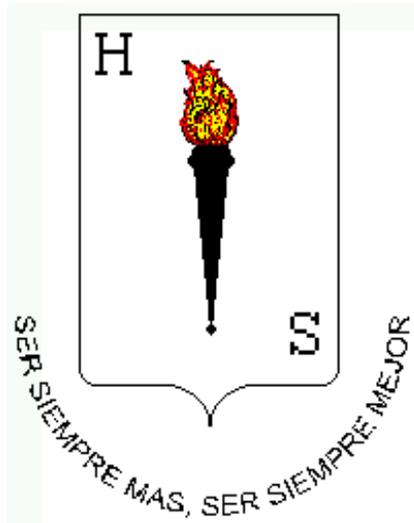


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS

DEPRESIÓN POST - PARTO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ESMERALDA LÓPEZ CASTRO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi padre, porque gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

A mi madre, cuyo vivir me ha mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos.

A mi hermano, el incondicional abrazo que me motiva y recuerda que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas.

A mis padres a quienes me han heredado el tesoro más valioso que se le puede dar a una hija: amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado parte de su vida para formarme y educarme.

A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho.

A quienes nunca podre pagar sus desvelos aun con las riquezas más grandes del mundo por esto y más gracias.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| RESUMEN | IV |
| INTRODUCCION | VII |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| PLANTEAMIENTO DE PROBLEMACAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: | 2 |
| 1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION..... | 5 |
| 1.3 OBJETIVOS:..... | 5 |
| 1.4 JUSTIFICACION:..... | 5 |
| 1.5 VIABILIDAD: | 6 |
| CAPÍTULO II..... | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1 CIENCIAS DE LA SALUD:..... | 8 |
| 2.2 MEDICINA | 8 |
| 2.3 OBSTETRICIA..... | 8 |
| 2.4 EMBARAZO..... | 8 |
| 2.5 TRABAJO DE PARTO..... | 9 |
| 2.6 COMPLICACIONES DEL PARTO: | 11 |
| 2.6.1 El sufrimiento fetal..... | 11 |
| 2.7 INICIO DEL PARTO: FECHA PROBABLE DE PARTO..... | 13 |
| 2.8 TIPOS DE PARTO..... | 14 |
| 2.8.1 Parto vaginal | 14 |
| 2.8.2 Parto vaginal con fórceps..... | 15 |
| 2.8.3 ETAPAS DEL PARTO VAGINAL | 15 |
| 2.8.4 Cardinales del trabajo de parto | 16 |
| 2.8.5 FISIOLÓGÍA DEL PARTO VAGINAL..... | 17 |
| 2.8.6 Triple gradiente | 18 |
| 2.9 CESÁREA..... | 21 |
| 2.9.1 Tipos de operación Cesárea | 22 |

| | | |
|--|---|----|
| 2.9.2 | Tipos de cesárea..... | 22 |
| 2.10 | CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO | 23 |
| 2.11 | PSICOLOGIA..... | 26 |
| 2.11.1 | Emociones | 26 |
| 2.11.2 | Sentimientos | 26 |
| 2.11.3 | Depresión..... | 26 |
| 2.12 | DEPRESIÓN POSTPARTO..... | 26 |
| 2.12.1 | Psicosis postparto | 27 |
| 2.12.2 | La depresión en las mujeres | 29 |
| 2.13 | PREVALENCIA..... | 29 |
| 2.14 | EPIDEMIOLOGÍA | 30 |
| 2.15 | ETIOLOGÍA | 31 |
| 2.16 | ENFERMERÍA | 34 |
| 2.16.1 | Enfermería según la OMS..... | 34 |
| 2.17 | TEORÍA DE LA ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO..... | 34 |
| 2.17.1 | Cuidados de enfermería..... | 34 |
| CAPÍTULO III..... | | 36 |
| ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | | 36 |
| CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | | 37 |
| CAPÍTULO IV | | 38 |
| HIPOTESIS..... | | 38 |
| 4.1 | DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS | 39 |
| 4.2 | DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES | 39 |
| 4.3 | OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS..... | 40 |
| 4.4 | CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN..... | 41 |
| CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA | | 46 |
| CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS..... | | 49 |
| 6.1 | TABLA 1 | 50 |
| 6.1.1 | GRAFICO 1..... | 51 |

| | | |
|-------|--|----|
| 6.2 | TABLA 2 | 52 |
| 6.3 | TABLA 3 | 53 |
| 6.4 | TABLA 4 | 54 |
| 6.4.1 | GRAFICO 2 | 55 |
| 6.4.2 | GRAFICO 3..... | 56 |
| 6.5 | TABLA 5 | 57 |
| 6.5.1 | GRAFICO 4..... | 58 |
| 6.5.2 | GRAFICO 5..... | 59 |
| 6.6 | TABLA 6 | 60 |
| 6.6.1 | GRAFICA 6 | 61 |
| 6.7 | TABLA 7 | 62 |
| | CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 63 |
| | CAPÍTULO VIII | 65 |
| | BIBLIOGRAFÍA..... | 65 |

RESUMEN

DEPRESIÓN PORT-PARTO

A las personas que se encuestaran serán a las pacientes del hospital de nuestra señora de la salud en el área de obstetricia que se encuentren en el puerperio inmediato así como en consulta externa en las pacientes que cursan el puerperio tardío.

El objetivo de estudio de la presente investigación es determinar con qué frecuencia se presenta la depresión post parto en las mujeres que cursan el puerperio.

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir (Qué tipo de parto provoca mayor incidencia en la depresión post parto en las mujeres que acuden en la consulta externa en el hospital de nuestra señora de la salud en el puerperio en el periodo de enero- junio del 2012)

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar (depresión post parto).

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis (La cesárea provoca una tendencia mayor a que se presente la depresión post parto) es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las (pacientes de post parto) del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 17 con opción múltiple preguntas cerradas.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 27 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a pacientes que cursaban el post parto en el hospital de nuestra señora de la salud en los servicio de obstetricia general así como en el servicio de la consulta externa se les realizo un cuestionario de 17 preguntas.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas

con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Para saber si existe diferencia estadísticamente significativa en las pacientes de los dos grupos que tenían un puntaje mayor de 13 que equivale a una depresión moderada o grave se realizó una prueba t con nivel de significancia de 0.05 lo que corresponde a 1.174 lo que nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos

INTRODUCCION

En el capítulo I:

Se describe el Planteamiento del problema en este consiste en la descripción del problema cual será nuestro objeto de estudio y las condiciones en las que debe estar este y también como vemos la problemática también plantearemos nuestra pregunta de investigación que será nuestro punto de partida para la realización de esta investigación

En el capítulo II:

En este capítulo describiremos las ciencias relacionadas con esta investigación que en este caso serán ciencias de la salud así como las características principales de la investigación

En el capítulo III:

Alcance y diseño de la investigación en este capítulo describiremos que enfoque se la da a la investigación Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

En el capítulo IV:

En este capítulo plantearemos nuestra hipótesis esta tiene como característica que puede o no puede ser verdadera es básicamente el problema planteado que investigaremos.

En este se describen las variables que son conceptos clasificatorios que permite ubicar a los individuos en categorías o clases y son susceptibles de identificación y medición".

Así como el instrumento q utilizaremos para la realización de nuestra investigación

En el capítulo V:

Es este describiremos qué características tiene nuestra investigación que es no experimental descriptiva transaccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

En el capítulo Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

En el capítulo VI:

Recolección y análisis de datos en este de acuerdo a los resultados que obtuvimos de nuestra investigación se interpretaran para un mejor entendimiento así también se realizarán los gráficos para una mejor comparación de los mismos resultados pero de forma clasificada así también describiremos cada una de ellas.

En el capítulo VII:

Conclusiones y recomendaciones en este se explicaran los resultados obtenidos al final de la investigación

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DEPRESIÓN POST PARTO

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

A las personas que se encuestaran serán a las pacientes del hospital de nuestra señora de la salud en el área de obstetricia que se encuentren en el puerperio inmediato así como en consulta externa en las pacientes que cursan el puerperio tardío.

OBJETIVO DE ESTUDIO:

El objetivo de estudio de la presente investigación es determinar con qué frecuencia se presenta la depresión post parto en las mujeres que cursan el puerperio.

ANTECEDENTES:

Fue analizada la prevalencia de test positivo, así como la influencia de los antecedentes reproductivos y si el embarazo fue programado o accidental. Un total de 123 mujeres respondieron la escala; 6 fueron excluidas por dejar uno o más ítems sin respuesta. Hubo una prevalencia de test positivo de 22,2%. La edad, paridad, antecedentes de aborto o embarazo accidental no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para el hallazgo de test positivo.

Los principales resultados indican que un porcentaje numeroso de mujeres supera los puntos de corte establecidos para el diagnóstico de depresión según la EPDS en ambos momentos del estudio: 32,67% y 26,73% respectivamente. Las mujeres que habían tenido una experiencia regular o pésima del embarazo y aquellas que se sentían poco capaces para afrontar cambios eran las que presentaban las puntuaciones más elevadas en depresión [$p < 0,05$). Así pues, se observa una prevalencia importante de depresión postparto, destacando también

la experiencia del embarazo y la capacidad para afrontar cambios como dos variables relacionadas con la depresión en estas mujeres.

Se encuestó a 600 personas, hombres y mujeres, y uno de los temas principales que se abordó fue el trabajo de la mujer. Un 74% afirmó que los hijos y el ejercí

Cio de una profesión son compatibles, y sólo un 22% que se debe elegir entre uno de esos caminos. Un 7% piensa que la mujer puede sentirse realizada aún sin haber tenido hijos. El 22% cree que dedicarse a los hijos y a la casa es un trabajo como cualquier otro. Sólo el 9% no está de acuerdo con que la mujer deba aportar al ingreso familiar.

1.-"Gabriel Fernando Oviedo Lugo* Valeria Jordán Mondragón*"trastornos afectivos posparto Oviedo g.f., Jordán v 20006:47-2:131_140 "Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente."

