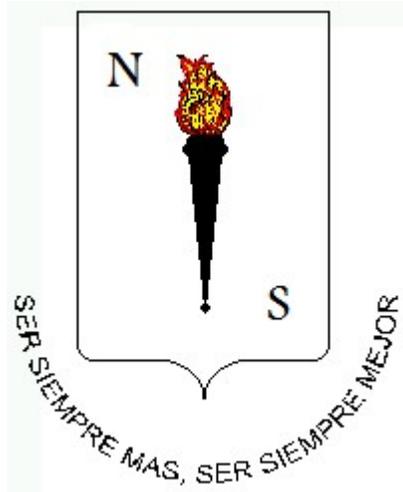


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESÍS:

DEPRESIÓN POST-PARTO EN MUJERES DE 25 A 30 AÑOS DE EDAD.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

JOANHA ARLETH ROMERO LEMUS

ASESORA DE TESÍS:

LIC. EN ENF. Y OBST. LETICIA MEZA ZAVALA.

MORELIA, MICHOACÁN 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE:

Le agradezco a mi madre por darme la oportunidad de superarme en la vida, por el sacrificio que hizo por sus desvelos y su cansancio, por formarme en esta vida, día a día por darme la motivación de ser como mi madre, por darme el gran ejemplo que se puede lograr lo que uno se propone.

A MI PADRE:

Le agradezco a mi padre, por ayudarme por estar en cada paso que doy, por darme su apoyo incondicional, por no perder las esperanzas en mí, Porque gracias a su apoyo y consejo he llegado a realizar la más grande de mis metas. La cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir

A MI HERMANO ALEJANDRO:

A mi hermano, quien me demostró que no podría haber tenido uno mejor hermano. Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer tus desvelos y tu forma de invertir en mí, el sacrificio y esfuerzo constantes, por el ejemplo que me das todos los días, sólo deseo que entiendas que el logro mío, es el logro tuyo.

A MI HERMANA CITLALI:

aunque muchas veces pareciera que estuviéramos peleando, hay momentos donde el fuego desaparece y nos unimos en una sola persona para poder alcanzar todos nuestros objetivos. Gracias no sólo por ser parte fundamental de este gran logro, sino también por todos aquellos momentos bonitos que pasamos a lo largo de todo este proceso.

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

A quienes nunca podre pagar sus desvelos, Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecido.

A MI FAMILIA:

No es fácil llegar, se necesita ahínco, lucha y deseo, pero sobre todo apoyo como el que he recibido durante este tiempo. Ahora más que nunca se acredita mi cariño, admiración y respeto.

Como testimonio de gratitud y eterno reconocimiento, por el apoyo que siempre me han brindado y con el cual he logrado terminar mi carrera profesional, siendo para mí, la mejor de las herencias, Gracias por lo que hemos logrado.

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
Vida, obra y/o personalidad del autor de la investigación personal	3
Estudios realizados acerca de depresión posparto.	5
Estudios realizados a nivel nacional	6
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
OBJETIVOS	11
Objetivos generales	11
Objetivos específicos.....	11
HIPÓTESIS	12
JUSTIFICACIÓN	13
MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO I. Concepto depresión postparto.	17
1.1 Definición.....	18
1.2 Etiología.....	20
1.3 Fisiopatología	22
1.4 Signos y síntomas	23
1.5 Diagnóstico.....	25
1.6 El postparto o puerperio	28
1.7 Clasificación	30
1.7.1 “Baby Blues” O Síndrome Del Tercer Día.....	31
1.7.2 Depresión posparto sin psicosis.	32
1.7.3 Depresión posparto con psicosis	33
1.8 Características.....	34
1.9 Tratamiento	35
1.9.1 Tratamiento psicológico	36
1.9.2 Tratamiento farmacológico.....	37

1.9.3 Terapia electro convulsiva.	38
1.9.4 Nuevas terapias: brexanolona	39
CAPÍTULO II. Oxitocina	40
2.1 Definición.....	41
2.2 Efectos de la Oxitocina	42
2.3 Características.....	43
CAPITULO III. El número de gestaciones en las mujeres con depresión posparto.	44
3.1 ¿Qué es la gestación?.....	45
3.2 Madres primerizas	46
3.3 Sentimientos encontrados	47
3.4 Cambios hormonales.....	49
CAPITULO IV. Factores que desarrollan la depresión postparto	50
4.1 Factores de riesgo.....	51
4.1.1 Factores que favorecen	52
4.2 Medidas.....	53
CAPITULO V.....	54
Propósitos de investigaciones.....	54
5.1 Respecto a la construcción de conocimiento.....	55
5.2 Desarrollo de investigación.....	55
5.4 teorías bioquímicas	56
5.4.1 Fenómeno de retirada.....	56
5.4.2 Hormonas tiroideas	57
5.4.3 Hormonas hipofisarias	57
5.5 Disminución en el nivel de triptófano libre en suero	58
5.6 Antecedentes psiquiátricosprevio	58
CAPÍTULO VI.....	60
Consecuencias y alteraciones.....	60
6.1.2 Alteración en la relación madre-hijo.....	61
6.1.2 Alteraciones en el desarrollo cognitivo.....	61
6.1.3 Socialización deficiente.....	62
6.1.4 Alteraciones en la educación de los hijos	62
6.1.5 Alteraciones en la dinámica familiar.....	62

ANÁLISIS DE DATOS.....	63
CONCLUSIONES.....	65
SUGERENCIAS	67
ANEXOS	70
Encuesta.....	70
BIBLIOGRAFÍAS.....	85

INTRODUCCION

La depresión postparto comprende un importante problema de salud pública. Actualmente se define con los criterios de depresión mayor, aplicándolos en el periodo del puerperio. Se debe realizar diagnóstico diferencial con entidades como tristeza postparto y psicosis postparto. El diagnóstico adecuado es importante para así poder detectar aquellas pacientes que requieren de tratamiento farmacológico y poder disminuir los riesgos de morbilidad que conlleva esta enfermedad, tanto para la madre, como para el niño en desarrollo.

Toda mujer es susceptible a presentar depresión postparto, sin embargo, aquellas que cumplen con ciertos factores de riesgo se han relacionado en distintos estudios con un aumento significativo en la aparición. Los factores de riesgo más fuertemente asociados a la aparición de depresión postparto son la presencia de depresión y ansiedad durante el embarazo, los antecedentes personales y heredofamiliares psiquiátricos de la paciente, eventos estresantes (defunciones, divorcios, pérdida de trabajo) y en ciertos casos el embarazo y el parto en si se catalogan como eventos estresores. Por último, el soporte social o ayuda social es un factor protector importante para el desarrollo de depresión postparto. La mujer que haya presentado algún episodio de DPP está en riesgo de sufrir episodios similares en partos futuros y en momentos no relacionados al parto. Otros factores de riesgo, con menor evidencia clínica que se deben tomar en cuenta son el tipo de relación marital, factores psicológicos propios de la madre (tipo de personalidad), factores de riesgo obstétricos (complicaciones, cesárea de emergencias) y estado socioeconómico. Es importante reconocer estos factores de riesgo y realizar un adecuado tamizaje durante la consulta prenatal.

ANTECEDENTES

- Tristeza posparto (cambios de humor repentinos, irritabilidad, ansiedad, disminución de la concentración, insomnio, ataques de llanto)
- Episodios previos de depresión posparto
- Diagnóstico previo de depresión postparto
- Antecedentes familiares de depresión
- Factores estresantes significativos de la vida diaria (conflictos de pareja, eventos estresantes en el último año, el desempleo de la pareja, sin pareja, pareja con depresión)
- Falta de apoyo de la pareja o de los miembros de la familia (apoyo financiero o ayuda con el cuidado del niño)
- Antecedentes de alteraciones del estado de ánimo asociados temporalmente con los ciclos menstruales o el uso de anticonceptivos orales
- Malos resultados obstétricos previos o actuales (aborto espontáneo anterior, parto pre término, neonato ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatal, lactante con malformación congénita)
- Ambivalencia previa o vigente sobre el embarazo actual (debido a que no fue planeado o se consideró la interrupción)
- Problemas con la lactancia en la depresión postparto

Vida, obra y/o personalidad del autor de la investigación personal Nathalie Nanzer

Psiquiatra infantil, psicoanalista, médica adjunta al jefe de servicio, responsable de la Unidad de Orientación Infantil del Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital universitario de Ginebra.

De ella no se sabe mucho ya que por situaciones no ha destacado

El libro depresión posparto

Nos habla de las causas de la depresión postparto, de los indicios biológicos y psicológicos, y detalla factores de predisposición, así como las consecuencias que dicha depresión tiene en el niño, en la misma mujer y en la pareja. La madre, atrapada en su desamparo, no tiene empatía hacia su bebé. Cita la experiencia de Tronick que permite observar las reacciones de bebés de cinco meses que eran sometidos a estos tipos de interacción. Tronick (1984) creó una experiencia en la que, después de un momento de juego entre la madre y el bebé, se pedía a la madre interrumpir el juego y quedarse impasible, sin reaccionar a las peticiones del bebé (reproducción experimental de la madre deprimida). Se observó que al principio el bebé trataba de reanimar a su madre. En un segundo tiempo, se fatigaba, lloraba y finalmente se retiraba él mismo de la comunicación. Este repliegue del bebé es ilustrativo de lo que ocurre cuando una madre deprimida no consigue estar en empatía con su bebé y ninguna persona de su entorno la sustituye en esa función. El bebé puede, él también, “deprimirse”, inhibiendo su fuerza vital. Si la depresión se detecta, las consecuencias son menos severas porque padre y abuelos pueden hacerse cargo del bebé. Pero cuando la mujer deprimida no tiene un entorno familiar ni social que pueda ayudarla, no encuentra otra alternativa que la violencia o negligencia para tirar adelante con su bebé. El nacimiento de un hijo puede reforzar la pareja, pero también la puede debilitar; el matrimonio ha de encontrar un nuevo equilibrio. Cuando uno de los dos sufre depresión, esta nueva estabilidad es más difícil de encontrar y puede pasar que la pareja no lo pueda soportar.

Hace referencia a la maternidad en el momento actual y la compara con la maternidad en el pasado próximo. La actividad profesional de la mujer ha cambiado y esto ha retardado la edad media de la primera maternidad.

Actualmente, conciliar la vida personal, profesional y la maternidad o paternidad es un verdadero reto. Las expectativas de la sociedad no ayudan, lo que hacen más bien es reforzar que la mujer ha de ser capaz de ocuparse de todo sin ninguna renuncia. Si además la madre ha integrado exigencias internas demasiado rígidas o contradictorias y está convencida de que lo ha de asumir todo y de forma perfecta, el riesgo de agotamiento y de desvalorización es importante. Entonces la puerta está abierta a la depresión, con la impresión de no estar a la altura y con fuertes sentimientos de culpa.

Un capítulo que me ha llamado la atención y que encuentro interesante es el que dedica a la depresión del padre, tema poco estudiado. La autora muestra como el acceso a la paternidad también puede provocar alteraciones emocionales que encaminen hacia una depresión. El hombre no vive su embarazo en el cuerpo, no pasa por los cambios hormonales que vive la mujer. Sin embargo, está invadido

por las mismas dudas y las mismas reestructuraciones psíquicas que ella. El joven padre también revive las relaciones precoces que él tuvo con sus propios padres. Así, los reajustes psíquicos inherentes a este periodo se encuentran con elementos emocionales reprimidos e inconscientes, generándose una fragilidad y una vulnerabilidad a las que no está habituado y que pueden angustiarlo. Es relativamente frecuente que active mecanismos de defensa para negar el sufrimiento como, por ejemplo, refugiarse en el trabajo, salir con los amigos u otro tipo de actividades.

Finalmente, la lectura se cierra haciendo énfasis en la necesidad de prevenir la depresión en las jóvenes madres.

La Dra. Nanzer defiende con vehemencia la necesidad de descubrir nuestro pasado como hijos para mejorar nuestro presente como padres. Sostiene que es indispensable ayudar a los pacientes a descubrir las vivencias desagradables que se habían enterrado en su inconsciente, para evitar el sufrimiento que se revive y hace sufrir a padres y a hijos.

Nos dice que las fantasías parentales están presentes en los padres mucho antes del nacimiento del hijo, por lo que pueden ser trabajadas ya durante el embarazo e incluso antes. La mujer revive ciertas etapas precoces de su historia y se acerca a sus propios padres. Es cuando el niño va siendo físicamente perceptible para la madre que empieza progresivamente a existir en tanto que objeto "externo" para ésta. Así pues, al inicio del embarazo, el niño es todavía abstracto y está poco representado en el imaginario parental, por lo cual durante esta primera etapa es sobre todo la identidad del adulto la que está en el primer plano del trabajo psíquico. El trabajo deberá centrarse en el adulto en relación al niño que él ha sido, más que sobre el bebé que va a venir.

A veces el embarazo y el postparto revelan un trastorno más antiguo no tratado. El fenómeno de la transparencia psíquica (Bydlowski, 1991) propia de este periodo, provoca un resurgimiento de los síntomas y puede constituir una motivación para buscar ayuda. Las fantasías se encuentran mucho más cercanas a la conciencia y las defensas debilitadas. Esto hace a las madres más vulnerables y con tendencia a descompensarse, pero también permite una gran movilidad psíquica y modificaciones rápidas. Por tanto, es un momento particularmente propicio al cambio y a realizar un trabajo psicoterapéutico.

Uno de sus libros donde enfocaré mi tesis y la información de ella me agrada bastante para mi tema.

Estudios realizados acerca de depresión posparto.

