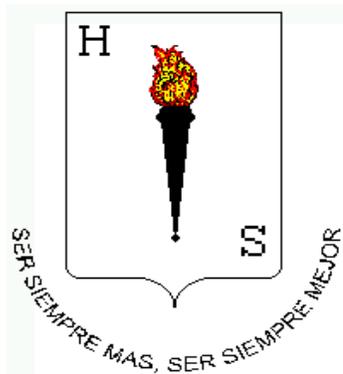


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO.

CLAVE 8722



TESIS:

DEPRESIÓN POST-PARTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARISA ALCANTAR LARA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

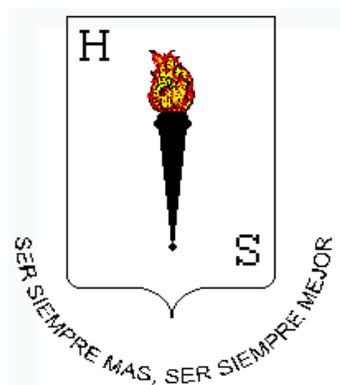
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO.

CLAVE 8722



TESIS:

DEPRESIÓN POST-PARTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARISA ALCANTAR LARA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi padre por apoyarme en esta experiencia confiando en mi y no haber permitido que abandonara mi sueño.

A mis hermanos por ser mi fortaleza en todo momento, gracias por no dejarme sola en esto, el logro también es de ustedes.

A mis compañeras, que siendo completamente extrañas, aquí lograron formar parte de mi familia, agradezco su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A Dios por la fortaleza que me ha dado para continuar cuando a punto de rendirme he estado, por estar conmigo en los momentos más difíciles que a lo largo de este trayecto se me han presentado, por darme una familia que me ha brindado su apoyo incondicional, gracias por la oportunidad.

A mi padre y hermanos, por el apoyo brindado para conseguirlo, este logro también es de ustedes.

A la escuela de enfermería por darme los conocimientos y los medios para mantener una preparación constante tanto académica como moralmente.

INTRODUCCIÓN

La **depresión** es una alteración patológica del estado de ánimo, que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas.

Estimaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002, mostraron que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión y que la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. En efecto, se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades.

La población femenina en comparación con la población masculina presenta el doble de probabilidad de presentar depresión, sobre todo en el período correspondiente al posparto, probablemente por el desequilibrio hormonal que este período conlleva, aunado a esto una serie de factores sociales y psicológicos que la sociedad presenta.

A nivel mundial la prevalencia de depresión posparto oscila entre 10-15% en países desarrollados; en los estudios realizados en los últimos años se ha comprobado que mientras menor nivel económico posea un país, bajo nivel educacional, cultural y sobre todo en sociedades machistas la prevalencia de este desorden es aún mayor.

INDICE

INTRODUCCIÒN

Pág.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE DEPRESIÓN POST-PARTO..... 1

1.1. Antecedentes de depresión post-parto.....	1
1.2. Depresión.....	3
1.3. Epidemiología y etiología.....	4
1.4. Factores causales de depresión.....	6
1.4.1 Factores biológicos.....	6
1.4.4 Factores relacionados con la personalidad.....	9
1.4.5 Alteraciones genéticas.....	9
1.4.6 Alteraciones cerebrales.....	10
1.5. Trastornos afectivos en el post-parto.....	11
1.5.1. Clasificación de los trastornos depresivos en el post-parto.....	12
1.6. Código de ética.....	28

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 33

Justificación.....	34
Objetivo general.....	35
Objetivos específicos.....	35
Hipótesis.....	36
Variables.....	36

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA..... 37

CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS 45

CONCLUSIÓN

GLOSARIO

FUENTES DE CONSULTA

ANEXOS

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE DEPRESIÓN POST-PARTO

En la presente investigación se darán a conocer la frecuencia que tiene la depresión post-parto en mujeres que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud después del parto y para ello se abordaran primero los antecedentes históricos que se tienen de la depresión post-parto.

1.1. Antecedentes de depresión post-parto.

En el presente capítulo se presentaran los antecedentes históricos de la depresión post-parto así como el planteamiento del problema, justificación, variables y se formularan los objetivos tanto general como específico.

En la historia de la psiquiatría, se encontró con que las alteraciones psiquiátricas ligadas al puerperio han sido puestas de manifiesto desde los comienzos de la historia médica. Hipócrates ya refiere la existencia de patología psicótica en mujeres en el puerperio.

En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe Enfermedades propias de las mujeres.

En 1856, el médico francés Víctor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el pos-parto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al post-parto.

El concepto sobre una forma más grave de enfermedad mental no asociada con psicosis fue elaborado en los años setenta, en estudios de población fundamentados en entrevistas estructuradas y en criterios diagnósticos estandarizados. En este estudio se registraron altas tasas de participación de diversas formas de depresión entre las mujeres durante los primeros seis meses después del parto.

A partir del momento en el que el cuadro clínico queda más o menos definido como entidad médica se presentan dos líneas etiopatogénicas muy diferentes. Para unos es un cuadro con unas características psíquicas especiales que lo convierten por lo tanto en una entidad diagnóstica y para otros se debe estudiar dentro de los grandes cuadros psiquiátricos, ya que no se puede considerar independiente de los mismos.

En mujeres latinas se encontró que existen pocos estudios sobre dicho tema, por lo que no se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas o factores que determinen la depresión post-parto como tal.

En los estudios que se han realizado arrojan resultados donde la depresión post-parto se manifiesta con: cambios en el estado de ánimo, tristeza, llanto con

frecuencia, falta de esperanza, anorexia, inquietud, trastornos de sueño y labilidad emocional. En la actualidad en México se encuentran pocos estudios que aporten e indiquen con claridad la frecuencia de la depresión post-parto en este país.

Se encontró también que en dicho país, el tema de la depresión post-parto es prácticamente inédito, a pesar de que las estadísticas mundiales confirman que entre el 10% y 20% de todas las madres sufren de esta enfermedad mental, de este porcentaje 9 % de los casos queda sin ser diagnosticado ni tratado.

Se considera importante que a la madre primeriza se le informe de los posibles trastornos que después al dar a luz pueda generar, también que tengan la capacidad de identificar los síntomas para buscar una ayuda profesional adecuada.

A pesar de su elevada prevalencia, a menudo la depresión post-parto no se diagnosticó y, por lo tanto, no se trata. Asimismo, el tratamiento de los casos diagnosticados plantea numerosos dilemas para el profesional de atención primaria. Partiendo de la información recabada por los antecedentes de la depresión post-parto, la investigación cuenta con las bases que ayudaran para la formulación de posibles resultados y objetivos de la investigación teniendo en cuenta los conocimientos científicos mencionados en los antecedentes.

1.2. Depresión

En su Carta Fundacional, la Organización Mundial de la Salud define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto extensible a la depresión, la

enfermedad debe entenderse como un proceso biológico, psicológico y social. En relación a la esfera biológica supone una alteración estructural o funcional; en la esfera psicológica conlleva sufrimiento y dolor; en relación a la esfera social supone un proceso que causa una invalidez (Gelder 2007).

1.3. Epidemiología y etiología

La depresión afecta a un número considerable de mujeres después del parto en todo el mundo. La depresión post-parto no solo involucra a la madre sino también a su infante y familia en conjunto. Esta enfermedad perturba el matrimonio, mina la confianza de la madre, perjudica el funcionamiento social y la calidad de vida. Incluso, la depresión post-parto contribuye a la conducta suicida y al filicidio materno. Notablemente, existe un número considerable de casos de depresión post-parto que no se logra identificar ni tratar.

La importancia epidemiológica del trastorno depresivo es que afecta a una franja de población en plena etapa productiva y vital y tiene de tal modo una importante repercusión socioeconómica. Es un problema social y de salud pública por su elevada prevalencia y la importancia de sus consecuencias familiares, laborales y económicas como ausentismo e incapacidad laboral, su asociación con varios factores psicosociales de riesgo como el estrés laboral y el desempleo, sus consecuencias sobre la salud y otras conductas de riesgo como el abuso y la dependencia de sustancias adictivas e intentos de suicidio. La depresión tiene un costo muy alto, que ha ido aumentando a lo largo de los últimos años.

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento global de la persona que por tanto ya no puede entenderse

solamente como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. Se trata de un trastorno mental complejo, en realidad una verdadera enfermedad psicosomática, muy prevalente e incapacitante si no se trata de modo efectivo, y en consecuencia se precisa realizar un diagnóstico precoz. (Gilbert 2004).

