pregunta de investigación

¿La intervención integral de enfermería previene la depresión como factor de riesgo psicosocial asociado a preeclampsia?

1.5 Objetivos del estudio

General

Demostrar que la implementación de una intervención integral educativa de enfermería puede prevenir la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia

Específicos

- Identificar las intervenciones de enfermería que prevengan la depresión durante el embarazo.
- Estimar la asociación de la depresión como factor de riesgo psicosocial asociado a preeclampsia.
- Demostrar que una intervención integral de enfermería previene la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia durante el embarazo.

1.6 Justificación y relevancia del estudio.

La presente tesis se justifica en atención a las siguientes consideraciones, que implican la práctica de enfermería porque aportará elementos que mejoren la calidad de atención y brinden seguridad de la gestante.

- a) Desde el punto temático se justifica porque aportará elementos que mejoren la atención en las mujeres que padezcan depresión durante el embarazo para beneficiar su salud integral y la de su producto.
- b) Contribuirá a demostrar como una intervención integral de enfermería puede prevenir el número de casos de preeclampsia y con ello disminuir los índices de morbimortalidad materna e infantil.
- c) Otros estudios han demostrado la efectividad en la aplicación de terapias complementarias para disminuir la depresión en las personas sin el uso de medicamentos como son, terapias de relajación, apoyo familiar, terapias ocupacionales, y algunos cambios en la alimentación.

CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL, TEÓRICO Y EMPÍRICO

CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL, TEÓRICO Y EMPÍRICO

2.1 Marco Conceptual

Los conceptos principales de esta investigación que se describen son los siguientes: Preeclampsia, depresión, depresión perinatal, Intervención integral de enfermería, yoga, masaje terapéutico. Dentro de las terapias ocupacionales se encuentran la terapia de arte, jardinería, cuidado de mascotas, y por último la nutrición.

Preeclampsia.

El Descriptor de Ciencias de la salud define preeclampsia como “una complicación del embarazo caracterizada por un complejo de síntomas que incluyen hipertensión materna y proteinuria con o sin edema patológico. Los síntomas pueden ir de más benigno a grave. La preeclampsia generalmente se produce después de la semana 20 del embarazo pero puede desarrollarse antes en presencia de enfermedad trofoblástica”. Siendo Pre-Eclampsia en inglés, pré-Eclâmpsia sus sinónimos son Gestosis y Toxemias del embarazo DeCS (2016), La Guía de Práctica Clínica para la Atención Integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención definen a la Preeclampsia como “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. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial 140/90 mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio” (CENETEC-SALUD, 2008).

(Lara, 2014) la preeclampsia es aquella enfermedad que se presenta en la madre durante el embarazo o con posterioridad al parto” , en tanto Olhaberry,

(2013) señala que “es la presencia de este trastorno durante el embarazo y los primeros seis meses después del parto”.

Opino que la preeclampsia es una enfermedad multicausal que eleva la presión arterial, acompañándose por la presencia de proteína en la orina y diversa sintomatología a nivel sistémico, que afecta a diversos órganos, la cual al complicarse y no recibir una atención oportuna puede derivar a la muerte de la madre el producto o ambos creando un grave impacto a nivel familiar.

Intervención integral de enfermería

De acuerdo al (DeCs 2016) el ensayo clínico es aquel trabajo que informa sobre los resultados de un estudio clínico en el que a los participantes se les brinda una o más intervenciones para que posteriormente puedan ser evaluados sus resultados DeCs 2016, define Medicina Integral a la disciplina que estudia el uso de la medicina alopática y la alternativa para abordar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de la salud y la enfermedad de las personas. DeCs 2016 refiere como personal de enfermería al personal que proporciona cuidados de enfermería en instituciones u organismos.

Por lo tanto, para fines de ésta investigación la intervención integral de enfermería la defino como acciones que ejerce el personal de enfermería para mejorar el estado de salud de las personas en el aspecto biológico, psicológico social y espiritual.

Depresión

La Organización Mundial de la Salud define como Depresión como “un trastorno mental, que es caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. (OMS, 2017)La Guía de práctica Clínica Prevención diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y

posparto en el primero y segundo niveles de atención define “La depresión perinatal se usa para describir la depresión mayor durante el embarazo o posterior al nacimiento o adopción de un bebé”. (CENETEC – SALUD, 2014)

Depresión perinatal “Es aquella que se presenta en la madre durante el embarazo o con posterioridad al parto” (Olhaberry, 2013). “Es la presencia de este trastorno durante el embarazo y los primeros seis meses después del parto”. (Lara, 2014)

La depresión es una enfermedad incapacitante que se caracteriza por diferente sintomatología como alteraciones en el sueño, el apetito, actividad física, falta de concentración, llanto, ira, etc. Que puede ser ocasionada por diversos cambios en la vida de las personas como las pérdidas, violencia, estrés, problemas de salud, problemas económicos entre otros, el no identificar oportunamente los síntomas puede orillar a cometer suicidio siendo un problema de salud pública que va en aumento en nuestro país.

Musicoterapia.

El DeCS, (2016), define la musicoterapia como el “uso de la música como terapia adicional en el tratamiento de trastornos neurológicos y de la conducta”. La musicoterapia generalmente está relacionada con escuchar música con el fin de obtener relajación, modificando emociones o disminuyendo los niveles de estrés para cambiar el estado de ánimo” siendo Music Therapy en inglés y Musicoterapia en Portugués, no se describen palabras sinónimas para este término, es un medio de transformación, sanación, autodescubrimiento y de crecimiento para el ser humano” Es utilizar la música adecuadamente combinándola con técnicas psicoterapéuticas que permitan explorar a cada persona de manera profunda sobre quiénes son y cómo viven, gracias a esto se puede transformar la vida y mejorar las relaciones con los otras personas. (Asociación Mexicana de Musicoterapia Humanística, 2016).

La musicoterapia tiene el efecto de modificar nuestro estado de ánimo, y permitimos visualizar nuestros sentimientos.

Yoga

El DeCS, (2016), define la yoga como “un sistema ortodoxo principal de la filosofía Hindú basado en el Sankhya (dualismo metafísico) pero que difiere del mismo en el que es teísta y en qué caracteriza por las enseñanzas del raja-yoga cómo método práctico para la autoliberación. Incluye un sistema de ejercicios para lograr el control mental o corporal y el bienestar con la autoliberación y la unión con el espíritu universal”. El yoga también es definido como una serie de prácticas espirituales que buscan lograr la perfecta sincronía de la unión espiritual y el ser supremo, es de origen hindú y físicamente espera mejorar la flexibilidad, la fuerza, mejorar la función de los órganos, y glándulas del cuerpo. Gracias a las sanas (posturas) es posible activar y desbloquear los centros energéticos del cuerpo liberando el flujo de la energía. (Yoga.org.mx,).

El yoga es una disciplina que permite conectar la mente y el cuerpo en base de diferentes posturas, respiraciones, y el pensamiento de lo positivo. Creando un efecto positivo para las personas principalmente la relajación.

Masaje terapéutico.

El DeCS, (2016) define el masaje terapéutico como las “manipulaciones sistemáticas y metódicas del cuerpo que mejor puede realizar con las manos con el fin de afectar los sistemas nervioso y muscular y la circulación general”. En inglés es “Massage” y en portugués es “Massagem”. Es un sistema corporal que influye en las funciones mentales mediante la conexión cuerpo/mente, y procura un medio para relacionarse con un profesional y mantener la conciencia espiritual.

Dentro del masaje terapéutico se aplican una serie de acciones diferentes de acuerdo al efecto que se quiere obtener, como: deslizamientos, fricciones, vibraciones, percusiones, amasamientos, estiramientos, compresiones o movimientos articulares pasivos o activos dentro de la amplitud del movimiento fisiológico normal de las personas.

Fritz, S. (2001) Señala al respecto que la aplicación del masaje terapéutico no es exclusivo el uso de las manos o los dedos, también el terapeuta puede utilizar otras partes de su cuerpo como los brazos, codos, antebrazos, pies, para poder manipular los diferentes órganos como músculos, tendones, ligamentos, fascias, y estructuras incluidas en el tejido superficial. Por medio de éstos se busca establecer una conexión entre el cuerpo y la mente.

Los masajes terapéuticos son una práctica en la que se busca relajar a la persona que lo necesita por medio de la manipulación en las diferentes partes de su cuerpo.

Terapia ocupacional.

El DeCS (2017), refiere que la terapia ocupacional es el “tratamiento especializado que ayuda a las personas lograr la independencia en todas las facetas de su vida”. En inglés es “Occupational Therapy”, y en portugués “Terapia Ocupacional”. Teniendo como sinónimo “Laboterapia”. Presta asistencia en el desarrollo de las habilidades necesarias para la vida independiente.

Dentro de las terapias ocupacionales se menciona la terapia de arte, la jardinería y el cuidado de las mascotas.

La arte terapia o terapia de arte

La arte terapia o terapia de arte de acuerdo con el DeCS (2017) es el “uso del arte como terapia adyuvante en el tratamiento de enfermedades neurológicas,

mentales o de conducta” en inglés es “Art Therapy” y en portugués es “Terapia pela arte” favorece la rehabilitación de enfermedades psíquicas o motoras a través de instrumentos artísticos, utilizando la expresión artística como recurso terapéutico.

El arte terapia incluye una serie de actividades orientadas a la persona para que esta exprese emociones y sentimientos a través de acciones como: pintar, esculpir, cantar, escribir, bailar, actuar, etc. Esta modalidad terapéutica del arte, terapia brinda beneficios para poder expresar los problemas, reduce el estrés, permite manejar emociones, disminuye el dolor, y sirve como medida de recreación y distracción.

El uso de arte como terapia tiene una amplia gama de actividades que pueden realizar las personas sin poner en riesgo su salud, y existe una variedad para diferentes gustos.

La jardinería como terapia ocupacional

La jardinería como terapia ocupacional, se refiere al “cultivo de plantas, frutas, verduras, plantas medicinales en pequeños terrenos de tierra o en contenedores” DeCS (2016). “La Horticultura es el arte y la ciencia de cultivar flores, frutos, vegetales y plantas ornamentales, para obtener de ellas frutos, flores, ornamentos, o artículos de primera necesidad.” (Negritto, A. María, Nuñez Ricardo S. G., Sanchez Fontalvo I. M. 2014).

Esta terapia se basa en el contacto de las plantas y la tierra que pueden ser de diversos tipos, como florales, frutales, ornamentales, vegetales las cuales deben estar cuidando para ver el progreso de ambos.

Cuidado de mascotas

Se define como mascotas a “Los animales criados por los seres humanos para compañerismo y el disfrute, a diferencia de los animales domésticos como el ganado o animales de granja, que se mantienen por razones económicas” en inglés “Pets” y en portugués “Animais de companhia” sus sinónimos son “Animais de Companhia” y “Regalones”. (DeCS, 2016.) Los animales que se usan en la terapia son seleccionados y deben contar con ciertas aptitudes y adiestramiento necesarios para mantener el estímulo motivacional durante toda la sesión terapéutica y educativa. “Es muy importante que los animales que van a participar sean muy tranquilos y equilibrados”. (Buil Martínez, I., & Canals Sisteró, M. 2011).

Por otra parte las mascotas pueden ser las que se adapten mejor a la vida de las personas con el objetivo de que los hagan sentir mejor emocionalmente.

Cuidado nutricional: Ácidos grasos omega 3 y 6

Los ácidos grasos omega 3 y 6 son “Ácidos orgánicos, monobásicos derivados de hidrocarburos por el equivalente de oxidación de un grupo metilo a un alcohol, aldehído, y luego ácido. Los ácidos grasos son saturados e insaturados (ácidos grasos, insaturados)”. En inglés es Fatty Acids, en portugués “Ácidos Graxos” sus sinónimos en español son Ácidos grasos esterificados y ácidos grasos saturados (DeCS, 2016).

2.2 Marco Teórico.

A continuación se presentan los aspectos teóricos que fundamentan la intervención integral de enfermería para prevenir depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia

a) Depresión y preeclampsia

En un estudio Chileno realizado por Olhaberry, (2013), señala que cuando una mujer se embaraza, el riesgo de presentar depresión durante el periodo perinatal, incrementa en aquellas mujeres que habitan en países en vías de desarrollo y presentan baja autoestima.

Las gestantes deprimidas también tienen mayor riesgo de presentar problemas sociales y conductuales durante el embarazo, aumentando la probabilidad de presentar depresión puerperal, que puede traer problemas a la embarazada, el recién nacido, la familia y el sistema de salud. (Luna Matos, 2009).

Los síntomas depresivos pueden aumentar el riesgo de padecer problemas físicos, por descuidar su embarazo, seguir erróneamente las indicaciones o abandonar los controles prenatales, lo cual puede orillar a la madre a consumir y abusar de sustancias como alcohol, tabaco y drogas (Jadresic, 2014), esto lleva a desarrollar o no identificar oportunamente complicaciones obstétricas ya que las madres deprimidas muestran mayores riesgos para presentar preeclampsia a comparación de las no deprimidas. (HM, 2008), (Bernal, 2013).

Ku, (2014) Señala que existe una relación entre ansiedad y depresión y preeclampsia durante el embarazo la cual se incrementa si la ansiedad y depresión estuvieron presentes desde el primer trimestre aumentando enfermedades cardiacas a futuro. Thombre, Talge, & Holzman (2015) Han señalado que todavía no existe una correlación precisa se propone como hipótesis que durante alguna situación estresante hay secreción de hormonas

vaso activas y otros transmisores neuro-endócrinos, que podrían aumentar la resistencia vascular periférica, la resistencia a la insulina y la producción de citoquinas pro inflamatorias como la interleucina 6 que facilitan el desarrollo de disfunción endotelial y preeclampsia. Probablemente la tensión arterial y los niveles de ansiedad aumenten la concentración de la hormona liberadora de corticotropina de la placenta, lo cual es asociado a hipertensión arterial, demostrándose que las mujeres con presencia de ansiedad y depresión durante el embarazo tienen un riesgo tres veces más elevado de desarrollar preeclampsia.

Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Han demostrado que las personas que padecen depresión muestran niveles más elevados de citoquinas pro-inflamatorias y en particular a los liberados por los macrófagos activados. Ya que el embarazo es un estado de inmunosupresión para evitar el ataque materno sobre el embrión que crece dentro de ella, sin embargo se cree que esto la deja vulnerable a un ataque patogénico a sí misma, y la presencia de éstos es esencial en varios puntos clave de la gestación principalmente en la implantación y el parto, pero un exceso de macrófagos es un signo de inflamación excesiva que puede conducir a alguna complicación. Cano, (2006) señala que las gestantes que tenían una acumulación de eventos estresantes, ansiedad severa, falta de apoyo social, o familiar tenían un riesgo mayor de presentar preeclampsia y si a esto se le sumaba la presencia de vaginitis bacteriana el riesgo de desarrollar preeclampsia aumentaba el 5.3%, riesgo por la secreción de hormonas vaso activas.

Palmsten, (2012) El tratamiento de la depresión con medicamentos antidepresivos durante el embarazo eleva potencialmente el riesgo de desarrollar preeclampsia en comparación de las mujeres que no tienen depresión o la tienen pero no utilizan antidepresivos. Los antidepresivos pueden aumentar el riesgo de hemorragia postparto y afecta perjudicialmente al feto, por lo cual no siempre son seguros durante el periodo perinatal (Gong, 2015)

Asistir a Yoga se asocia con disminución significativa en la depresión, lo que sugiere que el yoga es eficaz para frenar los síntomas depresivos a medida que avanza el embarazo, además que sirve de apoyo para minimizar el miedo al parto (Newham, 2014).

Mautner, et al., (2013) refieren que la Preeclampsia afecta la salud de la madre y el feto pudiendo conducir a la disfunción multiorgánica materna y la insuficiencia útero placentaria, teniendo como consecuencias la restricción del crecimiento intrauterino. Por su parte Thombre, (2015) Mencionan que las mujeres que padecen preeclampsia a menudo experimentan mayores problemas de salud en comparación con las mujeres que no presentan ninguna alteración. Esto parece afectarlas en su bienestar físico y mental, además de aumentar el riesgo de parto pre término, disminución en la calidad de vida y niveles más altos de depresión durante el embarazo y el puerperio.

Otros autores señalan factores de riesgos psicosociales asociados a depresión en el embarazo, como son: antecedentes de abuso infantil, historia previa de depresión, ansiedad o abuso de sustancias psicoactivas, las mujeres que viven solas, que carecen de apoyo familiar, en condición de violencia intrafamiliar o, social o de la pareja o que tienen problemas con ésta; menor nivel educacional, que presentan dificultades económicas, mujeres adolescentes, madres primigestas, multigestas, con antecedentes de abortos, complicaciones obstétricas, quienes no planearon el embarazo, , historias de pérdidas de seres queridos. (HM, 2008), (Luna Matos, 2009), (Jadresic, 2014), (Molero, 2014), (Khan, T. M. 2011).

La madre deprimida representa un riesgo para el recién nacido ya que son más propensas descuidarlo, llegando incluso a cometer infanticidio, (Méndez-Cerezo, 2014), además que las madres son más susceptibles a un segundo embarazo adolescente (Molero, 2014).

Los hijos de las madres deprimidas muestran menor peso al nacer y menor desarrollo fisiológico, además de que sus madres presentan mayores dificultades en la crianza y en el vínculo madre-hijo que pueden generar consecuencias negativas en términos emocionales, conductuales, cognitivos (HM, 2008), y lingüísticas, estos niños presentan niveles más altos de catecolaminas y cortisol al nacer, lloran más, son más difíciles de controlar y tienen patrones de sueño más irregular (Bernal, 2013).

Jadresic, (2014) señala que los hijos o hijas de las madres deprimidas mostraron una conducta más violenta si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto, también reportan una menor circunferencia cefálica, aumento del riesgo de prematuridad, aumento de intervenciones quirúrgicas, menor puntaje de Apgar y mayores ingresos a la UCI neonatal (Bernal, 2013).

b) Intervenciones de enfermería que prevengan la depresión

Las muertes maternas tienen un gran impacto en las familias que han sufrido la pérdida, cuando se lleva el control prenatal es importante que conozca las dificultades y algunas opciones favorables para poder enfrentar su vida cotidiana. Algunas de estas son “percibir las señales corporales de malestar, seguir una alimentación adecuada, descansar, evitar situaciones de estrés, asistir a las consultas prenatales y buscar ayuda en caso necesario a través de movilización de redes sociales y familiares de apoyo, de tal forma que la mujer pueda estructurar en su vida cotidiana acciones de cuidado”. Vega-Morales, E. G., (Torres-Lagunas, M. A., Patiño-Vera, V., Ventura-Ramos, C., & Vinalay-Carrillo, 2016)

Se puede dar una intervención educativa para la madre y familia explicando la naturaleza de la depresión y haciendo énfasis que es una enfermedad y no un fracaso personal. También es importante el apoyo familiar para los cuidados del recién nacido y hacer relevos sobre todo durante la noche para no alterar

demasiado el ritmo circadiano de la madre, ya que un buen descanso para la madre ayuda a disminuir o evitar el desarrollo de los síntomas depresivos. (Jadresic, 2014).