2.-jaime Ernesto Vargas Mendoza magdalena García barquín" depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Postparto depression: occurrence and handling" centro regional de investigación en psicología, 2009:3-1:11-18 "la incidencia de la depresión post-parto resulta muy variable, en Un rango entre 30 y 200 casos por cada 1000 nacimientos (3 – 20 %), con una estimación de una tasa de recurrencia de entre 10 y 35 %."

3.-michelle a. bland "cómo influye la experiencia del parto en la depresión postparto" "national science foundations. national undergraduate" 1998:1-1:1-28 "la depresión postparto afecta al 8-26% de las madres primerizas"

4.-"José Urdaneta m. msc, Ana rivera s, José García i. phd, mery guerra v. phd, nascer baabel z. phd, alfi contreras b." "prevalencia de depresión posparto

en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo" rev chil obstet ginecol 2010: 75-5: 312 - 320 "los resultados demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del dsm-iv del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ($p < 0,05$)."

5.-"celia cristina urbina torres sergio Javier Villaseñor boyardo" los trastornos mentales y el embarazo revista digital universitaria 2005:6-11:1-6 "una mujer en edad fértil (20 a 35 años) comúnmente soporta un embarazo adecuadamente. Aún cuando la mujer esté alegre y satisfecha con su embarazo, puede presentarse depresión posterior al parto, o algunos otros trastornos psiquiátricos (20% a 40% de las mujeres en el periodo de posparto)."

6.-"Elvira Martínez, mercedes Toledo, maría pineda, Javier meneón Javier perrero y m. pilar Barreto "la depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas" revista de psicopatología y psicología clínica 2001:6- 1: 37-48 "los principales resultados indican que un porcentaje numeroso de mujeres supera los puntos de corte establecidos para el diagnóstico de depresión según la epds en ambos momentos del estudio: 32,67% y 26,73% respectivamente."

7.-"ps francisco barra a. dr. Luis barra a. dr. Jaime Solís g." "depresión posparto hacia un tratamiento integral" instituto chileno de psicoterapia integrativa 2009: i:"se ha demostrado que entre el 30 y el 40% de las gestantes presenta algún síntoma de depresión y un 10% de ellas evolucionan en forma grave, requiriendo tratamiento psicológico y farmacológico.

CARACTERISTICAS

La presente investigación se enfocara en la relación que hay en los tipos de parto y la presencia de la depresión post parto.

COMO SE VE LA PROBLEMÁTICA

En el hospital de nuestra señora de la salud a las pacientes que cursan el post parto en cualquier etapa de este no se les aplican test para valorar si nuestra pacientes que acuden a esta institución presentan alguna alteración del estado de ánimo como es la depresión post parto.

Creo que este factor es importante ya que con este podríamos determinar el porqué de que algunas de estas madres presentan tristeza y que por consiguiente no les den los cuidados necesarios a sus hijos.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Qué tipo de parto provoca mayor incidencia en la depresión post parto en las mujeres que acuden en la consulta externa en el hospital de nuestra señora de la salud en el puerperio en el periodo de enero- junio del 2012?

1.3 OBJETIVOS:

Determinar qué tipo de parto provoca mayor incidencia en la depresión post parto en las mujeres que acuden en la consulta externa en el hospital de nuestra señora de la salud en el puerperio en el periodo de enero- junio del 2012

1.4 JUSTIFICACION:

Con esta investigación pretendo proporcionar información a las pacientes que cursan el puerperio para que tengan conocimientos sobre esta patología por medio de trípticos y test.

Me gustaría implementar en la consulta externa se apliquen test para identificar en nuestras pacientes que cursan el puerperio si presentan algunas alteraciones en el estado de ánimo como es la depresión post parto

1.5 VIABILIDAD:

para realiza esta investigación cuento con todos los recursos necesarios para la realización de estas como son pacientes que cursan el periodo del puerperio en los servicios de obstetricia general así también en la consulta externa en el hospital de nuestra señora de la salud.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD:

Es el conjunto de ciencias dedicadas a la adquisición de conocimientos para su aplicación en la promoción del bienestar físico, mental y social de los individuos.

Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos

2.2 MEDICINA

Es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud,

2.3 OBSTETRICIA

Rama de la medicina que se encarga de las mujeres embarazadas y que incluye el embarazo propiamente, parto y puerperio.

2.4 EMBARAZO

Estado fisiológico que se inicia con la unión del ovillo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

| División o etapas | Duración normal |
|---------------------|---------------------------|
| ➤ 0-20 aborto | ➤ Días- 280 |
| ➤ 20-28 inmaduro | ➤ Semanas-40 |
| ➤ 28-37 prematuro | ➤ Meses- 9 meses |
| ➤ 37-42 termino | ➤ Trimestres:3 trimestres |
| ➤ + 42 post termino | ➤ Mitades- 2 mitades |

Zamudio Alfonso 2012 apuntes de ginecología.

2.5 TRABAJO DE PARTO

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

Proceso fisiológico mediante en el cual el útero gestante expulsa los productos de la gestación después de las 20 semanas de la gestación en el trabajo de parto desencadenada en condiciones normales de manera naturales de manera natural cuando el feto está maduro y apto para vivir fuera del útero sin embargo no se sabe que desencadena el trabajo de parto.

Zamudio Alfonso 2012 apuntes de ginecología

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos (la oxitocina sirve para provocar el parto ante la decisión de ciertos ginecólogos debido a cualquier prisa que surja o ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento) y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal. (Fernando 2006).

En la mayoría de casos el parto es un proceso natural que la mujer desarrolla con o sin apoyo de otras mujeres experimentadas, entre las que se encuentran las llamadas, comadronas o parteras, o por profesionales del área de la salud como las matronas. La participación de médicos especialistas en obstetricia suele verse cuando aparece alguna complicación del embarazo o del parto (ya sea cesárea o el uso de fórceps).

- Dilatación: que se inician con las contracciones uterinas y terminan con la dilatación completa y que va de 0 a 10 cm

- Expulsión: periodo en el que comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto y su duración debe ser de 1-2 hrs como máximo en las primigestas y multigestas.
- Alumbramiento: comprende desde la salida del bebe hasta la salida de la placenta y su duración es de 30 min en primigestas y en multigestas.

2.6 COMPLICACIONES DEL PARTO:

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé.

La no progresión del parto puede deberse a contracciones uterinas muy débiles o irregulares que no producen la dilatación cervical y se trata generalmente con oxitocina sintética intravenosa o con prostaglandina en el tóxico cervical.

También puede deberse a una desproporción feto pélvico debido a macrostomia fetal o a estrechez del canal pélvico (Fernando 2006).

2.6.1 El sufrimiento fetal

Es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto. El término de sufrimiento fetal está últimamente cayendo en desuso en la bibliografía clínica, y se están usando los de «sospecha de pérdida de bienestar fetal» o «pérdida definitiva de bienestar fetal». Los signos a los que hacíamos antes referencia son básicamente la alteración del patrón normal del ritmo cardíaco fetal. Para ello se monitoriza a la madre con un toco cardiografía fetal la cual establece cierta relación de dos variables que son, la frecuencia cardíaca fetal y la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas. A su vez otro signo que hace pensar en la pérdida de bienestar fetal, es la aparición de líquido amniótico de color verde o teñido de meconio (heces fetales), [5] el cual es expulsado

cuando el feto circunstancialmente o de forma crónica tiene un déficit en el aporte de oxígeno.

Parámetros para valorar el sufrimiento fetal:

| PARAMETROS | NORMAL | SUFRIMIENTO FETAL |
|-----------------------------------|--|--|
| FRECUENCIA CARDIACA FETAL | 120-160 x' | Menor de 120x', Menor de 160x', variabilidad |
| LIQUIDO AMNIOTICO | Claro transparente | Denso, espeso, agua de alfalfa, sopa de chícharo |
| PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES | Activos fuertes, constantes aumentados | Disminuidos débiles o ausentes |
| PH SANGUÍNEO FETAL | PH 7.0 | Acidosis PH -7.4 |
| PERFIL BIOFISICO | Calificación de 10 | Calificación menor de 8 |

NOTA: se deben juntar más de dos o más parámetros de los anteriores ya que en solo parámetro es insuficiente o no es válido para diagnosticar sufrimiento fetal. (Zamudio 2012 apuntes de ginecología)

Tanto la no progresión del parto como el sufrimiento fetal se tratan acortando el periodo de dilatación, ya sea mediante fórceps, practicando una cesárea de emergencia.

La fiebre puerperal ha sido en el pasado una causa importante de muerte materna, debido a la deficiente asepsia durante el parto, así como a la mayor susceptibilidad a las infecciones por la madre si tiene anemia o desnutrición.

Para que el parto transcurra en la forma más fisiológica posible tanto la parturienta como su pareja deben de estar suficientemente preparados para la "prueba" a la que se enfrentan (Fernando 2006).

El puerperio o cuarentena es el período que inmediatamente sigue al parto, y que se extiende el tiempo necesario (usualmente seis u ocho semanas) para que el cuerpo materno — incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino — vuelva a las condiciones pre-estacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo (Fernando 2006).

En esta etapa también se incluye el período de las primeras dos horas después del parto, que recibe el nombre de postparto.

2.7 INICIO DEL PARTO: FECHA PROBABLE DE PARTO

FECHA PROBABLE DE PARTO= fecha de última menstruación+ 7 días- 3 meses. (Regla de Mc donar). Alfonso 2012 apuntes de ginecología).

Se espera que el parto de una mujer ocurra entre las semanas 37 y 42 completas desde la fecha de la última menstruación. El inicio del trabajo de parto varía entre una mujer y otra, siendo los signos más frecuentes, la expulsión del tapón mucoso cervical, la aparición de leves espasmos uterinos a intervalos menores de uno cada diez minutos, aumento de la presión pélvica con frecuencia urinaria, la ruptura de las membranas que envuelven al líquido amniótico—con el consecuente derramamiento del voluminoso líquido—con indicios de secreciones con sangre.