La definición académica sitúa esta enfermedad como el síndrome caracterizado por una tristeza persistente e intensa y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a seis series de síntomas: físicos, psicológicos, conductuales, cognitivos, motivacionales y sociales. El motivo no es siempre negativo, puede ser cualquier cambio, por ejemplo:

- El tiempo de aparición es hasta 6 meses después de haber experimentado el acontecimiento estresante.
- La duración e intensidad son desproporcionadas.
- El rendimiento adaptativo queda disminuido significativamente.
- Existe pérdida de energía, enlentecimiento psicomotor e incapacidad de experimentar placer (anhedonia).
- La experiencia subjetiva de la tristeza es corporalizada, persistente,
- incontrolable e incomprensible psicológicamente (Rojas 2006).

La persona con depresión pierde la capacidad de regular su autoestima y de un funcionamiento adaptativo eficaz, y se siente inundada por diferentes emociones negativas como angustia patológica, ira inapropiada y culpabilidad inmotivada. El llanto es constante, los cambios de humor bruscos y la capacidad de reaccionar, casi inexistente, aunque también puede existir la incapacidad de llorar en el enfermo depresivo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como alteraciones biográficas, el estrés y sentimientos derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte.

Aunque la mayoría de las personas que sufren depresión tiene un agente causante anterior, no todas las que sufren un agente estresante padecen depresión. Una marcada dificultad por sí sola es insuficiente para producirla salvo que existan factores de vulnerabilidad dentro de un modelo multifactorial complejo. (Brown y Harris 1989).

El estigma y la discriminación social de la persona que padece un trastorno mental dificultan su aceptación, la búsqueda de ayuda y el tratamiento eficaz del mismo. El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable o como el estado emocional subjetivo del individuo. (Machado y García 1997).

1.4. Factores causales de depresión

Existen evidencias de alteraciones de los neurotransmisores (aminas biógenas), citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad.

1.4.1 Factores biológicos.

La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo hipofisario-adrenal relacionados con varias citoquinas pro-inflamatorias como interleukina-1, inteleukina-6 y factor de necrosis tumoral que se incrementan en la depresión, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor por ejemplo, se reducen el número de

transportadores de serotonina en plaquetas y linfocitos de sangre periférica. (Machado y García 1997).

Inmediatamente antes del parto, los niveles de estrógenos y de progesterona son unas 50 veces más altos que antes del embarazo. En el curso de pocos días estos niveles bajan bruscamente hasta los valores normales. Al mismo tiempo, empieza a segregarse en abundancia prolactina. En todo caso, tales oscilaciones hormonales no son mayores en las madres deprimidas que en las sanas, por lo que no se puede considerar factor desencadenante de la depresión. El dramático descenso hormonal que ocurre en el periodo posnatal juega un papel significativo en la etiología de la depresión post-parto, pero la exacta naturaleza de estas influencias permanecen desconocidas aunque sí se conoce la implicación de la subunidad delta de los receptores GABA. (Corwin y Pajer 2008).

1.4.2 Factores psicosociales.

En la población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan:

- Ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo.
- Tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza).
- El desempleo.
- El aislamiento social.

- Tener problemas legales.
- Tener experiencias de violencia.
- Consumir sustancias adictivas.
- La migración.

Los desórdenes mentales lejos de ser supuestas entidades naturales de base biológica, son entidades construidas de carácter histórico-social. Su carta de realidad sería más de tipo psicobiológico del orden de los problemas de la vida más que de la biología y de la persona más que sólo del cerebro. Personas genéticamente vulnerables al estrés, presentan 18 reacciones afectivas negativas al ser sometidas a dicho estrés. (Ayuso, et al, 1987)

Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) muestran que una proporción importante de la población nacional ha estado expuesta a eventos violentos y que éstos tienen importantes variaciones por género. Las mujeres presentan prevalencias más elevadas de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. Una proporción de estas personas desarrolló estrés post traumático (2.3% de las mujeres y 0.5% de los hombres) y alrededor de 20% de personas que han sufrido uno o más eventos violentos, presentaron un cuadro de depresión.

1.4.3 Factores relacionados con la personalidad.

La depresión está relacionada con el tipo de personalidad del individuo. Pacientes con determinados trastornos de la personalidad, con alteraciones en sus mecanismos de defensa y en la autoestima pueden tener una tendencia mayor a deprimirse. Presentar un carácter con alguna cualidad extrema como: inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo predispone a padecer depresiones. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. (Ayuso et al 1987).

Diversos estudios han encontrado una mayor asociación de depresión post-parto en mujeres con antecedentes personales de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión y depresión post-parto previa, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes o pobres, antecedentes de eventos estresantes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo. También se ha descrito una asociación discreta con la presencia de tristeza post-parto severa, la experiencia el parto, las complicaciones obstétricas y las características de la salud y temperamento del recién nacido.

1.4.4 Alteraciones genéticas.

Mediante diversos estudios durante años los autores concluyen que los hallazgos son compatibles con la transmisión de un gen dominante, pero el hecho de encontrar antecedentes familiares positivos tanto en pacientes con inicio temprano como en aquellos con inicio tardío, sugieren o un grado de penetrancia variable del gen o más bien, un patrón de herencia de tipo poligénico.

Durante décadas el mayor riesgo de depresión en mujeres llevó a suponer la participación de un gen dominante en el cromosoma X, pero estudios con marcadores del DNA no lo pudieron confirmar y la transmisión de padre a hijo(a) frecuente tanto en trastorno unipolar como bipolar. Los estudios sobre la susceptibilidad genética a la depresión parecen ser más consistentes en personas con ciertos subtipos de trastorno bipolar, con nueve veces más probabilidad de padecer este trastorno si se tienen antecedentes familiares. (Rapkin y Mikacich 2002).

1.4.5 Alteraciones cerebrales.

Las diferencias entre el cerebro de la mujer y del hombre se refieren al volumen y distribución de las neuronas. El cuerpo calloso es mayor en la mujer, así como la comisura anterior y mientras en el hombre predomina el hemisferio cerebral derecho, en la mujer es el izquierdo.

Las diferencias son muy marcadas, sobre todo en el llamado cerebro emocional, como el sistema límbico y el hipotálamo y en otras regiones, de la corteza cerebral. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo, pero no existe una lesión anatómica visible con técnicas de neuroimagen. (Maes et al 2000).

Asimismo, la historia psiquiátrica previa es de gran importancia, ya que el antecedente de cuadros depresivos previos y de depresión post-parto previa, así como de depresión durante el embarazo, aumentan considerablemente el riesgo de sufrir depresión en el periodo de post-parto.

1.5. Trastornos afectivos en el post-parto.

En el puerperio, hasta 85% de las mujeres padecen de algún trastorno del ánimo. En la literatura se reconocen tres clases de trastornos depresivos después del parto: nostalgia posparto (baby o postpartum blues), depresión posparto sin psicosis y psicosis posparto, siendo más comunes los dos primeros. (Ayuso et al 1987).

Según la cuarta edición revisada del Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el especificador de inicio en el post-parto se aplica a los trastornos que se manifiestan durante las primeras semanas posteriores al parto. (Ayuso et al 1987)

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el post-parto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan a la mujer a presentar dichos síntomas.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el post-parto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbilidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones. De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos. A pesar de estas estrategias, ciertas patologías como la depresión posparto son aún subdiagnosticadas y consecuentemente, mal tratadas o no atendidas.

El término de depresión post-parto se refiere a un episodio depresivo mayor no psicótico que inicia durante las cuatro primeras semanas después del parto, de acuerdo a los criterios del DSM-IV18; otros autores sugieren que se deben considerar 6-12 semanas después del parto o incluso de 6 a 12 meses después.

1.5.1. Clasificación de los trastornos depresivos en el post-parto.

Post-partum blues.

Algunas pacientes presentan síntomas depresivos después del parto de moderada intensidad y de carácter pasajero, sin alcanzar a cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV para depresión mayor; a esta condición se le conoce como maternity blues o baby blues y se considera que no requiere tratamiento farmacológico.

Este trastorno se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el primer y el tercer día post-parto, con una duración generalmente corta (aproximadamente 10 días). Se trata de la alteración del estado de ánimo en el post-parto más común, con una prevalencia de 75 a 80%. Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, accesos de llanto y labilidad emocional. (Henshaw 2000).

El post-partum blues es un fenómeno común en este período y puede durar hasta dos semanas. Por lo general, no requiere tratamiento farmacológico. Algunos estudios revelan que una mujer que presenta post-partum blues tiene una probabilidad de 20% de desarrollar depresión mayor. (Beck 2001).