Méndez-Cerezo, (2014). Menciona que la realización de actividad física puede ser benéfica para la madre y el feto ya que tiene mínimos efectos adversos, ayudan a reducir el peso y mejoran el tono muscular incrementando los niveles de endorfinas, disminuyendo el riesgo de desarrollar preeclampsia, y reduciendo el tiempo en el trabajo de parto incrementando las posibilidades de un parto eutócico. Deligiannidis, (2014) recomienda que las mujeres que no tengan ninguna contraindicación médica deben de participar en actividades de ejercicio aeróbico y de fuerza acondicionado regular durante el periodo perinatal. Sin embargo la guía de práctica clínica Atención integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención menciona que el ejercicio físico excesivo se asocia con mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial gestacional y preeclampsia, ésta recomienda el reposo en casa durante el tercer trimestre y la reducción del estrés como medida para prevenir preeclampsia. (CENETEC-SALUD-2008).

Las actividades ocupacionales como la jardinería, la modificación del comportamiento y las mascotas pueden ser otra alternativa de tratamiento para depresión y además disminuyen el deterioro cognitivo (Im, 2014).

Gasca, B. Z., & Aguilar, S. A. (2007) Refiere con relación a la Terapia de arte sirven en pacientes que tienen problemas para expresar sus sentimientos, o los reprimen porque no pueden expresarlos por su cultura o personalidad. Es un tipo de terapia adecuada para personas que necesitan reconciliar “problemas emocionales, fomentar la autoconciencia, desarrollar habilidades sociales, manejar conductas, resolver problemas, reducir la ansiedad, situar en la realidad e incrementar el autoestima. Al igual que es benéfica en presencia de duelo, enfermedades como SIDA, cáncer, enfermedad mental, etc.

Deligiannidis & Freeman, (2014) Ha investigado el uso de tratamientos alternativos y terapias para disminuir la depresión, que pueden ser nutricionales como recomendar el consumo de pescado, por el omega-3 y los ácidos grasos o en caso de que no sea posible, que se consuma ácido fólico de 0.4-1mg. Asimismo las embarazadas de bajo riesgo y en ausencia de complicaciones, deberán realizar ejercicio aeróbico ya que se asocia a menores síntomas depresivos durante el embarazo. (Tapia, A. 2004) Señala que los ácidos grasos poliinsaturados linoleico y alfa-linoleico son los precursores de omegas 3 y 6, estos ácidos no pueden ser sintetizados por los humanos por lo cual el único modo de obtenerlos es por medio de la dieta, se ha investigado que una dieta deficiente en ácidos grasos y omega 3 modifican la composición de lípidos aumentando la densidad de los receptores 2A de serotonina y una disminución de los receptores D2 de dopamina.

c) Otros modelos de Intervenciones que favorezcan la prevención de la depresión

Una recomendación para disminuir la depresión perinatal, es una intervención educativa que contiene la entrega de un libro de autoayuda y apoyo telefónico semanal realizado por psicólogos, para reforzar y discutir el contenido de cada unidad, que son: maternidad y paternidad, resolución de problemas, pensamientos saludables, cuidados del bebé, equilibrio y bienestar. También hay modalidad grupal, visitas domiciliarias, difusión sobre la depresión perinatal, promoción de pensamientos positivos, desarrollo de actividades placenteras, activación de redes de apoyo, masajes terapéuticos en el embarazo por profesionales, por la pareja y psicoterapia interpersonal e individual. Otra medida que apoya la reducción de la depresión posparto, es favorecer el vínculo madre-infante Las visitas domiciliarias por enfermeras a las madres que se encontraban en riesgo tenían un efecto protector durante las primeras seis semanas posteriores al parto (Olhaberry, 2013).

Dennis, C. L. (2005). Sugiere visitas domiciliarias frecuentes por parte del personal de enfermería con las madres que tengan riesgo de depresión durante las primeras 6 semanas posparto, y hasta las 16 semanas, e ir disminuyendo paulatinamente las visitas. También este apoyo puede ser brindado por una comadrona, esto tiene un efecto preventivo para el desarrollo de la depresión posparto. Una intervención similar descrita por Trivedi, D. (2014). Incluye estrategias psicoeducativas, cognitivas, terapia conductual, clases prenatales - postnatales y psicoterapia interpersonal, asesoramiento psicológico e interacciones de apoyo fueron impartidos por diferentes profesionales de la salud quienes fueron capacitados previamente. Estos profesionales se dieron tarea de realizar visitas domiciliarias, sesiones vía telefónica, o en grupo dentro de la clínica. La intensidad de las sesiones fue de las 4 a las 24 semanas posparto.

2.3 Marco Empírico o referencial de las intervenciones de enfermería para prevenir Depresión.

En el marco empírico o referencial se incluye las diferentes intervenciones de enfermería identificadas en la literatura para disminuir la presencia de depresión que se presentan a continuación.

2.3.1 La Musicoterapia como parte de la intervención para prevenir depresión asociada a preeclampsia

La musicoterapia es una intervención segura y no invasiva contra la depresión perinatal o posparto, ya que influye para disminuir los efectos del estrés y la depresión, tiene mínimos o ningún riesgo para el binomio además de ser económica y rentable. (Chang, 2015). También es efectiva para disminuir el dolor, expresar sentimientos, mejorar la memoria y la comunicación, facilitar la rehabilitación fisiológica, además de propiciar un estado armonioso del cuerpo, la mente y el espíritu. Originalmente la musicoterapia se utilizaba para mejorar el sueño, y reducir la ansiedad preoperatoria en pacientes con cáncer. Actualmente las intervenciones de música se utilizan para reducir el dolor, el estrés y como terapia para el malestar físico, mejora significativamente la depresión en niños y en mujeres con cáncer, y disminuye el dolor. Por otra parte la eficacia de la musicoterapia en mujeres embarazadas, ayuda por ejemplo a reducir la percepción del estrés, mejorar la función inmune, mejorar la adaptación autonómica (Gong, 2015) . Las personas que escuchan música que les gusta han demostrado un aumento en los niveles de serotonina naturales. La musicoterapia es utilizada para contrarrestar el estrés por medio de la liberación de acetilcolina, ésta produce una reducción en la frecuencia cardiaca la presión arterial, además de aumentar el flujo sanguíneo a los órganos vitales. También tranquiliza a las mujeres durante el parto y favorece la salud del recién nacido, en éste aumenta la saturación de oxígeno, la fuerza de succión, y favorece la ganancia de peso, a largo plazo mejora la conducta infantil y aumenta su tolerancia al estrés (Martin, 2014). El tratamiento de la depresión por medio de la

musicoterapia puede incluir diversas actividades como la composición, el canto o la escucha. Hay 4 categorías principales de musicoterapia: la apreciación, la recreación, la improvisación y la creación. La música seleccionada por los pacientes muestra un mejor efecto a comparación de la seleccionadas por el personal (Tsai, 2014).

2.3.2 Actividad física

La realización de actividad física puede ser benéfica para la madre y el feto ya que tiene mínimos efectos adversos, ayudan a reducir el peso y mejoran el tono muscular incrementando los niveles de endorfinas, disminuyendo el riesgo de desarrollar preeclampsia, y reduciendo el tiempo en el trabajo de parto incrementando las posibilidades de un parto eutócico (Méndez-Cerezo, 2014). Las mujeres que no tengan ninguna contraindicación médica deben de participar en actividades de ejercicio aeróbico y de fuerza acondicionado regular durante el periodo perinatal. (Deligiannidis, 2014). Sin embargo la guía de práctica clínica Atención integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención menciona que el ejercicio físico excesivo se asocia con mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial gestacional y preeclampsia, ésta recomienda el reposo en casa durante el tercer trimestre y la reducción del estrés como medida para prevenir preeclampsia. (CENETEC-SALUD-2008). Asimismo las embarazadas de bajo riesgo y en ausencia de complicaciones, deberán realizar ejercicio aeróbico ya que se asocia a menores síntomas depresivos durante el embarazo. (Deligiannidis & Freeman, 2014)

La realización de actividad física ayuda a aumentar la producción de endorfinas mejorando el estado de ánimo (Jadresic, 2014). Con la práctica regular de ejercicio aeróbico moderado se pueden producir mejoras tanto para el estado físico general materno como en los resultados del embarazo sin comprometer el bienestar materno-fetal. También tiene una ventaja contra la preeclampsia si se realiza actividad física antes y durante el embarazo. (Carballo, R. B., 2005) El

yoga es una intervención factible, eficaz, segura y aceptable para las mujeres embarazadas con síntomas de depresión y ansiedad (Davis, 2015) Está puede mejorar las condiciones físicas tales como el cáncer, la menopausia, el dolor.

2.3.3 Yoga

La intervención con yoga también juega un papel importante en trastornos mentales como epilepsia, esquizofrenia, sentimientos de tristeza. (Gong, 2015). Las intervenciones de yoga que involucran posturas (ásanas) y respiración (pranayama) ayudan a conectarse con uno mismo después de que el cuerpo ha experimentado un evento traumático, como el que se presenta en caso de violencia, que como ya he mencionado es una causa importante ante el desarrollo de depresión, beneficiando en la reducción de estrés pos traumático (Clark, 2014) El yoga es un sistema holístico multidimensional de la salud y el bienestar que se centra en la mente y sus funciones con las prácticas mente-cuerpo de múltiples componentes incluyendo cuatro categorías principales de competencia: Físicos: posturas y movimientos Ejercicios de respiración, Respiración/relajación (se deberán de evitar las prácticas de respiración rápida) y Atención y la meditación.

Otro aspecto que incluye la práctica de la yoga incluyen el cultivo de lo positivo, valores, pensamientos, actitudes y los factores de estilo de vida, se recomienda de 15 a 40 minutos con un mínimo de 4 sesiones por semana (de Manincor, 2015)

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda 30 minutos de ejercicio moderado al día los más días posibles. Sin embargo si el ejercicio es muy intenso aumenta el riesgo de aborto. (Méndez-Cerezo, 2014). Los ejercicios más recomendables son la marcha, la natación, aerobics, y el fortalecimiento muscular de bajo impacto estando siempre alerta ante los signos de alarma que en caso de presentarse se finalizará de inmediato el ejercicio, éstos signos son: excesiva dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos, contracciones,

sangrado vaginal, sospecha de pérdida de líquido amniótico, disminución de movimientos fetales, cefalea y disnea. (Cardeñosa, M. B. 2012)

2.3.4 Masaje Terapéutico

“El masaje puede producir una serie de efectos subjetivos positivos de forma aguda como son reducción de la ansiedad, la vasodilatación periférica, relajación muscular y mental”. Además de segregar sustancias como oxitócica, endorfinas y otras hormonas. Otros beneficios del masaje es que mejora el sistema parasimpático y ayuda a reducir la actividad inflamatoria. (Poland, R. E., Gertsik, L., Favreau, J. T., Smith, S. I., Mirocha, J. M., Rao, U., & Daar, E. S. 2013). Está demostrado que problemas como ansiedad, estrés, depresión, bulimia, y otros trastornos psicológicos se han visto beneficiadas por la terapia de masaje de relajación, también se ha demostrado disminución de la hostilidad y agresividad a partir de la décima sesión. (Garner, B., Phillips, L. J., Schmidt, H. M., Markulev, C., O'Connor, J., Wood, S. J. & McGorry, P. D. 2008) Los masajes de al menos 20 minutos por semana durante el periodo prenatal y posparto ayudan a disminuir los niveles de cortisol, aumentando los niveles de serotonina y dopamina. También ayudando al feto a aumentar el peso al momento del nacimiento, y reduciendo la prematuridad. (Deligiannidis, 2014) Otra intervención a base de masajes es visitar un terapeuta que los proporcione dos veces a la semana por 1 hora durante un promedio de 8 semanas, muestra mejoras en las personas con depresión pero ésta se hace notable después de la cuarta semana de tratamiento. (Poland, R. E., Gertsik, L., Favreau, J. T., Smith, S. I., Mirocha, J. M., Rao, U., & Daar, E. S. 2013). Una masajista administra la terapia de masaje por 20 minutos, brindando una presión y compresión moderada a la parte posterior, (paralela a la columna vertebral) de arriba hacia abajo comenzando por los hombros y finalizando en la columna, amasando el musculo trapecio, presionando los dedos y el talón de la mano realizando movimientos circulares, también es importante masajear el cráneo y el cuero cabelludo. Posteriormente masajear los hombros, los brazos de la parte superior a la inferior realizando

caricias profundas, continuando con las manos y concluyendo en los dedos, al llegar a estos se debe tirar de ellos. Otro punto importante es que hay que ser puntual al momento de realizar los masajes, es decir llevarlos a la misma hora cada día que se lleve a cabo la sesión. (Fritz, S. 2001)

2.3.5 Terapias Ocupacionales

Terapia hortícola

La terapia Hortícola es una intervención no farmacológica que también se utiliza para disminuir la depresión, favoreciendo la actividad social, del comportamiento y el bienestar mental, en un entorno natural. También ayuda a disminuir niveles de agitación, y ejercer un impacto positivo en el cerebro mejorando la función cognitiva, la memoria. (Makizako, H., Tsutsumimoto, K., Doi, T., Hotta, R., Nakakubo, S., Liu-Ambrose, T., & Shimada, H. 2015). La terapia hortícola puede desarrollarse en entornos muy diversos adaptándose a diferentes lugares y a personas de cualquier edad y condición, las ayuda a recuperar destrezas manuales y sociales, favoreciendo la autoconfianza brindando esperanzas día a día creando ilusiones y expectativas, ya que esta actividad estima la obtención de resultados. Al estar en contacto con la naturaleza las personas tienen efectos positivos que estimulan la producción de serotonina, también hay estimulación de los sentidos debido a los diferentes colores, las formas, los aromas o perfumes de las plantas, además del contacto con el aire y el sol y estimula el trabajo en equipo. Por medio de las plantas las personas obtienen varios beneficios como, expresar sus sentimientos, ayuda a combatir la depresión “mejora la función cognitiva, la concentración, la memoria, atención, motivación, ayuda a disminuir los niveles de estrés, favorece la relajación, la satisfacción personal, mejora el autoestima, también mejora funciones motoras como la flexibilidad, el equilibrio, disminuye la presión arterial, favorece el funcionamiento del corazón y ejercita músculos de nuestro cuerpo como las piernas, glúteos, hombros, brazos, cuello, y espalda, también mejora las articulaciones, y relacionarse con las demás

personas ya que se puede desarrollar sola o en grupos, en espacios cerrados o abiertos. Las plantas por ser susceptibles a los cambios de clima y las estaciones del año ayudan a desarrollar el sentido de la memoria y la planificación.

La terapia hortícola ayuda a mejorar la “calidad de vida, la salud, la educación, el tiempo libre, la participación social,” además de provocar una sensación de bienestar que esta actividad genera en nosotros. (Negritto, A. María, Nuñez Ricardo S. G., Sanchez Fontalvo I. M. 2014). Se llevó a cabo esta terapia con una duración de 20 sesiones semanales con una duración de 90 minutos en las que las personas se apegan a una serie de actividades relativas a cultivos, como pueden ser en el campo y la cosecha. También realizar actividades como la jardinería individual o en grupo (que también se conoce como bonsái estilo Yoseue), que aplica la combinación de diferentes variedades de plantas o moldeadas, y plantar flores. (Makizako, H., Tsutsumimoto, K., Doi, T., Hotta, R., Nakakubo, S., Liu-Ambrose, T., & Shimada, H. 2015) Las actividades ocupacionales como la jardinería, la modificación del comportamiento y las mascotas pueden ser otra alternativa de tratamiento para depresión y además disminuyen el deterioro cognitivo (Im, 2014).

Intervención a base de arte

Se ha descubierto que el arte actúa sobre el sistema nervioso autónomo, el equilibrio hormonal y los neurotransmisores cambiando la actitud, las emociones, y la percepción del dolor, ayudando a la persona ir de un estado estresante a otro de relajación. Ésta es una intervención joven que se diferencia de las cognitivo-conductuales. “Combina los enfoques terapéuticos psicodinámicas, humanísticas, educativos y otros”. Las personas crean imágenes de arte para poder expresar sentimientos e ideas, que las palabras no pueden por medio de la autoexpresión. Ésta tiene ventajas sobre la comunicación verbal y por escrito porque las personas muestran lo que están sintiendo, algo que los deja comprender y reconocer sus pensamientos y sentimientos ocultos y permite la

expresión consciente e inconsciente (Hughes, E. G., & da Silva, A. M. 2011). El arte como mediador de la razón La terapia de Arte tiene diferentes funciones, una de ellas es “eliminar el conflicto entre el sentimiento y la razón”, ya que al buscar estética en lo que se está construyendo por el uso de la imaginación se logran explotar estos sentimientos y cualidades al máximo.

Arte como medio de identificación, el arte permite a las personas conectarse y comunicarse con otros y con todo, pero a la vez deja reflejar una parte de la identidad de cada uno al compartir sus ideas. Arte como medio de comunicación, gracias al arte se pueden expresar sentimientos que no se pueden decir con palabras ya que se puede comunicar por medio de estos el miedo, el terror, la violencia, la muerte las injusticias, aunque no todo son emociones negativas también se pueden compartir sentimientos como el amor, la belleza, el destino, la felicidad. Además de ser una representación que ha sido creada por la conciencia que tiene un significado que no se puede explicar tradicionalmente, tampoco hay una regla estricta sobre cómo se puede hacer, existen colores, texturas, formas, ritmos, movimientos para poder hacer visible lo invisible. Arte como posibilidad de re conceptualizar la realidad, por este es posible expresar los pensamientos sobre la rutina y la cotidianidad en la que se vive, para contemplarla desde distintos puntos de vista, el arte como juego, el trabajo artístico requiere una gran demanda del uso de la imaginación y la capacidad creativa, más el manejo libre de las emociones lo que ocasiona el dominio de éstas, se considera como juego porque produce sensaciones agradables en la que la persona manipula libremente elementos internos y externos apoyándose en la imaginación.