En algunos países de Latino América se han realizado varios estudios acerca de la prevalencia de DPP en las últimas dos décadas y en Europa, específicamente en España se ha abordado el tema de forma más temprana. A continuación, se realiza una breve reseña de los estudios más representativos realizados en la última década. En el período comprendido de septiembre de 1997 y hasta septiembre de 1998 se llevó a cabo en el Hospital Clínico de Barcelona un estudio con una muestra compuesta por todas las mujeres que acudieron al Servicio de Obstetricia y Ginecología para realizar la visita de control del puerperio (a las 6 semanas del parto) observándose que el número de madres con DPP diagnosticadas fue de 334 pacientes. Se realizó un estudio para determinar la incidencia de depresión posparto en madres adolescentes que fueron asistidas en el área de obstetricia del hospital Luis MI Morillo King de la ciudad de La Vega, R.D., del 1 de Julio de 1996 al 1 de Enero de 1997, encontrándose que 284 eran adolescentes y que de éstas el 82.7% (235) presentaron algún grado de depresión posparto, y que la misma está relacionada estrecha mente a la edad, estado civil, nivel de escolaridad, procedencia, deseo o no del embarazo, apoyo familiar durante el mismo, así como el apoyo de la pareja y la condición del recién nacido al momento del nacimiento .En la Facultad de Psicología en Universidad de Valencia, España en el 2001 se realizó un estudio en el que se estudió una muestra formada por un grupo de 101 mujeres residentes en la Ciudad de Valencia en el que sobresalió que un número elevado de mujeres eran primíparas (65%). En Latino América en los últimos 5 años se han realizado los siguientes estudios: En el año 2006 se llevó a cabo un estudio en Santiago de Chile, aplicando la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). La muestra estuvo constituida por 159 mujeres que acudieron a los consultorios entre la semana 4 y la 44 del período posparto. En las últimas dos semanas, 90,6% de las mujeres estaba deprimida la mayor parte del día, casi todos los días. En el mismo año, es decir 2006, en la ciudad de Bucaramanga en Colombia se llevó a cabo un estudio en madres adolescentes en una muestra de 286 mujeres pertenecientes a 11 instituciones de salud de dicha ciudad durante las primeras

horas del período posparto, presentando sólo 19 casos positivos para Depresión posparto.

En el 2009, en el Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia en Venezuela se llevó a cabo un estudio de prevalencia de DPP tanto en Primigestas como Multigestas, en una muestra conformada por 100 mujeres puérperas atendidas en ese centro asistencial durante ese año. Esta muestra fue separada en dos grupos de 50 sujetos cada uno, de acuerdo con su paridad, fijándose como criterios para su inclusión puerperio tardío, edad mayor de 19 años y menor de 35 años, ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y deseo voluntario de participar en la investigación observándose que el 90% de las Primigestas fueron positivas para riesgo de depresión posparto y el 92% de las multíparas también, así mismo se observó que según DSM IV se evidenció que fueron finalmente diagnosticadas con depresión posparto el 20% de las Primigestas y el 24% de las multíparas. No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. En el mismo estudio se observó los factores de riesgo asociados a DPP en la misma universidad se realizó un estudio para destacando que solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.

Estudios realizados a nivel nacional

En nuestro país se han realizado pocos estudios acerca de la Depresión Posparto a pesar de la frecuencia que la literatura reporta. En un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003, con una muestra de 38 mujeres embarazadas que acuden

a control prenatal durante mayo a noviembre del año 2002, reportó que la prevalencia de depresión durante el embarazo fue de 47.7%, los factores de riesgo encontrados fueron hacinamiento, abortos previos, violencia psicológica y sexual por parte de sus parejas y el tipo de personalidad materna. En este estudio, aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas presentan depresión por lo que esto puede estar relacionado al tamaño de la muestra. En las mujeres mexicanas se ha demostrado que la EDPS es un instrumento confiable y válido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos posparto según un estudio realizado en el año 2004 en 264 mujeres.

También que la prevalencia de DPP en nuestro país es de 21.5%.¹¹ En el mismo año en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se realizó un estudio en neonatos, hijos de madres con algún trastorno del estado de ánimo el cual mostro que los bebés con antecedente de madres con alguna psicopatología tuvieron menor maduración en el sistema motor. En el 2006 se realizó de forma simultánea un estudio Frecuencia de DPP en 2 Unidades de Medicina Familiar tanto del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Clínica Dr. Ignacio Chávez) y del IMSS (Tlalnepantla) aplicándose 130 cuestionarios, se detectaron de acuerdo a los criterios del DSM IV, 32 pacientes (24.6%) y con el Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, 22 pacientes(16.9%) sospechosas de depresión posparto respectivamente siendo la edad promedio de las madres de 29.4 años, casadas un 70.8%, la mayoría amas de casa 47.7% y profesionistas 23.1%, edad promedio de los bebés tres meses, el 71% vivían con su pareja e hijos.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En el estado de Michoacán no se atienden la depresión posparto por lo que el presente estudio busca conocer los síntomas y tratar la depresión postparto de esta condición en mujeres puérperas que se atienden en el hospital de la señora de nuestra salud, para ofertar un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado a esta patología, que no ha recibido la atención necesaria a nivel local y sobre todo entre a la población más vulnerable.

Por otro lado, es importante recordar que la depresión posparto no solamente afecta a la mujer puérpera, también al lactante en su desarrollo psicosocial. La depresión posparto es considerada como un problema de salud con impacto social y en cuyos casos en los que evoluciona hasta psicosis postparto con desenlace tan lamentable como lo es el suicidio.

Por lo que es de suma importancia iniciar una detección de estas pacientes, así como una perspectiva de la prevalencia de esta enfermedad en la ciudad para de ser necesario establecer un programa de apoyo y manejo para las mismas. De forma que no continúe desapercibida por el personal de salud.

La depresión posparto es un trastorno que conlleva importantes consecuencias de por vida para las mujeres y sus hijos. Además del sufrimiento y el deterioro asociados con la depresión posparto, existen riesgos a largo plazo asociados con la enfermedad. Es una de las enfermedades maternas más comunes que puede aparecer semanas después del parto o durante los primeros 12 meses posparto. La depresión postparto ha sido descrita hace siglos, pero ha tenido poco interés por la comunidad científica hasta hace unas décadas. Actualmente, está descrita como un episodio depresión mayor de inicio en la peri parta. Se caracteriza por la presencia de un estado mantenido de tristeza, pérdida de interés por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteraciones del apetito y el sueño, sentimientos de culpa por no ser una buena madre. Este estado se acompaña de ansiedad, con

afectación de las funciones maternas de autocuidado, lactancia, vinculación y crianza. Actualmente se estima que la prevalencia de depresión postparto es de aproximadamente del 10 al 20%. Su inicio es variable, siendo el periodo de mayor riesgo las primeras semanas, continuando hasta los tres primeros meses después de dar a luz. Un 25% de las mujeres ya inician el episodio depresivo en el tercer trimestre del embarazo, mientras que un 20% desarrolla la sintomatología pasada la sexta semana del parto. Diferentes estudios indican que el desarrollo del bebe puede verse afectado por la enfermedad psíquica de la madre, pudiendo provocar mayor incidencia de llanto o cólicos infantiles excesivos, problemas de sueño y dificultades de temperamento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La depresión postparto se desarrolla por problemas emocionales durante su embarazo, o por falta del apoyo de la pareja?

¿La depresión postparto es frecuente debido a que en el puerperio las hormonas del embarazo tienden a afectar sustancias químicas?

OBJETIVOS

Objetivos generales

Identificar a tiempo la enfermedad desde el círculo del área de salud, sus síntomas, tratar de encontrar las señales de la enfermedad, quizás no sea una enfermedad muy común por lo que no es normal o común verla, y no pueda entrar en peligro la vida de ninguno de los dos, y la madre pueda darle el amor hacia él bebe sin limitaciones.

Objetivos específicos

- Informar a la embarazada sobre la enfermedad de depresión post parto
- compartir a sus familiares sobre las enfermedades que se le pueden desarrollar durante el posparto.
- presentar medidas preventivas para que no haya depresión postparto
- mostrar los signos y síntomas de alerta para la depresión postparto
- preparar al personal de salud para una situación de depresión postparto
- identificar las hormonas que tienden a ser más propenso la depresión posparto.

HIPÓTESIS

¿La depresión postparto se desarrolla por problemas emocionales durante su embarazo, o por falta del apoyo de la pareja?

¿La depresión postparto es frecuente debido a que en el puerperio las hormonas del embarazo tienden a afectar sustancias químicas?

La enfermera siempre se ha procurado la mujer embarazada y una de las enfermedades que la mayoría de las embarazadas no se da cuenta porque no pensamos que simplemente son síntomas comunes, las ganas de, pero no se da cuenta hasta que llega un cierto límite donde tiene que ser atendida.

JUSTIFICACIÓN

La depresión es una de las enfermedades más silenciosas, te ha tiempo la depresión. Cuando a la mujer embarazada se le va, siempre se preocupa por su hijo no puedo atender, quién lo va a cuidar, quién lo va alimentar, son muchas cosas que la madre piensa hacia su hijo y es lo que la tormenta.

Por lo ello se le destaca una depresión, debemos de detectar esto, porque muchas embarazadas no les hablan de esta depresión o que pueden llegar a sufrir la depresión.

Por lo que puede llevar las consecuencias él bebe, por el medio de la depresión donde se llega a desarrollar, la madre afectando el crecimiento del bebe o aún peor llegar a la muerte ambas personas.

Variables

La variable es característica, propiedad observada que se adquiere por cada persona de las cuales he de entrevistar.

Dependiente

- Las mujeres de 25 a 30 años de edad en un estado de postparto o puerperio.

MARCO TEÓRICO

Las altas tasas de depresión posparto entre mujeres de 20 a 35 años, con la mayor cantidad de síntomas psicopatológicos que las mujeres experimentan durante el período posparto, hacen necesaria la creación de estrategias para apoyar y facilitar el acceso de este grupo de riesgo a los servicios de salud mental. A este problema se suma que las mujeres buscan menos ayuda psicológica y médica durante el embarazo y el puerperio y por ese motivo tienen menos información sobre las vías de ayuda que otros grupos de mujeres. Además, durante el período perinatal existe un bajo reconocimiento de la efectividad de los servicios de salud mental. Ante esta situación, sería idóneo promover la investigación en torno al embarazo y el puerperio, facilitando que se incluyan mujeres embarazadas en investigación, como se promueve desde el Foro Global de Bioética en Investigación.

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15%, y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”

Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal. La depresión posparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés. Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las mujeres que posteriormente desarrollan depresión posparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre

Además, sería recomendable el cribado de la depresión posparto a toda mujer en las primeras horas tras el nacimiento de su bebé mediante la aplicación de escalas psicológicas de depresión posparto, así como el control de los niveles de estrés durante el embarazo mediante instrumentos psicológicos y la evaluación de los niveles de cortisol en el pelo, que pueden predecir el grupo de embarazadas con riesgo de presentar síntomas de depresión posparto. La aplicación de medidas preventivas en torno a la depresión posparto desde la perspectiva de la salud pública mejorará la salud de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, y fortalecerán la salud y el desarrollo fetal e infantil.

Debido a las bajas tasas de detección y atención en los sistemas de salud, la depresión materna y en particular la depresión posparto (o postnatal) son problemas de salud que requieren de la implementación de protocolos eficaces y de bajo costo que abarquen al personal de salud en contacto directo con las mujeres principalmente en las clínicas de primer nivel de atención, a fin de salvaguardar el bienestar de las madres y sus hijos, ante las complicaciones que pueden desarrollarse a causa de este padecimiento.

Según la OMS, la depresión suele caracterizarse por pérdida de energía, cambios en el apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza y pensamientos de autolesión o suicidio, entre otros.

Cuando se trata de depresión posparto, a estos síntomas hay que añadirles sentimiento de agobio, llanto persistente sin razón aparente, falta de lazos de afecto con el bebé y dudas sobre la capacidad de cuidar de una misma y del pequeño.

CAPÍTULO I. Concepto depresión postparto.

1.1 Definición

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

La depresión posparto es una enfermedad mental grave que involucra al cerebro y afecta tu salud física y conductual. Si tienes depresión, los sentimientos de tristeza, desánimo o vacío no desaparecen y pueden interferir en tu vida diaria. Es posible que no te sientas conectada con tu bebé, como si no fueras la madre, o que no ames o te preocupes por tu bebé.

Se define a la Depresión Posparto como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional.

Se ha sugerido muchas etiologías especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos y la caída dramática en los niveles hormonales.

La Depresión Posparto es una de las enfermedades maternas más comunes que puede aparecer semanas después del parto o durante los primeros 12 meses posparto. Se caracteriza por la presencia de un estado mantenido de tristeza, pérdida de interés y de ilusión por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteración del apetito y el sueño y sentimientos de culpa por no ser una buena madre. Este estado se acompaña de marcada ansiedad, con afectación de las funciones maternas de autocuidado, lactancia, vinculación y crianza.

No hay que confundir la depresión posparto con un estado de tristeza transitoria y cambios de humor que presentan el 70% de las madres los días siguientes al parto. Es habitual la presencia de un ánimo ligeramente triste, con llanto inexplicable, nerviosismo o irritabilidad durante la primera semana del posparto que se

acompañan de sentimientos de inseguridad y de preocupación por el recién nacido. Es una reacción emocional asociada a los importantes cambios biológicos que se producen antes, durante y después del parto y el esfuerzo adaptativo para el desarrollo de conductas maternas como la lactancia, el vínculo y los cuidados del bebé. Estos síntomas suelen ser más intensos en el cuarto o quinto día después del parto y desaparecen de forma espontánea antes de dos semanas. En el caso de que estos síntomas persistan o se agraven, es aconsejable consultar y descartar la presencia de una depresión posparto.

1.2 Etiología

La etiología exacta de la depresión posparto es desconocida; sin embargo, la depresión previa es un riesgo mayor, y los cambios hormonales durante el puerperio, la privación del sueño y la susceptibilidad genética pueden contribuir.

La depresión pasajera (posparto) es muy común durante la primera semana después del parto. La tristeza posparto o depresión puerperal menor (Baby blues) difiere de la depresión posparto porque normalmente dura 2 o 3 días (hasta 2 semanas) y es relativamente leve en contraste, la depresión posparto dura 2 semanas, es incapacitante e interfiere con las actividades de la vida diaria.

La depresión posparto es la presencia de síntomas depresivos que duran 2 semanas después del parto y que interfieren con las actividades de la vida diaria.