Aunque no existen evidencias científicas que lo apoyen, es frecuente oír que las madres sienten una urgencia de «limpiar el nido», poco antes del franco trabajo de parto, o dar los últimos toques al cuarto del bebé, afirmando hasta levantarse de madrugada con tales faenas. (Aunque sería muy fácil obtener pruebas científicas de que las madres digan que sienten la urgencia de limpiar el

nido, u obtener pruebas científicas de que las madres no dicen que sienten la urgencia de limpiar el nido (Fernando 2006).

Trabajo de parto falso: La aparición de contracciones uterinas breves e irregulares—tanto en intervalo como en duración—sin cambios cervicales se denomina trabajo de parto falso o falsa labor. A menudo resulta conflictivo, en especial durante los días finales del embarazo, decidir si se ha comenzado el trabajo de parto o la aparición de ciertos signos es una falsa alarma, en especial si se sienten contracciones que no aumenten en intensidad y frecuencia. Las contracciones leves previas a las verdaderas contracciones del trabajo de parto son normales y llevan el nombre de contracciones de Bretón Hicos. Además de ser contracciones leves, son esporádicas, no tienen un patrón definido y tienden a desaparecer con el descansar, cambiar de posición, baños tibios y la hidratación. Es importante realizar un correcto diagnóstico del inicio de la fase activa del parto, ya que un error en el mismo puede conducir a una serie de intervenciones en el parto que no son necesarias (Martínez 2001)

2.8 TIPOS DE PARTO

2.8.1 Parto vaginal

En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el nombre de posición de litotomía ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical—por ejemplo agachada— en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En

la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos.

2.8.2 Parto vaginal con fórceps

Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y jalar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles.

2.8.3 ETAPAS DEL PARTO VAGINAL

- Dilatación: se inicia por las contracciones uterinas y terminan con la dilatación completa y que va desde 0 a 10 cm y la división son dos fases

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Fase Latente: 0 - 4cm dilatación | { | Primigestas -18hrs. multigestas – 8 hrs |
| Fase activa: 4 – 10cm dilatación | { | Primigesta 1cm por hr multigesta 1.2 a 2cm por he |

La dilatación: primigesta primero borra - dilata } cérvix
Multigesta primero dilata - borra }

- Expulsión: periodo en el que comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto y su duración y su duración puede ser entre 1 y 2 horas como máximo en primigestas y multigestas.
- Alumbramiento: comprende desde la salida del bebe hasta la salida de la placenta y su duración es de 30 min en primigestas y multigestas.

2.8.4 Cardinales del trabajo de parto

ENCAJAMIENTO

El diámetro de la cabeza del feto que va desde un hueso parietal al opuesto, llamado diámetro biparental, alcanza el estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas. Por lo general ocurre en la fase tardía del embarazo, justo al iniciarse el trabajo de parto.

DESCENSO.

Ocurre por acción de la gravedad una vez dilatado el cuello uterino, así como de las poderosas contracciones uterinas y de los músculos abdominales maternos. El descenso tiende a ser lentamente progresivo basado en la estructura pélvica materna.

FLEXIÓN.

La cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico

ROTACIÓN INTERNA.

Ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.

EXTENSIÓN.

La cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.

ROTACIÓN EXTERNA.

Una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.

EXPULSIÓN.

El hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.

Estos movimientos son todos debido a la relación que existe entre la cabeza ósea y hombros del feto y el anillo óseo de la pelvis materna (Zamudio 2012).

2.8.5 FISIOLÓGÍA DEL PARTO VAGINAL

El inicio de las contracciones uterinas puede que se deba a un aumento de la concentración de ciertas prostaglandinas y del aumento en el número de receptores para la oxitocina. Los amnios y el corion producen fosfolípidos que son metabolizados en ácido araquidónico, del cual se sintetizan los eicosanoides prostaglandina I (PGI) y F (PGF), los cuales aumentan durante el parto humano. En total, los cambios bioquímicos que anteceden al trabajo de parto tienen como finalidad liberar al miometrio de los elementos inhibitorios presentes durante el embarazo, como la progesterona, prostaciclina, relaxina, lactógeno placentario humano y el óxido nítrico. A su vez, el útero es activado o estimulado por otras proteínas asociadas a la contracción muscular, como la oxitocina y otras prostaglandinas estimuladoras.

Control del trabajo de parto Los centros asistenciales equipados con salas de parto tienen diferentes procedimientos y protocolos en la atención del parto. Entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y su bebé, están:

Dinámica uterina: el control de las contracciones uterinas puede ser realizado de manera mecánica, usando un manómetro y ocasionalmente un catéter de presión intrauterino el cual brinda lecturas más precisas de las contracciones uterinas y de los latidos fetales.

2.8.6 Triple gradiente

- Frecuencia- 3/10 min
- Intensidad- ++/+++ (moderado a intenso)
- Duración- 50"

Control de signos vitales: tales como el pulso, la Presión arterial y la frecuencia respiratoria de la madre durante el trabajo de parto. Todos estos valores son registrados en un partograma que dura mientras dure el trabajo de parto.

El tacto vaginal: es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. Éstos suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad. Siempre que sea posible deben ser realizados por la misma matrona, ya que se trata de una medida con un componente de subjetividad.

La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. El estudio de la frecuencia cardiaca fetal constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. El control de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el

estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos (Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto.

Lesiones del canal blando del parto: En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural. También son más frecuentes las lesiones si se trata de un parto instrumental, particularmente si se usan fórceps. La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal:

En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).

Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.

En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).

Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (<42%) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. También en nulíparas se produce la tasa más alta de desgarros de tercer grado (3,2 comparado con el 0,9% del total).

Por tanto, las posiciones menos lesivas para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. Sin embargo, puesto que en las revisiones efectuadas los resultados no son concluyentes, se debe dejar a la

mujer elegir la postura en la que se encuentre más cómoda. La episiotomía Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal. Un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar. Entre los beneficios de esta práctica se encuentra el hecho de que previene el traumatismo perineal de la zona anterior, y entre sus inconvenientes.

Mayor lesión perineal y sus secuelas.

- No previene la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y sus secuelas.
- No protege al feto de la asfixia intraparto.
- Aumenta la pérdida sanguínea de la mujer.
- Incrementa la profundidad media de los desgarros perineales posteriores.
- Aumenta el riesgo de lesión al esfínter anal.
- Incrementa los problemas de cicatrización y el dolor en los primeros días posparto.

En función de los datos anteriores, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía únicamente en las indicaciones maternas o fetales siguientes:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Parto vaginal complicado.
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores mal curados (Martínez 2001).

Apoyo y alivio del dolor en el parto Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan los profesionales.

Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga. Se debe respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles apoyo físico y emocional. El apoyo continuo de la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y cesáreos; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto. En los programas de educación maternal se debe ofrecer a los gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto. El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados. Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles. Algunas de las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son.

De ambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo.

Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa. La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones en el patrón de la FCF y se acorta el tiempo de la primera fase del parto. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis (Martínez 2001)

2.9 CESÁREA

Cerca del 20% de los partos en países desarrollados como los Estados Unidos, se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada cesárea. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé no nazca vaginal. Se denomina cesárea al parto

abdominal, es una operación abdominal que se realiza para extraer al feto mediante histerotomía (apertura del útero).

Deriva del latín caederes= cortar (Zamudio 2012).

2.9.1 Tipos de operación Cesárea

- Incisión media infra umbilical: es la más común la más sencilla la menos laboriosa y de la más rápida sin embargo es la menos estética y la que puede dejar cicatrices queloides un que por otro lado es la que sangra menos, menos riesgo de infecciones esta es la que se debe usar para casos de urgencia obstétrica.
- Incisión pfannentiel: semicircular con concavidad hacia abajo y que se realiza en la región supra púbica es muy laboriosa lenta que puede complicarse con hematomas que tardan más en cicatrizar más dolorosa muy estética. Debe utilizarse en cirugías programadas donde no tengan urgencias.

2.9.2 Tipos de cesárea

- Kerr segmentaria o transversa: se realiza con el segmento uterino debido a que es la zona de menor irrigación el miometrio es más delgado hay menor tendencia a ruptura en embarazos posteriores menor riesgo de infección se facilita la extracción del bebe es más común.
- Kronig segmentado longitudinal: se realiza en el segmento uterino solo que esta es longitudinal tiene mayor riesgo de sangrados infecciones y ruptura uterina en embarazos posteriores por lo que solo se deja para situaciones especiales.
- Clásica corporal longitudinal: se realiza en la región corporal o en el cuerpo del útero en forma longitudinal pero se usa muy poco

debido al riesgo de ruptura uterina en embarazos posteriores su realización se limita a la extracción de niños macroscópicos o hidrocefálicos o con un gran mielomeningocele.

2.10 CLASIFICACIÓN DEL PUERPERIO

- Puerperio inmediato: Primeras 24 horas.
- Puerperio mediato: Desde el segundo día hasta el séptimo día.
- Puerperio tardío: De los siete días hasta los 40 días.

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio será normal o fisiológico, en caso contrario será irregular o patológico. Se trata de un periodo de tiempo muy importante, ya que es el momento de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre sea saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida (Urdaneta 2010).

La madre debe ser examinada en busca de lesiones del canal blando del parto y suturada de ser necesario. Es un período en el que es común la constipación y las hemorroides, por lo que se debe prestar atención a los síntomas que sugieran estas condiciones. Asimismo, la vejiga debe ser vigilada para prevenir una infección o detectar retención, y así cualquier otra patología que pueda ocurrir durante el puerperio, como el síndrome de Sheehan (Rivera 2010).

Durante el embarazo se crea una acumulación de agua en los tejidos, que es eliminada durante las primeras semanas de puerperio. Aumenta la eliminación

de orina y sudor, a través de estos procesos se pierden cerca de dos litros y medio de agua (Rivera 2010).