A pesar de ser adultos el juego es una parte importante de la vida de las personas ya que permite crear un ambiente relajado de fantasía e imaginación para escapar de las angustias que provoca vivir en el mundo real además de que permite analizar dificultades de la vida de manera mental sin exponerse a las consecuencias. El arte como vía de autoconocimiento al comunicarse por medio

del arte las personas pueden identificar sus propias aspiraciones afectivas, intelectuales y prácticas por medio de la creación y la observación como espectador de una obra artística ya que permite conectarse con el interior antes de que las ideas surjan en forma de lenguaje, música o imagen visual. Además que permite activar o identificar sentimientos a partir de la estimulación del arte

Arte como cura del dolor las cualidades que tiene el arte para disminuir el dolor es originado por su capacidad de convertir en algo hermoso los sentimientos más terribles de la realidad apoyando a no resignarse y no abandonarse, por lo tanto el arte puede compensar frustraciones causadas por las incongruencias causadas por la vida real. (Gasca, B. Z., & Aguilar, S. A. 2007).

Las intervenciones a base de arte se llevaron a cabo en las tardes 2 horas una vez a la semana, durante un periodo de 8 semanas conformadas con 4 a 7 mujeres por cada grupo. Se empleó una técnica de arte diferente cada semana. Entre los diferentes tipos de arte que se utilizaron se encontraron: elaboración y decoración de una cartera, mapeo del cuerpo con papel, marcadores y pinturas acrílicas, un dibujo de árbol, y durante estas sesiones en ocasiones se les hacía reflexionar sobre su comportamiento, el significado de su alteración, percepción de sus fortalezas y debilidades, la comunicación y relaciones personales con la familia y amigos que brindan fuerza y apoyo. (Hughes, E. G., & da Silva, A. M. 2011).

La terapia de arte tiene una enorme variedad de elementos de los cuales se puede hacer uso para ayudar a las personas, como la pintura, el dibujo y el modelado, aunque también se puede ampliar y utilizar la música, danza, escritura, y teatro. No es obligatorio ser expertos o dominar todo, lo importante es la participación del paciente y sobretodo su expresión, ya que es un auto reflejo de la persona que lo crea. (Gasca, B. Z., & Aguilar, S. A. 2007)

Terapia a partir de la compañía y cuidado de mascotas

Ésta terapia busca incluir “todos los planos de trabajo, médico, psiquiátrico, psicológico, educativo y social”. (Buil Martínez, I., & Canals Sisteró, M. 2011). De acuerdo a la metodología utilizada se clasifican en diferentes programas, Actividades asistidas por animales (AAA) mejoran la calidad de vida de la persona ya que aportan beneficios de motivación y recreación, en cada sesión no se tienen objetivos claros, simplemente son actividades que surgen espontáneamente a igual que no tienen duración exacta. (Buil Martínez, I., & Canals Sisteró, M. 2011). La terapia con perros puede ayudar a los pacientes en diversas formas, favorece el contacto afectivo, el estado de ánimo, favorece la comunicación, la concentración, el respeto y la responsabilidad, disminuye la agresividad, fomenta el dialogo, mejora la autoestima, sirve de entretenimiento y contacto físico. (Buil Martínez, I., & Canals Sisteró, M. 2011).

Los animales de compañía ayudan a aliviar los sentimientos de soledad, depresión, y aburrimiento incluso mejoran la interacción y comunicación con otras personas. En el caso de la depresión el animal es un estímulo de motivación para su cuidado, de activación física para pasearlo y en la interacción social con otros dueños de perros. (Buil Martínez, I., & Canals Sisteró, M. 2011).

“Los animales de compañía son una fuente no humana de apoyo social que es distinta de apoyo social de las personas” Los animales de compañía facilitan la interacción con otras personas Las personas de la tercera edad que estuvieron bajo terapia asistida con animales demostraron niveles más bajos de tensión arterial, mayor actividad física, las personas que tienen contacto con perros reportan menores síntomas de fatiga, tensión, confusión, y depresión. (Friedmann, E., Thomas, S. A., & Son, H. 2011).

Las intervenciones que utilizan perros demuestran mejoras en la comunicación, habilidades sociales, y rehabilitación cognitiva. Otra percepción que tienen las personas de tener una mascota son el compañerismo, y sentido de propósito en personas mayores. (Cherniack, E. P., & Cherniack, A. R.2014). En los últimos

años se ha notado un cambio en cuanto a la posesión de mascotas, el simple hecho de atender sus necesidades a algunas personas les brinda una motivación, una compañía y una gran satisfacción el cariño que estas pueden demostrar hacia nosotros. En el caso de las personas que sacan a pasear a sus animales hace una doble función al incluir actividad física igualmente mejorando los niveles de depresión. Las sesiones de tres horas una vez a la semana con un gato por un mes y medio, también se recomienda la visita a un gato, un perro y un terapeuta o enfermera por un periodo de un año, dentro de las actividades que realizan con los animales son, llevarlos a caminar con correa, bañarlos, alimentarlos, o arreglarlos. Las intervenciones con animales no solamente se pueden limitar a perros o gatos, también se pueden utilizar conejos, cabras, burros, canarios u otras aves. Hay mejores resultados sobre los aumentos de presión arterial si se utiliza la mascota de la persona. (Cherniack, E. P., & Cherniack, A. R.2014).

2.3.6 Consejería nutricional como parte de una intervención integral para prevenir depresión

Deligiannidis & Freeman, (2014) Ha investigado el uso de tratamientos alternativos y terapias para disminuir la depresión, que pueden ser nutricionales como recomendar el consumo de pescado, por el omega-3 y los ácidos grasos o en caso de que no sea posible, que se consuma ácido fólico de 0.4-1mg. En la población general se ha observado que existen bajos niveles de Omega 3 y Ácidos grasos en fosfolípidos plasmáticos, se cree que existe una asociación entre la depresión perinatal y los ácidos grasos omega 3 ya que las mujeres traspasan sus reservas al feto lo que puede ocasionar una deficiencia en la madre. Los humanos no pueden producir EPA y DHA en suficiente cantidad, sin embargo estos nutrientes esta involucrados en la formación y el funcionamiento del sistema nervioso central. Está demostrado que la deficiencia de ácidos grasos omega 3 modifican la composición de lípidos y funciones neuroquímicas en áreas específicas del cerebro al igual que son fundamentales para el

desarrollo del cerebro y la sinapsis del bebé durante el tercer trimestre de gestación, además de conformar parte del tejido visual. (Tapia, A. 2004) Para obtener los beneficios de los ácidos grasos omega 3 no solo basta con la ingesta de estos alimentos, si no también ingerirlos de manera adecuada y suficiente.

La utilización de ácidos grasos Omega 3 ha demostrado ser “eficaz en la prevención de enfermedades cardiovasculares, debido a sus efectos anti inflamatorios y cardioprotectores”, también se sugiere su uso en el tratamiento de enfermedades mentales como la depresión, ya que comparte junto con las enfermedades cardiovasculares producción de citoquinas proinflamatorias, disfunción endotelial, y elevaciones en los niveles de homocisteína en plasma. Los efectos positivos de omega 3 pueden depender de su contenido abundante fisiológico en el sistema nervioso, además puede contrarrestar los procesos inflamatorios que ocurren en la depresión. (Grosso, G., Pajak, A., Marventano, S., Castellano, S., Galvano, F., Bucolo, C., & Caraci, F. 2014) Las principales fuentes de omega 3 y ácidos grasos son los aceites vegetales como el de olivo, canola, soya, nueces, linaza y de pescado, margarinas, carnes magras y huevo también su carne al igual que el consumo de mariscos es gran fuente de éstas grasas. (Tapia, A. 2004)

Otros alimentos que lo contiene son algunas nueces y semillas vegetales, pollo, carne de rumiantes y cerdos. Una fuente vegetal a base de plantas es la verdolaga, al igual que el aguacate, la palma y el olivo. Otros alimentos que son enriquecidos con Omega 3 son la leche, diferentes tipos de queso, huevo, galletas y productos de panadería, formulas infantiles, mayonesas, margarinas, y aderezos. (Castro-González, M. I. 2002)

2.3.7 Apoyo Familiar

La familia es el soporte principal tras un evento que altere la salud. (Torres Lagunas, M. D. L. Á., Victoria, L., Marlene, F., & García Jiménez, M. A. 2012)

Además de ser una estrategia individual y racional particular, está ligada a condiciones biológicas, que se modifican de acuerdo a las condiciones sociales e históricas. La familia proporciona recursos, y servicios además de la compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y de consejería, siendo una de las piezas nucleares de las leyes e instituciones para brindar apoyo en medio de los cambios. Ésta representa “la primera institución a la que se recurre en situaciones de crisis” siendo la encargada de proveer protección social a los individuos. Una recomendación para disminuir la depresión perinatal, es una intervención educativa que contiene la entrega de un libro de autoayuda y apoyo telefónico semanal realizado por psicólogos, para reforzar y discutir el contenido de cada unidad, que son: maternidad y paternidad, resolución de problemas, pensamientos saludables, cuidados del bebé, equilibrio y bienestar. También hay modalidad grupal, visitas domiciliarias, difusión sobre la depresión perinatal, promoción de pensamientos positivos, desarrollo de actividades placenteras, activación de redes de apoyo, masajes terapéuticos en el embarazo por profesionales o por la pareja y psicoterapia interpersonal e individual. Otra medida que apoya la reducción de la depresión posparto, es favorecer el vínculo madre-infante. Las visitas domiciliarias por enfermeras a las madres que se encontraban en riesgo tenían un efecto protector durante las primeras seis semanas posteriores al parto (Olhaberry, 2013).

Gracias a estas diferentes intervenciones que ayudan a disminuir los síntomas depresivos sin el empleo de medicamentos fue posible diseñar y aplicar la intervención que se otorgó a las pacientes. Ésta abarcó diferentes temas además de la depresión también incluyó otros los cuales fueron como identificar y disminuir estrés y violencia, la importancia del apoyo familiar, y la nutrición. Se dividieron los temas en uno por sesión pero para fines de elaboración de esta tesis solo se mencionó las intervenciones que se enseñaron para identificar y disminuir depresión.

CAPITULO III METODOLOGÍA

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Es un estudio, cuantitativo, de intervención, prospectivo, longitudinal, analítico de nivel explicativo y controlado.

El estudio es experimental porque el investigador manipula la variable de estudio, es cuantitativa porque presenta cantidades de medición, prospectivo porque los datos fueron recolectados a propósito de la investigación, longitudinal porque se realizaron 2 mediciones antes y después, los datos son primarios por lo que se posee el control del sesgo a medición. Analítico porque el análisis estadístico es bivariado porque plantea y pone a prueba hipótesis, establece relación entre factores, explicativo porque explica el comportamiento de una variable de enfermería de otras, por ser estudios de causa y efecto. Requieren un control y deberá cumplir con criterios de causalidad. Controlado porque tiene un grupo control, el control estadístico es multivariado a fin de descartar asociaciones aleatorias causadas o expuestas entre la variable independiente y dependiente.

3.2 Escenario de estudio

El estudio se llevó a cabo en 3 centros de salud del instituto de salud del Estado de México (ISEM) de una comunidad urbana del municipio de Chimalhuacán en el Estado de México en los Centros de Salud Herreros, Plateros el Centro de Atención Primaria a la salud Santa Elena, y el hospital Materno Infantil Vicente Ramón Guerrero Saldaña. Y mujeres embarazadas de otra comunidad Urbana de la Ciudad de México que acudían a los centros de salud Cultura Maya, Lomas de Padierna, Hortensia, el hospital general Ajusco Medio y el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento (CIMIGEN).

3.3 Sujetos de estudio

Aquellas mujeres sanas que acudían a su control prenatal en alguno de los centros de salud ya mencionados, sin patología crónica degenerativa previa o asociadas a la gestación. Y que deseen participar en el estudio

3.4 Criterios de inclusión, de exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas
- Sin patologías o comorbilidades asociadas a la gestación Mujeres
- Mujeres que presenten 20 o más semanas de gestación
- Mujeres que aceptan participar en el estudio que cumplan con los criterios anteriores y tengan el deseo de participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Mujeres no embarazadas o puérperas.
- Mujeres con alguna patología previa o asociada a la gestación.
- Mujeres que se encuentren antes de la semana 20 de gestación o después de la 42
- Mujeres que no cumplan con las condiciones.
- Mujeres embarazadas que cumpla con los criterios y no desee participar.

Criterios de Eliminación

Se descartaron dos cuestionarios uno con embarazo gemelar, y otro que repitió la entrevista. Así mismo se eliminaron los cuestionarios de las mujeres las cuales no se volvían a localizar para la revaloración de las escalas. Se descartaron 5 encuestas por no tener llenado en su totalidad el instrumento, y las mujeres que no deseaban participar en el estudio, dando un total de 192 participantes tanto

del Estado de México como en la Ciudad de México contando grupo intervención y grupo control al momento de la primera medición.

3.5 Hipótesis

H1 La intervención integral de enfermería reduce riesgo de depresión como factor psicosocial asociado para preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en 6 centros de salud y 3 hospitales de la república mexicana

H0 La intervención integral de enfermería no reduce el riesgo de depresión como factor psicosocial asociado para preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en 6 centros de salud y 3 hospitales de la república mexicana.

3.6 Variables

Anexo N°3: TIPO DE VARIABLES			
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Depresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestaban 2. No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito 3. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de mi familia o amigos 4. Pensé que valía tanto como otras personas 5. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo... 6. Me sentí deprimido (triste, cansado sin ganas de nada, sin saber por qué) 7. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo... 8. Me sentí esperanzada con respecto al futuro... 9. Creí que mi vida había sido un fracaso... 10. Me sentí temerosa... 11. No dormí bien... 12. Fui feliz... 13. Hablé menos de lo que casi siempre hablo... 14. Me sentí sola... 15. La gente era poco amistosa... 16. Disfruté de la vida... 17. Tenía ganas de llorar... 18. Me sentí triste... 19. Sentí que no le gustaba a la gente... 20. Sentí que "ya no podía más" 	<p>80-100 Muy deprimido</p> <p>60-79 Moderadamente deprimido</p> <p>40-59 Poco deprimido</p> <p>20-39 No está deprimido</p>	Ordinal
Puntaje	Puntaje total depresión	20 - 100	Numérica discreta
Presencia de preeclampsia	"sí" – "no"	"sí" – "no"	Nominal dicotómica
Clasificación depression	<p>Muy deprimido</p> <p>Moderadamente deprimido</p> <p>Poco deprimido</p> <p>No está deprimido</p>	<p>80-100 Muy deprimido</p> <p>60-79 Moderadamente deprimido</p> <p>40-59 Poco deprimido</p> <p>20-39 No está deprimido</p>	Ordinal
Fuente: Directa elaborada a partir del instrumento de valoración del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia			

3.7 Recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó la escala de Sintomatología de Radloff, y el estudio socioeconómico Gaffar. Éstas escalas fueron validadas previamente en el artículo *Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia* publicado en el año 2015 por la revista *Enfermería Universitaria*. Este instrumento ayuda a detectar la presencia de depresión para ver si hay factores que alteren la salud mental, emocional o psicológica. (Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. 2015).

La primera parte del cuestionario se debe de llenar con datos personales de las participantes y los datos del recién nacido, para fines de elaboración de esta tesis se utilizó el cuestionario 4 que muestra la Escala de sintomatología Depresiva (Radioff) que pide a las participantes registrar sus sentimientos y emociones del último mes, ésta ha demostrado que es el instrumento más empleado en México para la detección de depresión con base en su sintomatología en diferentes contextos y poblaciones, es auto aplicable y su tiempo aproximado de aplicación es de 8-10 minutos. Tiene 20 ítems la puntuación mínima es de 20 y la máxima de 100 a mayor puntuación, mayores síntomas depresivos, su alfa de Cronbach es de 0.83. de fiabilidad (Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. 2015).

El cuestionario 5 realiza un Estudio socioeconómico (Gaffar) utilizado para caracterizar la muestra, divide la condición socioeconómica en diferentes estratos dependiendo de la ocupación o profesión, nivel de estudios, principal fuente de ingresos económicos y características de la vivienda. (Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. 2015).

Al final de las Escalas se anexa la Carta de consentimiento Informado el cual explica el manejo de la información, y la confidencialidad de los mismos. (Torres-

Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. 2015). Este instrumento se encontrara en el anexo

Este instrumento se aplicó a todas las participantes en dos momentos, uno a partir de que las mujeres aceptaban participar en el proyecto de investigación y el otro posterior a la culminación de la intervención. Posteriormente se les localizaba vía telefónica para recolectar los datos sobre el nacimiento y la salud del recién nacido.

La prueba Alfa de Cronbach se utilizó para medir la fiabilidad del instrumento. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados en este caso nos da un valor de .830 que se considera bueno, siendo igual al reportado en el artículo *“Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia”*

3.8 Sesiones educativas

Con base en la revisión de la literatura se diseñó un programa de intervención integral educativa de enfermería para aplicar a las mujeres que asistían a los diferentes centros de salud a llevar su control prenatal. El taller que llevo por nombre “Por un embarazo saludable”, se impartió en 4 sesiones. Cada sesión duro aproximadamente entre 45 y 60 minuto

3.9 Análisis e interpretaciones de los resultados

Se vaciaron los datos recopilados del instrumento de valoración una base de datos elaborada con el programa SPSS versión 23.

Para la estadística descriptiva se utilizaron tablas cruzadas y Chi cuadrado

Para la fiabilidad del instrumento se utilizó el alfa de Cron Bach

Para comparación de grupos se utilizó la U de Mann Whitney

Para la determinar la hipótesis se utilizó Mc-Neman

Para comparar los grupos se utilizó T de Student, para muestras relacionadas y T de Student para muestras independientes

Para medir el riesgo se utilizó Odds Ratio

3.10 Consideraciones Éticas

Este estudio se realizó bajo lo establecido en la secretaría de salud en la ley general de salud en materia de investigación; las escalas de valoración y el consentimiento informado se sometieron a evaluación por el comité ético que corresponde a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Para la aplicación de esta investigación se envió el protocolo a los Hospitales Materno infantil Vicente Ramón Guerrero Saldaña, y al Hospital general Ajusco medio Obdulia Rodríguez Rodríguez, y CIMIGEN. Posteriormente se solicitó permiso a los diferentes centros de salud que refieren a sus pacientes a éstas instituciones enviándose un oficio donde se establecieron los datos del proyecto, el contenido de las sesiones, el nombre de las personas participantes en la aplicación de la intervención.

A todas las pacientes que participaron en este estudio de intervención se les otorgó un consentimiento informado en el que se explica claramente cómo se manejarían los datos obtenidos, la confidencialidad de los mismos y el propósito por el cual se realizaba dicha investigación, además se les daba una explicación verbal ante las dudas que pudieran surgir.