La depresión posparto aparece en el 10 al 15% de las mujeres después del parto. Aunque todas las mujeres están en riesgo, las de riesgo más elevado son las que presentan los siguientes antecedentes:

- Tristeza posparto o Baby blues ejemplo; cambios de humor repentinos, irritabilidad, ansiedad, disminución de la concentración, insomnio, ataques de llanto.
- Episodios previos de depresión posparto
- Diagnóstico previo de depresión
- Antecedentes familiares de depresión
- Factores estresantes significativos de la vida diaria ejemplo; conflictos de pareja, eventos estresantes en el último año, el desempleo de la pareja, sin pareja, pareja con depresión
- Falta de apoyo de la pareja o de los miembros de la familia ejemplo; apoyo financiero o ayuda con el cuidado del niño
- Antecedentes de alteraciones del estado de ánimo asociados temporalmente con los ciclos menstruales o el uso de anticonceptivos orales

- Malos resultados obstétricos previos o actuales ejemplo; aborto espontáneo anterior, parto pre término, neonato ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatal, lactante con malformación congénita.
- Ambivalencia previa o vigente sobre el embarazo actual ejemplo; debido a que no fue planeado o se consideró la interrupción.
- Problemas con la lactancia

1.3 Fisiopatología

Es una enfermedad común, potencialmente incapacitante y, en algunos casos, una condición que amenaza la integridad física, psicológica y social de las personas de su alrededor, por lo que es considerada como un problema grave de salud pública. Actualmente se desconoce la fisiopatología exacta de este trastorno. La Oxitocina es una hormona que juega un importante papel en el parto, la lactancia, la adaptación a la maternidad y el comportamiento afectivo de la madre con sus hijos. Además, en las mujeres no embarazadas, promueve las relaciones interpersonales y los sentimientos de amor y confianza. En este estudio se pretende evaluar la asociación entre los niveles plasmáticos de Oxitocina y la depresión postparto.

1.4 Signos y síntomas

Los síntomas de la depresión posparto pueden ser similares a los de la depresión mayor y pueden incluir

- Tristeza extrema
- Cambios de humor
- Llanto incontrolable
- Insomnio o sueño excesivo
- Pérdida o exceso del apetito
- Irritabilidad e ira
- Cefaleas y dolores corporales
- Cansancio extremo
- Preocupaciones poco realistas sobre el bebé o desinterés
- Una sensación de ser incapaz de cuidar el bebé o de ser inadecuada como madre
- Temor de dañar al bebé
- Culpa por sus sentimientos
- Ideación suicida
- Ansiedad o ataques de pánico
- Normalmente, los síntomas aparecen de forma insidiosa durante 3 meses, pero el inicio puede ser más repentino. La depresión posparto interfiere con la capacidad de la mujer de cuidar de sí misma y del bebé.
- Las mujeres pueden no sentirse unidas con sus bebés, lo que produce problemas emocionales, sociales y cognitivos en el niño más adelante.

- La psicosis posparto es muy poco frecuente, pero la depresión posparto y las psicosis no tratadas aumentan el riesgo de suicidio y de infanticidio, que son las complicaciones más graves.
- Los padres tienen un mayor riesgo de depresión, y el estrés marital aumenta.
- Sin tratamiento, la depresión posparto puede resolverse espontáneamente o volverse crónica.

1.5 Diagnóstico

Se hace clínicamente, mediante entrevistas y cuestionarios, para lograr definir si la madre padece de algún trastorno depresivo que pueda afectar la maternidad. El inventario de depresión posparto de Beck (DBI) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPS) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión posparto, el BDI como escala genérica para evaluar sintomatología depresiva y el EDPS como escala específica para evaluar depresión posparto. La escala EDPS fue diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado y estudios actuales, en el ámbito de la salud materno infantil, sobre todo en la población anglosajona. Este cuestionario ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92.5 % para depresión mayor. Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz, de hecho, en varios estudios se ha demostrado una mayor tasa de prevalencia de este problema, no porque haya aumentado, sino por haber sido diagnosticada oportunamente.

Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiendo probado su eficacia para detectar estados depresivos en el ámbito hospitalario y de atención primaria y en los propios hogares de las madres.

Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de diferentes países. Los ítems de la escala de EDPS son puntuables de 0 a 3, de menor a mayor intensidad o frecuencia de los síntomas. Contiene 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuestas de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados del 0 a 3. El rango total va de 0 a 30. La puntuación máxima es de 30, cuando el resultado es mayor a 10 indica riesgo de depresión. Esta escala es utilizada como tamizaje ya que el diagnóstico de depresión es clínico. La sensibilidad de la EDPS es del 85% con un valor predictivo

positivo del 73% para identificar a las mujeres con depresión posparto. La ventaja de este diagnóstico precoz es que el adecuado tratamiento permite evitar los efectos a corto y largo plazo, tanto en la madre como en la familia en general.

La Depresión Postparto es frecuente debido a que durante el puerperio las hormonas del embarazo pueden afectar sustancias químicas del cerebro que se relacionan directamente con la depresión y la ansiedad. La depresión que no se trata puede tener riesgos peligrosos potenciales a la madre y al bebé, puede conducir a alteraciones en el desarrollo psicomotor por falta de estimulación al hijo de la madre deprimida, así como conductas agresivas de la madre, alteraciones en la dinámica familiar, etc. En nuestro país se han realizado pocos estudios recientes acerca de la depresión postparto, a pesar de la frecuencia que reporta la literatura. El trastorno depresivo durante la gestación y el postparto es muy frecuente sin embargo es poco diagnosticado por el personal de salud, probablemente esto se debe a la falta de criterio médico para identificar los síntomas depresivos en este tipo de pacientes.

- Evaluación clínica
- A veces, se usan las escalas formales de depresión
- El diagnóstico y el tratamiento tempranos de la depresión posparto mejoran los resultados para la mujer y su bebé.
- La depresión posparto (u otros trastornos mentales graves) deben sospecharse si la mujer presenta:
- Síntomas de depresión durante > 2 semanas
- Síntomas que interfieren con las actividades de la vida diaria
- Pensamientos suicidas u homicidas (se le debe preguntar a la mujer específicamente sobre tales pensamientos)
- Alucinaciones, delirios o comportamientos psicóticos

- Debido a factores culturales y sociales, es posible que la mujer no informe de manera voluntaria los síntomas de depresión, por lo que el personal de salud debe preguntar específicamente la presencia de dichos síntomas antes y después del parto. Además, se debe enseñar a las mujeres a reconocer los signos de depresión, que pueden ser confundidos con los efectos normales de la nueva maternidad ejemplo; cansancio, dificultad en concentrarse.

En la visita posparto, todas las mujeres deben ser sometidas a una prueba de cribado para valorar la presencia de depresión mediante una prueba de cribado homologada.

1.6 El postparto o puerperio

El puerperio, también conocido como la cuarentena, es el periodo que va desde el momento inmediatamente posterior del parto hasta los 35-40 días y constituye el tiempo que necesita tu organismo para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. 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. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.² la causa específica de depresión se desconoce en muchos casos, parece ser el resultado de una combinación de factores como predisposición genética (historia familiar), bioquímicas (desequilibrio de neurotransmisores), factores del ambiente y estrés (pérdida de un ser querido, problemas económicos, problemas en las relaciones interpersonales, cambio significativo de vida, etc.), factores hormonales y reproductivos (ciclo menstrual, embarazo, aborto, posparto y menopausia), factores psicológicos y sociales (baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva). En la mujer específicamente se presenta el síndrome disfórico premenstrual, depresión en el embarazo y depresión posparto.

Este patrón aparece en un momento específico de cada ciclo menstrual y desaparece durante cierto tiempo entre ellos. Existe también la depresión en el embarazo, la cual se presenta en forma severa en una de cada diez mujeres embarazadas. Durante el puerperio, factores bioquímicos y estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer y ocasionar la depresión posparto. No se sabe con exactitud la causa por la cual las mujeres se deprimen con mayor frecuencia que los hombres. Aunque no hay un factor causal directo, se cree que interfieren factores genéticos, hormonales, sociales, y del estilo de vida de la mujer.

El puerperio ha sido dividido en:

- Puerperio inmediato: primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio mediato: se extiende hasta la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: incluye el periodo de tiempo requerido para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación, usualmente 6 semanas en las mujeres no lactantes.

1.7 Clasificación

- “Baby blues” o Síndrome del tercer día.
- Depresión Posparto sin Psicosis
- Depresión posparto con psicosis

1.7.1 "Baby Blues" O Síndrome Del Tercer Día.

Los desórdenes mentales posparto incluyen el " Baby blues", la depresión posparto y la psicosis posparto. El " Baby blues" se desarrolla entre el 3°y el 6° día posparto, y puede durar hasta 2 a 6 semanas. Este síndrome está caracterizado por decaimiento anímico, cansancio físico y mental, ansiedad, irritabilidad, llanto y trastornos del sueño.

La prevalencia de depresión posparto reportada en la literatura para países desarrollados es de aproximadamente 10-15% de las madres, y la prevalencia de "Baby blues" puede llegar a ser tan alta como 50-80%. Sin embargo, muchos estudios demuestran que la frecuencia difiere no solo entre culturas, sino también entre países de la misma cultura occidental y de acuerdo con los diferentes niveles socioeconómicos, siendo más frecuente para el nivel bajo. Estudios realizados en Chile arrojan una frecuencia de hasta el 50,7% para depresión posparto. Por lo tanto, la prevalencia de depresión posparto fluctúa entre el 8% y el 50%, siendo tres veces más alta en los países emergentes que en los países desarrollados.

1.7.2 Depresión posparto sin psicosis.

Se presenta antes de la sexta semana posparto y su duración es de entre tres y seis meses, aunque hay artículos que mencionan que se prolonga este periodo hasta los catorce meses. Por definición la sintomatología depresiva debe estar presente por más de dos semanas después del parto para distinguirla del “Baby blues”.

Este trastorno está presente en el 10% a 20% de las mujeres en diferentes países durante los siguientes 6 meses posteriores al parto. En Estados Unidos de Norteamérica una de cada ocho mujeres padece este trastorno.

1.7.3 Depresión posparto con psicosis

Define la depresión posparto con psicosis como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas caracterizada por períodos fluctuantes de alucinaciones, delirios y estados de confusión que suelen comenzar en las 6 o 12 semanas posteriores al parto.

Este trastorno está presente en el 10% a 20% de las mujeres en diferentes países durante los siguientes 6 meses posteriores al parto. En Estados Unidos de Norteamérica una de cada ocho mujeres padece este trastorno.

1.8 Características

Características antecedente familiar o personal de depresión, trastorno disfórico premenstrual, presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo o de “Baby blues”, el alto estrés psicosocial de ser madre soltera, la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados y no planeados, la imposibilidad de lactar o bien, el cese temprano de la lactancia. Se caracteriza por una tendencia al llanto fácil, irritabilidad, por la presencia de sentimientos de culpa y obsesivos compulsivos, por un rechazo hacia el recién nacido o bien reticencia a asumir su cuidado, por pérdida de la libido y, en los casos graves, por la presencia de ideación suicida. El no realizar un tratamiento específico para la depresión durante este periodo puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre como el hijo y la familia en general. Para la madre este puede ser el inicio de un trastorno depresivo recurrente, y para el niño poseer una madre depresiva puede contribuir a desarrollar problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales y emocionales durante su vida. Además, se ha comprobado que los hijos de madres con Depresión Posparto son menos activos, pero más irritables y desatentos en su infancia temprana.

1.9 Tratamiento

El tratamiento de la depresión posparto precisa de una intervención por un equipo multidisciplinar especializado en el diseño y aplicación de un plan individualizado, basado en las evidencias científicas y en las necesidades maternas. Para llevar a cabo estos tratamientos, se han desarrollado dispositivos específicos que permiten la aplicación de este plan de tratamiento intensivo y multidisciplinar en un espacio al que acuden la madre y su bebé a realizar el plan de tratamiento.

1.9.1 Tratamiento psicológico

Las modalidades de terapia psicológica que ha demostrado eficacia para el tratamiento de la DPP son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal.

La terapia psicológica cognitivo-conductual es la más utilizada para el tratamiento de la DPP. Se puede realizar tanto de forma individual como en grupo. Este tipo de terapia está centrada en el presente, en los problemas actuales que presenta la madre, en el establecimiento de objetivos concretos y se basa en el aprendizaje de técnicas que se practican en el día a día y que ayudan a conseguir los objetivos del tratamiento.

Esto supone:

- Incrementar las actividades sociales y de autocuidado, así como el tiempo dedicado a una misma.
- Implementar técnicas de relajación o de regulación emocional para los momentos de estrés.
- Entrenar el asertividad, es decir, la habilidad interpersonal que permite defender los deseos y opiniones y respetar la de los demás.
- Intervenir sobre los pensamientos negativos respecto a una misma, la maternidad o relacionados con el recién nacido.

La terapia interpersonal se basa en la intervención sobre la situación interpersonal de la paciente en cuatro posibles áreas: los conflictos interpersonales, que pueden ser familiares, con la pareja, o en el lugar de trabajo; la transición de rol, que se refiere a los cambios en las situaciones personales, como los que se dan en el caso de la maternidad; la situación de duelo y los déficits interpersonales.

1.9.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento y el manejo de las enfermedades mentales durante el embarazo y la lactancia representan una situación clínica compleja. Existen datos acumulados en los últimos 30 años que sugieren que los antidepresivos en general y los Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (IRSS), que son los de primera elección en la depresión posparto, pueden utilizarse de forma segura durante la lactancia. Para la instauración o mantenimiento de cualquier tratamiento durante el embarazo y/o la lactancia se debe realizar una valoración de riesgo y beneficio tanto de la toma del psicofármaco como de los efectos de la enfermedad materna no tratada, en este caso la depresión.

1.9.3 Terapia electro convulsiva.

La terapia electro convulsiva es un tratamiento eficaz y seguro en aquellos casos de depresión grave (marcada inhibición, riesgo vital, melancolía, síntomas psicóticos) o resistente al tratamiento farmacológico. Durante el posparto se puede realizar TEC con anestésicos compatibles con la lactancia materna. Es un tratamiento a valorar en algunos casos de depresión grave durante el embarazo.

1.9.4 Nuevas terapias: brexanolona

La brexanolona es un nuevo fármaco con indicación específica para el tratamiento de la Depresión Posparto pendiente de ser aprobado por la agencia estadounidense reguladora del medicamento (FDA).