La pérdida de agua, unida a la expulsión del contenido del útero, a la pérdida de sangre, a la involución del aparato reproductor y a la lactancia, determina una disminución de peso en la mujer de cerca del 12,5 por ciento.

La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal; a veces el pulso incluso se ralentiza, esto recibe el nombre de bradicardia puerperal y tiene que considerarse como una respuesta fisiológica del organismo. Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. Todavía serán dolorosos e hinchados los nódulos hemorroidales, que volverán a la normalidad durante la primera semana de puerperio (Urdaneta 2010).

La cantidad de hormonas estrógenas vuelve a la normalidad. La progesterona vuelve a los niveles normales después de cinco o seis días, y la gonadotropina crónica desaparece de la sangre y de la orina después de seis días (Urdaneta 2010).

Las glándulas endocrinas vuelven a funcionar dentro de sus valores normales, después de la hiperactividad debida al embarazo. Enseguida después del parto, la hipófisis secreta en notable cantidad prolactina, que estimula la producción de leche.

El volumen del abdomen disminuye y eso facilita los movimientos del diafragma, permitiendo la respiración más amplia y más profunda. El estómago y el intestino pueden padecer una ligera dilatación, con una leve disminución de velocidad de la función digestiva (Urdaneta 2010).

El apetito al principio es escaso, mientras que aumenta la sensación de sed. Después, el apetito vuelve a su estado normal, más lento es el retorno de la actividad intestinal a sus niveles normales (Urdaneta 2010).

En los primeros días de puerperio, los riñones son sometidos a un notable esfuerzo. La vejiga, que había estado comprimida mucho tiempo y ha padecido una disminución en el tono de su musculatura, aumentará su capacidad, aunque su vaciado será difícil. El estancamiento de orina en la vejiga facilita la instalación de gérmenes, que provocan inflamación en la vejiga (3 por ciento de los casos) (Rivera 2010)

La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de pliegues. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea alba, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales) (Rivera 2010).

A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea. Después del parto puede aparecer un período de escalofríos, que puede ser intenso y durar algunos minutos, o bien fugaz y aparecer enseguida. La temperatura de la mujer durante el primer día puede elevarse (la axilar alcanza los 38°C). Si la temperatura supera los 38°C o dura más de 24 horas, hay que empezar a considerar eventuales complicaciones patológicas (Rivera 2010).

Durante el puerperio, las defensas inmunitarias disminuyen. Las mujeres que padezcan alguna enfermedad infecciosa sufren un empeoramiento después del parto.

El orificio del cuello del útero en las mujeres que han dado a luz sufre una modificación definitiva: de ser redondo se transforma en una hendidura dispuesta transversalmente. El fenómeno se debe a las pequeñas laceraciones producidas por el paso del feto. La distensión del ostio vaginal determina la desaparición de toda huella del himen. Sólo quedan pequeños restos carnosos, las llamadas carúnculas mirtiformes.

Los genitales vuelven a un nivel primitivo, el que tenían antes del principio del embarazo.

El útero, que durante la gestación aumentó de tamaño entre 30 y 40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del ombligo, para volver a bajar a su posición normal después de algunos días (Rivera 2010).

2.11 PSICOLOGIA

Es la ciencia que estudia la conducta o comportamiento humano y los procesos mentales.

2.11.1 Emociones

Son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo.

2.11.2 Sentimientos

Es el resultado de una emoción, a través del cual, la persona que es consciente tiene acceso al estado anímico propio.

2.11.3 Depresión

Trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

2.12 DEPRESIÓN POSTPARTO

Múltiples estudios epidemiológicos demuestran que la depresión mayor es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y que su primer pico aparece durante los años de fertilidad. Se ha progresado mucho en el conocimiento de la epidemiología de la depresión y en el desarrollo de tratamientos efectivos. Sin embargo, es preciso avanzar más en el estudio de los

cambios que se producen en el psiquismo de la mujer, sobre todo durante los años reproductivos. La depresión que aparece en el postparto se instaura con una base de sentimiento de incapacidad para cuidar al nuevo hijo y enfrentarse a la situación socio-familiar. La sintomatología es la típica de una depresión: sentimiento de culpa, trastornos del sueño, cambios de humor con gran tendencia a la tristeza y ausencia de síntomas psicóticos. El pronóstico es en general mejor que el de las depresiones de otra etiología pero en los casos más graves puede ser necesaria la hospitalización.

La depresión postparto (también conocida como depresión postnatal) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres y, menos frecuentemente, a los hombres después del nacimiento de un hijo. En general, se manifiesta por sentimientos de tristeza y tendencia al llanto, aunque también puede mostrar síntomas de la depresión.

2.12.1 Psicosis postparto

La psicosis puerperal dentro de la categoría es un trastorno psicótico no especificado. Se observa en mujeres que acaban de tener un hijo y es un síndrome caracterizado por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañarse a sí misma y al niño en el periodo puerperal. Los límites del puerperio tienen, en psiquiatría, una amplitud algo mayor de lo implicado en el concepto biológico y ginecológico del puerperio, éste comprendería el plazo de seis meses a partir del parto (http://www.geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm)

Se considera como el trastorno postparto más grave, encontrando también la llamada depresión postparto y lo que Kumar describe como melancolía postparto.

Las mujeres que han presentado un episodio de psicosis postparto tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno bipolar posterior, por lo que se piensa

que este tipo de psicosis podría ser una sub categoría del trastorno bipolar.
Puerperal

Afortunadamente, la psicosis puerperal no es una condición muy común; ocurre sólo después de 1 de cada 500 partos. Generalmente, la psicosis puerperal aparece una o dos semanas después del nacimiento. Puede comenzar lentamente y empeorar a medida que pasan los días o las semanas, o puede tener un inicio agudo y dramático. La madre puede llegar a creer que la gente habla en voz baja acerca de ella. Siente que no está a la altura de las circunstancias y puede pensar que le cambiaron a su bebé por otro o que la están sometiendo a un experimento, etc. (http://www.geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm).

Para que la condición se convierta en una psicosis puerperal, que es un grave trastorno mental, deben existir fenómenos psicóticos, como alucinaciones o ideas delirantes. Se cree que existe una correlación de condiciones que pueden provocar una psicosis puerperal. Es una cuestión de cambios hormonales, la vulnerabilidad emocional de la madre (que incluye los factores hereditarios), la falta de sueño y otras situaciones difíciles

(http://www.geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm).

Si bien en algunos casos se puede confundir con una depresión, el rasgo diferencial es la presencia de síntomas típicamente psicóticos como delirios o alucinaciones. La duración es variable y en algunos casos es imprescindible la hospitalización. La frecuencia de los trastornos psicóticos agudos postparto está alrededor de 1-2/1000 nacimientos; otros autores elevan estas cifras a 3 por 1000 nacimientos. La mayor parte de estas psicosis incluyen trastornos de la afectividad. La psicosis puerperal se define como un episodio de manía o de psicosis precipitado por el nacimiento de un bebé. Las evidencias clínicas y el soporte de estudios genéticos, apoyan la hipótesis de que la mayoría de los episodios de psicosis puerperal son manifestaciones de un trastorno afectivo previo desencadenadas por el puerperio.

2.12.2 La depresión en las mujeres

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

(http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web_saludalia/reportajes/doc/reportajes/doc/doc_postparto.xml)

La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara.

http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web_saludalia/reportajes/doc/reportajes/doc/doc_postparto.xml

En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes vasculares cerebrales)(Fernando 2006).

2.13 PREVALENCIA

La prevalencia de la depresión posparto es difícil de establecer. Los datos oscilan según las investigaciones, desde un 5.8% (Harris, Lovett, Smith, Read, Walker y Newcombe, 1996), un 8.8% (Alvarado, Vera, Rojas, Olea, Monardes y Neves, 1992) un 9.2% (Jadresic, Jara, Miranda, Arrau y Araya, 1992) o un 13.5%

(Pedro, Tomas, Gómez, Leal y García, 1998) hasta un 18% (Stuart, Couser, Schilder, O'Hara y Gorman ,1998) e incluso en torno al 50 % según otros investigadores (Bagedahl y Ruppert, 1998; Manzano, Righetti-Veltema y Conne-Perréard,1997). Esta disparidad en las cifras señaladas puede estar relacionada con la complejidad conceptual del síndrome denominado «depresión postparto» ya que, en muchos artículos, no queda patente si se está haciendo referencia a una tristeza pasajera –*maternity blues*- a una depresión más duradera y grave o incluso a una psicosis puerperal. Por otra parte, también hemos de señalar como posibles elementos causales de estas diferencias la diversidad de instrumentos utilizados para diagnosticar este trastorno así como la falta de análisis longitudinales, hecho que puede sesgar los datos según el tiempo transcurrido desde el momento del parto y la realización del estudio (Rivera 2010).

2.14 EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.

2.15 ETIOLOGÍA

Uno de los aspectos más controvertidos del estudio de la depresión postparto es su etiología. A pesar de los numerosos factores causales que se han planteado a lo largo de diversas investigaciones, no se ha encontrado ninguno cuya contribución específica y patognomónica se haya demostrado claramente. Entre tales agentes causales se puede citar el hecho de que la mujer sea múltipara (Davidson, 1972), dificultades para el amamantamiento y/o preocupaciones sobre el bebé así como alteraciones hormonales (Pitt, 1973), falta de apoyo social para la mujer (Lañe, Keville, Morris, Kinsella, Turner y Barry, 1997; Paykel, Emms, Fletcher y Rassaby, 1980), existencia de problemas entre la pareja (Tod y Edin, 1964), autoeficacia parental (Maciejewski, Prigerson y Mazure, 2000), entre otras (Rivera 2010).