No se conoce cuánto se asocia el post-partum blues a cambios hormonales posnatales; algunos estudios han sugerido que se relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto. Se han desarrollado dos hipótesis que intentan explicar este fenómeno. La primera se orienta a relacionar los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el embarazo es observable el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos, por cuanto estas sustancias poseen gran afinidad por los receptores GABA, razón por la que poseen efectos ansiolíticos y anestésicos. Se ha observado que presentan un mayor aumento de los niveles de progesterona en las últimas semanas del embarazo y durante el posparto, así como disminución de otras sustancias como el colesterol y los triglicéridos, que también se han asociado con cambios en el ánimo.

La segunda hipótesis se fundamenta en la activación ²¹ del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicosocial. (Spinelli 2004).

El tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento por parte de la familia, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo breve. (Nonacs y Cohen 2002).

Depresión post-parto sin psicosis.

Se estima que este trastorno se presenta en 10 a 15% de las mujeres en el período de post-parto; este síndrome dura más tiempo que el post-partum blues y tiene un mayor impacto en la familia. Se ha calculado que, en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su post-parto tal patología. Esto significa que del total de mujeres en post-parto, aproximadamente, un millón de mujeres por año presenta este tipo de depresión. (Winser, Parry y Piontek 2002).

Prevalencia.

La prevalencia varía según los criterios evaluados y el área geográfica. Estudios internacionales reportan diferentes prevalencias en diversas áreas geográficas: 13.5% en China, 23% en India, 27% en Turquía y 10 a 15% en Europa y América Latina 22 a 38%. (Winser, Parry y Piontek, 2002)

La depresión post-parto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25% en México el Instituto Nacional de Perinatología (INP), reportó en el año 2001 una prevalencia del 21.7% de depresión post-parto. En clínicas de primer nivel de atención no se tienen datos estadísticos de dicha patología 15-16, lo que provoca que la detección de este trastorno sea difícil y que su incidencia se encuentre subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas.

Factores de predicción de depresión post-parto sin psicosis.

Los síntomas depresivos graves que se manifiestan de manera temprana (dos o tres días) sugieren el inicio de una depresión posparto. Estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnía, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas

maternales. Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante. (Winser, Parry y Piontek 2002).

Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así que, en países y en situaciones en las cuales se provee apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja.

Entre los factores de riesgo y predicción que explican la aparición de la depresión posparto sin psicosis, se encuentran los siguientes:

- Eventos estresantes previos al embarazo.
- Historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual.
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado.
- Historia de amenaza de aborto, parto pre término y parto por cesárea.
- Ser madre soltera o la disfunción de pareja.
- Baja autoestima materna.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Embarazos no deseados o no planeados.

- La imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia (Winser, Parry y Piontek 2002).

Además de la influencia de los factores ya mencionados, el inicio de los síntomas durante el embarazo, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto. Esta situación ocurre hasta en el 50% de los casos. (Winser, Parry y Piontek 2002).

Desde el punto de vista biológico, es posible que se presente una excesiva fatigabilidad, piel seca, intolerancia al frío y caída reciente del pelo. Sin embargo, debe descartarse hipotiroidismo, el cual se presenta en 5 a 10% de las mujeres en el primer año posparto. En cuanto a la causa de la depresión posparto sin psicosis, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este período. (Kent et al 1999).

Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del post-parto.

Esteroides gonadales. El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces, respectivamente.

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. (Kent et al 1999).

Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquéllas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio.

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el posparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres. (Pop et al 1993).

Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y presentan un pico máximo en el momento del parto; en las mujeres que no lactan, éstos regresan a los niveles previos al embarazo a las tres semanas posparto.

Hormonas tiroideas. La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general.

Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrolló trastornos tiroideos posparto.

La depresión post-parto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el post-parto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos. (Pop et al 1993).

En un estudio doble ciego, de 145 mujeres positivas y 229 mujeres negativas para anticuerpos, se encontró una relación entre la depresión y el estado de anticuerpos posparto. La disminución de la función tiroidea puede afectar el estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central.

Los niveles de serotonina se han correlacionado positivamente con los niveles de hormonas tiroideas. (Pop et al 1993). Hormonas hipofisarias. Los

niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140 mg/ml al final del embarazo y declinan a las tres semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en esta entidad, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperprolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios. (Pop et al 1993).

Cortisol: los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el post parto.

Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Además, no hay una correlación en los resultados de la prueba de supresión de la dexametasona en el post parto, ya que esta prueba está alterada hasta en 80% de estas mujeres, posiblemente por la hipercortisolemia.

Finalmente, también se encuentran estudios que señalan que, durante el quinto y el sexto día posparto, se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con post-partum blues y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo,

el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición de post-partum blues ni de depresión posparto sin psicosis. (Pop et al 1993).

Evaluación y diagnóstico de depresión post-parto sin psicosis.

Para realizar el diagnóstico se requiere sospechar la presencia de depresión posparto sin psicosis, además de seguir de cerca a las madres con factores de riesgo y realizar un tamizaje.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, fue diseñada por Cox y colaboradores en Edimburgo en el año de 1987, específicamente para detectar estados depresivos en el período posnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en ámbitos de la salud materno-infantil. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar los estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo es una encuesta desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Inicialmente en su año de creación constaba de 23 ítems los cuales evaluaban estados de tristeza, ansiedad e ira, luego se depuro y constaba de 13 ítems, luego al ser reevaluada se encontró que 3 ítems de esta

escala evaluaban únicamente estados de ira y que no concordaban con los síntomas principales de depresión en el post-parto por lo que fueron anulados. Actualmente consta de 10 preguntas de selección múltiple.

La puntuación de la escala contiene cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados de 0 a 3. El rango total va de 0 a 30.

Las preguntas 1, 2, y 4 se califican de 0, 1, 2 o 3, dándole la puntuación de 0 a la primera línea y la última línea 3.

Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 son calificadas al inverso, se califica de 0, 1, 2, o 3, dándole la puntuación de 3 a la primera línea y 0 a la última línea.

La puntuación máxima es de 30. Posible depresión 11 o mayor la puntuación. Los autores proponen el punto de corte 9 a 10 para la clasificación de estado depresivo, pero el más utilizado en la actualidad es el puntaje expuesto anteriormente.

Las madres que obtienen una puntuación más alta de 13 pudieran estar sufriendo una enfermedad depresiva severa variada.

Es importante recalcar que la puntuación de ésta escala no reemplaza el diagnóstico clínico, sino que únicamente es un instrumento para detectar el riesgo

a padecer el desorden. Una evaluación clínica detallada se deberá llevar a cabo para confirmar el diagnóstico.

El cuestionario indica como la madre se ha sentido durante la semana previa. En casos dudosos puede ser útil repetir la herramienta después de dos semanas. El cuestionario no podrá detectar madres con neurosis, fobias ni trastornos de personalidad.

Las instrucciones para el uso del cuestionario sobre depresión posnatal de Edimburgo son de la siguiente manera:

1. Se le pregunta a la madre que marque la respuesta más allegada a como se ha sentido en los últimos siete días.
2. Todas las preguntas se deben completar
3. Se debe tomar la precaución de evitar la posibilidad de que la madre discuta las repuestas con otros.
4. La madre debe completar el cuestionario por sí sola, a menos que tenga dificultad con la lectura.
5. El cuestionario puede aplicarse durante el embarazo o en la primera semana posparto.
6. El cuestionario puede ser utilizado en el ámbito hospitalario y de atención primaria, en el examen posnatal. (Surt et al 2001).

Depresión post-parto con psicosis.

Se encuentra presente en 1 a 2 por 1.000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana posparto, con una

correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%. (Reed et al 2009).

Entre sus características clínicas, se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño.

Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de éste, así como contenido místico-religioso. De manera frecuente, se observan conductas auto agresivas y violentas que pueden terminar en suicidio o filicidio.

Los factores de riesgo más importantes son: la historia de psicosis posparto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia familiar de psicosis posparto.

Algunos estudios han encontrado relación entre la depresión posparto con psicosis y una respuesta exagerada de la hormona del crecimiento, cuando se aplica apomorfina durante el cuarto día posparto. (Reed et al 2009).

El tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, como el uso de moduladores del afecto. Se ha documentado la eficacia del carbonato de litio en la psicosis posparto. En esta alternativa, la lactancia debe interrumpirse. La terapia electro convulsiva es bien tolerada y rápidamente efectiva. (Reed et al 2009).