La brexanolona, una fórmula intravenosa del alopregnanolona, disminuye de forma rápida los síntomas de la depresión posparto moderada-grave en comparación con el placebo.

Una de las características principales de este tratamiento es la rapidez de acción ya que se nota mejoría a partir de las 48-60 horas de administración. El tratamiento, que se aplica por vía endovenosa y en régimen de hospitalización, podría ser una opción terapéutica futura que disminuyera de forma significativa la duración de la depresión posparto.

CAPÍTULO II. Oxitocina

2.1 Definición

La Oxitocina es una hormona poli peptídica sintetizada en los núcleos supra ópticos y para ventriculares del hipotálamo, siendo liberada al flujo sanguíneo a través de la glándula pituitaria.

Un estudio reciente realizado se ha descubierto que muchas madres con depresión posparto tienen “una expresión alterada de los receptores de Oxitocina”. La Oxitocina es la hormona del amor y el bienestar, se produce de forma intensa en el parto y la lactancia y está involucrada en el vínculo madre-criatura y el comportamiento maternal, entre otras muchas cosas. Según las conclusiones de este estudio: este descubrimiento abre la puerta a potenciales nuevos tratamientos y medicamentos para la depresión posparto centrados en los receptores de Oxitocina.

Dicho así, da la sensación de que hay mujeres que de modo “natural” tienen receptores de Oxitocina poco receptivos, y este descubrimiento permitiría resolver esta “anomalía”. Sin embargo, si ampliamos la mirada para incluir las causas, lo que vemos es que esta investigación, como tantas otras, no ha tenido en cuenta qué factores pueden haber afectado previamente a los receptores de Oxitocina en la madre. Hablamos concretamente de la administración de Oxitocina sintética, habitual en la atención al parto convencional, de la cual el cuerpo se defiende, precisamente, desensibilizando los receptores de Oxitocina.

Es comprensible que los estudios científicos se centren en una parcela pequeña de la realidad para poder obtener resultados, pero no contextualizar puede conducir a conclusiones equivocadas. No es que los resultados sean erróneos, es que es importante tener en cuenta que son parciales. No relacionar las causas con los efectos e ir directamente a tratar éstos es abrir la puerta a la medicalización innecesaria y la patologización de la salud mental materna.

2.2 Efectos de la Oxitocina

Estos son algunos de los efectos de la medicalización del parto en relación al sistema endógeno de la Oxitocina:

- Estimular el parto con Oxitocina sintética aumenta el riesgo de depresión posparto y trastornos de ansiedad durante el año siguiente
- Como afecta la administración de Oxitocina sintética al comportamiento materno, el vínculo madre-criatura y la lactancia.
- Como las intervenciones en el parto influyen en la salud mental materna
- Como influye la epidural en el vínculo madre-bebé y el maternales.

En la actualidad, el número de estudios sobre la Oxitocina y su influencia en el amplio espectro de las relaciones sociales ha aumentado exponencialmente. Se revisarán las bases neurofisiológicas de la Oxitocina, y cómo su secreción parece modular la actividad de diferentes regiones cerebrales implicadas en la interacción social. La Oxitocina influye en el establecimiento y mantenimiento de las vinculaciones a diferentes niveles véase; a nivel pro social, amistad, relaciones de pareja y de apego.

2.3 Características

Una de sus características es que actúa como hormona periféricamente distribuyéndose a través del torrente sanguíneo; y como neurotransmisor en las rutas neurales del Sistema Nervioso Central. Cabe señalar por tanto, que las funciones oxitocinérgicas difieren según el tipo de distribución; periférica o central. Periféricamente, la Oxitocina actúa como hormona y se encarga principalmente de regular las contracciones uterinas del músculo liso durante el parto y la posterior secreción de leche durante la lactancia por la contracción de las células mioepiteliales. Dicha Oxitocina “periférica”, se sintetiza en las neuronas magno celulares del hipotálamo, y no puede cruzar la barrera hematoencefálica, por lo que una vez liberada al flujo sanguíneo no es capaz de actuar de forma central. La mediación hormonal a nivel periférico, implica efectos como la modulación de reflejos neuroendocrinos a lo largo de todo el organismo.

**CAPITULO III. El número de gestaciones en las mujeres con
depresión posparto.**

3.1 ¿Qué es la gestación?

La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está

La depresión posparto es una experiencia habitual entre las madres que acaban de dar a luz. La alteración hormonal, el cansancio y las nuevas responsabilidades pueden confundirte.

El nacimiento de un bebé puede desencadenar una mezcla de emociones en la madre, desde el entusiasmo y la alegría hasta el miedo y la ansiedad por la nueva situación que tiene que vivir. Todos estos cambios pueden derivar depresión.

3.2 Madres primerizas

La mayoría de las madres primerizas tras dar a luz suelen tener cambios en el estado de ánimo, episodios de llanto, ansiedad y dificultad para dormir. Generalmente, se suele dar dentro de los primeros dos o tres días después del parto, y puede durar hasta dos semanas.

Ahora, la depresión postparto se ve más acentuada en nuestras pacientes por un motivo sobreañadido al nuevo rol de madre: la pandemia y el no poder contar con la ayuda familiar en los primeros días de vida.

Es normal que experimentes distintas emociones cuando ha nacido tu bebé. Algunas madres se sienten alegres desde el primer día. Otras pasan de la ansiedad a la felicidad. Es posible que te sientas agobiada e insegura. Hablemos sobre la tristeza posparto que sufren algunas madres. Pueden durar unos pocos días o hasta 2 semanas. Posteriormente, analizaremos los síntomas de la depresión posparto, que es más grave y dura más tiempo.

3.3 Sentimientos encontrados

Probablemente experimentes algunos de estos sentimientos:

- **Imposibilidad de relacionarte con el bebé:** te puede costar relacionarte con el bebé y sentirte cómoda como nueva mamá. Hay muchas otras personas involucradas (enfermeras, médicos, familiares). Parece como si el bebé le pertenece al hospital y no a ti.
- **Sentimientos de pérdida:** apenas das a luz, puedes sentir que una etapa de tu vida ha finalizado. Es probable que sientas que ya no eres la misma y que has perdido tu libertad e independencia.
- **Fantasía versus realidad:** tu bebé podría ser muy distinto al que imaginaste cuando estabas embarazada. La fantasía terminó y eso puede ser doloroso.
- **Adaptación a la maternidad:** probablemente, ser madre no es lo que habías imaginado. Es posible que te sientas una persona diferente, con nuevas responsabilidades.
- **Emociones confusas:** puede ocurrir que te encuentres rompiendo en llanto en un momento que creías que iba a ser alegre.
- **Cambios hormonales:** tu cuerpo está desbordado de hormonas. Posiblemente también estés cansada y sientas dolor físico.
- **Problemas hospitalarios o con el parto:** Si tu parto no salió como lo esperabas, es posible que estés triste. Además, los problemas relacionados con tu hospitalización pueden ser traumáticos.

La realidad de tu nueva función en la vida puede ser agotadora. Es importante que te tomes el tiempo y el espacio necesario para adaptarte. Al menos una de cada diez madres sufre depresión posparto.

Los síntomas de la depresión posparto pueden aparecer poco después del nacimiento o hasta un año después. Si padeces uno de los síntomas, consulta a tu médico. Las mujeres con depresión posparto pueden buscar ayuda en grupos de

apoyo, programas de atención domiciliaria o medicamentos. No es necesario ni recomendable luchar sola contra esos sentimientos. Está bien pedir ayuda

A días de hoy, podemos hablar de algunos de los factores que pueden estar involucrados en la depresión posparto, como son:

Susceptibilidad genética. Fenómenos epigenéticos (por ejemplo, metilación del ADN).

3.4 Cambios hormonales

Los cambios en las concentraciones séricas de varias hormonas se asocian con la depresión posparto incluyendo disminuciones en estrógeno y progesterona otros cambios involucran cortisol, melatonina, Oxitocina, y hormona tiroidea.

Aunque los niveles hormonales normalmente fluctúan durante el embarazo y después del parto, el aumento de la sensibilidad a estos cambios normales puede predisponer a las mujeres a la depresión.

Como ejemplo, las diferencias en la actividad de ciertos genes en el hipocampo (una parte del cerebro) pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión posparto al hacer que las mujeres sean más sensibles a la caída de estrógeno que ocurre después del nacimiento.

Problemas psicológicos y sociales y eventos estresantes de la vida.

CAPITULO IV. Factores que desarrollan la depresión postparto

4.1 Factores de riesgo

Un Factor de Riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud.

Aunque las mujeres posparto suelen estar felices con la llegada de sus bebés, algunas de ellas se deprimen ante la nueva situación que tienen que hacer frente.

Los pacientes pueden manifestar, lo que se llama "Baby blue" después del parto. Consisten en síntomas depresivos leves que son síndromes auto limitados o más graves como la depresión mayor unipolar.

La depresión posparto mayor no tratada puede resultar en consecuencias negativas a corto y largo plazo para la madre y el bebé.

4.1.1 Factores que favorecen

La mujer se puede encontrar con una serie de circunstancias que pueda favorecer la aparición de este tipo de depresión. Entre ellos:

- Estrés: Los acontecimientos estresantes de la vida como, por ejemplo, los conflictos matrimoniales o la emigración, durante el embarazo o después del parto
- La economía: En caso de tener un pobre apoyo social y financiero en el puerperio.
- La edad: Si una mujer es madre en edad muy temprana, como puede ser siendo menor de 25 años, puede verse afectada por esta depresión.
- Multiparidad: es decir, que hay más miembros en casa.
- Antecedentes familiares de depresión posparto o enfermedad psiquiátrica.
- Violencia de pareja íntima y antecedentes de por vida de abuso físico y/o sexual.
- Embarazo no deseado.
- Actitudes negativas hacia el embarazo.
- Miedo al parto y no saber llevar a cabo una correcta lactancia.
- Mala salud física perinatal (por ejemplo, obesidad en el momento de la concepción, diabetes pre gestacional o gestacional, hipertensión prenatal o posnatal, o infección después del parto)
- Insatisfacción de la imagen corporal.

La importancia de la depresión postparto en el desarrollo infantil está respaldada por numerosos estudios y reconocida a nivel mundial, sus efectos pueden ser permanentes en la madre y en el hijo, y por ello es imprescindible destinar recursos a su prevención y tratamiento durante el embarazo, mediante un screening adecuado.

4.2 Medidas

A medida que las mamás entran en depresión, son menos capaces de cuidarse a sí mismas, y mucho menos a sus hijos. Y, por supuesto, esto puede causar problemas emocionales y de desarrollo para los bebés y niños pequeños.

Los bebés pueden desarrollar apegos inseguros con la madre, lo que puede llevar a retrasos en el desarrollo, irritabilidad, problemas emocionales en el futuro y problemas en su sueño.

Entender este sentimiento no es fácil. La madre se enfrenta a una situación emocional intensa y hasta entonces desconocida para ella. La nueva responsabilidad y la necesidad de responder a las necesidades afectivas de su bebé incrementan la aparición de nuevas emociones e inseguridades que en ocasiones le es difícil gestionar. Todo esto hace que necesite apoyo emocional*.

En Quirón salud estamos al lado de cada madre desde el primer momento cuidando cada detalle para que sienta nuestra cercanía, y durante los primeros días con el bebé donde los acompañamos con cuidados, consejos, humanidad y el apoyo moral que necesitan.

CAPITULO V.

Propósitos de investigaciones

5.1 Respecto a la construcción de conocimiento

Se debe promover dentro de los contextos hospitalarios el establecimiento de bases estadísticas de la depresión posparto, con el fin de contar con una herramienta fundamentada en datos reales que permita generar estrategias pertinentes y efectivas que respondan a las expectativas y necesidades de la comunidad. Promover dentro del contexto hospitalario el acercamiento hacia la realidad de este problema de salud pública con base en datos reales que permitan generar estrategias que respondan a las expectativas y necesidades de la comunidad. Por otra parte, a nivel institucional la investigación tiene como propósito fomentar en el personal de salud de la institución el desarrollo de una visión integral de la mujer en la etapa del embarazo como beneficio directo para la evolución médica de las pacientes, es decir, que la mujer no sea connotada como una persona pasiva en esta etapa, sino que por el contrario sea percibida como activa en su proceso de atención médica.

5.2 Desarrollo de investigación

El desarrollo de este ejercicio investigativo tiene como propósito profundizar en esta temática con el fin de conocer las características de la depresión post parto, para poder así realizar una evaluación integral de la mujer en la etapa de gestación, parto y post parto, que permitiría desarrollar planes de atención en salud y práctica de enfermería. Para esto es preciso diseñar herramientas didácticas que faciliten la divulgación y la asimilación de la información general como: la definición, características, causas y consecuencias de la depresión en la etapa.

Una de las finalidades que persigue esta investigación a nivel de las pacientes es aportar datos que permitan fomentar consciencia en las mujeres que se encuentran en la etapa de posparto frente a la posibilidad de desencadenar una depresión en

esta etapa, con el fin de generar interés por adoptar comportamientos o actitudes de autocuidado que beneficien su salud mental. Brindando educación a las mismas y sus familiares acerca de los signos y síntomas de esta patología con el objeto de prevenir complicaciones futuras.

En cuanto a nuestra profesión, uno de los propósitos es optimizar el proceso de atención en la promoción de la salud mental, con el objetivo de mejorar el desarrollo psicosocial y físico de la mamá y el bebé, por medio del diseño de programas efectivos que respondan a las necesidades reales de las pacientes. Al mismo tiempo, los(as) enfermeros(as) deben formar parte activa en los procesos de formación, en cuanto a la divulgación de información, haciendo hincapié en la necesidad de reconocer la depresión posparto como cualquier otra enfermedad y haciéndoles ver a las pacientes que por llegar a padecerla no serán juzgadas o desvaloradas, y que por el contrario recibirán un trato profesional y competente para ayudarles a sobrellevar la sintomatología y realizar un tratamiento exitoso.