Tradicionalmente, en la etiología y patogenia de los trastornos mentales que sobrevienen en el puerperio se han citado la existencia de infecciones, las pérdidas de sangre ya sean bruscas o repetidas, errores de dietética y/o empleo de drogas anorexígenas durante el embarazo, experiencia psicológica del embarazo y del parto (Porot, 1977). Evidentemente, aunque se ha evolucionado en el control de los factores más básicos tales como las infecciones o las hemorragias es cierto que podemos encontrar todavía algunos de los problemas señalados, sobre todo los que hacen referencia a problemas de dietética (Logue, 1991).

Pritchard y Harris (1996) revisando la literatura especializada en alteraciones psiquiátricas perinatales especifican diversos mecanismos etiológicos. Respecto a la tristeza postparto o *maternity blues* señalan la importancia de diversos factores sociales y biológicos destacando como posibles contribuciones el cambio en el nivel de progesterona, la historia de síndrome premenstrual, dificultades paternas, pobre ajuste durante el embarazo y existencia previa de depresión. Al estudiar la depresión postnatal, los autores inciden en la mayor claridad de factores asociados entre los que se encuentran la edad, el

apoyo social, los eventos estresantes y la existencia previa de enfermedad mental. Con referencia a la edad, tanto las mujeres más jóvenes como las de más edad tienen un mayor riesgo de presentar depresión postparto. Aquellas mujeres con una pareja que no ofrece apoyo, ya sea emocional o práctico, también presentan un riesgo mayor. En cuanto a los acontecimientos estresantes, se ha encontrado que en el año anterior al parto la muestra que presentaba depresión postparto había experimentado el doble de eventos que el grupo control.

La madre, tras el parto, presenta un exceso de actividad que incrementa el estado de fatiga, alteraciones en los patrones de sueño, un estado de alerta constante para cuidar al bebé y, evidentemente, como ya se ha señalado, se ve influida por factores fisiológicos importantes que también modulan su comportamiento. Además de esta situación, las relaciones interpersonales, sexuales y el ocio pueden haber sufrido cambios importantes.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología (Barra 2009).

Sin embargo, es destacable que aún no se ha descubierto ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican

"enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología (Barra 2009).

Por ejemplo, la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal puede ser interpretada como un correlato biológico (correlación), pero no implica necesariamente una explicación del hipotético síndrome. La alteración funcional en el eje puede o no aparecer en una persona deprimida; antes, durante o después. La relación correlacional supone que "tener depresión" es más probable durante la alteración en dicho eje, pero esta diferencia orgánica es estadística y no sirve para diagnosticar. Es decir, no puede ser considerada un marcador biológico de enfermedad (Barra 2009).

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión (Barra 2009).

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

(http://www.nestlenutritioninstitute.org/intl/es/resources/library/Free/anales/a68_1/Documents/03%20Fisiolog%C3%ADa%20del%20embarazo%20Interacci%C3%B3n%20materno-infantil.pdf).

2.16 ENFERMERÍA

Profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo

2.16.1 Enfermería según la OMS

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

2.17 TEORÍA DE LA ENFERMERÍA SELECCIONADA PARA ÉSTE ESTUDIO

Doroty Jonson, Levine, Martha Rogers, Sor Calixto Roy.

2.17.1 Cuidados de enfermería

DEFINICION:

Acogida del paciente y su familia en una unidad de hospitalización. Recogida y análisis de la situación al ingreso del paciente.

OBJETIVOS:

1. Lograr la integración del paciente y familia en la unidad de enfermería para recuperar su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado y humano.

2. Reducir la ansiedad del paciente y familia, proporcionándole seguridad y ambiente terapéutico.
3. Proporcionar la información necesaria que necesite el paciente y su familia.
4. Emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.
5. Establecer las intervenciones enfermeras en base a la detección de los problemas y necesidades del paciente para la planificación de los cuidados de enfermería.
6. Valorar el estado del paciente al ingreso

CAPÍTULO III

**ALCANCE Y DISEÑO DE LA
INVESTIGACIÓN**

CAPÍTULO III ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir (Qué tipo de parto provoca mayor incidencia en la depresión post parto en las mujeres que acuden en la consulta externa en el hospital de nuestra señora de la salud en el puerperio en el periodo de enero- junio del 2012)

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la obstetricia, la enfermería, etc., hasta llegar (depresión post parto).

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

HIPOTESIS

CAPITULO IV HIPOTESIS.

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

La cesárea provoca una tendencia mayor a que se presente la depresión post parto.

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente: depresión post parto

Variable Independiente: cesárea

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

| Variable | Definición de la variable o dimensión | Operacionalización de la variable (instrumento de medición) | Que se va a medir |
|-----------------------|--|---|-------------------------------------|
| depresión post parto | La depresión postparto (también conocida como depresión postnatal) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres y, menos frecuentemente, a los hombres después del nacimiento de un hijo. En general, se manifiesta por sentimientos de tristeza y tendencia al llanto apatía, añoranza | Cuestionario | Tristeza, Llanto fácil, |
| Llanto fácil tristeza | es una de las emociones básicas (no natales) del ser humano, junto con el miedo, la ira, el asco, la alegría y la sorpresa | Cuestionario | Miedo, ira, asco, alegría, sorpresa |
| Miedo | es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado | Cuestionario | Peligro. |

4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

1.-HUMOR DEPRIMIDO (TRISTEZA, DEPRESIÓN, DESAMPARO, INUTILIDAD)

- Ausente.
- Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.
- Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.
- Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.
- El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

2.-SENSACIÓN DE CULPABILIDAD

- Ausente.
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
- Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
- La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3.-I DEEA DE SUICIDIO

- Ausente.
- Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
- Ideas o amenazas de suicidio.
- Intentos de suicidio.
-

4.-INSOMNIO PRECOZ

- Ausente.
- Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
- Dificultades para dormirse cada noche.

5.-INSOMNIO MEDIO

- Ausente.
- El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
- Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación)

6.-INSOMNIO TARDÍO

- Ausente.
- Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7.-PROBLEMAS EN EL TRABAJO Y ACTIVIDADES

- Ausentes.
- Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.
- Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación
- Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

8.-INHIBICIÓN (LENTITUD DE PENSAMIENTO Y DE PALABRA;
EMPEORAMIENTO DE LA CONCENTRACIÓN; ACTIVIDAD MOTORA
DISMINUIDA)

- Palabra y pensamiento normales.
- Ligeramente retrasado en el diálogo.
- Evidente retraso en el diálogo.
- Diálogo difícil.
- Torpeza absoluta

9.-AGITACIÓN

- Ninguna.
- "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
- Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10.-ANSIEDAD PSÍQUICA

- No hay dificultad.
- Tensión subjetiva e irritabilidad.
- Preocupación por pequeñas cosas.
- Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
- Terrores expresados sin preguntarle.

11.-ANSIEDAD SOMÁTICA: SIGNOS O SÍNTOMAS SOMÁTICOS
CONCOMITANTES DE LA ANSIEDAD, COMO:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.

- Sudoración

12.-SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES

- Ninguno.
- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

13.-SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES

- Ninguno.
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.
- Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

14.-SÍNTOMAS GENITALES COMO PÉRDIDA DE LA LÍBIDO Y TRASTORNOS MENSTRUALES

- Ausentes.
- Débiles.
- Graves.
- Incapacitantes

15.-HIPOCONDRIA

- No la hay.
- Preocupado de sí mismo (corporalmente).
- Preocupado por su salud.
- Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
- Ideas delirantes hipocondríacas.

16.-PÉRDIDA DE PESO (COMPLETAR SÓLO A O B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

- No hay pérdida de peso.
- Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

- Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).
- Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).
- Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

17.-INSIGHT (CONCIENCIA DE ENFERMEDAD)

- Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
- Niega estar enfermo.

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y

TAMAÑO DE LA MUESTRA

CAPÍTULO V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis (La cesárea provoca una tendencia mayor a que se presente la depresión post parto) es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a las (pacientes de post parto) del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 17 con opción múltiple preguntas cerradas.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 27 alumnas del cuarto año de la licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a pacientes que cursaban el post parto en el hospital de nuestra señora de la salud en los servicio de obstetricia general así como en el servicio de la consulta externa se les realizo un cuestionario de 17 preguntas.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario

CAPÍTULO VI

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE

DATOS

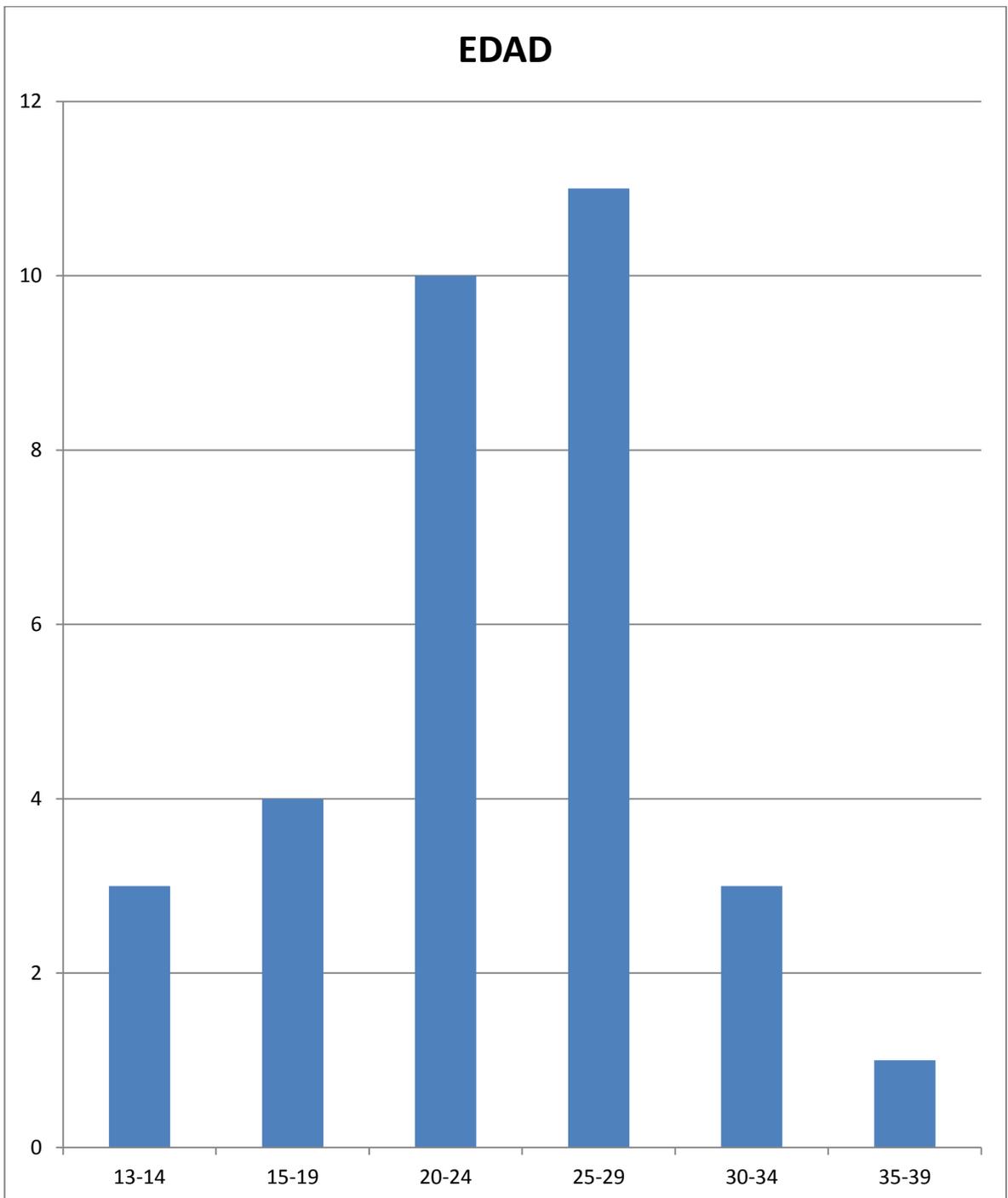
CAPÍTULO VI RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

RESULTADOS

Se entrevistaron 30 pacientes en el periodo del puerperio, con un rango de edad que va de 13 a 39 años de edad, edad promedio de 23.8 y una desviación estándar de ± 6.02 . (Tabla 1)

| 6.1 TABLA 1 | |
|---|--------------|
| CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN | |
| Rango de edad | 13 a 39 años |
| Edad promedio | 23.8 |
| Desviación estándar | ± 6.02 |

6.1.1 GRAFICO 1



La ocupación se distribuyó de la siguiente manera; Ama de casa 13 (43.33 %), Estudiante 8 (26.66 %), Optometrista 1(3.33 %), Enfermera 1 (3.33 %) y comerciante 1(3.33 %), secretaria 1(3.33%). (Tabla 2).

| 6.2 TABLA 2 | | |
|--------------|----|-------|
| OCUPACIÓN | | |
| | N | % |
| Ama de casa | 13 | 43.33 |
| Estudiante | 8 | 26.66 |
| Desconocido | 5 | 16.66 |
| Optometrista | 1 | 3.33 |
| Enfermera | 1 | 3.33 |
| Comerciante | 1 | 3.33 |
| Secretaria | 1 | 3.33 |
| TOTAL | 30 | 100 |

Según el lugar de residencia la población se distribuyó de la siguiente manera: Morelia 11 (36.33 %), Zurumeneo 5 (16.66 %), La aldea 3 (10 %), Salamanca 1(3.33 %), DF 1 (3.33 %), Tacámbaro 1 (3.33 %), Indaparapeo 3 (10 %), Zitacuaro 1 (3.33 %) y desconocido 4 (13.33) % (Tabla 3)

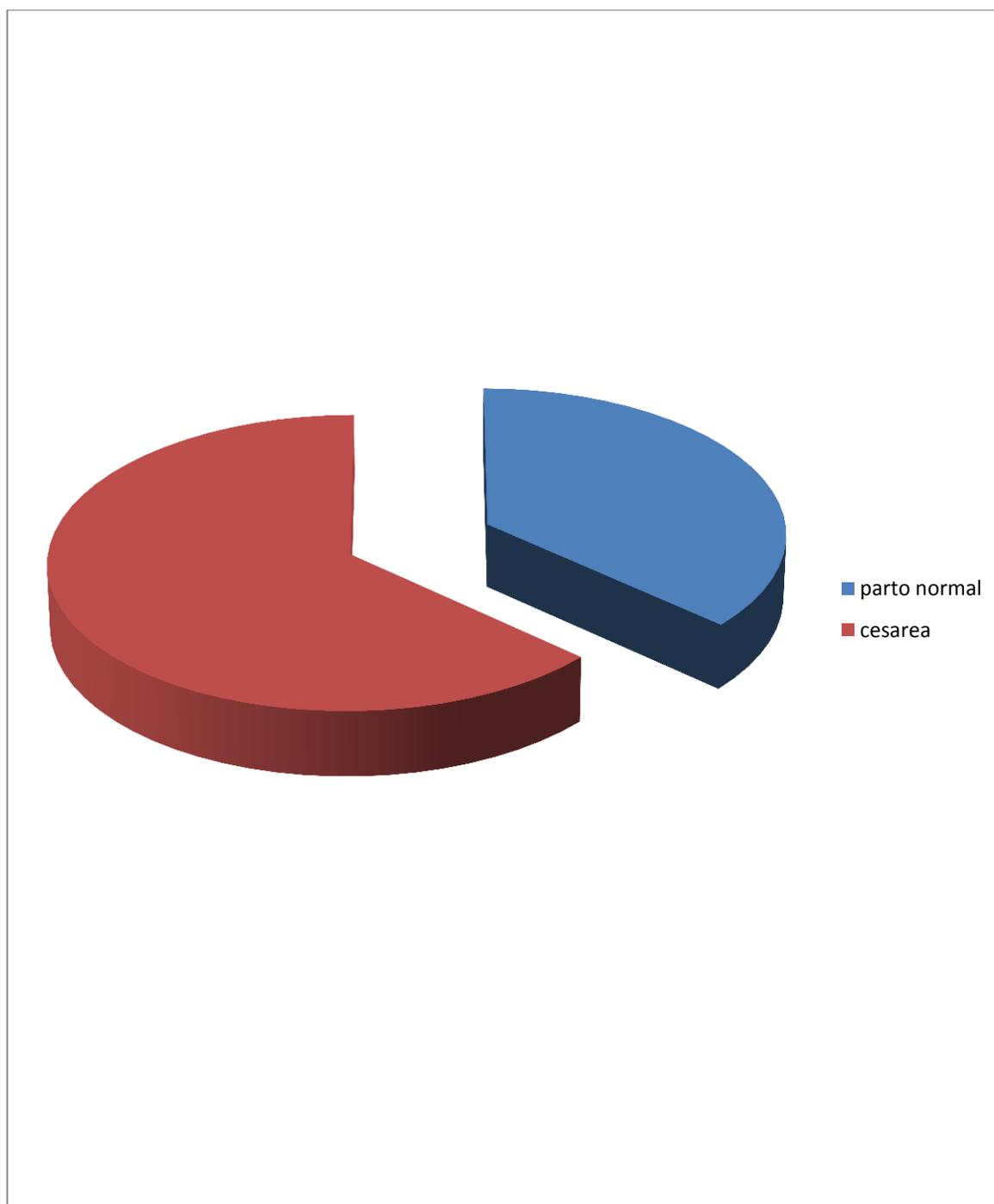
| 6.3 TABLA 3 | | |
|--------------------|----|-------|
| LUGAR DERESIDENCIA | | |
| | N | % |
| Morelia | 11 | 36.66 |
| Zurumeneo | 5 | 16.66 |
| La Aldea | 3 | 10 |
| Salamanca | 1 | 3.33 |
| DF | 1 | 3.33 |
| Tacámbaro | 1 | 3.33 |
| Indaparapeo | 3 | 10 |
| Zitacuaro | 1 | 3.33 |
| Desconocido | 4 | 13.33 |
| TOTAL | 30 | 96.97 |

Los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes se muestran a continuación monarca ($x=12.37$; rango 11-15 años; SD 1.22). Gestas ($x=1.6$; Rango 4-1 años; SD 0.8). Partos ($x=0.57$; Rango 3-0; SD 0.81) abortos. Cesarea

| 6.4 TABLA 4 | | | | | |
|---------------------------------|---------|--------|--------|---------|----------|
| ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS | | | | | |
| | Monarca | Gestas | Partos | Abortos | Cesáreas |
| Promedio | 12.37 | 1.6 | 0.57 | 0.06 | 0.93 |
| Máximo | 15 | 4 | 3 | 1 | 3 |
| Mínimo | 11 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| SD | 1.22 | 0.8 | 0.81 | 0.25 | 0.78 |