1.6 Cambios fisiológicos durante el embarazo

Durante las primeras horas del período post natal, la madre presenta cambios fisiológicos relacionados con todos los aparatos y sistemas corporales tales como: pérdida de peso de peso de 4 a 7 kg como resultado de expulsión del producto, la placenta y el líquido amniótico, además se pierde por diuresis aproximadamente 2,5 Kg y hay una pérdida de sangre de 500 ml o más.

Signos vitales: Temperatura durante las primeras 24 horas que puede llegar a 38°C, por el esfuerzo muscular o la deshidratación. Si la temperatura pasa de 37°C durante dos días del puerperio es un signo de infección puerperal o vías urinarias, endometritis, mastitis u otras.

Cambios cardiovasculares: Pérdida de sangre durante el parto por aumento del 40% del volumen sanguíneo circundante en el embarazo. Se pueden perder de 500 ml en parto vaginal y 700 a 1000 ml por cesárea.

Cambios Urinarios: Tejido vesicular edematoso, congestionado e hipotónico después del parto, lo que ocasiona sobre distensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina, esto disminuye a las 24 horas.

Cambios gastrointestinales: El funcionamiento intestinal se normaliza finalizando la primera semana por incremento del apetito e ingestión de líquidos.

Cambios musculo-esqueléticos: Músculos abdominales blandos, débiles y laxos. Quizás disminuya la sensibilidad de las extremidades inferiores en las primeras 24 horas debido a la aplicación de anestesia regional, predisposición a sufrir tromboflebitis por falta de actividad e incrementarse las concentraciones de protrombina.

Cambios mamarios: Se inicia la producción de leche (calostro) al tercer día. Al comienzo ingurgitación, se vuelve firme la estructura de la glándula mamaria, sensible y dolorosa al tacto, y de tamaño las mamas.

Al secretar la prolactina baja la leche que también se estimula por succión del lactante.

Cambios Uterinos: A las 12 horas luego del parto se palpa a 1 cm el fondo, por arriba del ombligo, la madre siente contracciones uterinas luego de expulsada la placenta.

Los loquios (flujo transvaginal después del parto) son rojos (loquios hemáticos) durante dos o tres días, su color cambia a parduzco (loquios serosos) y luego amarillo blanquecino (loquios blancos) entre sexto y séptimo día.

Durante el puerperio se recupera totalmente el piso pélvico, ligamentos uterinos, paredes vaginales y pared abdominal.

Cambios Anatómicos y Fisiológicos de la Puérpera

Mamas: La hormona lactógena prolactina produce un aumento del aporte sanguíneo y mayor actividad de las glándulas mamarias; se congestionan, se produce un estancamiento luego del tercer día del parto y dura 24 a 36 horas, después calma y sigue la lactancia. Durante este proceso de lactar las mamas son blandas y cómodas.

La primera sustancia que succiona el recién nacido es un líquido amarillento, poco espeso llamado calostro, el cual tiene más proteínas y sales,

este líquido es secretado por las mamas hasta el tercero o cuarto día después del parto, luego es sustituido por la leche.

Útero: Los vasos se obliteran y se desarrollan nuevos vasos más pequeños, las células musculares del útero disminuyen el tamaño, parte del material proteico de la pared uterina es destruido y eliminado por la orina. La decidua se prepara en dos capas. La capa externa se desprende y forma parte de la secreción vaginal posterior al parto y se desarrolla en el endometrio a partir de la capa interna.

Se produce la involución, la cual es la vuelta del útero a su tamaño y posición normal. También luego del parto se produce una secreción vaginal llamada loquios que contiene la sangre de la superficie placentaria, partículas de decidua y moco.

Luego del parto se puede presentar un malestar abdominal llamados entuertos, ya que el útero se despliega en una masa firme, causando una contracción después de un breve periodo de relajación. Si la madre amamanta a su hijo en el periodo de amamantado se produce el entuerto debido a que se produce estimulación del útero.

Cuello uterino, vagina, perineo: Disminución de células musculares en cuello uterino después del parto. El cuello uterino recobra su estado normal y el extremo se puede mantener dilatado; el cuello, La vagina y el perineo recuperan su tono.

Retorno a la menstruación: Depende en poco de amamantar al niño o no. Es posible que la tenga durante un periodo de 8 semanas después del parto. Algunas veces por amamantar el periodo menstrual se presenta hasta dos meses luego de terminada la lactancia.

Aparato digestivo: Problemas de estreñimiento el cual se produce por relajación de la pared abdominal y pérdida de la presión inter abdominal, lo cual se corrige con una buena nutrición, mucho líquido y recuperación del tono intestinal.

Cambios emocionales: Después del parto la madre está muy excitada, luego experimenta un sentimiento depresivo y puede volverse irritable o propensa al llanto, esto puede ser por los cambios hormonales y lo que puede desencadenar la depresión post-parto.

Exámenes post-parto: Se le debe realizar a las seis semanas después del parto. Se toma la presión arterial a la madre, exámenes de orina, mamas y pélvico.

2.1. Código de ética.

En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada e fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

La enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

La observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

El profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

Un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

El código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre

actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico.
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho.
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano.
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión.

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión post-parto hoy en día es una enfermedad con un índice mayor de prevalencia por ello es un tema que alarma fuertemente al sector salud, ya que puede llegar a ser una patología incapacitante que afecta gravemente a la persona que la padece y a la familia a su alrededor, es necesario que el profesional de enfermería se encuentre capacitado para identificar los síntomas y con esto desarrollar acciones que ayuden a pronta atención así como de prevención.

La pregunta principal de esta investigación es:

¿Cuál es la intervención de la enfermera para informar la causa principal de la depresión en mujeres después del parto y su índice más frecuente en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en Morelia, Michoacán en el periodo de diciembre de 2015 a febrero 2016?

Se considera urgente informar, prevenir, concientizar y sensibilizar a la sociedad sobre esta seria y destructiva enfermedad mental que todavía es un tabú en México pero que una vez diagnosticada es medicamente tratable, y con ello lograr la pronta atención necesaria para tener un tratamiento adecuado y la rápida integración a su nueva vida de mamá.

Es importante contar con la información adecuada y actualizada de dicho tema, se tendrán los medios necesarios para la pronta intervención de los

profesionales de la salud y con ello evitar un daño mayor a la madre que lo presente.

Logrando la oportuna detección de la depresión post-parto en la puérpera se tendrá una pronta intervención evitando de esta manera que la enfermedad avance y destruya la calidad de vida de la paciente así como de las personas que la rodean, logrando una maternidad plena.

2.1 Justificación

La presente investigación se realiza para proporcionar datos que demuestren la incidencia de depresión post-parto, lo que brindara las bases para desarrollar acciones de enfermería que beneficien a las mujeres primigestas o multigestas que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en Morelia Michoacán, así como determinar si las pacientes que acuden después del parto llegaron a presentar en alguna ocasión un episodio depresivo.

Con la investigación se pretenden desarrollar acciones de enfermería que ayuden a las mujeres que acuden a la consulta externa a que al término del embarazo no lleguen a presentar depresión, proporcionando información de los principales síntomas.

Es importante también que el personal de salud involucrado, tanto médico como enfermera, estén informados y capacitados para reconocer la patología en las mujeres que acuden a la consulta externa para la pronta recuperación e integración de la afectada a su vida normal.

Se considera que es necesario que a la madre primeriza se le informe de los signos y síntomas que pudiera llegar a tener después del parto para evitar que la enfermedad progrese, también que tengan la capacidad de reconocerlos para buscar una ayuda profesional adecuada. La importancia de la presente investigación es desarrollar acciones de enfermería que ayuden para la prevención y pronta atención y de esta manera evitar los daños colaterales que la enfermedad pudiera generar tanto en la paciente que la padece como en las personas que la rodean.

2.2 Objetivo general

Aplicar acciones de enfermería que ayuden a informar, concientizar, sensibilizar y prevenir el riesgo de depresión post-parto en las embarazadas que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en Morelia Michoacán, identificando la frecuencia de depresión post-parto en mujeres primigestas y multigestas que acuden a la consulta externa.

2.2.1 Objetivos específicos

Dar a conocer información actualizada y proponer acciones que ayuden al profesional de enfermería a identificar síntomas y la patología sea diagnosticada y tratada adecuadamente.

Ayudar a la mujer embarazada que pueda llegar a presentar depresión después del parto.