5.4 teorías bioquímicas

5.4.1 Fenómeno de retirada

Dado el descenso rápido de las hormonas sexuales, asociado a la modificación de colesterol plasmático el estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos por la placenta y se incrementa durante el embarazo entre 100 y 1000 veces respectivamente. Se han realizado estudios en animales los cuales demuestran que el estradiol eleva la acción neurotransmisora de la serotonina al aumentar sus síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución de los niveles de estradiol posterior al parto, podría explicar la Depresión Posparto.

5.4.2 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 debido a que la disminución de la función glandular puede afectar el estado de ánimo ya que se asocia con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto lo cual se le atribuye al efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos anti tiroideos. Existen hallazgos que han apoyado a esta teoría demostrando que existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el período puerperal y la elevada concentración de anticuerpos microsomales y anti tiroglobulina entre el cuarto y sexto mes posparto asociado a síntomas depresivos.

5.4.3 Hormonas hipofisarias

Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las 3 semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel importante en esta entidad ya que se ha observado que mujeres no embarazadas que tienen síntomas de ansiedad y depresión presentan estados de hiperprolactinemia patológica.

5.5 Disminución en el nivel de triptófano libre en suero

La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye un paso limitante en la síntesis de serotonina cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de depresión. Oviedo y Jordán mencionan que durante el quinto y sexto día posparto se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con Baby blues y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no ha demostrado prevenir la DPP con lo que parece no existir algún mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores. La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar encontrado en la DPP con psicosis.

5.6 Antecedentes psiquiátricosprevio

La historia personal de depresión previa aumenta la incidencia de Depresión Posparto en un 10 a 24% de las mujeres. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es mayor (35%). Los antecedentes familiares de depresión también juegan un papel muy importante en el desarrollo de la depresión postparto

a. Factores psicológicos: El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo.

b. Factores de morbilidad: Morbilidad materna. La existencia de dificultades para lograr un embarazo en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre. La morbilidad del recién nacido en la que se han estudiado como factores asociados a la presencia de anomalías o enfermedades como problemas.

Factores psicosociales y sociodemográficos: La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos. La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología. En un estudio realizado en Argentina en 140 mujeres durante el puerperio se observó un mayor porcentaje de depresión en las mujeres de 15 a 20 años, en mujeres primíparas y en mujeres que no contaban con una pareja estable. Un estudio realizado en Colombia por Canabal demostró que un porcentaje elevado de mujeres con sintomatología depresiva el cual varía entre el 50 y 60%, las cuales se relacionan con poco apoyo social, poca disponibilidad de recursos, vivir en unión libre, el dedicarse al hogar y tener oficios de bajo estatus.

CAPÍTULO VI

Consecuencias y alteraciones

6.1 Consecuencias de la depresión posparto

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma. Las consecuencias más frecuentes son:

- Alteración en la relación madre-hijo
- Alteraciones en el desarrollo cognitivo.
- Socialización deficiente
- Alteraciones en la educación de los hijos
- Alteraciones en la dinámica familiar

6.1.2 Alteración en la relación madre-hijo

La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva.

6.1.2 Alteraciones en el desarrollo cognitivo.

Rosello en un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas que cursaron con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo, en este aspecto el estudio aún no es concluyente.

6.1.3 Socialización deficiente

Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.

6.1.4 Alteraciones en la educación de los hijos

La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto (DPP) y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños.

6.1.5 Alteraciones en la dinámica familiar

La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia

ANÁLISIS DE DATOS

En la investigación se obtuvo una muestra de 20 mujeres gestantes, de las cuales todas cumplieron con los criterios establecidos. Al finalizar el estudio se encontró que el 60% del total de las pacientes presentaron riesgo de depresión posparto y las características más relevantes fueron las adolescentes, estudiantes, amas de casa, bajo nivel socioeconómico y disfunción de pareja. En cuanto a esto último, es importante mencionar que las profesiones relacionadas con el área de la salud deben comenzar a tomar medidas estratégicas que generen impacto en la promoción de salud mental en la etapa del embarazo y ayuden a la identificación temprana y oportuna de este cuadro clínico, con el fin contribuir al desarrollo funcional, sano y satisfactorio tanto de la madre como del hijo, procurando así que esta etapa sea percibida como positiva y enriquecedora en la vida de la mujer.

Teniendo en cuenta la evolución de este trastorno es necesario que el profesional de enfermería brinde una atención completa destacando la importancia que se debe dar a los aspectos físicos y psicosociales durante el proceso del embarazo y especialmente en el puerperio. Por esta razón se debe hacer seguimiento en el aspecto emocional y psicológico, puesto que la mujer se encuentra expuesta a un cambio trascendental que afectará significativamente las condiciones de su vida cotidiana y de su entorno inmediato. Asimismo, existe la necesidad de identificar de manera temprana los casos para evitar alteraciones afectivas posparto.

De igual forma, el profesional de enfermería es mediador de comunicación entre el paciente, la familia y el personal de salud, por esto es primordial la creación de medios de divulgación de información que le permitan a la mamá no sólo conocer sobre el proceso del embarazo y parto sino también de la etapa del posparto o puerperio, ya que esto le facilitará el proceso adaptativo en la nueva etapa y contribuirá al manejo adecuado de los miedos y tabúes. Podría decirse que la consecuencia directa del déficit en la divulgación de información, es la falta de reconocimiento de la depresión posparto como un estado que demanda cuidado y

atención inmediata por parte de un equipo interdisciplinario, por lo que se confunde con un estado normal que no requiere de atención especializada; llevando a un bajo diagnóstico de este trastorno.

A partir de las afirmaciones, se cree primordial que dentro del proceso de evaluación, tratamiento y seguimiento de la depresión posparto en la mamá, el recién nacido también sea tenido en cuenta en la atención prestada por el personal de salud y el núcleo familiar, ya que en algunas situaciones a causa de la sintomatología de la enfermedad la mamá puede dar maltrato físico y/o psicológico al bebe, al demostrar actitudes de rechazo y abandono, que repercutirán negativamente en el desarrollo integral del bebé. Finalmente, la depresión posparto es un cuadro clínico psiquiátrico que se caracteriza por un rechazo hacia el recién nacido o bien resistencia a asumir su cuidado, lo que generaría en el bebé un déficit en su desarrollo integral por falta de una figura materna y de protección.

CONCLUSIONES

En conclusión, la depresión del embarazo y posparto tiene gran impacto en la salud de las madres y sus hijos, dado que afecta especialmente el desarrollo cerebral temprano, y atenta contra la adquisición de vínculos sanos y el desempeño socioemocional, limitando las expectativas de salud y felicidad futuras. Existe, por otro lado, evidencia respecto a que los tratamientos apropiados permiten mejorías en el pronóstico de la madre y el niño. Considerando que los pediatras se encuentran en una situación de privilegio para la pesquisa y diagnóstico de la DPP y que la vigilancia de los factores de riesgo y factores protectores es una parte integral de los controles de rutina, es necesaria una actitud activa para la oportuna pesquisa, derivación y seguimiento de la DPP y de sus posibles efectos en los niños, a la vez que la abogacía frente a la sociedad y autoridades para implementar intervenciones efectivas y oportunas.

Cada vez existe mayor evidencia respecto a que los hijos de madres que sufrieron depresión durante el embarazo y posparto se encuentran expuestos a un apego inseguro, a una menor duración de lactancia materna, mayor probabilidad de ingresos hospitalarios, o de sufrir maltrato infantil. Las madres deprimidas interactúan menos con sus hijos, lo que afectaría el desarrollo del lenguaje y de destrezas sociales tempranas. En seguimientos a largo plazo se han identificado alteraciones conductuales y menor rendimiento en pruebas de evaluación de desarrollo psicomotor. Además, se han reportado alteraciones en estudios de neuroimágenes y elevación de los niveles de cortisol en recién nacidos, lactantes y preescolares hijos de mujeres con antecedentes de DPP. Similares alteraciones se han descrito en sus hijos escolares, lo cual refleja la persistencia de los efectos de esta condición en el tiempo

Independientemente de que usted sea una madre primeriza o de que vaya a tener a su cuarto bebé, los días y las semanas inmediatamente posteriores al nacimiento de su bebé pueden ser tan agobiantes como alegres y emocionantes.

Muchas mujeres experimentan sentimientos de tristeza después del parto, que van de la breve tristeza posparto a una depresión más profunda y duradera conocida como depresión posparto.

La tristeza posparto y la depresión posparto son más frecuentes después del parto de lo que mucha gente cree. Es importante que las madres que acaban de dar a luz (y sus allegados) entiendan los síntomas de la depresión posparto y acudan a la familia, amigos y profesionales médicos para que las ayuden.

Con el apoyo y el tratamiento adecuados, las madres deprimidas pueden convertirse en unas madres felices y sanas.

La mayoría de las madres experimentan lo que se conoce como tristeza posparto, sentimientos de tristeza y de preocupación que se inician los primeros días después del parto. En la tristeza posparto, es posible que una mujer se sienta feliz en un momento y triste o superada por las circunstancias al minuto siguiente. Se puede sentir triste, irritable, desanimada, infeliz, cansada o malhumorada. La tristeza posparto suele durar solo unos pocos días, aunque puede durar hasta una semana o dos.

SUGERENCIAS

Se cree que estos cambios en el estado de ánimo son un efecto natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo y al parto. Las concentraciones de estrógeno y progesterona, que aumentaron durante el embarazo, bajan súbitamente después del parto, y esto puede afectar al estado de ánimo. Estas hormonas recuperan las concentraciones previas al embarazo al cabo de una semana aproximadamente. A medida que estas concentraciones se normalizan, la tristeza suele remitir sin tratamiento médico alguno.

Reposar, alimentarse bien y contar con el apoyo adecuado son importantes, ya que estar agotada, dormir poco o sentirse estresada pueden empeorar los sentimientos de tristeza.

Para afrontar la tristeza posparto, las madres que acaban de dar a luz deben tratar de aceptar la ayuda de sus allegados los primeros días y semanas después del parto. Deje que su familia y amigos la ayuden con los recados, la compra de alimentos, los quehaceres domésticos o el cuidado de los niños. Deje que alguien prepare la comida o atienda al bebé mientras usted se relaja con una ducha caliente, un baño relajante o toma una siesta.

Descanse al máximo y coma alimentos nutritivos. Hablar con personas cercanas o con otras madres que acaban de dar a luz puede ayudarle a sentirse apoyada y recordarle que no está sola. No reprima el llanto si tiene la necesidad de llorar un poco, pero trate de no obsesionarse con las ideas tristes. Deje que la tristeza posparto siga su curso y pase.

Si la tristeza posparto dura más de una o dos semanas, hable con su médico para saber si una depresión posparto podría ser la causa de su estado emocional.

Para algunas mujeres, la tristeza y el agotamiento son más profundos y duran más que la tristeza posparto típica. Los síntomas de la depresión posparto están desencadenados por el nacimiento del bebé.

La depresión posparto generalmente puede empezar poco antes de dar a luz o en cualquier momento hasta los 12 meses después del parto.

Una mujer con depresión posparto se puede sentir triste, desesperada, con ganas de llorar, ansiosa, muy desanimada, inquieta, inútil y/o sola. También puede:

- tener problemas para concentrarse o para completar las tareas cotidianas
- perder el apetito o dejar de interesarle la comida
- sentir que no es una buena madre

- perder el interés por su bebé o estar muy preocupada por la salud del pequeño
- sentirse agobiada y superada por la situación y creer que no hay esperanza de que las cosas mejoren

Tener sentimientos y pensamientos como estos es doloroso para cualquier mujer, sobre todo en una época en que se supone que debería sentirse feliz. Muchas mujeres son reacias a explicárselo a otra persona cuando se sienten así. Pero la depresión posparto es una afección médica que requiere atención y tratamiento.

Al igual que la tristeza posparto, se cree que la depresión posparto está relacionada con los cambios hormonales que ocurren durante y después del parto. Estas fluctuaciones hormonales pueden conducir a la tristeza, la ansiedad y la depresión, que es más grave y dura más tiempo que la tristeza posparto.

La depresión posparto puede afectar a cualquier mujer, pero hay algunas que pueden tener un mayor riesgo a desarrollarla. Las mujeres con antecedentes de depresión (lo que también incluye la depresión posparto en embarazos previos) o con antecedentes familiares de depresión tienen más probabilidades de desarrollar una depresión posparto.

Otros factores que favorecen la depresión posparto son el estrés grave durante el embarazo, los problemas médicos durante el embarazo o después del parto y la falta de apoyo en casa.

Si los sentimientos de tristeza o depresión son fuertes, si permanecen la mayor parte del día durante varios días seguidos o si duran más de una semana o dos, hable con su médico. Una madre que acaba de dar a luz que se da por vencida, que cree que no vale la pena vivir o que tiene ideas de hacerse daño a sí misma o de lastimar a su bebé debe informar a su médico de inmediato.

La depresión posparto puede durar varios meses o incluso más si no se trata. Con el tratamiento adecuado, una mujer se puede recuperar y volver a encontrarse bien. El tratamiento puede incluir psicoterapia, medicamentos o ambas cosas a la vez. Además, llevar una dieta saludable, hacer ejercicio, descansar lo suficiente y contar con apoyo social pueden ser de gran ayuda.

Las mujeres con depresión posparto pueden tardar varias semanas en empezar a encontrarse mejor desde el punto de vista emocional después de iniciar el tratamiento, aunque hay algunas que se empiezan a encontrar mejor antes. Pregunte a su médico para cuándo puede esperar una mejoría y sobre formas de cuidar de sí misma mientras tanto.

Una afección más grave y muy poco frecuente es la psicosis posparto. Puede incluir alucinaciones, como escuchar voces o ver cosas que no existen, pensamientos paranoicos, insomnio grave y comportamientos extraños.

En la psicosis posparto, una mujer puede tener ideas irracionales sobre su bebé, como que el bebé está poseído o que se tiene que hacer daño a sí misma o lastimar a su hijo. Esta afección es sumamente grave, y las madres que acaban de dar a luz que experimenten estos síntomas necesitan atención médica de inmediato.

Las mujeres que tienen otras enfermedades psiquiátricas, como un trastorno bipolar o una esquizofrenia, tienen un riesgo más alto de desarrollar una psicosis posparto.