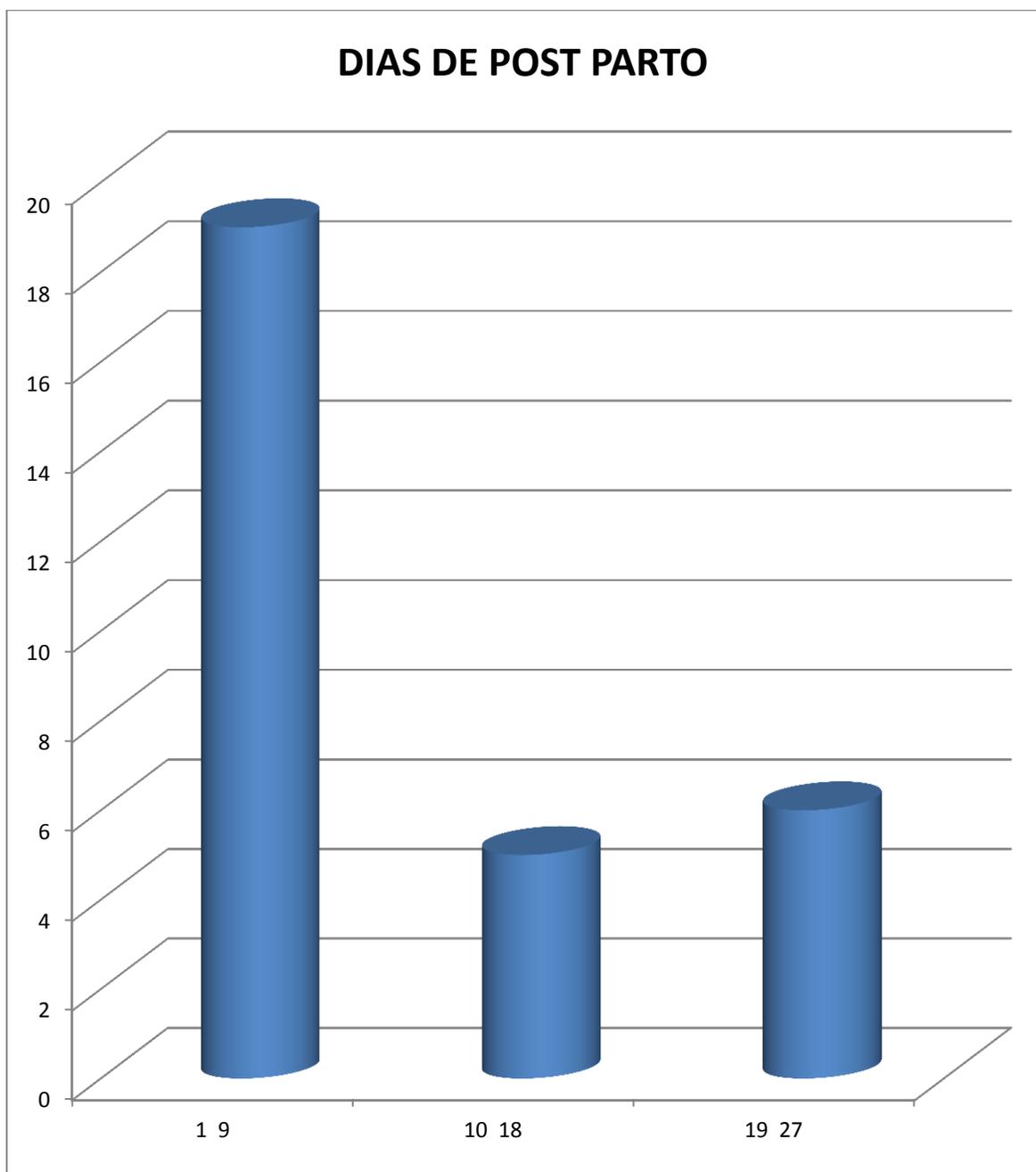
La resolución del embarazo se realizó mediante parto normal en 11 pacientes (36.67%) y por cesárea el 19 (63.33%) (Grafico 2)

6.4.1 GRAFICO 2



El post parto se divide en inmediato que corresponde a las primeras 24hrs, el mediato que va de 2-7 día y el tardío que de más de 7 días en la siguiente grafica se muestra la forma en la cual se presentaron estos periodos. (Grafico 3)

6.4.2 GRAFICO 3

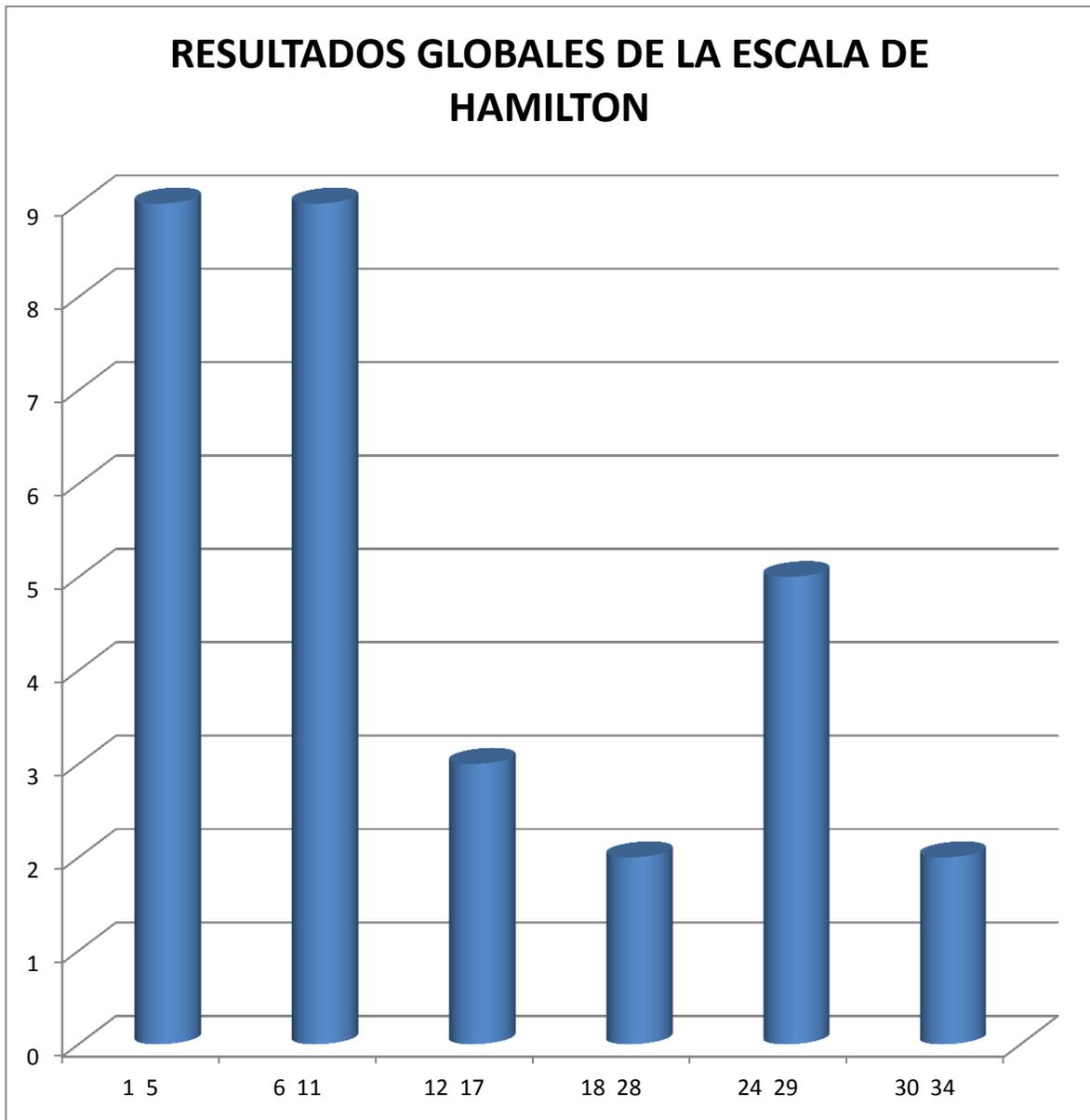


Los resultados globales de la escala de depresión de Hamilton en este grupo fueron: N: 30, promedio: 13.63, un rango que va de 0 a 34 y una desviación estándar de 10.44. (Tabla 5)

| 6.5 TABLA 5 | |
|--|-------|
| RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA DE HAMILTON | |
| N | 30 |
| PROMEDIO | 13.63 |
| RANGO | 0.34 |
| SD | 10.44 |

Los resultados globales de la escala de Hamilton se muestran en la siguiente (grafica 4).