En los resultados de esta investigación no se revelan las identidades de las participantes, de igual forma se les hacía mención que su participación no influía en la atención que recibían, no tenían ninguna obligación de ser partícipes en esto. Por lo cual eran libres de decidir voluntariamente participar o no y de cancelar su participación en el momento que ellas así lo decidieran.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se muestran los resultados que se obtuvieron de la escala de valoración del proyecto PAPIIT UNAM DGAPA IN308814-3 titulado intervención integral de enfermería para disminuir factores psicosociales asociados a preeclampsia, durante la aplicación de la intervención integral de enfermería. Este instrumento fue previamente validado. Se empezarán a describir los datos sociodemográficos de la madre y del bebé posteriormente se mostrarán cada uno de los ítems que presenta el cuestionario de Escala de Sintomatología Depresiva (Radloff). Y para finalizar se mostrara la prueba estadística que se eligió.

El grupo de estudio estuvo constituido por 192 mujeres embarazadas procedentes del Estado de México y la Ciudad de México, de estas 98 corresponden al Estado de México siendo 48 el grupo de los controles y 50 el grupo de intervención al momento de la medición inicial. En la evaluación final el grupo de los controles lo conformaron las mismas 48 pacientes y el grupo intervención lo conformaron 19 mujeres embarazadas. Para la Ciudad de México fueron 94 participantes las cuales 49 conformaron el grupo control y 45 el grupo de intervención, antes y después de la intervención.

Cuadro N° 1
Datos sociodemográficos maternos

		Frecuencia	Porcentaje
SEGURIDAD SOCIAL	No contestó	2	.6
	Si cuenta seguridad social	232	65.7
	No cuenta con seguridad social	119	33.7
	Total	353	100
Domicilio	Urbana	353	100
	Total	353	100
Lugar de entrevista	Hospital Ajusco medio	6	1.7
	Hospital Vicente Guerrero Chimalhuacán	96	27.7
	CIMIGEN	142	40.2
	Centro de salud EMEX	69	19.5
	Centro de salud CDMX	40	11.3
	Total	353	100
Dx Preeclampsia	Si	1	.6
	no	352	99.4
	Total	353	100
Nivel socioeconómico	4-6 mejores condiciones de vida	10	2.8
	7-9 Buenos niveles de vida	59	16.7
	10-12 Satisfacen las necesidades básicas	116	32.9
	13-16 Pobreza relativa	156	44.2
	17-20 Pobreza crítica	12	3.4
	Total	353	100
EDAD	14 – 19	69	19.5
	20 – 24	105	29.7
	25 – 29	101	28.6
	30 – 34	59	16.7
	35 – 39	19	5.4
	Total	353	100.0

Fuente: Datos recolectados a partir de la escala de valoración que forma parte del proyecto PAPIIT UNAM DGAPA N° IN 308814-3 Titulado "Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia", recolectados en de Julio a Octubre del 2016.

Del 100% de las participantes el 65.7% contaron con algún tipo de seguridad social y el 33.7% no contaron con ningún tipo de seguridad social, El 100% de las participantes reportaron tener su domicilio dentro del área urbana. El 40.2% de las pacientes fueron entrevistadas en CIMIGEN, el 27.2% de las mujeres pertenecieron al hospital materno infantil Vicente Ramón Guerrero Saldaña, el 19.5% pertenecieron a los diferentes centros de salud del Estado de México, el 11.3% fueron captadas en los diferentes centros de salud de la Ciudad de México, y el 1.7% de ellas fueron captadas en el hospital Ajusco medio. El 99.4% no presento preeclampsia y el 0.6% desarrollo preeclampsia. El nivel socioeconómico más popular es el de "Pobreza relativa" con 44.2% del total de las participantes, y el que menor porcentaje posee es el de "Mejores condiciones de vida" con 2.8% del total de las mujeres, siendo más elevado el número de "Pobreza Crítica" con un porcentaje de 3.4% lo que quiere decir que al sumar estas cantidades da un total de 47.6% de las pacientes que se encuentran en

condiciones de pobreza o sea poco menos de la mitad de las participantes. La edad de las participantes fue de entre los 14 y 19 años se encuentran el 19.5% de las participantes, entre los 20 y los 24 años se encuentra el 29.7% que es la edad más común entre las mujeres embarazadas de este estudio, entre los 25 y 29 se encuentra el 28.6% mostrando que el número mayor de participantes se encuentran entre los 20 y 29 años de edad, de 30 a 34 se encuentra el 16.7 y de los 35 a los 39 se encuentra el 5.4%.

Cuadro N°2
Datos sociodemográficos recién nacido

		Frecuencia	Porcentaje
Vía de Obtención	No contestó	12	3.4 %
	Vaginal	241	68.3 %
	Cesárea	100	28.3 %
	Total	353	100 %
SEXO	No contesto	12	3.4 %
	Femenino	142	40.2 %
	Masculino	199	56.4 %
	Total	353	100 %
Peso	Menor de 2.500kg	31	8.8
	De 2.500 – 3.000kg	134	38.0
	De 3.000kg – 3.500kg	151	42.8
	Mayor de 3.500kg	37	10.5
	total	353	100.0
Servicio de Atención	No contesto	12	3.4 %
	Habitación conjunta	189	53.5 %
	Neonatos	152	43.1 %
	Total	353	100 %
APGAR	No contesto	12	3.4 %
	7	5	1.4 %
	8	24	6.8 %
	9	312	88.4 %
	Total	353	100 %
Inicio Lactancia	No contestó	12	3.4 %
	Si	332	94.1 %
	No	9	2.5%
	Total	353	100 %
Semanas de Gestación	32 – 36	38	11.0
	37 – 40	293	83.0
	41 – 42	21	5.9
	Total	353	100.0

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Se le preguntó a las participantes cual fue la vía por la cual se obtuvo el recién nacido a lo cual respondieron que el 68.3% terminó en parto fisiológico y el 28.3% finalizó en cesárea, el 3.4% no contesto éste apartado. El 56.4% refiere a los recién nacidos del sexo masculino y el 40.2% a los recién nacido del sexo femenino, el 3.4% no contestó éste apartado. El peso de los recién nacidos va de los 2.130kg a los 4.050kg. Posterior al nacimiento el 53.5% de los bebés paso a habitación conjunta con sus madres, el 43.1% paso al servicio de neonatos

separados de sus mamás y el 3.4% no contestó éste apartado. El APGAR más común fue de 9 con 88.4% de los bebés, seguido por 8 con el 6.8%, y el más bajo fue 7 con 1.4%. El 94.1% inicio lactancia inmediatamente posterior al nacimiento, el 2.5% no inició lactancia. Las semanas de Capurro reportadas son de 32 – 36 el 11.0%, de 37 a 40 el 83.0% y de 41 a 42 semanas el 5.9%

4.1 Escala de Sintomatología Depresiva (Radloff).

Cuadro N° 3

Item N° 1 “Me molestaron cosas que generalmente no me molestaban”

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUES		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	12 25.0%	12 24.0%	12 25.0%	6 31.6%	8 16.3%	11 24.4%	8 16.3%	8 17.8%	77 21.8%
pocas veces	13 27.1%	16 32.0%	13 27.1%	0 0.0%	18 36.7%	14 31.1%	18 36.7%	16 35.6%	108 30.6%
algunas veces	14 29.2%	14 28.0%	14 29.2%	10 52.6%	10 20.4%	10 22.2%	10 20.4%	18 40.0%	100 28.3%
muchas veces	7 14.6%	6 12.0%	7 14.6%	1 5.3%	10 20.4%	7 15.6%	10 20.4%	3 6.7%	51 14.4%
siempre	2 4.2%	2 4.0%	2 4.2%	2 10.5%	3 6.1%	3 6.7%	3 6.1%	0 0.0%	17 4.8%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Del cuadro “Me molestaron cosas que generalmente no me molestaban” el grupo control (GI) del EMEX tiene la respuesta con el mayor porcentaje en 29.2% en su respuesta de algunas veces, mientras que el grupo intervención (GI) la tiene en pocas veces con 32.0% el GC EMEX al momento de la aplicación del segundo instrumento no reporta cambios ya que continua siendo su respuesta más alta algunas veces con 29.2%, en cambio el GI EMEX reporta un aumento en las cosas que le molestan al ser su respuesta más común algunas veces con el 52.6%. lo que quiere decir que aumenta la molestia posterior a la intervención.

De la Ciudad de México el GC reportó al momento de la aplicación del primer cuestionario tener el porcentaje mayor en la respuesta algunas veces y muchas veces con el 20.4%. En el GI CDMX reporta el 31.1% en su respuesta de pocas veces, lo que demuestra que son más propensas a molestarte las pacientes del GC que las del GI. El GC CDMX no reporta cambios ya que sus participantes tuvieron la respuesta más alta en algunas veces y muchas veces con el 20.4%. El GI después reporta un aumento en las cosas que les molestan con su

respuesta más común en algunas veces. Lo que demuestra que el GC no mostró modificaciones pero el grupo intervención aumentó la molestia

Del EMEX y CDMX no hubo modificaciones en el GC al momento de la aplicación del segundo instrumento de valoración. Sin embargo tanto en el EMEX Y CDMX aumento el porcentaje de las mujeres que reportan sentirse molestas por cosas que generalmente no les molestaban.

Cuadro N° 4
Item N° 2 No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	15 31.3%	22 44.0%	15 31.3%	12 63.2%	23 46.9%	14 31.1%	23 46.9%	14 31.1%	138 39.1%
pocas veces	14 29.2%	16 32.0%	14 29.2%	3 15.8%	10 20.4%	13 28.9%	10 20.4%	18 40.0%	98 27.8%
algunas veces	13 27.1%	8 16.0%	13 27.1%	2 10.5%	6 12.2%	12 26.7%	6 12.2%	11 24.4%	71 20.1%
muchas veces	6 12.5%	2 4.0%	6 12.5%	0 0.0%	10 20.4%	5 11.1%	10 20.4%	2 4.4%	41 11.6%
siempre	0 0.0%	2 4.0%	0 0.0%	2 10.5%	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	5 1.4%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Para la pregunta, “No me dieron ganas de comer tenía poco apetito” el GC EMEX reportó la respuesta más alta para la respuesta nunca con un 31.3% y el GI reportó un 44.0% a la respuesta nunca. El GC EMEX al momento de la aplicación del segundo cuestionario no reporta cambios en su respuesta manteniéndose con 31.3% para la respuesta de nunca, el GI EMEX reporta un aumento en su respuesta de nunca a 63.2% lo que refleja que el GC no tuvo cambios entre el tiempo que se aplicó el primer y el segundo cuestionario. Sin embargo el GI aumento en porcentaje entre las personas que nunca sienten que no tienen ganas de comer.

El GC CDMX presenta el porcentaje más elevado en la respuesta nunca con 46.9% y el GI muestra 31.1% en su respuesta más elevada que es nunca. Al momento de la aplicación del segundo cuestionario el GC CDMX no tuvo modificaciones. Y el GI tuvo modificación en tener su porcentaje más elevado a la respuesta pocas veces con un 40.4%. Lo que demuestra que el grupo control de la CDMX no tuvo modificaciones sin embargo el GI aumento su falta de apetito.

Tanto en el EMEX como CDMX no hubo modificaciones entre el GC al momento de la primera y la segunda evaluación, sin embargo el GI del EMEX aumento el número de pacientes a nunca en el ítem No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito. Y en la CDMX el número de pacientes que no tenía ganas de comer aumento de nunca a pocas veces.

Cuadro N°5
Item N° 3 Sentía como si no pudiera quitarme la tristeza de encima

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	22 45.8%	28 56.0%	22 45.8%	10 52.6%	28 57.1%	20 44.4%	28 57.1%	21 46.7%	179 50.7%
pocas veces	10 20.8%	10 20.0%	10 20.8%	1 5.3%	10 20.4%	9 20.0%	10 20.4%	11 24.4%	71 20.1%
algunas veces	6 12.5%	6 12.0%	6 12.5%	7 36.8%	7 14.3%	10 22.2%	7 14.3%	9 20.0%	58 16.4%
muchas veces	6 12.5%	6 12.0%	6 12.5%	0 0.0%	3 6.1%	4 8.9%	3 6.1%	4 8.9%	32 9.1%
siempre	4 8.3%	0 0.0%	4 8.3%	1 5.3%	1 2.0%	2 4.4%	1 2.0%	0 0.0%	13 3.7%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Del ítem “Sentía como si no pudiera quitarme la tristeza de encima ni siquiera con ayuda de amigos o familiares” Del GC EMEX tiene el porcentaje más elevado a la respuesta nunca a la aplicación del primer instrumento, el GI EMEX reporta el porcentaje más alto con 56.0% a la respuesta nunca. El GC a la aplicación de la segunda entrevista no reporta cambios manteniéndose con 45.8% en la respuesta nunca. Y el GI disminuyó su porcentaje en la respuesta de nunca con 52.6%.

De GC CDMX y el GI muestran sus porcentajes más elevados a la respuesta nunca con 57.1% y 44.4% respectivamente, al momento de la aplicación de la primera intervención. Al momento de la segunda intervención el GC no tuvo modificación, sin embargo aumento el GI después de la intervención con 46.7% a la respuesta nunca.

Los GC EMEX y CDMX no tuvieron modificaciones sin embargo el GI EMEX disminuyeron su porcentaje en la respuesta nunca, a comparación de GI CDMX al aumentarlo.

Cuadro N°6
Ítem N° 4 Pensé que valía tanto como otras personas.

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	14 29.2%	18 36.0%	14 29.2%	5 26.3%	8 16.3%	7 15.6%	8 16.3%	5 11.1%	79 22.4%
pocas veces	6 12.5%	8 16.0%	6 12.5%	0 0.0%	4 8.2%	5 11.1%	4 8.2%	12 26.7%	45 12.7%
algunas veces	4 8.3%	9 18.0%	4 8.3%	5 26.3%	4 8.2%	4 8.9%	4 8.2%	8 17.8%	42 11.9%
muchas veces	9 18.8%	6 12.0%	9 18.8%	1 5.3%	12 24.5%	16 35.6%	12 24.5%	8 17.8%	73 20.7%
siempre	15 31.3%	9 18.0%	15 31.3%	8 42.1%	21 42.9%	13 28.9%	21 42.9%	12 26.7%	114 32.3%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Para el ítem “Pensé que valía tanto como otras personas” el GC EMEX muestra el porcentaje más alto a la respuesta siempre y el GI muestra un porcentaje más alto en la respuesta nunca, al momento de la segunda evaluación el GC no tiene modificaciones pero el GI tiene el porcentaje mayor en la respuesta siempre con 42.1%.

Para la CDMX el GC tiene el porcentaje más elevado en la respuesta siempre, y el GI tiene el porcentaje más elevado en la respuesta muchas veces, posterior a la primera evaluación el GC no tuvo modificaciones, y el GI tuvo el mayor porcentaje en las respuestas pocas veces y siempre.

El GC EMEX y CDMX no tuvieron modificaciones entre la primera y la segunda valoración, sin embargo posterior a la intervención aumento el porcentaje en pacientes que sienten que valen tanto como otras personas, y el GI CDMX tuvo una disminución en pacientes que sentían que valían tanto como otras personas.

Cuadro N°7
Item N° 5 Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	18 37.5%	17 34.0%	18 37.5%	10 52.6%	10 20.4%	9 20.0%	10 20.4%	10 22.2%	102 28.9%
pocas veces	15 31.3%	18 36.0%	15 31.3%	2 10.5%	18 36.7%	15 33.3%	18 36.7%	15 33.3%	116 32.9%
algunas veces	8 16.7%	10 20.0%	8 16.7%	5 26.3%	16 32.7%	16 35.6%	16 32.7%	15 33.3%	94 26.6%
muchas veces	5 10.4%	3 6.0%	5 10.4%	1 5.3%	3 6.1%	5 11.1%	3 6.1%	5 11.1%	30 8.5%
siempre	2 4.2%	2 4.0%	2 4.2%	1 5.3%	2 4.1%	0 0.0%	2 4.1%	0 0.0%	11 3.1%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Al ítem “Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo” GC EMEX tiene el porcentaje a la respuesta más elevada en nunca, con 31.1%, a comparación con el GI que reporta 36.0% al momento de la primera evaluación. A la aplicación del segundo cuestionario el GC no muestra diferencias pero el GI muestra un aumento a la respuesta nunca con 52.6%.

El GC CDMX reporta el porcentaje más elevado a la respuesta pocas veces con 36.7 %, y el GI reporta el porcentaje más elevado en la respuesta algunas veces con el 35.6%, al momento de la segunda evaluación el GC no presenta modificaciones, pero el GI aumento sus respuestas a pocas veces y algunas veces con 33.3%.

El GC EMEX y CDMX no mostraron cambios entre la aplicación del primer y segundo instrumento, el GI EMEX presenta un mayor porcentaje en la respuesta nunca con 52.6% a comparación con la CDMX con 33.3% en pocas veces y algunas veces

Cuadro N°8
Item N° 8 Me sentí deprimido triste, cansado, sin ganas de nada, sin saber porque

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	14 29.2%	12 24.0%	14 29.2%	6 31.6%	21 42.9%	16 35.6%	21 42.9%	18 40.0%	122 34.6%
pocas veces	11 22.9%	20 40.0%	11 22.9%	1 5.3%	17 34.7%	11 24.4%	17 34.7%	12 26.7%	100 28.3%
algunas veces	11 22.9%	12 24.0%	11 22.9%	9 47.4%	7 14.3%	8 17.8%	7 14.3%	9 20.0%	74 21.0%
muchas veces	7 14.6%	3 6.0%	7 14.6%	0 0.0%	3 6.1%	9 20.0%	3 6.1%	5 11.1%	37 10.5%
siempre	5 10.4%	3 6.0%	5 10.4%	3 15.8%	1 2.0%	1 2.2%	1 2.0%	1 2.2%	20 5.7%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Para el ítem “Me sentí deprimido triste cansado sin ganas de nada sin saber porque” el GC EMEX reporta su respuesta más común en nunca con 29.2% y el GI con 40.0 para la respuesta pocas veces al momento de la primera evaluación. El GC no reporta modificaciones mientras que el GI respondió con 47.4% algunas veces.

Para el GC y GI CDMX ambos grupos responden nunca con 42.9% y 35.6% respectivamente al momento de la primera valoración. El GC y GI siguen teniendo su mayor porcentaje en la respuesta nunca con 42.9% y 40.0% respectivamente, al momento de la segunda evaluación.

El GC EMEX y CDMX no tuvieron modificaciones en el antes y después. Sin embargo el GI EMEX se mostró más deprimido que en la primera evaluación y el GI CDMX disminuyo su nivel de depresión.