La psicosis posparto requiere atención médica inmediata y, a menudo, internamiento hospitalario. Si usted o alguien que conoce está experimentando síntomas de esta afección, pida atención médica inmediata.

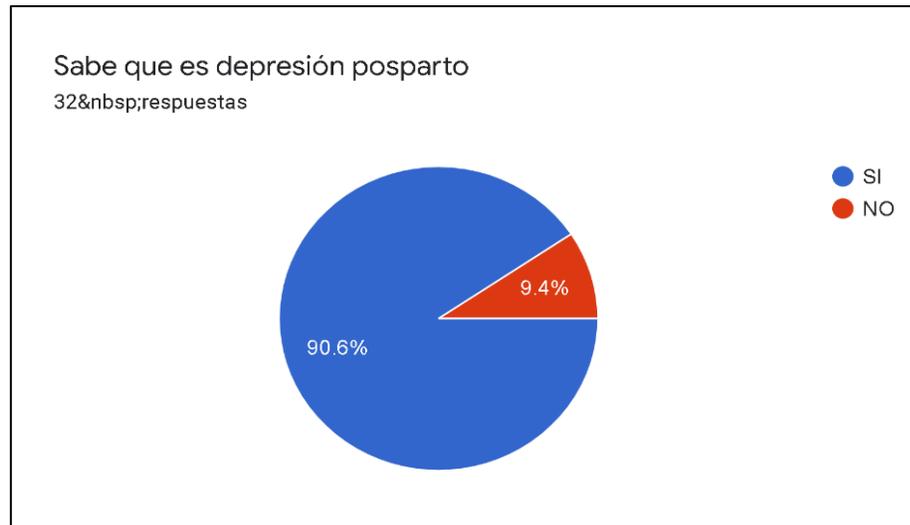
ANEXOS

Encuesta

PREGUNTAS	SI	NO
1) Sabe que es depresión posparto		
2) Tiene familiares con antecedentes de depresión postparto		
3) Después de su parto o cesárea te sentiste tristeza		
4) se has puesto a llorar al ver a su bebe		
5) se siente angustiada al ver a su bebe		
6) Se angustia tanto que llega al llanto después de a amamantar al bebe		
7) Se culpa de las cosas que salen mal		
8) Se asusta al tocar a su bebe		
9) Usted amamanta a su bebe		
10)Teme el futuro de su hijo		
11)Entrás en pánico sin razón		
12) tuvo problemas con su pareja en el trayecto del embarazo		
13) tuvo problemas con su pareja después del parto o cesárea		
14) Durante su embarazo estuvo triste hasta llegar al llanto		
15)Durante el embarazo lloraba frecuentemente		
16) Planearon el embarazo con su pareja		
17)Te preocupaste de tu físico durante el embarazo		
18)Tuviste el apoyo de tu pareja durante tus cambios		
19)Tu familia te apoyo en el embarazo		
20) Fue mucho el tiempo de espera que tuviste para salir embarazada		

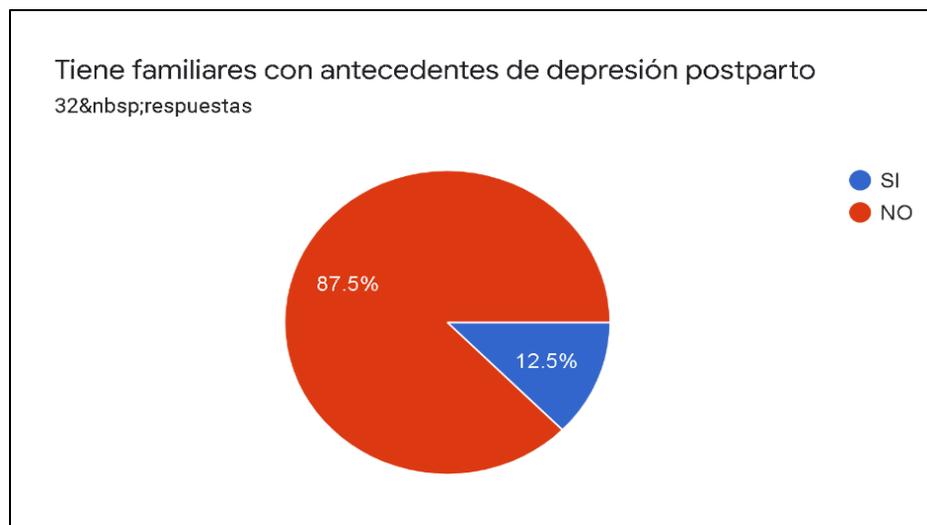
1. Sabe que es la depresión postparto

En la gráfica se observa que el 90.6% de las madres encuestadas si saben que es la depresión postparto, mientras que el 9.4% no saben que es la depresión postparto.



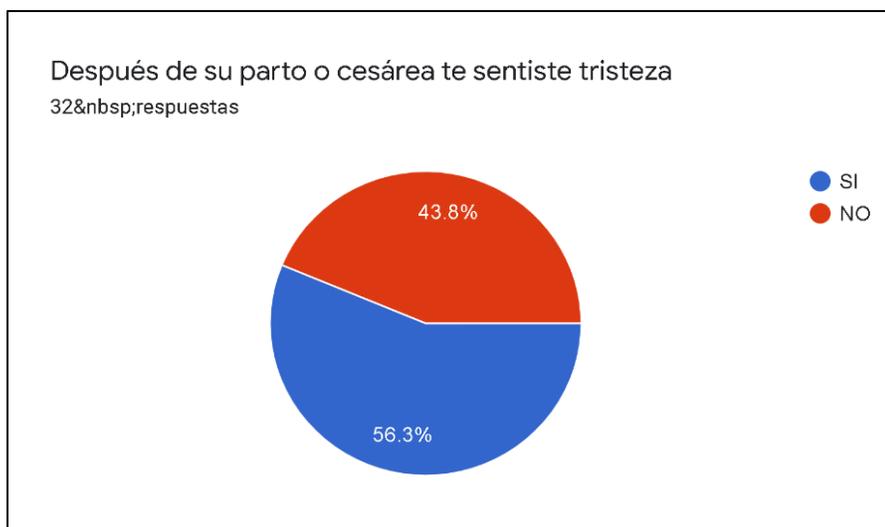
2. Tiene familiares con antecedentes de depresión postparto

Se observa en la gráfica que 87.5% no tienen familiares con antecedentes de depresión postparto, y un número menor 12.5 % si presentan familiares con depresión postparto.



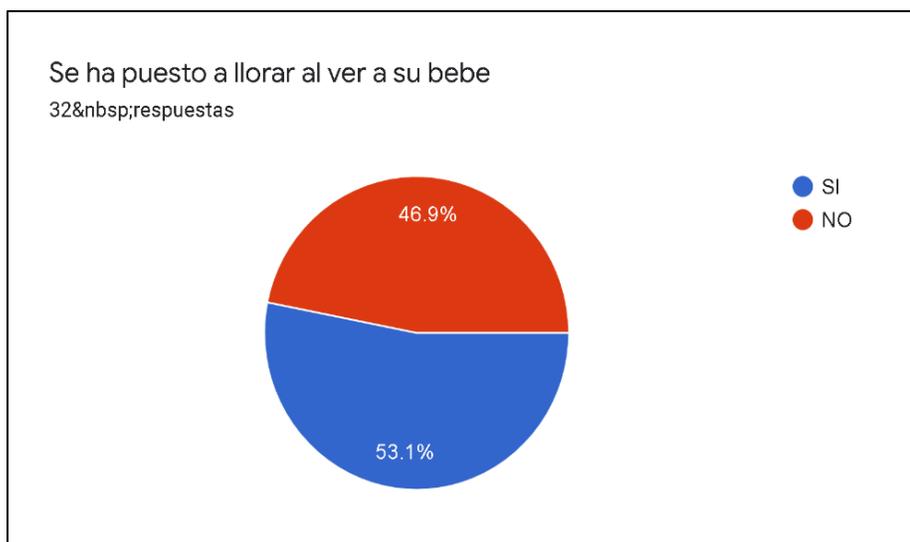
3. Después de tu parto o cesárea te sentiste triste

Se observa en la gráfica que 43.8% después de su parto o cesárea no se sintieron triste y más de la mitad de las encuestadas el 56.3% si se sintieron triste.



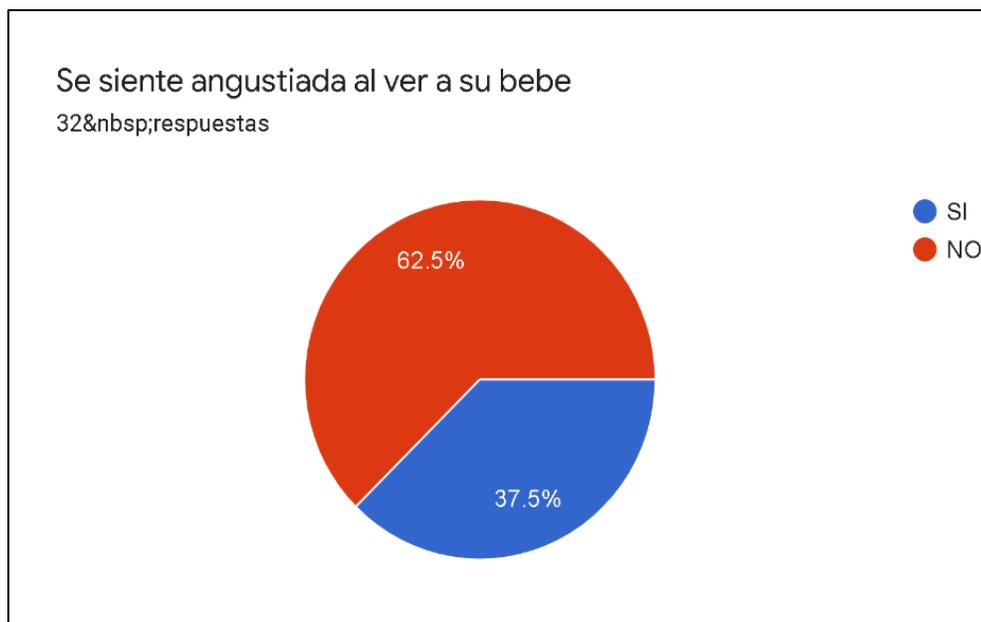
4. Se ha puesto a llorar cuando ve a su bebe

En la gráfica se muestra 53.1% de las encuestadas si se han puesto a llorar al ver a su bebe, mientras que el 46.9% no ha llorado.



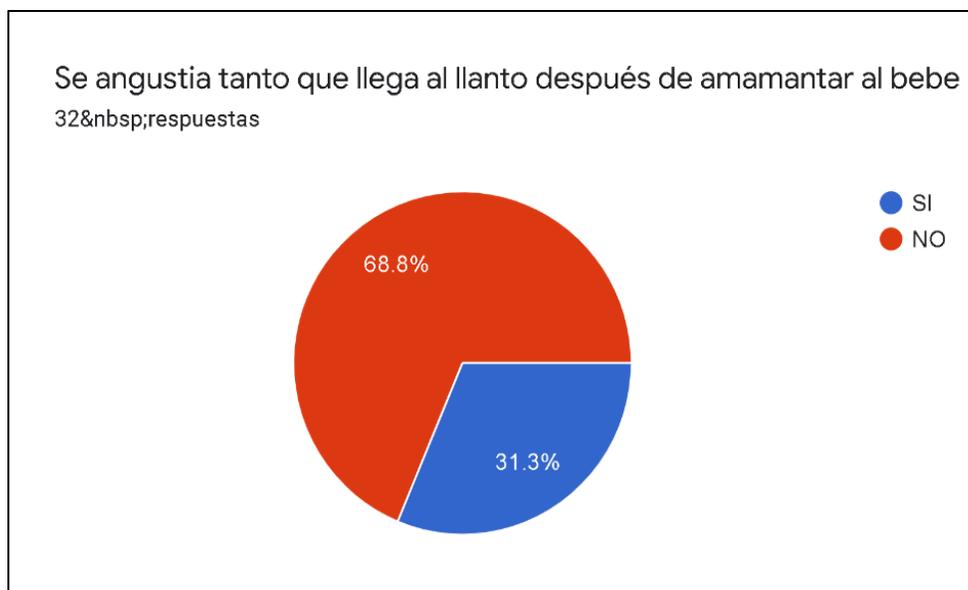
5. Se siente angustiado al ver a su bebé

Observa en la gráfica que el 62.5% de las encuestadas no se sienten angustiadas al ver a su bebe, pero el 37.5% si se angustian al ver a su bebe.



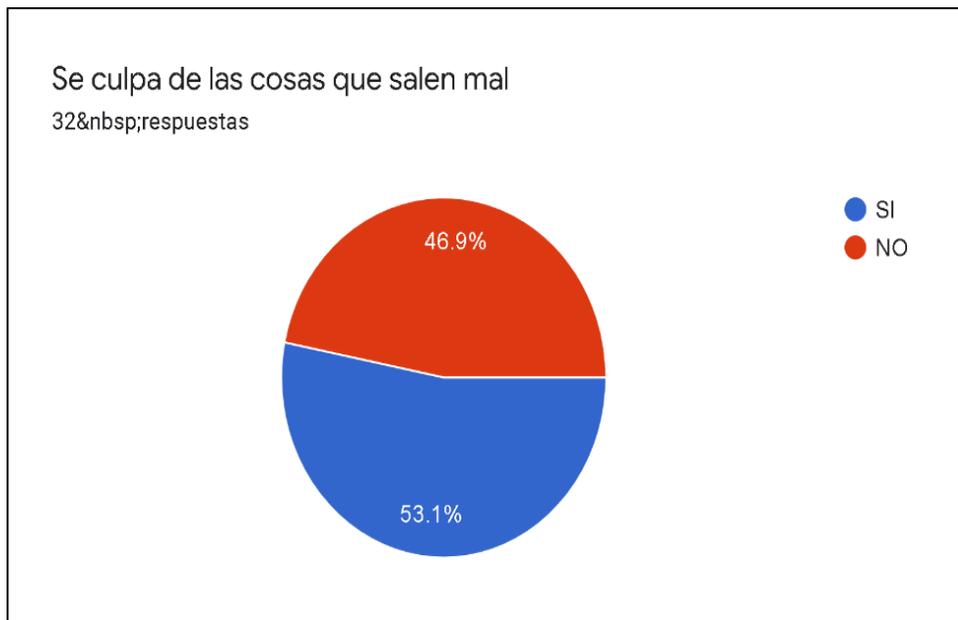
6. Se angustia tanto que llega al llanto después de amamantar

Se observa en la gráfica que 68.8% de las encuestadas no se angustian y no llegan al llanto, pero el 31.3% si tienen angustia y llegan al llanto.