Informar de los posibles síntomas que llegara a presentar después del parto para así poder identificarlos de manera oportuna y buscar ayuda de un profesional especializado.

2.3 Hipótesis

Con la investigación se busca prevenir la depresión en mujeres después del parto ya que se considera que en los últimos años esta ha ido en aumento. Ya que la depresión puede presentarse después o varios meses después de ocurrido el parto. Es por ello, que con la investigación se quiere determinar que a mayor prevención de la enfermedad, será menor el riesgo de padecer depresión post-parto.

Variables

Variable independiente: Prevenir el aumento de depresión en mujeres después del parto.

Variable dependiente: Riesgo de padecer depresión post-parto.

CAPÍTULO III: ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En el presente capítulo se menciona el tipo de investigación, lo que ayudara a detectar la depresión post-parto de manera oportuna en pacientes que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en Morelia Michoacán, para de esta manera prevenir e informar de manera adecuada y eficaz a las mujeres que antes y después del parto acuden a la consulta externa del hospital.

La metodología en la investigación se caracteriza por ser normativa al valorar, pero también descriptiva cuando expone, la metodología implica una selección de técnicas de investigación. La estrategia metodológica es la forma de lograr los objetivos con mejores resultados.

El método hipotético deductivo se entiende como el camino o procedimiento que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica, dicho método tiene varios pasos esenciales que son la observación del fenómeno a investigar, la creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis y verificación o comprobación de la verdad comparándolos con la experiencia. Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional con la observación de la realidad o momento empírico.

Por ello el método hipotético deductivo se aplica a la investigación dado que en ella se aplicara la observación y mediante la formulación de hipótesis se plantea el objetivo, se analizaran los posibles resultados y alcances que llegara a tener la investigación como práctica científica.

La línea acción será detectar de manera oportuna la depresión post-parto en mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para de esta manera desarrollar los cuidados de enfermería que ayuden a la pronta integración de la paciente a su vida normal.

La siguiente investigación se realizara cuantitativa por lo que se utiliza la recolección y análisis de datos mediante la aplicación de encuestas para determinar qué porcentaje de mujeres embarazadas y puérperas, que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud presentan o han presentado depresión post-parto y de esta obtener datos que ayuden a la prevención de la enfermedad.

El método cuantitativo se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que abarca desde lo general hasta lo particular, se utiliza una recolección y análisis de datos y dar comprobación a las hipótesis establecidas, este tipo de investigación estudia las conductas y otros fenómenos que son observables, utiliza teorías para determinar los datos recolectados y métodos estadísticos para analizar los datos recolectados, todo esto mediante la aplicación de encuestas que permiten estudiar a la población afectada.

Las variables de la investigación son una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. Las diferentes formas de análisis de los datos recogidos o disponibles para una investigación de tipo cualitativo se refieren a variables. Tanto el problema de investigación, como los

objetivos buscados se formulan con el uso de una o más variables. La clasificación de las variables en esta investigación es:

- Variable independiente o variable causal: Son las variables explicativas, o sea, los factores o elementos susceptibles de explicar las variables dependientes (en un experimento son las variables que se manipulan).
- Variable dependientes: Reciben este nombre las variables a explicar, o sea, el objeto de la investigación, que se trata de explicar en función de otros elementos como es en la investigación la lista de cotejo.

La primera variable es **prevenir el aumento de depresión** en mujeres después del parto, se realiza con el objetivo de desarrollar actividades que ayuden al profesional de enfermería a determinar que acciones son necesarias para la prevención de la patología, lo que lograra una atención oportuna de la enfermedad, se realiza mediante la técnica de consulta y como instrumento el diseño de la lista de cotejo con lo que se obtendrá información certera y concreta.

La segunda variable es el riesgo de padecer depresión post-parto, la cual se realiza con el objetivo de determinar el riesgo que existe en las mujeres después del parto de padecer la enfermedad, con lo cual se realizaran medidas que ayuden al profesional de enfermería a actuar de manera oportuna para que dicha enfermedad no progrese y afecte considerablemente la vida de las pacientes.

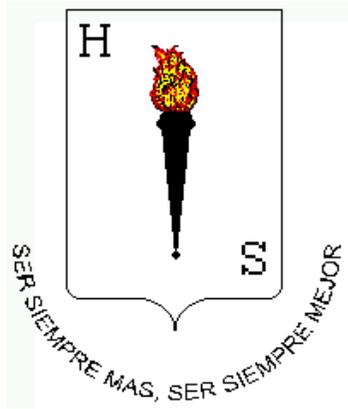
La evaluación se entiende como el proceso de evaluar, permite indicar, valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto. Es un acto donde debe emitirse un juicio en torno a un conjunto de información y que tiene como objetivo alcanzar el mejoramiento continuo.

Recopilación de información

Análisis

Sistematización

Descripción de los resultados



Anexo 1: Jefatura de Enfermería

Escuela de Enfermería del Hospital
De Nuestra Señora de la salud.



Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México
(UNAM) Morelia, Michoacán.

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de Tesis”

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Lista de que se cotejo que se aplicara a pacientes de obstetricia que acuden a la
consulta externa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Lista de cotejo.

Objetivo: Prevenir la frecuencia de padecer depresión post-parto mediante la aplicación de preguntas realizadas a pacientes que antes o después del parto acuden a la consulta externa de ginecología al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Instrucciones: Sea tan amable de marcar con una X la respuesta que considere usted sea correcta.

Variable 1: Prevenir el aumento de depresión en mujeres después del parto.			
Pregunta	Si	No	A veces
1. ¿Durante el embarazo a presentado estados de tristeza frecuentes?			
2. ¿Se siente incapaz de realizar sus actividades cotidianas que tenía antes del embarazo?			
3. ¿Se ha sentido preocupada por el funcionamiento de su cuerpo y por su estado de salud?			
4. ¿Se despierta temprano y le cuesta trabajo volver a conciliar el sueño?			
5. ¿Siente que los malestares del estado de ánimo aumentan por las mañanas o tardes?			

Variable 2: Riesgo de padecer depresión post-parto.			
Pregunta	Si	No	A veces
1. ¿Se siente cansada, fatigada con pesadez en todo el cuerpo en los últimos días?			
2. ¿Le cuesta trabajo concentrarse en algo y expresar sus ideas?			
3. ¿Se siente triste desamparada e inútil?			
4. ¿Llora con frecuencia?			
5. ¿Se meten en su cabeza ideas, dan constantes vueltas y siente que no puede librarse de ellas?			

En la investigación la evaluación se enfocara en los resultados obtenidos en base a los métodos empleados, es necesario realizar varios modelos de análisis para saber se las decisiones tomadas en torno a la planificación son acertadas.

Una vez realizada la encuesta y al evaluarla los resultados presentados deben arrojar datos certeros y en base a ellos realizar las intervenciones de enfermería necesarias para aminorar el impacto de la enfermedad en la sociedad de la paciente afectada, todo esto partiendo de la recopilación y el análisis de los datos obtenidos.

Considerando también las posibles dificultades que se llegaran a presentar al momento de la aplicación de la encuesta, tomando en cuenta la disposición de las pacientes y también de la honestidad de las mismas al contestar el cuestionario, se debe tener en cuenta que no a todas las usuarias que acuden a la consulta se les podrá aplicar el cuestionario.

Logrando obtener datos certeros la investigación contara con la información necesaria y oportuna para elaborar las acciones de enfermería requeridas para aminorar el riesgo de padecer depresión post-parto en las mujeres que acuden a la consulta externa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente capítulo se describen los resultados de la lista de cotejo aplicada a mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

El método hipotético deductivo se entiende como el camino o procedimiento que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica, dicho método tiene varios pasos esenciales que son la observación del fenómeno a investigar, la creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis y verificación o comprobación de la verdad comparándolos con la experiencia. Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional con la observación de la realidad o momento empírico.

Por ello el método hipotético deductivo se aplica a la investigación dado que en ella se aplicara la observación y mediante la formulación de hipótesis se plantea el objetivo.

Las variables de la investigación son las siguientes:

1. Prevenir el aumento de depresión en mujeres después del parto.
2. Riesgo de padecer depresión post-parto.

De la lista de cotejo aplicada se entrevistaron a 30 pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud lo que representa un 100 %.

INSTRUMENTO APLICADO: LISTA DE COTEJO

Variable 1: Prevenir el aumento de depresión en mujeres después del parto.