Cuadro N°9
Item N° 7 Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	22 45.8%	24 48.0%	22 45.8%	13 68.4%	16 32.7%	16 35.6%	16 32.7%	10 22.2%	139 39.4%
pocas veces	5 10.4%	14 28.0%	5 10.4%	1 5.3%	16 32.7%	11 24.4%	16 32.7%	15 33.3%	83 23.5%
algunas veces	10 20.8%	9 18.0%	10 20.8%	3 15.8%	10 20.4%	11 24.4%	10 20.4%	14 31.1%	77 21.8%
muchas veces	10 20.8%	3 6.0%	10 20.8%	0 0.0%	6 12.2%	5 11.1%	6 12.2%	1 2.2%	41 11.6%
siempre	1 2.1%	0 0.0%	1 2.1%	2 10.5%	1 2.0%	2 4.4%	1 2.0%	5 11.1%	13 3.7%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	45 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC y GI EMEX tienen el porcentaje más alto a la respuesta nunca con 45.8% y 48.0% respectivamente al momento de la primera evaluación. El GC y GI siguen reportando el mayor porcentaje a la respuesta nunca con un 45.8% y 68.4%.

EL GC CDMX tiene el mayor porcentaje a la respuesta nunca y pocas veces con 32.7%, el GI reporta el mayor porcentaje a la respuesta nunca con 35.6% al momento de la primera evaluación. El GC no tiene modificaciones mientras que el GI tiene la respuesta con el porcentaje más alto para la respuesta pocas veces con 33.3%.

EL GC EMEX y CDMX no reportan modificaciones a la aplicación del segundo cuestionario, mientras que el GI EMEX reporta un aumento en el porcentaje de mujeres que respondieron nunca, y el GI CDMX cambio de nunca a pocas veces, me parecía que todo o que hacía era un esfuerzo.

Cuadro N°10

Item N° 8 Me sentí esperanzada con respecto al futuro

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	9 18.8%	14 28.0%	9 18.8%	8 42.1%	9 18.4%	10 22.2%	9 18.4%	11 24.4%	79 22.4%
pocas veces	5 10.4%	7 14.0%	5 10.4%	2 10.5%	5 10.2%	10 22.2%	5 10.2%	5 11.1%	44 12.5%
algunas veces	11 22.9%	12 24.0%	11 22.9%	4 21.1%	6 12.2%	6 13.3%	6 12.2%	10 22.2%	66 18.7%
muchas veces	15 31.3%	7 14.0%	15 31.3%	0 0.0%	16 32.7%	10 22.2%	16 32.7%	7 15.6%	86 24.4%
siempre	8 16.7%	10 20.0%	8 16.7%	5 26.3%	13 26.5%	9 20.0%	13 26.5%	12 26.7%	78 22.1%
Total	48 100.0%	50 100.0%	50 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX reporta el mayor porcentaje en a la respuesta muchas veces, y el GI reporta el mayor porcentaje a la respuesta nunca con 28.0% al momento de la primera valoración. El GC no presenta modificaciones, mientras el GI reporta el porcentaje más alto para la respuesta nunca con el 42.1%.

El GC CDMX reporta el mayor porcentaje a la respuesta muchas veces con 32.7%, el GI presenta el 22.2% a la respuesta nunca, pocas veces, y muchas veces, al momento de la primera valoración. En la segunda valoración el GC no tiene modificaciones mientras que el GI reporta su mayor porcentaje a la respuesta siempre con 26.7%

El GC EMEX y CDMX no tuvieron modificaciones, sin embargo en la segunda evaluación el GI EMEX tiene la respuesta más alta en nunca, y el GI CDMX tiene el porcentaje más alto a la respuesta siempre.

Cuadro N°11
Item N° 9 Creí que mi vida había sido un fracaso

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	31 64.6%	34 68.0%	31 64.6%	14 73.7%	37 75.5%	26 57.8%	37 75.5%	26 57.8%	236 66.9%
pocas veces	7 14.6%	5 10.0%	7 14.6%	0 0.0%	6 12.2%	10 22.2%	6 12.2%	7 15.6%	48 13.6%
algunas veces	6 12.5%	10 20.0%	6 12.5%	3 15.8%	3 6.1%	2 4.4%	3 6.1%	10 22.2%	43 12.2%
muchas veces	4 8.3%	1 2.0%	4 8.3%	1 5.3%	1 2.0%	4 8.9%	1 2.0%	0 0.0%	16 4.5%
siempre	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	2 4.1%	3 6.7%	2 4.1%	2 4.4%	10 2.8%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

EL GC y GI EMEX reportaron el porcentaje más alto a la respuesta nunca con 64.6% y 68.0% al momento de la primera evaluación. Ambos grupos siguieron teniendo el porcentaje más alto a la respuesta siempre con el 64.6% para el grupo control y 73.7% para el grupo intervención.

El GC y GI CDMX reportaron el porcentaje más alto a la respuesta nunca con 75.5% y 57.8% al momento de la primera evaluación. Ambos grupos siguieron teniendo el porcentaje más elevado a la respuesta nunca.

Del GC EMEX y CDMX no reportaron modificaciones, el GI del EMEX aumento el porcentaje de pacientes que nunca sintieron que su vida había sido un fracaso. El GI EMEX aumentó el porcentaje de mujeres que dijeron que nunca. Y el GI CDMX disminuyo un poco a comparación del 75.5% de antes a 57.8% después de la intervención,

Cuadro N° 12
Item N° 10 Me sentí temerosa

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	23 47.9%	18 36.0%	23 47.9%	12 63.2%	15 30.6%	21 46.7%	15 30.6%	16 35.6%	143 40.5%
pocas veces	13 27.1%	15 30.0%	13 27.1%	1 5.3%	19 38.8%	11 24.4%	19 38.8%	13 28.9%	104 29.5%
algunas veces	6 12.5%	12 24.0%	6 12.5%	5 26.3%	8 16.3%	8 17.8%	8 16.3%	8 17.8%	61 17.3%
muchas veces	3 6.3%	4 8.0%	3 6.3%	1 5.3%	3 6.1%	3 6.7%	3 6.1%	4 8.9%	24 6.8%
siempre	3 6.3%	1 2.0%	3 6.3%	0 0.0%	4 8.2%	2 4.4%	4 8.2%	4 8.9%	21 5.9%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

Del GC y GI EMEX reportan el mayor porcentaje a la respuesta nunca con 47.9% y 36.0% respectivamente antes de la intervención. Al momento de la segunda evaluación GC y GI reportan el mayor porcentaje a la respuesta nunca con 47.9% y 63.2%.

Del GC CDMX reporto el mayor porcentaje a la respuesta pocas veces con 38.8%, y el GI reportó el mayor porcentaje a la respuesta nunca con 46.7%. A la aplicación de la segunda valoración, el GC no tuvo modificaciones y el GI tuvo el mayor porcentaje en la respuesta nunca con 35.6%.

El GC EMEX y CDMX no tuvieron modificaciones, las mujeres del GI EMEX elevaron el porcentaje a la respuesta nunca y las mujeres del GI CDMX a pesar de que siguió siendo nunca la respuesta más común disminuyo de 46.7% a 35.6%.

Cuadro N°13
Ítem N° 11 No dormí bien

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	15 31.3%	14 28.0%	15 31.3%	7 36.8%	8 16.3%	12 26.7%	8 16.3%	10 22.2%	89 25.2%
pocas veces	16 33.3%	16 32.0%	16 33.3%	1 5.3%	14 28.6%	10 22.2%	14 28.6%	11 24.4%	98 27.8%
algunas veces	10 20.8%	10 20.0%	10 20.8%	7 36.8%	13 26.5%	12 26.7%	13 26.5%	14 31.1%	89 25.2%
muchas veces	4 8.3%	7 14.0%	4 8.3%	1 5.3%	10 20.4%	9 20.0%	10 20.4%	6 13.3%	51 14.4%
siempre	3 6.3%	3 6.0%	3 6.3%	3 15.8%	4 8.2%	2 4.4%	4 8.2%	4 8.9%	26 7.4%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC y GI EMEX tuvieron el porcentaje más alto en la respuesta pocas veces con el 33.3% y 32.0% respectivamente al momento de la primera valoración. El GC no tuvo modificaciones al momento de la segunda valoración, sin embargo el grupo intervención aumento a nunca con un 36.8%.

El GC CDMX presentó el porcentaje más alto en pocas veces con 28.6%, y el GI presento el porcentaje más alto en las respuestas nunca y algunas veces con 26.7%. El GC no presento cambios a la valoración del segundo cuestionario y el GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta algunas veces con 31.1%.

El GC EMEX y CDMX no presentaron modificaciones al momento del primer y segundo cuestionario. El GI EMEX mencionan para el ítem no dormí bien aumenta de nunca a algunas veces, al igual que el GI CDMX muestra que Algunas veces.

Cuadro N° 14
Item N° 12 Fui feliz

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	7 14.6%	2 4.0%	7 14.6%	1 5.3%	4 8.2%	3 6.7%	4 8.2%	8 17.8%	36 10.2%
pocas veces	5 10.4%	3 6.0%	5 10.4%	1 5.3%	0 0.0%	5 11.1%	0 0.0%	8 17.8%	27 7.6%
algunas veces	3 6.3%	15 30.0%	3 6.3%	3 15.8%	5 10.2%	9 20.0%	5 10.2%	8 17.8%	51 14.4%
muchas veces	9 18.8%	11 22.0%	9 18.8%	0 0.0%	17 34.7%	14 31.1%	17 34.7%	8 17.8%	85 24.1%
siempre	24 50.0%	19 38.0%	24 50.0%	14 73.7%	23 46.9%	14 31.1%	23 46.9%	13 28.9%	154 43.6%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC y GI EMEX reporta el 50.0% y 38.0% respectivamente a la respuesta siempre, al primer momento de la valoración. El GC y el GI siguieron teniendo el mayor porcentaje para la respuesta siempre con 50.0% y 73.7%.

El GC y el GI CDMX tuvieron el mayor porcentaje a la respuesta siempre con 46.9% y 31.1% respectivamente al momento de la primera evaluación. El GC no tuvo modificaciones en el segundo cuestionario, y del GI reporta el mayor porcentaje la respuesta siempre con 28%.

EL GC EMEX estaba más feliz que el GC CDMX el GI EMEX reporta un mayor número de pacientes con la respuesta que siempre se sintieron felices a comparación del GI de la CDMX. El porcentaje total de este ítem revela que el 10.2% de las pacientes nunca se sintieron felices al momento de la primera evaluación.

Cuadro N° 15
Item N° 13 Hable menos de lo que siempre hablo

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	20 41.7%	18 36.0%	20 41.7%	8 42.1%	18 36.7%	16 35.6%	18 36.7%	18 40.0%	136 38.5%
pocas veces	11 22.9%	17 34.0%	11 22.9%	2 10.5%	16 32.7%	16 35.6%	16 32.7%	12 26.7%	101 28.6%
algunas veces	8 16.7%	11 22.0%	8 16.7%	3 15.8%	9 18.4%	5 11.1%	9 18.4%	10 22.2%	63 17.8%
muchas veces	6 12.5%	2 4.0%	6 12.5%	2 10.5%	4 8.2%	4 8.9%	4 8.2%	3 6.7%	31 8.8%
siempre	3 6.3%	2 4.0%	3 6.3%	4 21.1%	2 4.1%	4 8.9%	2 4.1%	2 4.4%	22 6.2%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC y GI EMEX presentaron el mayor porcentaje a la respuesta nunca con 41.7% y 36.0% al momento de la primera evaluación, el GC no tuvo modificaciones al momento de realizar la segunda evaluación y el GI tuvo el mayor porcentaje en la respuesta nunca con 42.1%.

El GC CDMX tuvo el mayor porcentaje en la respuesta nunca con 36.7% y el GI tuvo el mayor porcentaje en las respuestas nunca y pocas veces con 36.7% al momento de la primera evaluación.

El GC de EMEX y de CDMX no tuvo modificaciones entre el primer y segundo cuestionario. Mientras que el GI tuvo el 42.1% en la respuesta nunca a comparación con GI CDMX que tuvo 40.0%.

Cuadro N°16
Item N° 14 Me sentí sola

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	25 52.1%	18 36.0%	25 52.1%	8 42.1%	25 51.0%	20 44.4%	25 51.0%	14 31.1%	160 45.3%
pocas veces	6 12.5%	15 30.0%	6 12.5%	1 5.3%	14 28.6%	11 24.4%	14 28.6%	17 37.8%	84 23.8%
algunas veces	6 12.5%	12 24.0%	6 12.5%	8 42.1%	6 12.2%	5 11.1%	6 12.2%	8 17.8%	57 16.1%
muchas veces	6 12.5%	2 4.0%	6 12.5%	0 0.0%	2 4.1%	6 13.3%	2 4.1%	3 6.7%	27 7.6%
siempre	5 10.4%	3 6.0%	5 10.4%	2 10.5%	2 4.1%	3 6.7%	2 4.1%	3 6.7%	25 7.1%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca” con 52.1%. Del el GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “nunca” con un porcentaje de 36.0% al momento de la primera evaluación. El GC no mostró modificaciones en el segundo instrumento de valoración, el GI mostro el porcentaje más elevado en la respuesta de “nunca y algunas veces” con 42.1%

El GC CDMX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca” con un 51.0% En el GI el porcentaje más alto lo ocupó el 44.4% para la respuesta “nunca”. El GC no tuvo modificaciones en el segundo instrumento de valoración, para el GI el porcentaje más alto fue de 37.8% con la respuesta de “pocas veces”,

EL GC EMEX y CDMX no presentaron modificaciones entre el primer y el segundo instrumento de valoración. El GI EMEX muestra una elevada percepción de soledad ya que el 42.1% reporta que algunas veces se han sentido solas, mientras que para GI CDMX fue de 37.8%.

Cuadro N°17
Item N° 15 La gente era poco amistosa

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	26 54.2%	24 48.0%	26 54.2%	6 31.6%	28 57.1%	21 46.7%	28 57.1%	10 22.2%	169 47.9%
pocas veces	12 25.0%	10 20.0%	12 25.0%	1 5.3%	14 28.6%	11 24.4%	14 28.6%	11 24.4%	85 24.1%
algunas veces	1 2.1%	14 28.0%	1 2.1%	8 42.1%	4 8.2%	7 15.6%	4 8.2%	9 20.0%	48 13.6%
muchas veces	5 10.4%	1 2.0%	5 10.4%	0 0.0%	1 2.0%	5 11.1%	1 2.0%	7 15.6%	25 7.1%
siempre	4 8.3%	1 2.0%	4 8.3%	4 21.1%	2 4.1%	1 2.2%	2 4.1%	8 17.8%	26 7.4%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX presento el porcentaje más alto a la respuesta de “nunca” con 54.2%. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “nunca” con un porcentaje de 48.0% al momento de la primera evaluación. El GC no presento cambios en el segundo cuestionario, el GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “algunas veces”

El GC CDMX tuvo el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca” con un 57.1% En el GI el porcentaje más alto lo ocupó el 46.7% para la respuesta “nunca” al primer momento de realizar la valoración, el GC no presento cambios en la segunda evaluación, el GI presento el porcentaje más alto de 24.4% con la respuesta de “pocas veces”,

Para el GC EMEX y CDMX no hubo cambios al momento de aplicar la segunda entrevista, el GI del EMEX presenta su porcentaje más alto en la respuesta algunas veces a comparación del GI de la CDMX que su respuesta más alta es pocas veces.

Cuadro N° 18
Item N° 16 Disfrute de la vida

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	7 14.6%	3 6.0%	7 14.6%	4 21.1%	4 8.2%	3 6.7%	4 8.2%	7 15.6%	39 11.0%
pocas veces	4 8.3%	4 8.0%	4 8.3%	1 5.3%	1 2.0%	8 17.8%	1 2.0%	12 26.7%	35 9.9%
algunas veces	3 6.3%	9 18.0%	3 6.3%	2 10.5%	6 12.2%	4 8.9%	6 12.2%	11 24.4%	44 12.5%
muchas veces	9 18.8%	14 28.0%	9 18.8%	0 0.0%	17 34.7%	12 26.7%	17 34.7%	6 13.3%	84 23.8%
siempre	25 52.1%	20 40.0%	25 52.1%	12 63.2%	21 42.9%	18 40.0%	21 42.9%	9 20.0%	151 42.8%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX presentó el porcentaje más alto a la respuesta de “siempre” con 52.1% El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “siempre” con un porcentaje de 40.0%. El GC no presento modificaciones al momento de la aplicación del segundo instrumento, el GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “siempre” con 63.2%

En GC CDMX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “siempre” con un 42.9%. En el GI el porcentaje más alto lo ocupó el 40.0% para la respuesta “siempre” EL GC no tuvo modificaciones en la segunda evaluación, el porcentaje el GI más alto fue de 26.7% con la respuesta de “pocas veces”,

El GC EMEX y CDMX no tuvieron modificación entre la primera y segunda valoración, el GI EMEX muestra que son las que más disfrutan de la vida a comparación de las de la CDMX.

Cuadro N° 19
Item N° 17 Tenía ganas de llorar

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	8 16.7%	7 14.0%	8 16.7%	3 15.8%	5 10.2%	10 22.2%	5 10.2%	10 22.2%	56 15.9%
pocas veces	15 31.3%	14 28.0%	15 31.3%	1 5.3%	22 44.9%	20 44.4%	22 44.9%	18 40.0%	127 36.0%
algunas veces	12 25.0%	17 34.0%	12 25.0%	12 63.2%	14 28.6%	9 20.0%	14 28.6%	12 26.7%	102 28.9%
muchas veces	6 12.5%	9 18.0%	6 12.5%	0 0.0%	5 10.2%	4 8.9%	5 10.2%	1 2.2%	36 10.2%
siempre	7 14.6%	3 6.0%	7 14.6%	3 15.8%	3 6.1%	2 4.4%	3 6.1%	4 8.9%	32 9.1%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “pocas veces” con 31.3%. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “algunas veces” con un porcentaje de 34.0% El GC no tuvo modificación en la respuesta de la segunda escala de valoración El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “algunas veces” con 63.2%

En el GC CDMX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “pocas veces” con un 44.9% En el GI el porcentaje más alto lo ocupó el 44.4% para la respuesta “pocas veces”.al momento de la primera valoración. El GC no tuvo modificaciones en la respuesta de la segunda escala de valoración. En el GI el porcentaje más alto fue de 40.0% con la respuesta de “pocas veces”.

El GC EMEX y el GC CDMX los resultados no se modificaron al momento de aplicar la segunda valoración, el GI del EMEX muestra más ganas de llorar por su mayor puntuación a la respuesta algunas veces a comparación con las mujeres de CDMX con pocas veces.