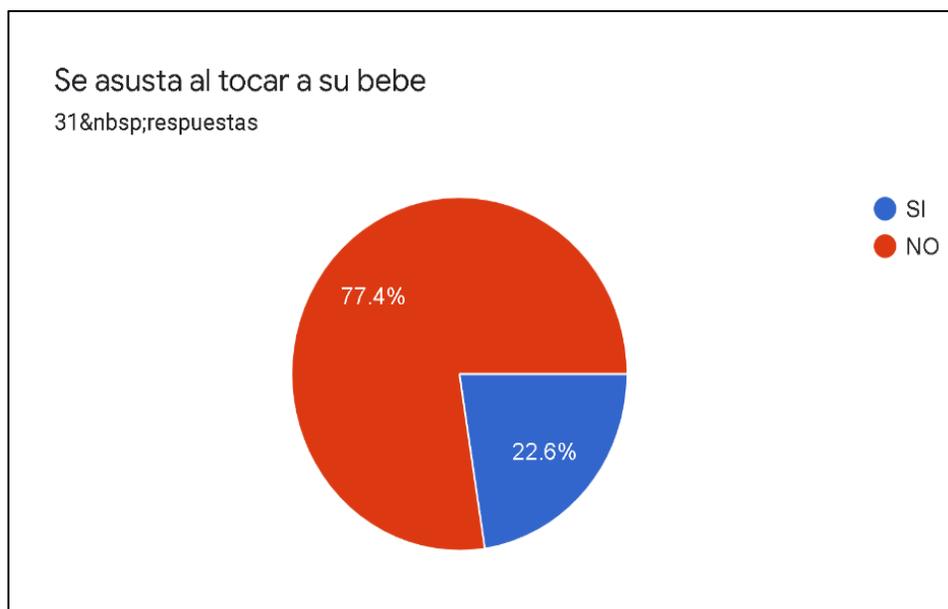
7. Se culpa de las cosas que salen mal

La gráfica muestra que el 46.9% de las participantes no sienten culpa de que las cosas les salgan mal, pero el 53.1% si se sienten culpables.



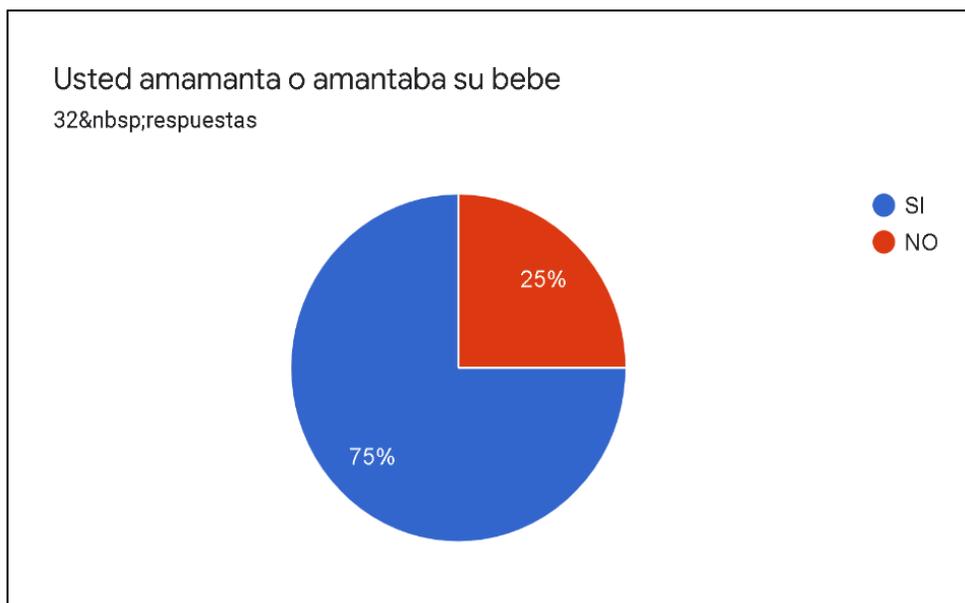
8. Se asusta al tocar a su bebe

En la gráfica se observa que las madres encuestadas 77.4% no se asusta al tocar a su bebe, y 22.6% si se asustan al tocar a su bebe.



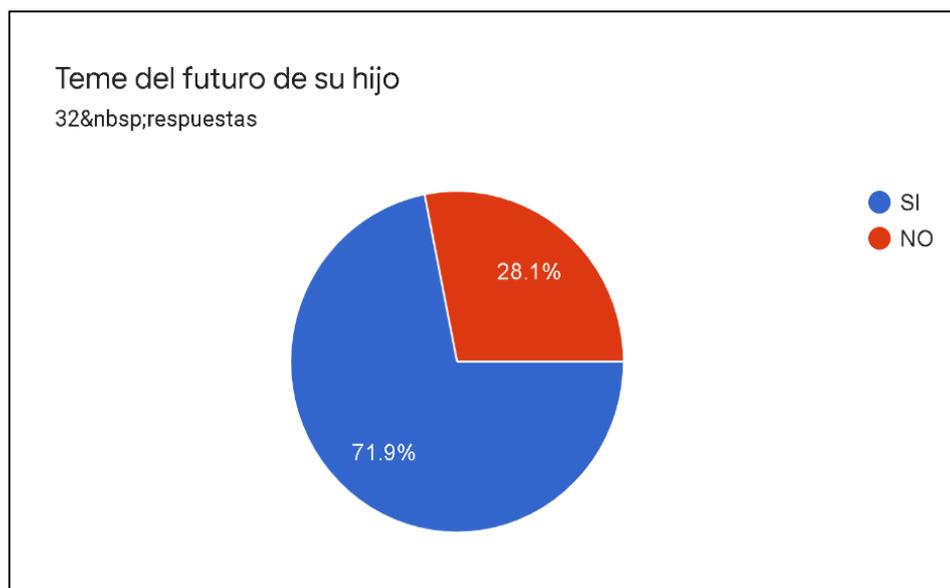
9. Usted amamantaba a su bebe o lo amamanta

La grafica muestra que 75% si amamantaba a su bebe, y 25% no amamantaron a su bebe.



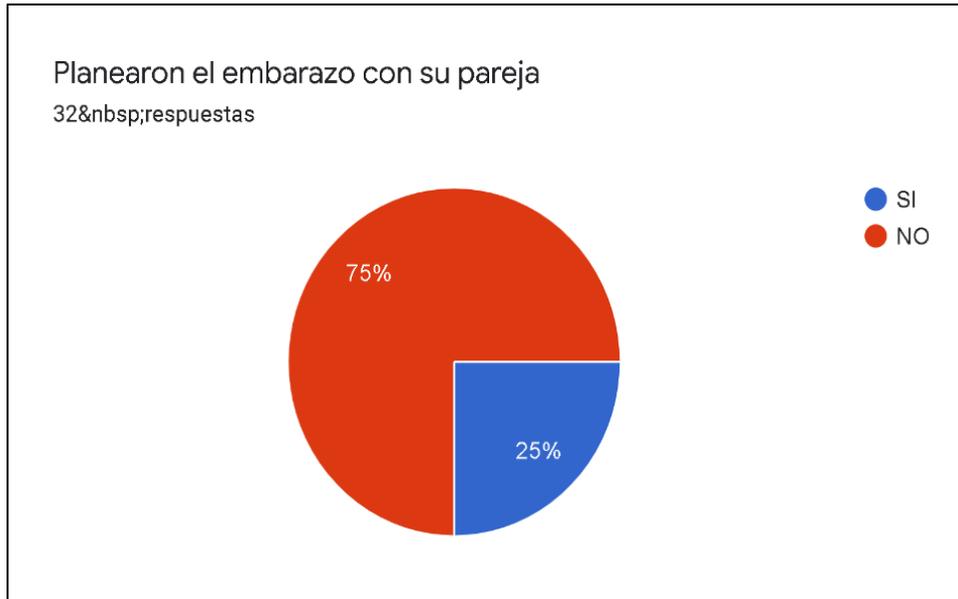
10. Teme del futuro de su hijo

La grafica muestra que de las participantes 71.9% si temen el futuro de sus hijos y el 28.1% no temen el futuro de sus hijos.



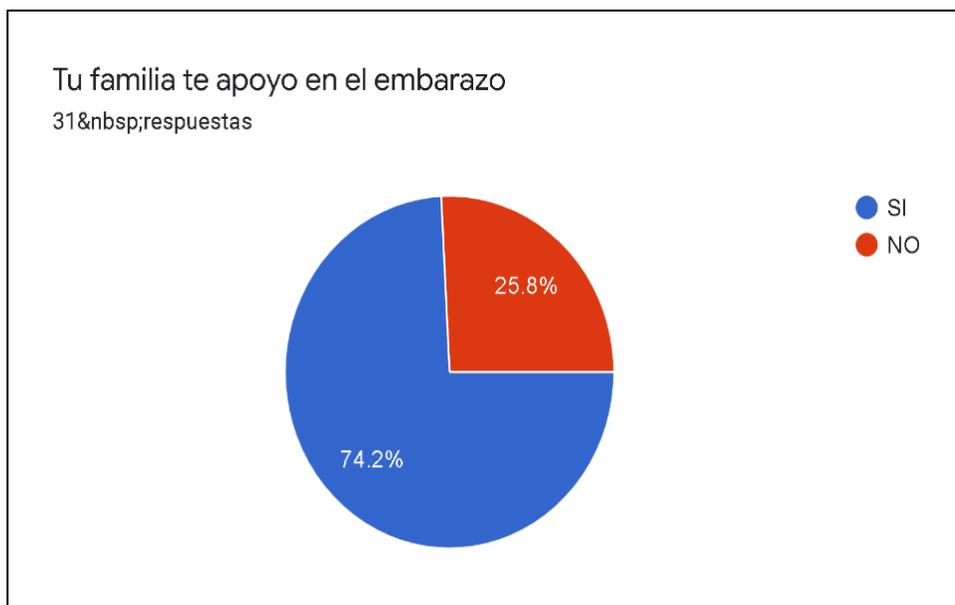
11. Planearon el embarazo con su pareja

Se observa en la gráfica que 75% de las participantes no planearon su embarazo, un número menor 25% si planearon su embarazo.



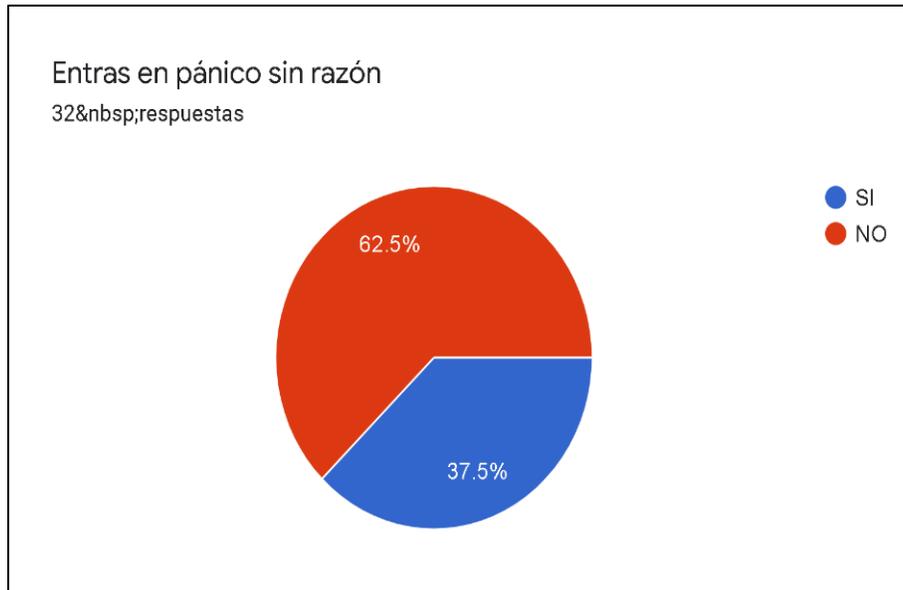
12. Tu familia te apoyo en el embarazo

Se observa en la gráfica 74.2% si tuvo apoyo familiar en el embarazo, mientras que 25.8% no tuvo apoyo familiar.



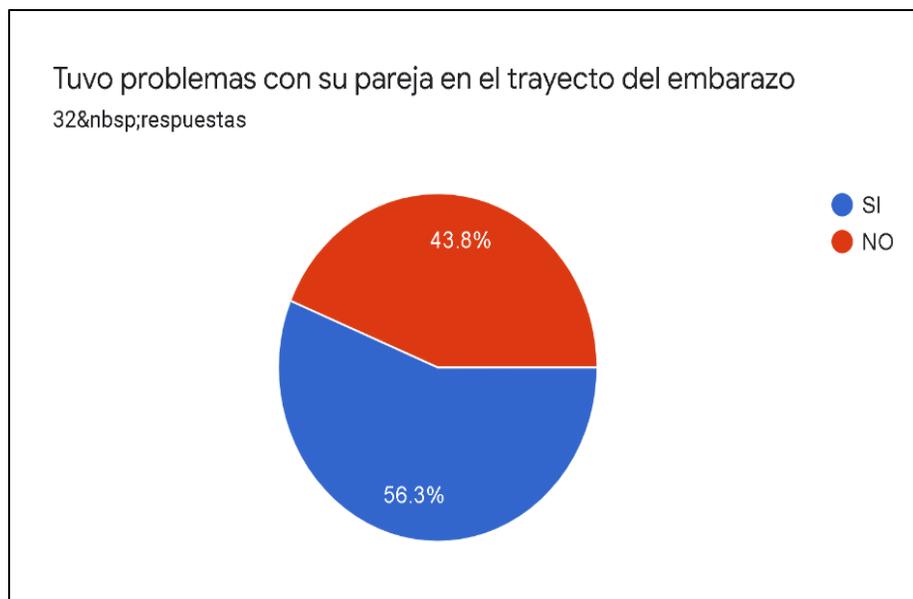
13. Entrar en pánico sin razón

Se observa en la gráfica que más de la mitad 62.5% no entro en pánico y 37.5% si entraron en pánico sin razón.