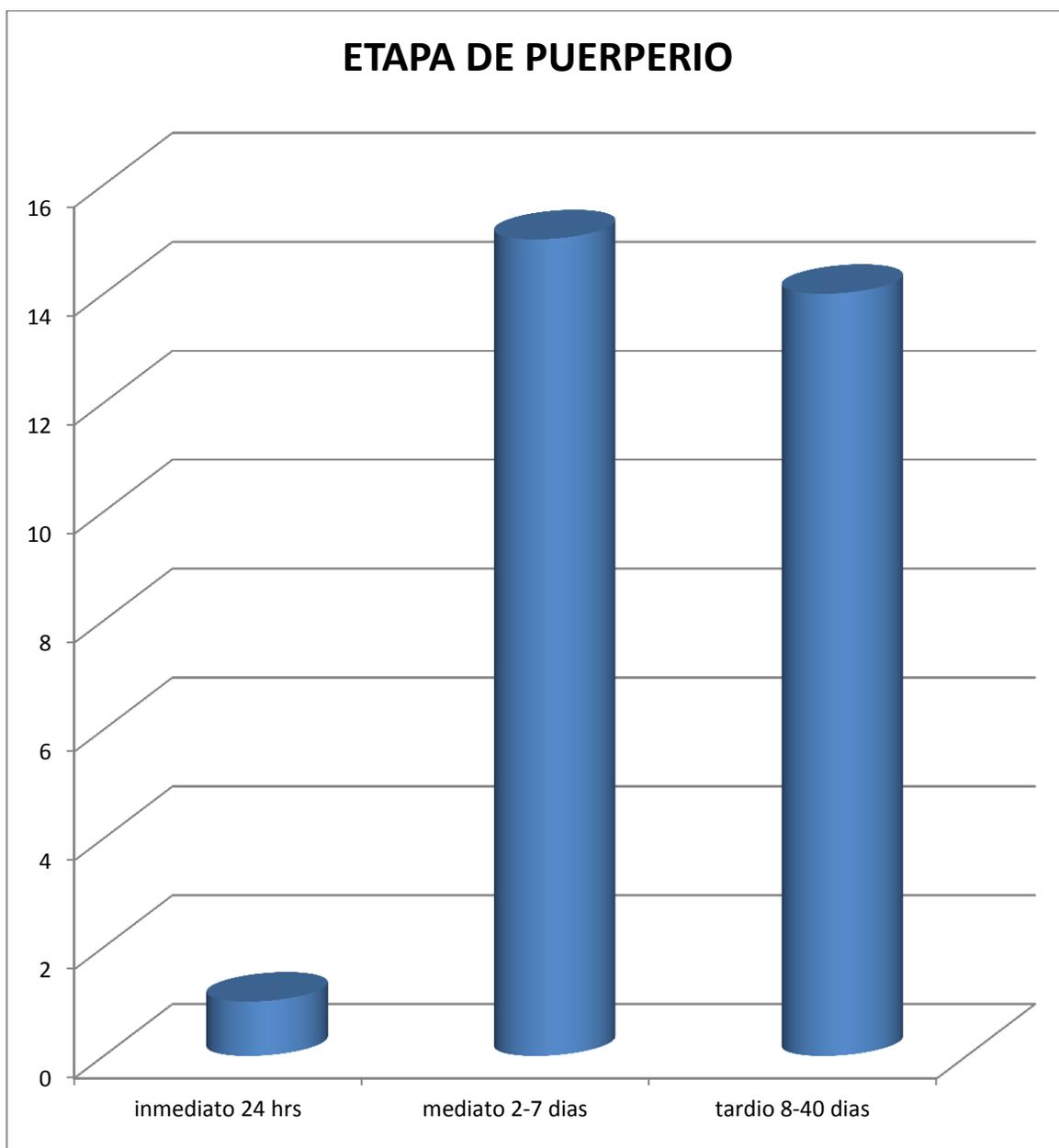
6.5.1 GRAFICO 4



La escala de Hamilton clasifica la gravedad de los pacientes que tienen un puntaje de 0-7 como sin depresión, los que tienen 8-12 con distimia y más de 13 con depresión moderada a grave.

Según la etapa de puerperio en que se encontraron las pacientes se pueden graficar de la siguiente manera (grafica 5).

6.5.2 GRAFICO 5

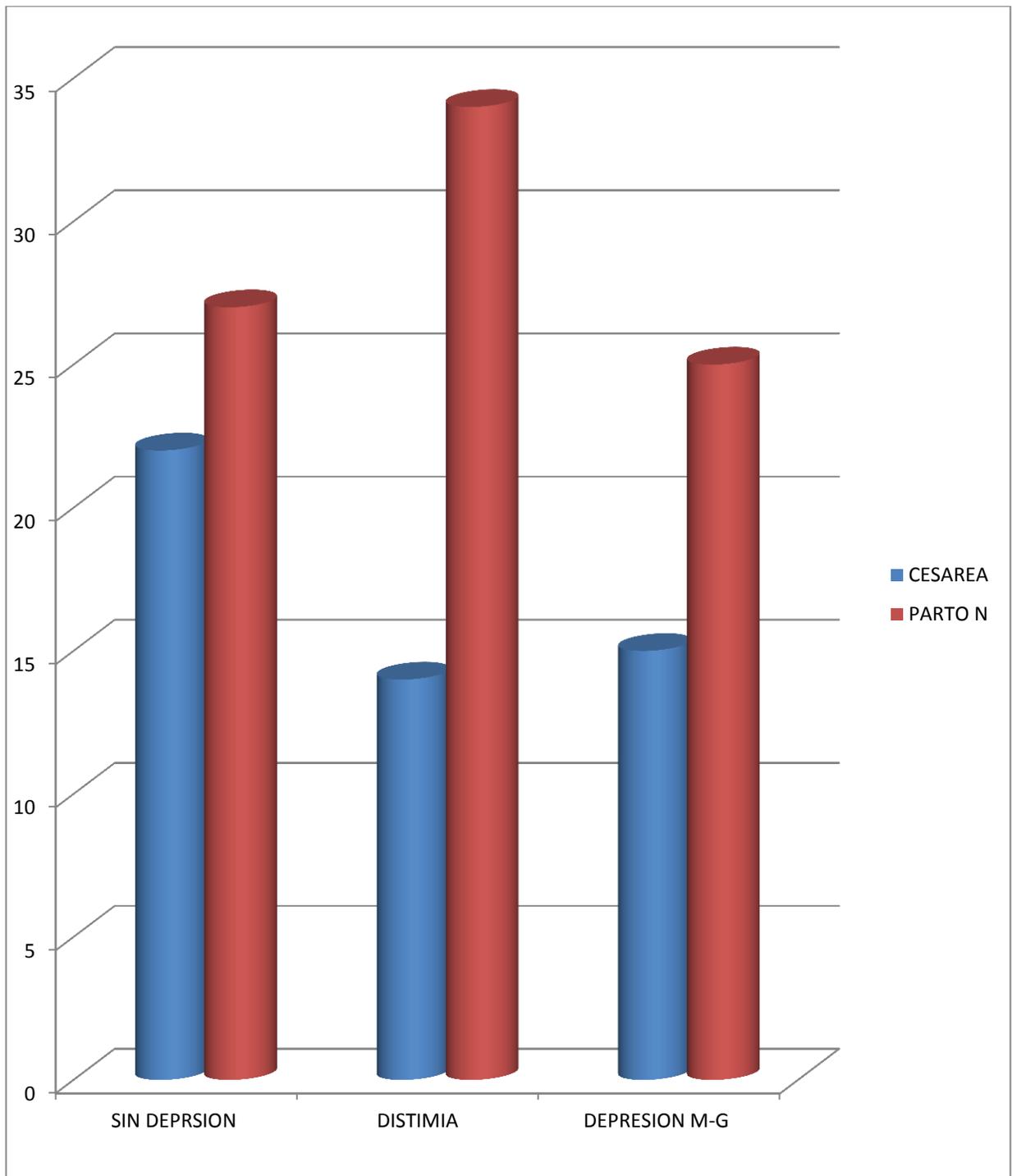


Los resultados de la escala de Hamilton para ambos grupos se muestran en la siguiente tabla 6.

| 6.6 TABLA 6 | | |
|---|---------|--------------|
| RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA AMBOS GRUPOS | | |
| | CESAREA | PARTO NORMAL |
| SIN DEPRESION | 9 | 2 |
| DISTIMIA | 3 | 4 |
| DEPRESION MODERADA A GRAVE | 7 | 5 |

Los resultados de la escala de Hamilton para ambos grupos se muestran en la siguiente (grafica 6)

6.6.1 GRAFICA 6



Los resultado de la escala de Hamilton para las pacientes con parto normal y cesárea se muestran a continuación (tabla 7)

| 6.7 TABLA 7 | | |
|---|---------|--------------|
| RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA AMBOS GRUPOS | | |
| | Cesárea | Parto normal |
| N | 19 | 11 |
| PROMEDIO | 11.79 | 16.82 |
| RANGO | 0 a 33 | 4 a 34 |
| SD | 10.07 | 10.78 |

Para saber si existe diferencia estadísticamente significativa en las pacientes de los dos grupos que tenían un puntaje mayor de 13 que equivale a una depresión moderada o grave se realizó una prueba t con nivel de significancia de 0.05 lo que corresponde a 1.174 lo que nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En esta investigación predominó la población dedicada al hogar.
- La mayor parte de la población de la muestra habita en un área urbana.
- En esta población predomina como antecedente la cesarea.
- En esta muestra predominó las pacientes en el puerperio inmediato
- En esta muestra el promedio de la población cursaba con un puntaje en la escala de Hamilton que equivale a una depresión moderada o grave aun cuando los niveles son bajos.
- Las pacientes que presentaron tal depresión se encontraban en el puerperio mediato y tardío.
- No se encontraron diferencias estadísticas estadísticamente significativas entre las pacientes con cesarea y parto normal que nos indiquen que hubiera en cualquiera de estas condiciones tuvieran mayor frecuencia de depresión.

RECOMENDACIONES.

- se recomienda que en futuras investigaciones los diferentes grupos de pacientes puérperas sean iguales.

CAPÍTULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

1. "Gabriel Fernando Oviedo Lugo* Valeria Jordán Mondragón*" trastornos afectivos posparto Oviedo g.f., Jordán v 20006:47-2:131 jaime Ernesto Vargas Mendoza magdalena García
2. michelle a. bland "cómo influye la experiencia del parto en la depresión postparto" "national science foundations. national undergraduate" 1998:1-1:1-28
3. José Urdaneta m. msc, Ana rivera s, José García i. phd, mery guerra v. phd, nascer baabel z. phd, alfi contreras b." "prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo" rev chil obstet ginecol 2010: 75-5: 312 - 320
4. Elvira Martínez, mercedes Toledo, maría pineda, Javier meneón Javier perrero y m. pilar Barreto "la depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas" revista de psicopatología y psicología clínica 2001:6- 1: 37-48
5. francisco barra a. dr. Luis barra a. dr. Jaime Solís g." "depresión posparto hacia un tratamiento integral1" instituto chileno de psicoterapia integrativa 2009:
6. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categories/Articulos/Enfermeria>
7. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categories/Apuntes-de-Enfermeria/>
8. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categories/Apuntes/Apuntes-de-Ginecologia.-Apuntes-de-Medicina/>
9. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3984/1/Sentimientos-de-la-enfermera-ante-el-embarazo-a-temprana-edad-Una-vision-de-tres-enfermeros-desde-la-consulta-prenatal.html>
10. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3988/1/Opinion-de-las-parturientas-acerca-de-los-cuidados-de-enfermeria-recibidos-durante-el-trabajo-de-parto-.html>
11. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007215.htm>
12. http://www.geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm

13. http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parserurl.jsp?url=web_saludalia/reportajes/doc/reportajes/doc/doc_postparto.xml
14. <http://www.inper.mx/descargas/pdf/CambiosFisiologicosyEmocionalesduranteelEmbarazo.pdf>
15. http://www.nestlenutritioninstitute.org/intl/es/resources/library/Free/anales/a68_1/Documents/03%20Fisiolog%C3%ADa%20del%20embarazo%20Interacci%C3%B3n%20materno-infantil.pdf