Pregunta 1.	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Durante el embarazo a presentado estados de tristeza frecuentes?	16.6 %	36.6 %	46.6 %	99.8 %

Esta pregunta esta formulada para determinar si la embarazada durante el embarazo a podido percibir en ella misma estados frecuentes de tristeza para lo que un 16.6 % contesto que si, un 36.6 % contesto que no y un 46.6 % respondió que a veces, lo que me permite concluir que en la mayoría de mujeres embarazadas presento en más de una ocasión estados de tristeza lo cual no fue tratado oportunamente.

Pregunta 2	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Se siente incapaz de realizar sus actividades cotidianas que tenía antes	20 %	46.6 %	30 %	96.6 %

del embarazo?				
---------------	--	--	--	--

La pregunta 2 se formulo para conocer que tanto afecta la patología a la vida cotidiana de la mujer antes y después del parto, lo que los permitirá identificar desde cuando aparecieron los síntomas a lo que un 20 % de las mujeres contesto que si, un 46.6 % respondió que no y un 30 % contesto que a veces, esto indica que las manifestaciones de la enfermedad no llegaron a afectar de manera sobresaliente en las actividades diarias de las pacientes y por lo tano no se considero como incapacitante.

Pregunta 3	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Se ha sentido preocupada por el funcionamiento de su cuerpo y por su estado de salud?	36.6 %	23.3 %	40 %	99.9 %

La pregunta 3 se formulo para conocer la aceptación que tiene la embarazada hacia los nuevos cambios en su cuerpo y en su salud, dado que el embarazo es considerado como una patología, a lo que resulto 36.6 % que si, un 23.3 % contesto que no y un 40 % contesto que a veces por lo que se tiene que la mayoría de las pacientes si han sentido preocupación por el funcionamiento de su cuerpo y su estado de salud.

Pregunta 4	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Se despierta temprano y le cuesta trabajo volver a conciliar el sueño?	13.3 %	53.3 %	33.3 %	99.9 %

La pregunta 4 se realizo para determinar si el estado de sueño de la mujer embarazada cambio durante o después del embarazo lo que nos indica el grado de la alteración a lo que un 13.3 % contesto que si, un 53.3 % que no y un 33.3 % contesto que a veces, el resultado que arrojo es que no siempre se presenta esta alteración del sueño ya que no en todas es un síntoma común.

Pregunta 5	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Siente que los malestares del estado de ánimo aumentan por las mañana o por las tardes?	13.3 %	56.6 %	30 %	99.9 %

Variable dependiente: riesgo de padecer depresión post-parto.

La pregunta 5 se formulo para identificar si la depresión se presenta con mayor frecuencia por la mañana o por las tarde o en ambas horas del día, a lo que 13.3 % de entrevistadas contesto que si, un 56.6 % contesto que no y un 30 % contesto que a veces, identificando así que los malestares no empeoran o mejoran durante la mañana o la tarde.

Pregunta 6	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Se siente cansada, fatigada con pesadez en todo el cuerpo en los últimos días?	46.6 %	23.3 %	30 %	99.9 %

Con la pregunta 6 se quiere determinar si la el estado físico de la embarazada se ve afectado ya sea fatiga o pesadez lo que da como resultado un 46.6 % contesto que si, un 23.3 % contesto que no y un 30 % respondió que a veces lo que logra un 99.9 % y se tiene que la mayoría de las pacientes han notado un cambio considerable en su estado físico con el embarazo.

Pregunta 7	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Le cuesta trabajo concentrarse en algo y expresar sus ideas?	23.3 %	36.6 %	40 %	99.9 %

La pregunta 7 se realizo para determinar si a la mujer antes o después del parto le ha costado trabajo concentrarse en actividades que antes tenían toda su atención así como a expresar sus ideas lo que arrojo que un 23.3 % dijo que si, un 36.6 % contesto que no y un 40 % contesto que a veces, así se tiene que la mayoría de las mujeres entrevistadas no refirió presentar este síntoma.

Pregunta 8	SI	NO	A VECES
¿Se siente triste, desamparada y que no es útil en los últimos días?	23.3 %	43.3 %	33.3 %

La pregunta 8 se formulo para identificar si la paciente se ha sentido triste e inútil en los últimos días a lo que contestaron un 23.3 % que si, un 43.3 % que no y un 33.3 % que a veces lo que se encontró que este síntoma no es muy frecuente que llegue a presentarse en la mujer antes o después del parto.

Pregunta 9	SI	NO	A VECES	TOTAL
¿Llora con frecuencia?	40 %	23.3 %	36.6 %	99.9 %

En la pregunta 9, el 40 % contesto que si, un 23.3 % contesto que no y un 36.6 % contesto que a veces lo que nos indica que en la mayoría de las mujeres que acuden a la consulta este síntoma de la depresión es muy frecuente y esto se puede deber a múltiples factores entre ellos el hormonal, pero también dentro de la depresión post-parto.

Pregunta 10	SI	NO	A VECES	TOTAL
-------------	----	----	---------	-------

¿Se meten en su cabeza ideas, dan constantes vueltas y siente que no puede librarse de ellas?	6.6 %	56.6 %	36.6 %	99.8 %
---	-------	--------	--------	--------

La pregunta 10 se realizo para identificar la patología en su forma avanzada ya que este puede ser un síntoma que esté presente en mujeres que en embarazos anteriores ya hayan desarrollado la patología pero ahora de una manera más avanzada a lo que un 6.6 % contesto que si, un 56.6 % contesto que no y un 36.6 % contesto que a veces lo que se tiene es que este síntoma hasta ahora no es muy frecuente en las mujeres qua acuden a la consulta.

Por lo anterior podemos decir que el instrumento aplicado (lista de cotejo) para recabar la información fue el apropiado ya que permitió obtener los resultados certeros para que el profesional de enfermería elabore planes de cuidado que le permitan actuar de manera oportuna en la atención de la paciente con depresión post-parto.

Se espera que las enfermeras únicamente lleven a cabo las valoraciones e intervenciones para las que poseen las capacidades y los conocimientos adecuados, aún así es imperativo que los profesionales de enfermería soliciten las consultas apropiadas en los casos en que las necesidades de cuidados de la madre requieran un enfoque multidisciplinar.

También es importante tener en cuenta que el diagnóstico de depresión post-parto solo puede establecerse mediante una entrevista clínica diagnóstica llevada a cabo por un especialista en salud mental capacitado.

La etiología de depresión post-parto es multifactorial como se ha podido analizar a lo largo del documento, es posible que se necesiten diversas intervenciones a cargo de otros profesionales del equipo de salud.

Respecto a la pregunta de investigación esta no logró responderse de manera adecuada ya que no se pudo identificar la causa principal de depresión después del parto, pero a su vez permitió identificar su índice más frecuente en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud lo que permitirá la implementación de acciones de enfermería que en un futuro permitan la identificación oportuna de la patología y con esto bajar el índice de frecuencia.

Se logra también la comprobación de la hipótesis dado que con la investigación se busca prevenir la depresión en mujeres después del parto, mediante la determinación que a mayor prevención de la enfermedad será menor el riesgo de padecer la enfermedad, con la investigación se comprobó la importancia que tiene la prevención para emitir un diagnóstico lo más oportuno posible logrando con ello la rápida integración de la paciente a su vida normal.

Las variables permitieron la recopilación necesaria para la recolección de la información de la investigación, a partir de la formulación de las variables se pudieron elaborar las interrogantes necesarias para identificar la patología en las mujeres que ya la llegaban a presentar y también a emitir un diagnóstico en aquellas que presentaban la sintomatología.

La investigación permite al profesional de enfermería conocer la depresión post-parto la sintomatología presente en la enfermedad con lo cual se pueden aplicar acciones de enfermería que ayuden a la paciente desde el momento del diagnóstico y a lo largo de su tratamiento, si bien es cierto que en el transcurso de la investigación y la aplicación de instrumento se pudo percatar que las mujeres que después del parto refirieron algunos de los síntomas no querían que se les atendiera, se pudo observar la negación por parte de la enferma a aceptar su padecimiento lo que llega a entorpecer el trabajo de los profesionales de la salud.

Reconocemos que una atención sanitaria eficaz depende de un enfoque coordinado interdisciplinar que incluya una comunicación permanente entre los profesionales de la salud y las madres tomando en cuenta las preferencias y necesidades de la madre.