Cuadro N° 20
Item N° 18 me sentí triste

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	13 27.1%	11 22.0%	13 27.1%	7 36.8%	14 28.6%	13 28.9%	14 28.6%	15 33.3%	100 28.3%
pocas veces	13 27.1%	15 30.0%	13 27.1%	1 5.3%	23 46.9%	21 46.7%	23 46.9%	15 33.3%	124 35.1%
algunas veces	8 16.7%	17 34.0%	8 16.7%	10 52.6%	9 18.4%	4 8.9%	9 18.4%	14 31.1%	79 22.4%
muchas veces	6 12.5%	3 6.0%	6 12.5%	0 0.0%	2 4.1%	4 8.9%	2 4.1%	0 0.0%	23 6.5%
siempre	8 16.7%	4 8.0%	8 16.7%	1 5.3%	1 2.0%	3 6.7%	1 2.0%	1 2.2%	27 7.6%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca y pocas veces” con 27.1%. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “algunas veces” con un porcentaje de 34.0%. EL GC no mostro diferencias a la aplicación del segundo instrumento de valoración. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “algunas veces” con 52.6%

En GC CDMX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “pocas veces” con un 46.9% En GI el porcentaje más alto lo ocupó el 46.7% para la respuesta “pocas veces” El GC no mostro diferencias a la aplicación del segundo instrumento En el GI el porcentaje más alto fue de 33.5% con la respuesta de “pocas veces y nunca”.

Del GC del EMEX la respuesta más común fue nunca y pocas veces, mientras para el GC CDMX fue pocas veces, y del GI EMEX la respuesta más común fue pocas veces. A comparación del GI CDMX con la respuesta de pocas veces y muchas veces.

Cuadro N° 21
Item N° 19 Sentí que no le gustaba a la gente

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	31 64.6%	26 52.0%	31 64.6%	12 63.2%	33 67.3%	22 48.9%	33 67.3%	20 44.4%	208 58.9%
pocas veces	8 16.7%	17 34.0%	8 16.7%	0 0.0%	10 20.4%	13 28.9%	10 20.4%	14 31.1%	80 22.7%
algunas veces	2 4.2%	7 14.0%	2 4.2%	5 26.3%	2 4.1%	4 8.9%	2 4.1%	8 17.8%	32 9.1%
muchas veces	5 10.4%	0 0.0%	5 10.4%	1 5.3%	2 4.1%	3 6.7%	2 4.1%	2 4.4%	20 5.7%
siempre	2 4.2%	0 0.0%	2 4.2%	1 5.3%	2 4.1%	3 6.7%	2 4.1%	1 2.2%	13 3.7%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca” con 64.6% y el más bajo “siempre y algunas veces” con 4.2%. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “nunca” con un porcentaje de 52.0% EL GC no mostro modificaciones al momento de realizar el segundo cuestionario, El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “nunca” con 63.2%.

En el GC CDMX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca” con un 67.3%, el GI tuvo el porcentaje más alto con el 48.9% para la respuesta “nunca”. El GC no presentó modificación a la respuesta al momento de la segunda evaluación. En el GI la respuesta con el porcentaje más alto lo ocupó el 44.4% para la respuesta “siempre”.

El GC del EMEX tuvo la mayor puntuación a la respuesta nunca, y el GC CDMX también . El GI EMEX presento el mayor porcentaje a la respuesta nunca al igual que el GI de la CDMX.

Cuadro N° 22
Item N° 20 Sentí que ya no podía más

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
nunca	26 54.2%	13 68.4%	26 54.2%	24 48.0%	36 73.5%	27 60.0%	36 73.5%	26 57.8%	214 60.6%
pocas veces	8 16.7%	0 0.0%	8 16.7%	12 24.0%	5 10.2%	10 22.2%	5 10.2%	9 20.0%	57 16.1%
algunas veces	5 10.4%	5 26.3%	5 10.4%	8 16.0%	3 6.1%	3 6.7%	3 6.1%	5 11.1%	37 10.5%
muchas veces	6 12.5%	0 0.0%	6 12.5%	3 6.0%	4 8.2%	3 6.7%	4 8.2%	4 8.9%	30 8.5%
siempre	3 6.3%	1 5.3%	3 6.3%	3 6.0%	1 2.0%	2 4.4%	1 2.0%	1 2.2%	15 4.2%
Total	48 100.0%	19 100.0%	48 100.0%	50 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca” con 54.2% El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “nunca” con un porcentaje de 48.0%. El GC no presentó modificaciones en las respuestas del segundo cuestionario. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “nunca” con 68.4%

En el GC EMEX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “nunca” con un 73.5% En el GI el porcentaje más alto lo ocupó el 60.0% para la respuesta “nunca”, el GC no presentó modificaciones en la respuesta emitida en el segundo cuestionario. En GI la respuesta más común fue “nunca”,

El GC del EMEX obtuvo el porcentaje más bajo en siempre, al igual que el GC CDMX, sin embargo el GC del EMEX presentó un porcentaje más elevado al Ítem Sentí que ya no podía más. El GI EMEX tuvo el porcentaje más bajo en la respuesta siempre, pero a comparación del GI de CDMX éste último es más bajo. Lo que quiere decir que el EMEX siente que ya no puede más a comparación de CDMX.

Cuadro N° 23
Puntaje Total depresión

	ESTADO DE MÉXICO				CIUDAD DE MÉXICO				TOTAL
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUÉS		
	98		67		94		94		
	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	
20 39 "no está deprimido"	11 22.9%	14 28.0%	11 22.9%	6 31.6%	7 14.3%	11 24.4%	7 14.3%	10 22.2%	77 21.8%
40 59 poco deprimido	26 54.2%	30 60.0%	26 54.2%	9 47.4%	37 75.5%	28 62.2%	37 75.5%	26 57.8%	219 62.0%
60 79 moderadamente deprimido	11 22.9%	6 12.0%	11 22.9%	3 15.8%	4 8.2%	5 11.1%	4 8.2%	9 20.0%	53 15.0%
80 100 muy deprimido	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	1 2.0%	1 2.2%	1 2.0%	0 0.0%	4 1.1%
Total	48 100.0%	50 100.0%	48 100.0%	19 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	49 100.0%	45 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

El GC EMEX presentó el porcentaje más alto a la respuesta de “poco deprimido” con 54.2%. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “poco deprimido” con un porcentaje de 60.0% El Grupo control no presento modificaciones al momento de la aplicación del segundo cuestionario. El GI tuvo el porcentaje más elevado en la respuesta de “poco deprimido” con 47.4%

En el GC CDMX el porcentaje más alto lo ocupó la respuesta de “poco deprimido” con un 75.5% En GI el porcentaje más alto lo ocupó el 62.2% para la respuesta “poco deprimido”, el GC no tuvo modificaciones en el momento de la aplicación del segundo instrumento y el GI, tuvo el mayor porcentaje en la respuesta poco deprimido.

En todos los grupos el porcentaje más alto de la puntuación total de depresión es poco deprimido, siendo el resultado que prevalece entre las mujeres que participaron en éste estudio, sin embargo se detectaron niveles muy altos de depresión en el EMEX después de la intervención y en la CDMX antes de la Intervención. Representando el 1.1% del total de las participantes. Y las mujeres que no presentaron depresión en total representan el 21.8%.

Cuadro N° 24
Presento preeclampsia y clasificación depresión

		80 - 100 muy deprimido	60 - 79 moderadamente deprimido	40 - 59 poco deprimido	20 - 39 no está deprimido	
si	Recuento	0	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	0.3%
no	Recuento	4	53	223	72	352
	% del total	1.1%	15.0%	63.2%	20.4%	99.7%
Total	Recuento	4	53	224	72	353
	% del total	1.1%	15.0%	63.5%	20.4%	100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

En la tabla cruzada presento preeclampsia y clasificación depresión se puede observar que el el porcentaje de personas que padeció preeclampsia representa el 0.3% y se encuentra en la clasificación de depresión de poco deprimida, mientras que el 99.7% no desarrollo la enfermedad.

Cuadro N° 25
U de Mann Whitney
Tabla cruzada Clasificación Depresión*Medición

		Medición		Total
		Medición inicial	Medición Final	
Clasificación Depresión	80 - 100 muy deprimido	2 1.0%	2 1.2%	4 1.1%
	60 - 79 moderadamente deprimido	26 13.5%	27 16.8%	53 15.0%
	40 - 59 poco deprimido	120 62.5%	99 61.5%	219 62.0%
	20 - 39 no está deprimido	44 22.9%	33 20.5%	77 21.8%
Total		192 100.0%	161 100.0%	353 100.0%

Fuente: Misma que cuadro N° 1

En la tabla cruzada de “Clasificación depresión y Medición” se puede observar que al momento de la medición inicial el porcentaje de pacientes no deprimidas es mayor que al momento de la aplicación del segundo cuestionario. al igual que las pacientes poco deprimidas. Y para las respuestas muy deprimida y moderadamente deprimida el porcentaje es mayor en la medición final que en la medición inicial.

Estadísticos de prueba^a

	Clasificación Depresión
U de Mann-Whitney	14729.000
W de Wilcoxon	27770.000
Z	-.881
Sig. asintótica (bilateral)	.379

a. Variable de agrupación: Medición

Rangos

	Medición	N	Rango promedio	Suma de rangos
Clasificación Depresión	Medición inicial	192	180.79	34711.00
	Medición Final	161	172.48	27770.00
	Total	353		

Cuadro N° 26
Pruebas de Chi cuadrado

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Clasificación Depresión * Medición	353	100.0%	0	0.0%	353	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.888 ^a	3	.828
Razón de verosimilitud	.887	3	.829
Asociación lineal por lineal	.776	1	.378
N de casos válidos	353		

a. 2 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.82.

Cuadro N° 27
T de Student para muestras Independientes

Estadísticas de grupo					
	Medición	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntaje total de Depresión	Medición Inicial	192	47.97	12.431	.897
	Medición Final	161	48.51	12.597	.993

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Puntaje total de Depresión	Se asumen varianzas iguales	.100	>.753	-.401	351	.689	-.535	1.336	-3.164	2.093
	No se asumen varianzas iguales			-.400	338,760	.689	-.535	1.338	-3.167	2.097

Las participantes de la Medición Inicial N=192, (M= 47.97, SE= .897). Las participantes de la Medición Final N=161 (M=48.51, SE= .993, t(351)=-401,p.>.0.05 (.753). Por lo tanto se acepta la Hipótesis nula La intervención integral de enfermería no reduce el riesgo de depresión como factor psicosocial asociado para preeclampsia en mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en 6 centros de salud y 3 hospitales de la república mexicana.

Cuadro N° 28
T de Student para muestras Relacionadas

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	MEDICIONINICIAL	48.10	161	12.431	.980
	MEDICIONFINAL	48.51	161	12.597	.993

Correlaciones de muestras emparejadas				
		N	Correlación	Sig.
Par 1	MEDICIONINICIAL & MEDICIONFINAL	161	.626	.000

Prueba de muestras emparejadas									
	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)	
	Medida	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
				Inferior	Superior				
Par 1	MEDICION INICIAL - MEDICION FINAL	-.410	10.822	.853	-2.094	1.274	-.481	160	.631

Las participantes presentaron un grado de depresión menor al momento de aplicar la medición inicial (M= 48.10, SE=.980) que al momento de la medición final. (M= 48.51, SE.993, t(160)= -481, p> .05 (.631).

Cuadro N° 29
Odds Ratio

Tabla cruzada Presento depresión?*Presento preeclampsia					
			Presento preeclampsia		Total
			si	no	
Presento depresión?	si	Recuento	1	280	281
		% dentro de Presento preeclampsia	100.0%	79.5%	79.6%
	no	Recuento	0	72	72
		% dentro de Presento preeclampsia	0.0%	20.5%	20.4%
Total		Recuento	1	352	353
		% dentro de Presento preeclampsia	100.0%	100.0%	100.0%

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte Presento preeclampsia = no	.996	.990	1.003
N de casos válidos	353		

Se utilizó como variable independiente la exposición a depresión y como variable dependiente la presencia de preeclampsia, de acuerdo al análisis de Odds Ratio las personas con presencia de depresión tienen un riesgo de .996%, para desarrollar preeclampsia

Cuadro N° 30
Mc Nemar

Tabla cruzada Medición inicial depresión *Medición final depresión					
			Medición final depresión		Total
			Con depresión	Sin depresión	
Medición inicial depresión	Con depresión	Recuento	115	11	126
		% del total	71.4%	6.8%	78.3%
	Sin depresión	Recuento	12	23	35
		% del total	7.5%	14.3%	21.7%
Total		Recuento	127	34	161
		% del total	78.9%	21.1%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba de McNemar	0.043	1.000 ^a
N de casos válidos	161	

a. Distribución binomial utilizada.

En la tabla cruzada de Mc Nemar se observa que 115 mujeres presentaron depresión en diferentes grados de severidad tanto en la evaluación inicial como en la evaluación final, y 23 de ellas no presentaron depresión ni antes ni después de la evaluación. También se muestra que 12 personas no presentaron depresión al momento de la primera entrevista pero si presentaron depresión al momento de la segunda entrevista, por el contrario 11 mujeres presentaron depresión al momento de la primera entrevista y ya no presentaron depresión al momento de la segunda entrevista. El valor de Mc Nemar = 0.043, y un valor $p > .05$, =1.000 por lo cual demuestra que se descarta la hipótesis del investigador, aceptándose la hipótesis nula.

4.2 Comprobación de la hipótesis.

Propósito	Demostrar que existen diferencias entre el grupo control y el grupo intervención que se atribuyen a la intervención integral de enfermería	
Variable analítica	Intervención integral	
	Con intervención	intervención
Unidades de estudio	Mujeres embarazadas sanas	
Delimitación espacial	Ciudad de México	Ajusco Medio
		Iztapalapa
	Estado de México	Chimalhuacán
Delimitación temporal	2015 – 2016	
Plantar hipótesis	<p>H1: Demostrar que existen diferencias entre la frecuencia de depresión asociada a preeclampsia entre el grupo de intervención y el grupo control que se atribuyen a la intervención integral de enfermería</p> <p>H0 No existen diferencias entre la frecuencia de depresión asociada a preeclampsia entre el grupo de intervención y el grupo control que se atribuyen a la intervención integral de enfermería</p>	
Establecer un nivel de significancia	Nivel de significancia (alfa)= 5% = 0.05	
Seleccionar estadístico de prueba	<ul style="list-style-type: none"> ○ Chi cuadrado de homogeneidad: Variable nominal ○ T de Student para muestras independientes: Variable escalar <small>(se utiliza cuando hay 2 grupos)</small> ○ Odds Ratio: Variable nominal dicotómica ○ T de Student para muestras relacionadas: Variable escalar <small>(se utiliza cuando hay 2 mediciones en el mismo grupo)</small> Mc Nemar; Variable Nominal ✓ U de Mann Whitney: Variable ordinal 	
Valor de P	Lectura del P valor, con un error de .379 No existen diferencias entre la frecuencia de depresión asociada a preeclampsia entre el grupo de intervención y el grupo control que se atribuyen a la intervención integral de enfermería.	

Previamente se corrieron las pruebas estadísticas T de Student para muestras independientes, T de Student para muestras relacionadas, Mc Nemar, Odds Ratio, U de Mann Whitney y Chi cuadrado de homogeneidad. Las pruebas estadísticas para comprobar la hipótesis fueron U de Mann Whitney obteniendo, el P valor de .379 y con la prueba de Chi cuadrado de homogeneidad se obtuvo un P valor de .378 ya que el valor es mayor de 0.05 o 5%, “No existe diferencias entre la frecuencia de depresión asociada a preeclampsia entre el grupo de intervención y el grupo control que se atribuyen a la intervención integral de

enfermería”. Sin embargo la intervención integral educativa no impactó mucho en la presencia y prevalencia de depresión, ayudo a prevenir casos de preeclampsia ya que de las 192 participantes, solo una de ellas desarrollo preeclampsia.

4.3 Sesiones educativas

Para poder realizar la intervención se solicitó el permiso a los centros de salud por oficio como se describe en el capítulo 3. Debido a que en los centros de salud comúnmente existen grupos de educación para las mujeres embarazadas que son impartidos semanalmente pedimos incorporar nuestra intervención a éstos.

Para poder hacer promoción y difusión a la intervención se elaboró un cartel y folletos en los que se indicaron los temas que se incluyeron en el taller, éstos se incluyen en la parte de anexos y apéndices.

EL grupo de los controles del estado de México fue captado en el hospital Materno Infantil Vicente Ramón Guerrero Saldaña, en el área de consulta externa, se le hizo a las mujeres una entrevista inicial, posteriormente ellas continuaban con su control prenatal y su cuidado habitual, al momento de aplicar el segundo cuestionario el grupo control fue localizado en el área de consulta externa y otras más fueron captadas vía telefónica. Las mujeres pertenecientes al grupo intervención fueron captadas en los diferentes centros de salud del Estado de México, para semanalmente integrar la intervención integral educativa, durante sus pláticas de control y cuidado prenatal, aplicándose la escala de valoración de sintomatología depresiva Radloff en la primera sesión, para posteriormente brindarse semanalmente la intervención integral de enfermería. Al finalizar la última sesión del taller “Por un embarazo saludable” se aplicó el segundo cuestionario al grupo intervención.

El grupo de los controles, fue captado en CIMIGEN en el área de consulta externa, se les hizo una medición inicial, posteriormente llevaron su control

prenatal y sus cuidados habituales y posteriormente se les volvió a hacer el segundo cuestionario, en el área de consulta externa o vía telefónica. Las mujeres pertenecientes al grupo intervención fueron localizadas en el Hospital Ajusco Medio, centros de salud, y CIMIGEN, a las cuales se les dio la intervención, y posteriormente se les realizó la segunda entrevista.

Se dieron Exitosamente 4 sesiones las cuales estuvieron divididas de la siguiente forma:

En la primera sesión se explicó por medio de un cartel y exposición, que es la Preeclampsia, cuáles son sus factores de riesgo biológicas y psicosociales, las consecuencias que puede tener en la madre, el bebé y la familia, además de los signos y síntomas que pueden ayudar a identificarla. Igualmente en la primera sesión se aplicó la escala de medición del proyecto PAPIIT N° IN 308814-3 Titulado Intervención Integral de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia.

La segunda sesión se habló sobre estrés, y depresión, se utilizó un cuadro sinóptico el cual se armó con frases escritas en hojas de papel, que se pegaron en orden en pared y pizarrones durante esta sesión se explicó que son la depresión y el estrés, sus causas, sus consecuencias como detectarla, además de que se implementaron y enseñaron las intervenciones de enfermería para disminuirlas. Entre las intervenciones que se enseñaron se aplicó la musicoterapia, que previamente se había introducido en un celular y se pudo hacer escuchar a través de unas bocinas para computadora. Se enseñaron ejercicios de tensión relajación, técnicas de respiración, la forma en la que deben ser los masajes que ayudan a disminuir la depresión. Al concluir ésta sesión se les brindó a las mujeres un disco que contenía la musicoterapia para que ellas la escucharan en sus domicilios.