Acciones de enfermería

Recomendaciones para la práctica:

- Las enfermeras deben proporcionar una atención individualizada y flexible durante el post-parto, basada en la identificación de los síntomas depresivos y en las preferencias de la madre.
- Las enfermeras deben poner en marcha estrategias de prevención en el periodo post-parto temprano.
- La utilización de tablas que permitan la valoración de la depresión desde estadios tempranos, es la mejor herramienta de la que se puede apoyar la enfermera como por ejemplo la escala para la depresión de Edimburgo.
- Las enfermeras deben facilitar a las madres puérperas con síntomas depresivos la participación en grupos de apoyo.
- Las enfermeras deben facilitar la participación de la pareja y los miembros de la familia en los cuidados post-parto de las madres que experimentan síntomas depresivos, según corresponda.

- Las enfermeras deben promover actividades de autocuidado entre las nuevas madres para ayudar a aliviar los síntomas de depresión durante el post-parto.

- Las enfermeras deben consultar los recursos adecuados para obtener información actualizada y precisa antes de educar a las madres con síntomas depresivos sobre los medicamentos psicotrópicos.

- Las enfermeras que atienden a las nuevas madres deben recibir formación acerca de la depresión post-parto para ayudar con la valoración e intervención de las mujeres que experimentan síntomas depresivos.

- Que los marcos de la práctica establezcan las vías de cuidados y protocolos que orienten la práctica y garanticen que las madres con síntomas depresivos tengan acceso a un tratamiento eficaz y seguro.

- El entorno de la práctica debe proporcionar orientación y formación continuada relacionada con el cuidado de las madres que experimentan síntomas depresivos durante el periodo post-parto.

La depresión post-parto tiene un impacto significativo en el embarazo y puerperio, y tiene consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas. Por ello es importante que el profesional de enfermería esté capacitado para tratar oportunamente la enfermedad, mediante un diagnóstico a tiempo.

La investigación permitió valorar el índice de frecuencia que existe en el Hospital de Nuestra Señora de Salud de depresión post-parto lo que los datos recabados indican que la enfermedad es poco frecuente dentro de la institución y que los casos que llegaron a aparecer no eran diagnosticados aún lo que no permitía la pronta interacción médica.

La importancia de la depresión post parto en la mujer puérpera invita a la enfermera realizar un plan de cuidados individualizados acertado, flexible y funcional para educar, prevenir y ayudar tanto a las mujeres afectadas como a sus familias.

El personal de enfermería debe observar y valorar los factores de riesgo y la aparición de síntomas y signos de depresión y complicaciones psiquiátricas. Observar el estado de ánimo, interacción con la pareja y la familia.

Para las mujeres que sufren depresiones afectivas graves o depresión psicótica, suelen recomendar tranquilizantes o antidepresivos y, en estos casos, se debe referir a la madre a tratamiento psiquiátrico.

La hospitalización puede ser necesaria, lo más pronto posible, cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo y contempla el suicidio o un grave riesgo para el bienestar del niño. Se requiere psicoterapia de apoyo.

El personal de enfermería puede tomar medidas preventivas para evitar o minimizar los trastornos depresivos, cuando se evidencia desde el inicio que la madre puede sufrir una depresión post-parto.

Los cuidados de enfermería tienen un sentido profiláctico y de prevención, estos deben:

- Brindar apoyo para enfrentar la nueva situación a su llegada al hogar.
- Seguimiento domiciliario en el puerperio.
- Informar a la madre los factores de riesgo que el equipo de salud ha podido detectar.
- Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.
- Informar a la madre y a la pareja los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal.

Los cuidados de enfermería para las mujeres que sufren una depresión post-parto consisten fundamentalmente en:

- Brindar apoyo emocional.
- Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión.
- Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre pueda dormir adecuadamente.
- Enseñar técnicas de relajación.
- Las madres que sufren complicaciones psiquiátricas más intensas requieren del médico de la familia y de especialistas para asesoría en salud mental y terapia con antidepresivos y tranquilizantes.
- Cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo, la hospitalización puede ser necesaria.

Para la mujer que sufre una complicación psiquiátrica el pronóstico es a largo plazo y la atención efectiva de enfermería orienta a la mujer a recibir el tratamiento adecuado que ayuda a que se recupere y asuma conductas de adaptación para salir adelante y reducir su aislamiento social.

El puerperio es el período, desde que termina el alumbramiento hasta que el organismo de la mujer recupera su estado normal pre grávido y aparece la primera menstruación.

El puerperio comprende 3 períodos: puerperio inmediato que abarca las primeras 24 h; puerperio mediato que dura 10 días; puerperio tardío que abarca desde el oncenavo día a los 42 días.

Los cuidados de enfermería en el puerperio toman en cuenta los cambios físicos de involución y recuperación de los órganos reproductores y del organismo en general, que se producen durante esta etapa y, las necesidades físicas y psicológicas de la madre.

Tiene el objetivo de realizar intervenciones de enfermería oportunas para favorecer la curación y evitar complicaciones; fomentar y favorecer el desarrollo de la relación madre y recién nacido, ayudar a la madre y a la familia a adaptarse con éxito a las transiciones del pos-parto.

Es por ello que se considera a la enfermera como el profesional de salud idóneo para el oportuno diagnóstico de la patología ya que es ella quien se encuentra en constante convivencia con la paciente desde el momento del parto hasta que es dada de alta.

Por lo tanto es importante que la enfermera conozca ampliamente la enfermedad y cuente con la capacidad de identificar oportunamente los síntomas.



“La alegría de una madre comienza, cuando una nueva vida se agita en su interior, cuando escuchas su corazón por primera vez, y cuando una patadita juguetona te recuerda que YA NO ESTAS SOLA”

GLOSARIO

Alteraciones: Cambio en las características, la esencia o la forma de una cosa.

Citoquinas: Glucoproteínas o proteínas de bajo peso molecular producidas durante la fase de iniciación o en la fase efectora de la respuesta inmune con el objeto de mediar y regular la amplitud y duración de las respuestas inmune/inflamatorias.

Cognitivos: Del conocimiento o relacionado con él.

Cromosoma: Orgánulo en forma de filamento que se halla en el interior del núcleo de una célula eucariota y que contiene el material genético.

Disfunción: Trastorno o alteración en el funcionamiento de una cosa.

Esteroides: Compuestos orgánicos derivados del núcleo del ciclopentanoperhidrofenantreno o esterano, que se compone de vitaminas y hormonas formando cuatro anillos fusionados, tres con seis átomos y uno con cinco; posee en total 17 átomos de carbono.

Estigma: Marca o señal en el cuerpo, especialmente la impuesta con un hierro candente como signo de esclavitud o de infamia.

Filicidio: Muerte violenta que un padre da a su hijo.

Genética: Parte de la biología que estudia los genes y los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios.

Hipocondría: Trastorno mental que se caracteriza por una preocupación constante y obsesiva por la propia salud y por una tendencia a exagerar los sufrimientos, que pueden ser reales o imaginarios.

Hormona: Sustancia química producida por un órgano, o por parte de él, cuya función es la de regular la actividad de un tejido determinado.

Labilidad: Estado psicológico caracterizado por cambios frecuentes de humor, reacciones emocionales excesivas y variaciones contrapuestas en el estado de ánimo.

Minusvalía: Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

Multifactorial: Relativo, perteneciente o característico de cualquier proceso o enfermedad producido por la interacción de muchos factores en especial, la interacción de varios genes, normalmente poli genes, con o sin la implicación de factores ambientales.

Neurotransmisores: Es una biomolécula que transmite información de una neurona (un tipo de célula del sistema nervioso) a otra neurona consecutiva, unidas mediante una sinapsis.

Patológica: De la patología o relacionado con esta parte de la medicina.

Placenta: Órgano que desarrollan durante la gestación las hembras de los mamíferos, exceptuados los monotremas y marsupiales, que consiste en una masa esponjosa, adherida al útero, y a través de la cual se establece el intercambio de oxígeno y sustancias nutritivas entre la madre y el embrión.

Plasmático: Del plasma o relacionado con él.

Psicosis: Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.

Psicosomática: De las interrelaciones de la mente y el cuerpo o relacionado con ellas.

Puerperio: Período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.

Serotonina: Sustancia que está presente en las neuronas y realiza funciones de neurotransmisor.

Tamizaje: Son aquellos exámenes aplicados con el fin de identificar una población, aparentemente sana, en mayor riesgo de tener una determinada enfermedad, que hasta ese momento no se les ha diagnosticado.

Vulnerabilidad: Se aplica a la persona, al carácter o al organismo que es débil o que puede ser dañado o afectado fácilmente porque no sabe o no puede defenderse.

CONCLUSIÓN

Se determino que las pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en edades de entre 16 a 25 años la depresión post parto tiene un índice de incidencia cada vez más elevado y que la agraven mayoría de ellas no reciben la atención indicada y oportuna.

Motivo por el cual se encuentran propensas a que la enfermedad avance a puntos críticos donde ya se ve gravemente afectada la salud de la paciente y el bienestar de la familia y el recién nacido.

También se observo que las pacientes que se encuentran en el puerperio de su primero o segundo hijo presentan un mayor riesgo de padecer depresión post parto.

Se determinó que la escolaridad de las pacientes con mayor riesgo de depresión posparto corresponde a las que cursaron solo el nivel educativo de primaria y quienes cursaron nivel educativo de secundaria.

El enfrentarse a situaciones no esperadas o no deseadas como un embarazo no planeada y no contar con el apoyo estable de una pareja es un factor importante que aumenta el riesgo de padecer depresión posparto.

La depresión post-parto es hoy en día un padecimiento que recibe poca atención por las afectadas dado que se busca la atención hasta que los síntomas son graves y han afectado seriamente la calidad de vida de la paciente y familia.

Las acciones de enfermería deben estar encaminadas a la prevención, proporcionando conocimientos que ayuden a la pronta identificación y tratamiento de la enfermedad antes de que afecte mayormente la vida de la paciente.

El instrumento aplicado lista de cotejo permitió que la investigación arrojará datos confiables ya que no permitía la mal interpretación de la información así como que a la paciente le resultó fácil la realización sin lugar a dudas.

También favoreció la disponibilidad del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para realizar la investigación ya que la disposición tanto de los médicos como enfermeras así como el de las usuarias permitió que la investigación se realizara sin contratiempos ni demoras.

FUENTES DE CONSULTA

DOCUMENTOS:

Arévalo, A; Rámila, CG; Robles Pemueler, R. (2007). Prevalencia de depresión posparto. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín 1(5): 13-22.

Ayuso Gutiérrez, JL et al. (1987). La depresión desde la perspectiva psicobiológica. Madrid, ES, JARPYO Editores. 350 p.

Beck, CT. (2001). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nursing Research 45: 297-303.

Brown, GW; Harris, TO. (1989). Life events and illness. Saint Louis, US. Guildford Press, Guildford publications Inc. 496 p.

Corwin, EJ; Pajer, K. (2008). The psychoneuroimmunology of postpartum depression. Journal of Women's Health 17(9): 15-29.

Gelder, MG; López Ibor, JJ Junior; Andreasen, NC. (2007). An introduction to an historial review of mood disorders. Estados Unidos de America, Oxford University Press. 204p.

Gibert Rahola, J. (2004). Estrés y depresión: nuevas perspectivas en la depresión. Aula médica 1: 10-35.

Henshaw, C. (2000). Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. Journal of Psychiatry 13: 635 – 638.

Kent, G et al. (1999). Postpartum thyroid dysfunction: clinical assessment and relationship to psychiatric affective morbidity. Clinic Endocrinological 51: 429-38.

Machado Ramírez, F; García Serrano, T. (1997). Depresión puerperal: factores relacionados. Atención Primaria 20(4): 161-166.

Maes, M et al. (2000). Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. Depression in New Mothers 25(2): 121-37.

Martínez, E et al. (2001). La depresión posparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres Valencianas. Revista Psicología Clínica 6: 37-48.

Michael, B et al. (2005). DSM-IV-TR: guía de uso. Barcelona, ES, Masson. 576 p.

Moreno, A; Casulari da Motta,L; Franca, PS. (2004). Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasília, Brazil. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 69: 2003-2013.

Nonacs, R; Cohen, LS. (2002). Depresion during pregnancy: diagnosis and treatment options. Journal of clinical psychiatry 63 (7): 24-30.

Paz Sandoval, AC. (2008). La escala de depresión postnatal de Edimburgo como herramienta para la detección de depresión posparto en las pacientes de la sala de posparto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios. Tesis en Psicología. Guatemala, USAC. 156 p.

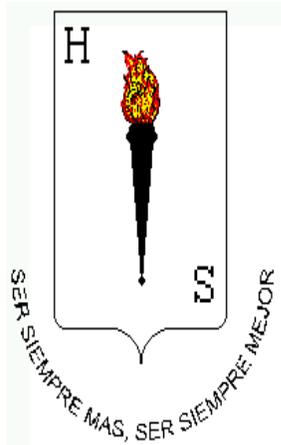
Pop, VJ et al. (1993). Microsomal antibodies during gestation in relation to postpartum thyroid dysfunction and depression. Acta Endocrinology 129(1): 26-30.

Rapkin, AJ; Mikacich, JA. (2002). The clinical nature and formal diagnosis of premenstrual, postpartum, and perimenopausal affective disorders". Journal affective disorders 4: 419-428.

PÀG WEB:

<http://cambiosfisiologicosduranteelpuerperio.blogspot.mx/2012/03/cambios-fisiologicos-durante-el.html>

Luna, E. 2011. Reseña histórica del hospital regional de Zacapa (en línea). Zacapa, GT, HRZ. Consultado 30 jul. 2011. Disponible en: <http://www.hrz.bravehost.com/informaciongeneral.html>



Anexo 1: Jefatura de Enfermería

Escuela de Enfermería del Hospital
de Nuestra Señora de la salud.



porada a la Universidad Nacional Autónoma de México
(UNAM) Morelia, Michoacán.

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de Tesis”

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Cuestionario que se aplicara a pacientes de obstetricia que acuden a la consulta
externa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Lista de cotejo.

ANEXOS

Objetivo: Determinar el índice de frecuencia de depresión post-parto mediante la aplicación de preguntas realizadas a pacientes que antes o después del parto acuden a la consulta externa de ginecología al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Variable independiente: Prevenir el aumento de depresión en mujeres después del parto.			
Pregunta	Si	No	A veces
6. ¿Durante el embarazo a presentado estados de tristeza frecuentes?			
7. ¿Se siente incapaz de realizar sus actividades cotidianas que tenía antes del embarazo?			
8. ¿Se ha sentido preocupada por el funcionamiento de su cuerpo y por su estado de salud?			
9. ¿Se despierta temprano y le cuesta trabajo volver a conciliar el sueño?			
10. ¿Siente que los malestares del estado de ánimo aumentan por las mañanas o tardes?			

Variable dependiente: Riesgo de padecer depresión post-parto.			
Pregunta	Si	No	A veces

6. ¿Se siente cansada, fatigada con pesadez en todo el cuerpo en los últimos días?			
7. ¿Le cuesta trabajo concentrarse en algo y expresar sus ideas?			
8. ¿Se siente triste desamparada e inútil?			
9. ¿Llora con frecuencia?			
10. ¿Se meten en su cabeza ideas, dan constantes vueltas y siente que no puede librarse de ellas?			

GRACIAS.

Nombre: _____

Lugar y fecha: _____

Anexo 2.

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1		N	A	B	C	S
1.	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad					
2.	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3.	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4.	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5.	Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6.	Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7.	Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudor copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8.	Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9.	A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10.	Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11.	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12.	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13.	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14.	Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15.	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16.	Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17.	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18.	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19.	No se lo que pasa, me siento confundido.					
20.	Por las mañanas (o por las tardes me siento peor)					
21.	Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

TOTAL :

Anexo 3.

Escala de depresión post-parto de Edimburgo




Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

Ejemplo:

0
<input checked="" type="checkbox"/>
2
3

		2 meses	6 meses
1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
	No tanto ahora	1	1
	Mucho menos ahora	2	2
	No, nada	3	3
2. He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0	0
	Menos que antes	1	1
	Mucho menos que antes	2	2
	Casi nada	3	3
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0	0
	Casi nunca	1	1
	Sí, a veces	2	2
	Sí, con mucha frecuencia	3	3
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No, no mucho	1	1
	No, nunca	0	0
6. Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
8. Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	Sólo ocasionalmente	1	1
	No, nunca	0	0
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
	A veces	2	2
	Casi nunca	1	1
	No, nunca	0	0
Total		0	0

Observaciones

Nombre del niño o niña

<small>apellido paterno</small>	<small>apellido materno</small>	<small>nombre</small>
---------------------------------	---------------------------------	-----------------------

R.U.N.

Fecha evaluación 2 meses

<small>año</small>	<small>mes</small>	<small>año</small>
--------------------	--------------------	--------------------

Fecha evaluación 6 meses

<small>año</small>	<small>mes</small>	<small>año</small>
--------------------	--------------------	--------------------