En la tercera sesión se tocó el tema de violencia, se enseñaron tipos de violencia, los materiales que se utilizaron fueron imágenes impresas las cuales se colocaron en la pared o pizarrón, además de que a las mujeres se les daban fichas con información para que todas fueran participando. Se explicaron cómo identificarla, causas, consecuencias físicas, emocionales, biológicas y psicológicas de igual forma se les brindaron planes de emergencia, números de seguridad de dependencias a las cuales se podían acercar en caso de que sufrir algún caso de violencia.

En la cuarta sesión se explicó la importancia del apoyo familiar y su vínculo con la prevención de preeclampsia, para esta clase se utilizó un mapa conceptual con palabras que se colocó en la pared o pizarrón, posteriormente se habló sobre nutrición para esta clase se utilizó el plato del buen comer y la jarra del buen beber, además que se enfatizó la importancia del consumo de omega 3 y ácidos grasos en el tratamiento de la depresión y sus múltiples beneficios y se les explicó en que alimentos se encuentran. Al finalizar las sesiones se aplicó el instrumento de valoración nuevamente, con posterioridad se les buscó vía telefónica para recabar datos sobre la culminación de la gestación y la salud del recién nacido.

4.4 Discusión

Como ya se estuvo analizando en capítulos anteriores la intervención educativa que se les brindo a las pacientes mostraría una disminución en cuanto a la presencia de los síntomas depresivos lo que es observable al comparar la clasificación de depresión de los grupos. Al momento de aplicar la segunda escala de medición los datos que arroja muestran que las pacientes presentan niveles más elevados de depresión a comparación con la primera entrevista. Y El grupo de la Ciudad de México se muestra más deprimido que el grupo del Estado de México ya que es mayor el porcentaje de pacientes muy deprimidas y poco deprimidas a comparación con las del estado de México el cual presenta un mayor porcentaje en las mujeres poco deprimidas y que no están deprimidas.

En los artículos revisados no se refiere que tan severo es el nivel de depresión presente en las mujeres embarazadas, sin embargo en esta tesis tienen un nivel bajo de depresión, de acuerdo a la escala de valoración que se utilizó, la clasificación más común tanto en el grupo de los controles, como en el grupo de intervención fue “poco deprimida”. Sin embargo se detectaron casos de depresión severa, y moderada a pesar de haber aplicado nuestra intervención. en la depresión es un problema grave ya que la mujer tiene un riesgo elevado de cometer suicidio o infanticidio, al no brindar los cuidados necesarios para ella o su recién nacido.

De acuerdo a la bibliografía consultada los niveles de depresión no solo es una enfermedad exclusiva del estado de ánimo como muchas personas lo llegan a pensar ya que Osborne, L. M., & Monk, C. (2013) refiere que debido a los niveles altos de cortisol y citoquinas pro inflamatorias producidas por una persona que padece depresión, el simple hecho de tener este padecimiento aumenta la inflamación en el organismo, lo que puede propiciar el desarrollo de preeclampsia ya que en esta enfermedad se ha visto inflamación en diferentes sistemas del cuerpo como por ejemplo las arterias, si a esto le agregamos otros factores

psicosociales como estrés, violencia y falta de apoyo familiar el riesgo para preeclampsia aumenta, otro aspecto es al estar presentes factores biológicos como pudieran ser la edad, los antecedentes familiares, raza, Rh y grupo sanguíneo, infecciones, etc. Obviamente el riesgo va a aumentar a comparación de mujeres que no presentan ningún factor de riesgo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Al término de la presente investigación se desprenden las siguientes conclusiones

En relación con los resultados de aplicación de la escala de Radloff, relativa a la sintomatología depresiva se concluye lo siguiente:

- A la pregunta “Me molestaron cosas que generalmente no me molestaban”, las mujeres embarazadas contestaron que pocas veces se daba esta circunstancia.
- A la pregunta “No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito, las mujeres embarazadas contestaron, que no tuvieron alteraciones alimenticias, sin embargo una pequeña cantidad de ellas ve modificada su ingesta alimentaria por causas emocionales.
- Para el Ítem “Sentía como si no pudiera quitarme la tristeza de encima” las mujeres embarazadas contestaron, que no se sienten así lo que demuestra que es bajo el porcentaje de mujeres que se sienten tristes sin embargo está presente entre las mujeres tanto del estado de México como de la ciudad de México.
- Para el Ítem “Pensé que valía tanto como otras personas” las mujeres embarazadas contestaron que muchas veces y siempre se sienten valiosas, sin embargo se observó que una tercera parte de las entrevistadas se sienten pocas veces o nunca valiosa, lo que refleja una minusvalía y un dato depresivo en estas mujeres.

- Para la pregunta “Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo” las mujeres embarazadas contestaron que pocas veces lo que quiere decir que están alertas y tienen capacidad de concentración para las actividades de la vida cotidiana
- Para la pregunta “Me sentí deprimido, triste, cansado sin ganas de nada, sin saber porque” las mujeres embarazadas contestaron, sentirse pocas veces deprimidas, tristes, cansadas sin ganas de nada. Lo que implica que su estado de ánimo y su nivel de energía estaban normales sin datos asociados a depresión.
- Para la pregunta “Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo” las mujeres embarazadas contestaron, que nunca lo que indica que más de la mitad de las mujeres considera que no todo implica hacer un esfuerzo.
- Para la pregunta “Me sentí esperanzada con respecto al futuro” las mujeres embarazadas contestaron, muchas veces, lo que indica que sienten esperanza.
- Para la pregunta “Sentí que mi vida había sido un fracaso” las mujeres embarazadas contestaron, nunca lo que refleja que más de la mitad de las mujeres no sienten que hayan fracasado en su vida.
- Para la pregunta “Me sentí temerosa” las mujeres embarazadas contestaron, nunca, sin embargo se observa que pocas mujeres se han sentido temerosas.
- Para la pregunta “No dormí bien” las mujeres embarazadas contestaron, pocas veces, sin embargo algunas de las mujeres no pueden dormir adecuadamente.

- Para la pregunta “Fui feliz” las mujeres embarazadas contestaron, siempre demostrando que más de la mitad de las participantes se han sentido feliz
- Para la pregunta “Hablé menos de lo que siempre hablo” las mujeres embarazadas contestaron, nunca observándose que no afecta su comunicación.
- Para la pregunta “Me sentí sola” las mujeres embarazadas contestaron, nunca lo que muestra el apoyo que han recibido por parte de las personas que las rodean.
- Para la pregunta “La gente era poco amistosa” las mujeres embarazadas contestaron, nunca que demuestra que más de la mitad de las mujeres no han sentido que la gente sea poco amistosa.
- Para la pregunta “Disfrute de la vida” las mujeres embarazadas contestaron, siempre lo, que demuestra que disfrutaban de la vida.
- Para la pregunta “Tenía ganas de llorar” las mujeres embarazadas contestaron, pocas veces lo que demuestra que más de la mitad de las mujeres han tenido ganas de llorar
- Para la pregunta “Me sentí triste” las mujeres embarazadas contestaron, pocas veces, lo que muestra que poco más de la mitad de las mujeres no se han sentido tristes.
- Para la pregunta “Sentí que no le gustaba a la gente” las mujeres embarazadas contestaron, nunca que demuestra que más de la mitad de las mujeres no han sentido que no le gusta a la gente.

- Para la pregunta "Sentí que ya no podía más" las mujeres embarazadas contestaron, nunca que demuestra que no han sentido que ya no pueden más.

El cuidado psicosocial durante el embarazo debe ser considerado para prevenir la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia.

La presencia de apoyo familiar y de amistades es un factor fundamental, protector ante el desarrollo y tratamiento de la depresión, ya que si el vínculo y las redes de apoyo son sólidas, las mujeres tienen menos riesgo de deprimirse y en caso de que estén deprimidas es más fácil superar la depresión.

Es importante profundizar en el estudio de las intervenciones para depresión, estrés, violencia, y apoyo familiar, y consejería nutricional, pues estos temas poco se tocan en las instituciones de salud.

De acuerdo con los resultados, un hallazgo encontrado en este estudio es que el 78.2% de las mujeres embarazadas entrevistadas presentaron diversos niveles de depresión. Este resultado es significativo, pues la depresión es un factor de riesgo para preeclampsia en la población en estudio, de acuerdo con la literatura citada. *"Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia". "Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012". "Association between pre-pregnancy depression/anxiety symptoms and hypertensive disorders of pregnancy". "Trastocamiento de la salud en la cotidianidad de las mujeres embarazadas con pre-eclampsia". "Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia". "Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México". "Preventing postpartum depression: review and recommendations".*

Otro hallazgo encontrado al analizar el factor de riesgo de depresión por estado en el grupo de intervención constituido por 19 embarazadas que fueron las que continuaron, con la intervención educativa integral, una de ellas presentó un nivel de depresión alto (80 – 100) en el Estado de México es que en el Estado de México se presentó un caso de un nivel de depresión después de la intervención. En la tabla puntaje total depresión se observa que el porcentaje más elevado es para la clasificación de poco deprimido y el porcentaje menor es para la respuesta muy deprimido, aunque es un porcentaje bajo demuestra que existen casos de depresión severa en los que la mujer está en riesgo de cometer suicidio, o infanticidio por descuidar a su bebé en los cuidados. Al igual demuestra que las mujeres son demasiado propensas a padecer depresión durante el periodo perinatal.

En relación con la pregunta de investigación: ¿La intervención integral de enfermería previene la depresión como factor de riesgo psicosocial asociado a preeclampsia? Si bien el resultado de la intervención no reporta datos estadísticamente significativos acuerdo con la prueba de hipótesis, solo una mujer embarazada de 192 presentó preeclampsia lo que indica que la intervención integral educativa si tuvo un efecto positivo en cuanto a la presencia o no de esta enfermedad, así como del cuidado que la mujer tuvo durante el embarazo.

De acuerdo con los objetivos planteados, se lograron identificar aquellas intervenciones de enfermería que previenen la depresión durante el embarazo entre ellas se encontraron: La musicoterapia, el yoga, el ejercicio, el masaje terapéutico, la arte terapia, el cuidado de mascotas, la terapia hortícola, y la consejería nutricional. De éstas intervenciones realizadas en las mujeres embarazadas sanas, los beneficios mayores se observaron al aplicar la musicoterapia, pues ésta intervención se adaptaba a sus tiempos y actividades cotidianas, así mismo la consejería nutricional, porque les permitió identificar hábitos alimenticios poco saludables para ellas y sus familias.

En relación con el objetivo de estimar la asociación de la depresión como factor de riesgo psicosocial asociado a preeclampsia, se encontró lo siguiente. Se utilizó como variable independiente la exposición a depresión y como variable dependiente la presencia de preeclampsia, de acuerdo al análisis de Odds Ratio las personas con presencia de depresión tienen un riesgo de .996%, para desarrollar preeclampsia

Demostrar que la implementación de una intervención integral educativa de enfermería puede prevenir la depresión como factor psicosocial asociado a preeclampsia

Se obtuvo una diferencia de 31 pacientes entre la Medición inicial y la Medición final, de las pruebas estadísticas realizadas se considera que por la cantidad de participantes y los ítems al ser una variable ordinal, las pruebas estadísticas para comprobar la hipótesis fueron U de Mann Whitney obteniendo, el P valor fue de .379 y con la prueba de Chi cuadrado de homogeneidad se obtuvo un P valor de .378 por lo cual, este valor siendo mayor a 0.05 o 5% quiere decir que “No existe diferencias entre la frecuencia de depresión asociada a preeclampsia entre el grupo de intervención y el grupo control que se atribuyen a la intervención integral de enfermería”.

5.2 Recomendaciones.

Al término de éste estudio podemos hacer las siguientes recomendaciones

- Es importante continuar realizando éste tipo de estudios para encontrar nuevos hallazgos que orienten la prevención de factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia.
- Es importante considerar las semanas de gestación (20 – 24 SDG) para iniciar las intervenciones educativas, así mismo el número de sesiones educativas (4 a 6) de preferencia con intervalo cada 8 -15 días.
- Considerando la revisión de la literatura, las intervenciones elegidas son adecuadas para llevar a cabo en mujeres gestantes, ya que no comprometen la salud del binomio. Sin embargo el gremio de enfermería debe indagar a mayor profundidad sobre la aplicación de estas intervenciones, así como en los problemas psicosociales que afectan a la población, siendo una gran oportunidad para conformar un equipo multidisciplinario en el que enfermería dirija más estudios y no solo sea partícipe en ellos, esperando así contribuir de manera científica en la elaboración de cuidados y mejorar la atención en las mujeres esperando disminuir los mayores riesgos posibles para el desarrollo de preeclampsia debido a factores de riesgo psicosociales.
- Adicional a éstas recomendaciones es importante que el personal de enfermería obstétrica y perinatal realice una práctica profesional fundamentada en las normas técnicas, en las guías clínicas de práctica clínica y en la evidencia científica (NOM 007, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*. Guía de práctica clínica: *Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y*

segundo niveles de atención. y Atención integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención.

- En la NOM-007 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”. Del apartado 5.11 Promoción de la salud materna y perinatal recomienda que se desarrollen acciones de educación para la salud orientada a favorecer la decisión libre e informada en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables. También se recomienda Promover, impulsar y fortalecer la participación de las autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos. La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos
- Para el manejo de las pacientes con depresión es importante el asesoramiento general en un estilo de vida saludable. Los consejos deberían abordar. Uso de alcohol y drogas, dieta y comportamientos alimentarios mantenimiento de las redes sociales y las actividades personalmente significativas, problemas de sueño (CENETEC, 2016)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Mexicana de Musicoterapia Humanista
2. Asociación Mexicana de Yoga A.C.
3. Buil Martínez, I., & Canals Sisteró, M. (2011). Terapia asistida con animales.
4. Bernal, J. J. C. (2013). Depresión y embarazo. *Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*, 19, 43.
5. Bjørk, M. H., Veiby, G., Engelsen, B. A., & Gilhus, N. E. (2015). Depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period in women with epilepsy: A review of frequency, risks and recommendations for treatment. *Seizure*, 28, 39-45.
6. Cano, E. J., Tobón, S., Alpi, S. V., Sánchez, M. V., & Bustamante, E. M. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 41-51.
7. Carballo, R. B. (2005). El ejercicio aeróbico moderado durante el embarazo su relación con el comportamiento de la tensión arterial materna. *European Journal of Human Movement*, (13), 119-131.
8. Cardeñosa, M. B. (2012). La actividad física durante el embarazo y su influencia en el proceso de parto y en la recuperación posparto. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4(5).
9. Castro-González, M. I. (2002). Ácidos grasos omega 3: Beneficios y Fuentes. *Interciencia*, 27(3), 128-139.
10. Chang, H.-C., Yu, C.-H., Chen, S.-Y., & Chen, C.-H. (2015). The effects of music listening on psychosocial stress and maternal-fetal attachment during pregnancy. *Complementary therapies in medicine*, 23(4), 509-515.
11. Cherniack, E. P., & Cherniack, A. R. (2014). The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. *Current gerontology and geriatrics research*, 2014.
12. Clark, C. J., Lewis-Dmello, A., Anders, D., Parsons, A., Nguyen-Feng, V., Henn, L., & Emerson, D. (2014). Trauma-sensitive yoga as an adjunct mental health treatment in group therapy for survivors of domestic violence: A feasibility study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(3), 152-158.
13. Davis, K., Goodman, S. H., Leiferman, J., Taylor, M., & Dimidjian, S. (2015). A randomized controlled trial of yoga for pregnant women with symptoms of depression and anxiety. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(3), 166-172.
14. De Lira Guerrero Jessica (2016) *El impacto de la musicoterapia en la sintomatología negativa de los pacientes esquizofrénicos del servicio de Hospitalización Continuada del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvaréz*. Tesis para obtener el grado de Psiquiatra. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México

15. de Manincor, M., Bensoussan, A., Smith, C., Fahey, P., & Bourchier, S. (2015). Establishing key components of yoga interventions for reducing depression and anxiety, and improving well-being: a Delphi method study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1), 1.
16. Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *Bmj*, 331(7507), 15.
17. Deligiannidis, K. M., & Freeman, M. P. (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 85-95.
18. Friedmann, E., Thomas, S. A., & Son, H. (2011). Pets, depression and long-term survival in community living patients following myocardial infarction. *Anthrozoös*, 24(3), 273-285.
19. Fritz, S. (2001). *Fundamentos del masaje terapéutico*. Editorial Paidotribo.
20. Fuentes, Maderey Ana Laura. (2008). *La luz de Purusa, El "problema mente-cuerpo" desde una lectura no dualista de los Yoga Sutras de Patañjali*". Tesis que para obtener el título de Maestra en Filosofía. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
21. Garner, B., Phillips, L. J., Schmidt, H. M., Markulev, C., O'Connor, J., Wood, S. J., ... & McGorry, P. D. (2008). Pilot study evaluating the effect of massage therapy on stress, anxiety and aggression in a young adult psychiatric inpatient unit. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(5), 414-422.
22. Gasca, B. Z., & Aguilar, S. A. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(2), 56-63.
23. Gómez, S. A. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1).
24. Gong, H., Ni, C., Shen, X., Wu, T., & Jiang, C. (2015). Yoga for prenatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1.
25. Grosso, G., Pajak, A., Marventano, S., Castellano, S., Galvano, F., Bucolo, C., ... & Caraci, F. (2014). Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: a comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PLoS one*, 9(5), e96905.
26. Guía de Práctica Clínica, Atención Integral de Preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención
27. Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Manejo de la DEPRESIÓN PRENATAL Y POSPARTO en el Primero y Segundo Niveles de Atención
28. Guzmán-Juárez, W., Ávila-Esparza, M., Contreras-Solís, R. E., & Levario-Carrillo, M. (2012). Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80(7), 461-466.
29. HM, H. M. P.-V., Ayola-Castillo, C., Campo-Arias, A., & de la Salud, A. (2008). SíNTOMAS dEPRESIVOS CON iMPORtANCiA clíNica EN MUJERES EMbARAZAdAS dE CARTAGENA, COIOMbiA: PREvAIENCIA y AIGUNAS vARIAbLES ASOCiAdAS. *Health*, 2, 31-38.

30. Hughes, E. G., & da Silva, A. M. (2011). A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. *Human reproduction*, deq385.
31. Im, M. L., & Lee, J. I. (2014). Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and Health Care*, 22(3), 453-458.
32. Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278.
33. Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028.
34. Khan, T. M. (2011). Interventions during pregnancy to lower the chances of postnatal depression among women from the Asian subcontinent. *Mental health in family medicine*, 8(1), 7.
35. Ku, E. (2014). Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista peruana de epidemiología*, 18(1), 1-7.
36. Lara, M., Navarrete, L., Nieto, L., & Berenzon, S. (2014). Aceptación y barreras al tratamiento para depresión perinatal: Estudio exploratorio en mexicanas. *Salud mental*, 37(4), 293-301.
37. López, Valencia Alma Leticia (2009). *Propuesta de un programa de terapia asistida por animales de compañía en la atención asistencial y terapéutica en personas con parálisis cerebral y síndrome de Down: estudio de casos*. Tesis que para obtener el título de licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
38. Luna Matos, M. L., Salinas Piélagos, J., & Luna Figueroa, A. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú.
39. Makizako, H., Tsutsumimoto, K., Doi, T., Hotta, R., Nakakubo, S., Liu-Ambrose, T., & Shimada, H. (2015). Effects of exercise and horticultural intervention on the brain and mental health in older adults with depressive symptoms and memory problems: study protocol for a randomized controlled trial [UMIN000018547]. *Trials*, 16(1), 499.
40. Martin, C. J. H. (2014). A narrative literature review of the therapeutic effects of music upon childbearing women and neonates. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(4), 262-267.
41. Mautner, E., Stern, C., Deutsch, M., Nagele, E., Greimel, E., Lang, U., & Cervar-Zivkovic, M. (2013). The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 194.
42. Méndez-Cerezo, Á. J. (2014). Depresión postparto y ejercicio. *Perinatología y reproducción humana*, 28(4), 211-216.
43. Molero, K. L., Urdaneta Machado, J. R., Baabel Zambrano, N., Contreras Benítez, A., Azuaje Quiroz, E., & Baabel Romero, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(4), 294-304.

44. Negritto, A. María, Nuñez Ricardo S. G., Sanchez Fontalvo I. M. (2014). Una Aproximación a la Ciencia y al Arte: Beneficios de la Horticultura Terapéutica. *Revista de Actualizaciones en Enfermería*, 17(1)
45. Newham, J. J., Wittkowski, A., Hurley, J., Aplin, J. D., & Westwood, M. (2014). Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 31(8), 631-640.
46. Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G., & Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 31(2), 249-261.
47. Oreó, Ramos Luis Fernando. *Estudio de casos de Intervenciones escénicas de arte-terapia en el hospital Rúben Leñero de Octubre a Diciembre del 2012*. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Literatura Dramática y Teatro. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
48. Palmsten, K., Setoguchi, S., Margulis, A. V., Patrick, A. R., & Hernández-Díaz, S. (2012). Elevated risk of preeclampsia in pregnant women with depression: depression or antidepressants? *American Journal of Epidemiology*, kwr394.
49. Pariante, C. M. (2015). Depression and antidepressants in pregnancy: molecular and psychosocial mechanisms affecting offspring's physical and mental health. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), 246.
50. Poland, R. E., Gertsik, L., Favreau, J. T., Smith, S. I., Mirocha, J. M., Rao, U., & Daar, E. S. (2013). Open-label, randomized, parallel-group controlled clinical trial of massage for treatment of depression in HIV-infected subjects. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(4), 334-340.
51. Rosa, Roa Amaya (2016). *El masaje como parte de un proceso terapéutico*. Tesina que para Obtener el Título de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Los Reyes Iztacala, Edo de México.
52. Sánchez-Rodríguez, E. N., Nava-Salazar, S., Morán-Villota, C., Romero-Arauz, J. F., & Cerbón-Cervantes, M. A. (2010). Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. *Revista de Investigación Clínica*, 62(3), 252-260.
53. Tapia, A. (2004). Ácidos grasos omega-3 para la prevención y tratamiento de las depresiones en el embarazo y post parto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(5), 399-403.
54. Thombre, M. K., Talge, N. M., & Holzman, C. (2015). Association between pre-pregnancy depression/anxiety symptoms and hypertensive disorders of pregnancy. *Journal of Women's Health*, 24(3), 228-236.
55. Torres Lagunas, M. D. L. Á., Victoria, L., Marlene, F., & García Jiménez, M. A. (2012). Trastocamiento de la salud en la cotidianidad de las mujeres embarazadas con preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 9(4), 35-44.
56. Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en púerperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 12(3), 122-133.

57. Trivedi, D. (2014). Cochrane Review Summary: psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Primary health care research & development*, 15(03), 231-233.
58. Tsai, H. F., Chen, Y. R., Chung, M. H., Liao, Y. M., Chi, M. J., Chang, C. C., & Chou, K. R. (2014). Effectiveness of music intervention in ameliorating cancer patients' anxiety, depression, pain, and fatigue: a meta-analysis. *Cancer Nursing*, 37(6), E35-E50.
59. Vega-Morales, E. G., Torres-Lagunas, M. A., Patiño-Vera, V., Ventura-Ramos, C., & Vinalay-Carrillo, I. (2016). Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. *Enfermería universitaria*, 13(1), 12-24.
60. Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. 2015. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of women's mental health*, 18(1), 41-60.

ANEXOS Y APENDICES

Anexo N° 1
NÚMERO DE PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR EN PRE CONSULTA POR SEXO Y GRUPOS DE
EDAD, 2009-2011

Año	Sexo	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Total
2009	Total	355	725	623	519	322	166	86	2796
	Mujer	248	532	471	400	267	132	66	2116
	Hombre	107	193	152	119	55	34	20	680
2010	Total	476	937	762	530	388	198	110	3401
	Mujer	306	657	541	375	324	154	89	2426
	Hombre	170	280	221	155	64	44	21	955
2011	Total	457	845	671	556	426	186	111	3252
	Mujer	302	599	484	415	332	141	78	2351
	Hombre	155	246	187	141	94	45	33	901
2012	Total	261	430	384	305	243	92	41	1756
	Mujer	170	322	292	219	192	75	32	1302
	Hombre	91	108	92	86	51	17	9	454

Fuente: CEAMEG con base en anexo de estadísticas de depresión del INP "Ramón de la Fuente Muñiz" 2013

Anexo N° 2
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO EN 3 ESTADOS DE LA
REPÚBLICA MEXICANA

ESTADO	NUMERO DE MUERTES	RMM 2002	RMM 2014	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO
Nacional	842	56.1	38.9	20.5
Ciudad de México	56	49.9	41.9	14.1
Estado de México	99	63.1	33.9	29.3
Yucatán	17	23.7	42.4	17.6
Veracruz	59	71.9	43.4	18.6

Torres-Lagunas, Ma Vega Morales, "Modelo de intervención de enfermería para disminuir la Preeclampsia". Ed. ENEO-UNAM. Cd. México, 2017. p16.



Apéndice No. 1

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana
Cuestionario para evaluar factores de riesgo Psicosociales durante el embarazo



Instrucciones: Llene por escrito o marque con una X cada uno de los espacios según corresponda, conforme vaya realizando la entrevista.

Folio: DF-1, EM-1, Y-1, V-1,

I. **DATOS GENERALES**

Nombre de la entrevistada: _____

Edad: _____ Expediente #: _____ Seguridad social: Si ___ No ___ Especificar: _____

Domicilio: Calle _____ No. _____ Entre que calles _____ Colonia _____

Código postal: _____ Ciudad: _____ Entidad: _____ País: _____

Teléfonos: Casa _____ celular _____ Trabajo _____

Nombre del Tutor o responsable: _____

Nombre de la Institución de Salud donde se entrevista: _____

Clínica de la cual fue referida: _____

II. **FACTORES DE RIESGO**

Semanas de Edad Gestacional al momento del diagnóstico de pre-eclampsia: _____

Semanas de Edad Gestacional al momento de la Entrevista: _____

Número de consulta prenatal al momento de la Entrevista: _____

Número de horas que dedica a descansar al día: _____

Número de horas de ejercicio a la semana: _____

III. **DATOS DEL RECIEN NACIDO**

El recién nacido fue obtenido por vía: Vaginal _____ Cesárea _____

Apgar a los 5 minutos: 7-10 _____ 4-6 _____ 1-3 _____

Servicio fue traslado el recién nacido: Neonatos _____ Habitación conjunta _____ Defunción _____

Sexo: Mujer _____ hombre _____

Edad Gestacional (capurro) 37-41 _____ 33-36 _____ 32 o menor ó 42 o mayor _____

Peso: 2.500-3.499 kg _____ 2.000-2.499 kg _____ 3.500-3.999 kg _____ < 2.000 o > 4.000 Kg Inicio de la lactancia: Si _____

No _____

Inicio Vínculo con la madre: Si _____ No _____

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015)



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
 Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
 Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



Cuestionario No. 4
 Escala de Sintomatología Depresiva (Radloff)

Folio: DF-1, EM-1, Y-1, V-1.

Instrucciones. A continuación encontrarás preguntas sobre tus pensamientos durante el ÚLTIMO MES. No intentes contabilizar el número de veces que pensaste de una manera en particular; es mejor que indiques que te parezca la alternativa más adecuada.

<i>Durante el último mes:</i>	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4	5
2. No me dieron ganas de comer, tenía poco apetito...	1	2	3	4	5
3. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de mi familia o amigos	1	2	3	4	5
4. Pensé que valía tanto como otras personas...	1	2	3	4	5
5. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo...	1	2	3	4	5
6. Me sentí deprimido (triste, cansado sin ganas de nada, sin saber porqué)	1	2	3	4	5
7. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo...	1	2	3	4	5
8. Me sentí esperanzada con respecto al futuro...	1	2	3	4	5
9. Creí que mi vida había sido un fracaso...	1	2	3	4	5
10. Me sentí temerosa...	1	2	3	4	5
11. No dormí bien...	1	2	3	4	5
12. Fui feliz...	1	2	3	4	5
13. Hablé menos de lo que casi siempre hablo...	1	2	3	4	5
14. Me sentí sola...	1	2	3	4	5
15. La gente era poco amistosa...	1	2	3	4	5
16. Disfruté de la vida...	1	2	3	4	5
17. Tenía ganas de llorar...	1	2	3	4	5
18. Me sentí triste...	1	2	3	4	5
19. Sentí que no le gustaba a la gente...	1	2	3	4	5
20. Sentí que "ya no podía más"...	1	2	3	4	5

INTERPRETACIÓN:

- 80-100 Muy deprimido
- 60-79 Moderadamente deprimido
- 40-59 Poco deprimido
- 20-39 No está deprimido

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015)



Cuestionario No. 5
Estudio socioeconómico (Graffar)

Folio: DF-1, EM-1, Y-1, V-1.

Entrevista # _____

Fecha de la Entrevista _____

I. DATOS GENERALES

Nombre de la entrevistada: _____ Nombre del Tutor o responsable _____ Número de Expediente _____

II. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA

PUNTEO	ÍTEMS
1	Profesión universitaria, Ingeniero, Agrónomo, Médico, Auditor, Administrador de empresas, Abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria.
2	Profesión técnica superior (Nivel diversificado), Bachilleres, Maestros, Perito, Contador, Secretarías, Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajadores con primaria completa albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
5	Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.

III. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE

1	Educación universitaria
2	Nivel diversificado, Secretaria, Maestra, Bachiller, Perita, Contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

IV. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA

1	Fortuna heredada o adquirida.
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
3	Sueldo mensual.
4	Sueldo semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios.
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaña, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015)

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

TENENCIA		PISO		PAREDES		TECHO		CALIDAD	
Propia		Tierra		Madera		Lámina		Buena	
Alquilada		Ladrillo		Adobe		Madera		Regular	
Prestada		Losa		Block		Teja		Mala	
Posada				Ladrillo		Duralita			
Amortizada						Terraza			

VII. SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA

Agua		Letrina	
Luz		Fosa séptica	
Teléfono		Inodoro	
Drenaje		Extracción de basura	
		Otros:	

VIII. SALUD

¿A dónde acude cuando se enferma?

Enfermedades más frecuentes en su grupo familiar

IX. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Estrato al cual corresponde la familia: _____

Interpretación y análisis de la realidad de la familia de acuerdo al estrato al que pertenece la familia:

OBSERVACIONES GENERALES _____

X. PUNTUACIÓN

RUBROS	PUNTAJE
OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA	
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE	
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA.	
CONDICIONES DE LA VIVIENDA.	
TOTAL	

XI. INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO	DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO
I	4-6	Población con las mejores condiciones de vida.
II	7-9	Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
III	10-12	Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
IV	13-16	Es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
V	17-20	Es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015)



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores responsables: Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas (ENEO-UNAM), Dra. Elsy Guadalupe Vega Morales (UADY-SSY) y Dra. Ilesia Vinalay Carrillo (IMSS)

Lugar y Fecha: _____

Por este medio doy mi autorización para participar en el protocolo de investigación **“Intervención integral de Enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales asociados a pre-eclampsia”** cuyo objetivo es: Analizar el impacto que tiene la intervención integral de enfermería para disminuir factores de riesgo psicosociales para pre-eclampsia en 4 hospitales públicos de la república mexicana.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que soy libre de negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que eso afecte la asistencia médica que recibo en el hospital donde me encuentro ingresada; en caso de aceptar, mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas derivadas del instrumento de recolección de datos y las escalas que el encuestador aplicará.

Me han explicado que no existen riesgos ni molestias asociados a mi participación; así mismo el beneficio que recibo al participar en el estudio es la contribución al estudio para poder hacer predicciones acertadas durante la práctica de enfermería, para brindar cuidados especiales y oportunos, ofrecer información, asesorías y educación para la salud durante el control prenatal y con ello coadyuvar a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal, así como también, para formar estrategias que contribuyan a reducir los indicadores que conducen a este problema a través de medidas de prevención y detección oportuna, ya que en el Estado de Yucatán no se ha llevado a cabo investigaciones acerca del tema.

Me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que proporcione serán manejados con privacidad y confidencialidad; de igual forma los resultados de esta investigación me serán informados de manera verbal en caso de ser solicitados.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a Dra. María de los Ángeles Torres Lagunas. Tel 5517563577 angelestorres2007@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien se obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma del testigo

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2015)

Apéndice 2
Cartel utilizado para hacer promoción y difusión del taller “Por un Embarazo saludable”

 UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

 ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Te invitan a:
Curso- taller
“POR UN EMBARAZO
SALUDABLE”

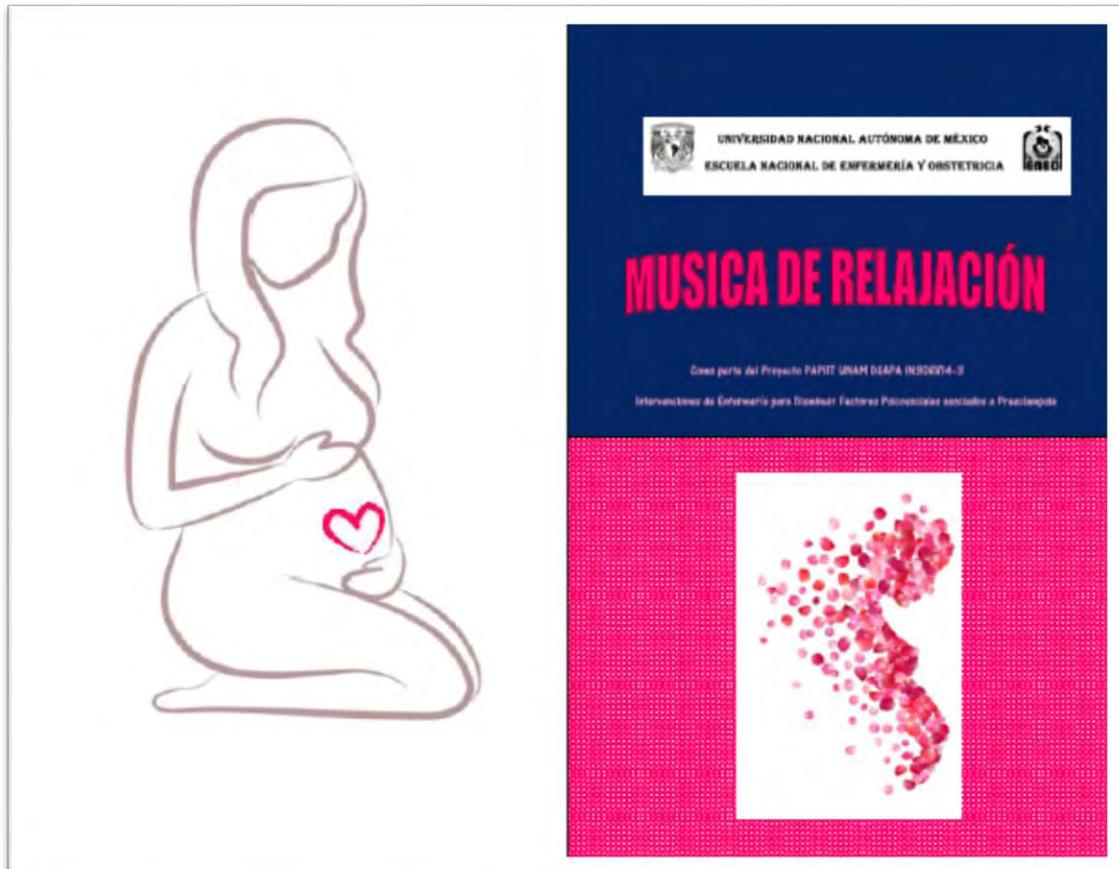
Como parte del Proyecto PAPIIT UNAM-DGAPA IN308814-3
Intervenciones de Enfermería para disminuir Factores Psicosociales
asociados a Preeclampsia

¿Qué es preeclampsia?
Estrés, Depresión y Musicoterapia
Prevención de Violencia
Nutrición en el Embarazo
Apoyo Familiar en el Embarazo

Impartido por: PLEO. Jessica Olivares y PLEO. Stephanie Durán

Fuente: Elaborado por Olivares Vazquez Jessica Doris y Durán

Caratula del disco utilizado para proporcionar las sesiones de musicoterapia a las participantes de la intervención



Fuente: Elaborado por Olivares Vazquez Jessica

Folleto utilizado para la difusión de la intervención

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA 

Te invitan a:

CURSO - TALLER

"POR UN EMBARAZO SALUDABLE"

Como parte del Proyecto PAPIT UNAM DGAPA IN300014-18
Intervención Integral de Enfermería para Diagnosticar Factores Psicosociales asociados a Preeclampsia



- ¿Que es Preeclampsia?
- Estrés Depresión y Musicoterapia
- Prevención de Violencia
- Nutrición en el Embarazo
- Apoyo Familiar en el Embarazo

Fuente: Elaborado por Olivares Vazquez Jessica Doris y Durán Cuevas Stephanie