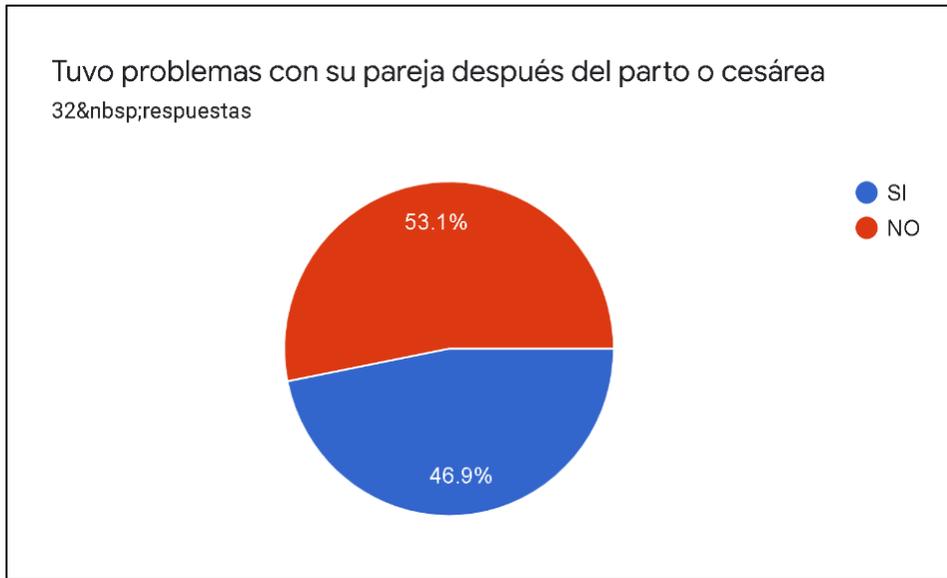
14. Tuvo problemas con su pareja en el trayecto del embarazo

La grafica muestra 43.8% de las encuestadas no tuvieron problemas con su pareja durante el embarazo, ya que 56.3% que representa más de la mitad de las encuestadas si tuvo problemas con la pareja.



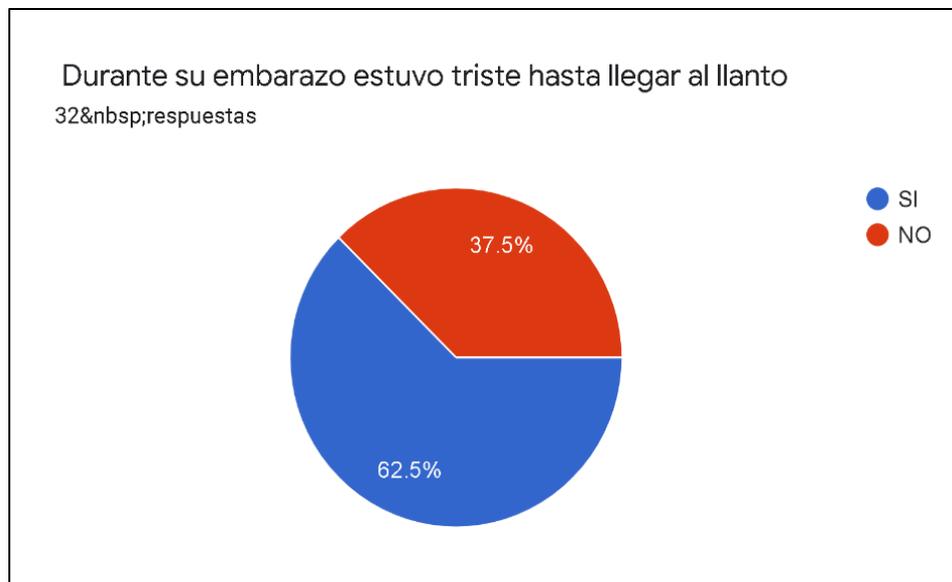
15. Tuvo problemas con su pareja después del parto o cesárea

Se observa en la gráfica que el 53.1% de las encuestadas no tuvieron problemas con sus parejas después del parto o cesárea, donde 46.9% si presentaron problemas con sus parejas.



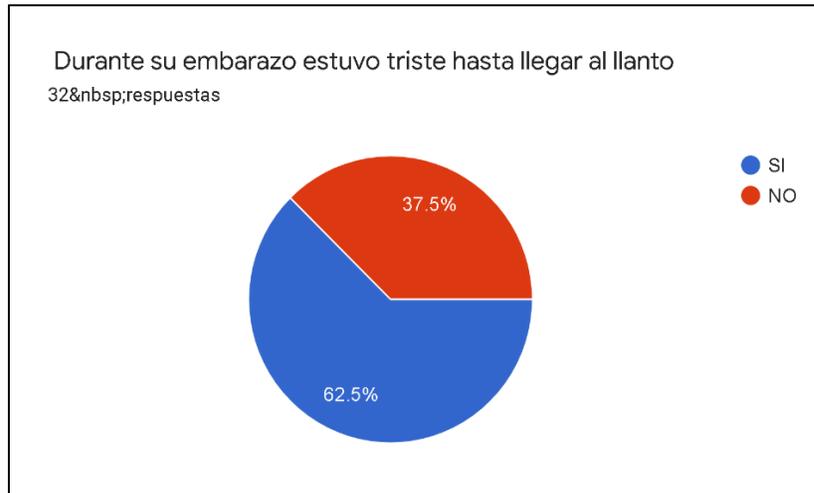
16. Durante su embarazo estuvo triste hasta llegar al llanto

Se observa en la gráfica que el 53.1% de las encuestadas no tuvieron problemas con sus parejas después del parto o cesárea, donde 46.9% si presentaron problemas con sus parejas.



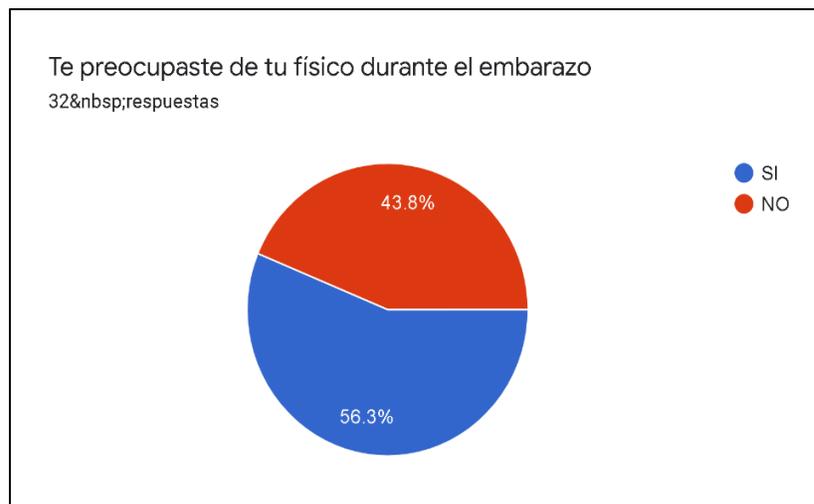
17. Durante su embarazo estuvo triste hasta llegar al llanto

La grafica muestra que el 37.5% de las madres encuestadas durante su embarazo no estuvieron triste, mientras que el 62.5% si estuvieron triste por consecuencia llegaron al llanto.



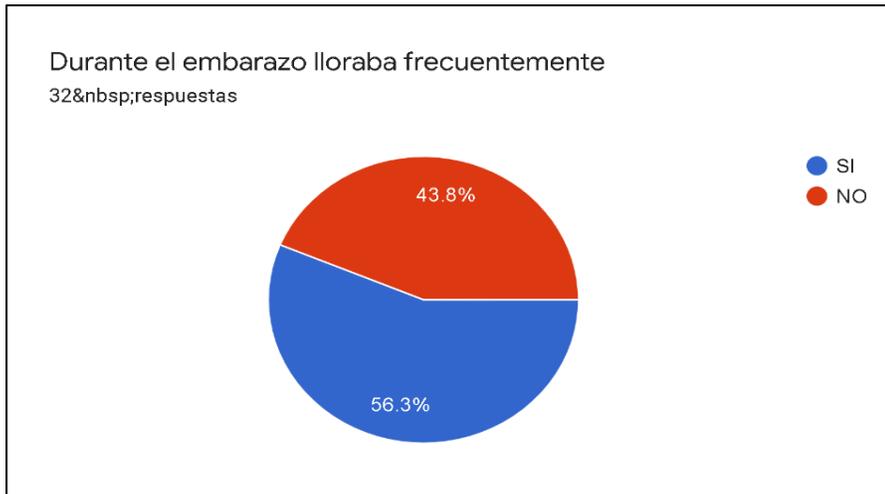
18. Te preocupaste de tu físico durante el embarazo

La grafica muestra que el 43.8% de las participantes no se preocupaban por su físico durante su embarazo, mientras que el 56.3% si tenían preocupaciones de su físico.



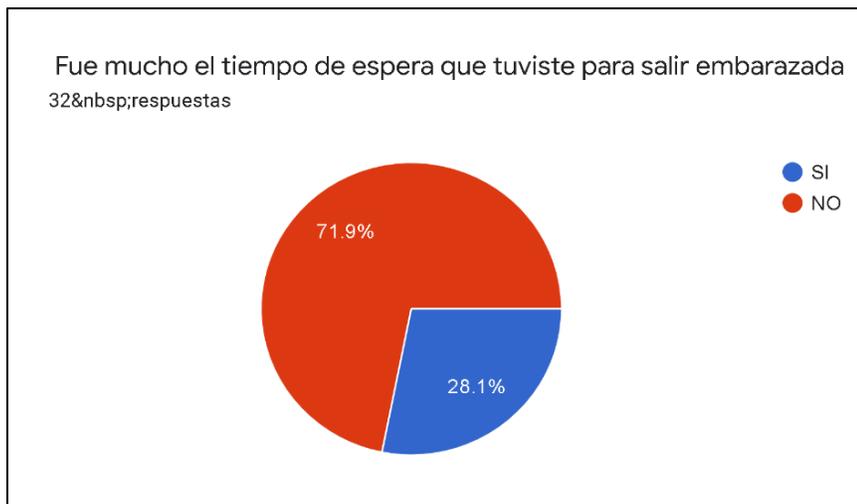
19. Durante el embarazo llorabas con frecuencia

Se observa en la gráfica que 43.8% de las mujeres durante su embarazo no lloraban frecuentemente, y el 56.3% más de la mitad lloraban frecuentemente.



20. Fue mucho el tiempo de espera que tuviste para salir embarazada

La grafica muestra que el 71.9% de las encuestadas no espero mucho tiempo para salir embarazada, mientras que 28.1% si paso mucho tiempo para salir embarazada



GLOSARIO

Adaptación:

Se da cuando hay involucrado un cambio en el aspecto físico de un organismo

Afectividad:

Forma que tiene el ser humano de enseñar afecto hacia otro

Cortisol:

Es una hormona glucocorticoide (esteroide) secretada desde la glándula suprarrenal en respuesta a la hormona llamada corticotropina.

Cuarentena:

El distanciamiento social significa separarse y mantener un espacio físico determinado entre individuos y un cierto tiempo.

Crónico:

es un problema de salud a largo plazo que puede no tener cura.

Depresión:

Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Disfórico:

triste, ansioso e irritable.

Diagnostico:

Procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos

DPP:

Depresión posparto

Cesárea:

Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal

Epigámicos:

El epigenoma comprende todos los compuestos químicos que se han agregado a la totalidad del ADN

Filicidio:

Muerte dada por un padre o una madre a su propio hijo

Gestaciones:

Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento

Hormona:

Son los mensajeros químicos del cuerpo. Viajan a través del torrente sanguíneo hacia los tejidos y órganos

Intrapersonal:

Hace referencia a las capacidades y habilidades sociales para las interacciones con otras personas

Melatonina:

Es una hormona producida por el cuerpo.

Obstetricia:

Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior

Oxitocina:

Hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche

Parto:

Consiste en una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cérvix (cuello del útero) y la vagina (canal del parto) hacia el exterior.

Postparto:

Es el periodo que se inicia después del nacimiento del recién nacido. Dura alrededor de 40 días (cuarentena)

Premenstrual:

Se refiere a un amplio rango de síntomas. Los síntomas comienzan durante la segunda mitad del ciclo menstrual (14 días o más después del primer día de su último ciclo menstrual).

Primigestas:

Que es su primera gestante

Progresivamente:

Que avanza o aumenta gradualmente

Psicopatología:

Se centra en el estudio científico de la conducta anormal, tanto en los aspectos descriptivos

Psicosis:

Se utiliza para describir los trastornos que afectan la mente, en los que se ha perdido cierto contacto con la realidad.

Psicosocial:

Hace referencia a un abordaje interdisciplinar del conocimiento de lo humano que mezcla la psicología, que tradicionalmente se enfocó en el sujeto individualmente, con lo social.

Puerperio:

También conocido como 'cuarentena' es el período que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta, aproximadamente, los 35-40 días.

Síndrome:

Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado

Suicidio:

Es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida.

BIBLIOGRAFÍAS

Ampudia, D. M. (2020). *Depresion postparto enjatencionm primaria.costarica*:
Revista MedicaSinergia .

DELGADO, M. M. (2016). DEPRESION POSTPARTO Y TRATAMIENTO. *REVISA
MEDICVA DE COSTARICAS Y CENTROAMERICA*, 512-514.

(2002). *DEPRESION PORTPARTO*. WASHINGTON DC.: AMERICAN
PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION .

(22 DE MARZO 2019). *Depresion postparto: asi funciona el primer fármaco
específico para tratar esta dolencia* . Estados Unidos: BBC NEWS.

GARCIA-PUENTE, M. A. (DICIEMBRE 2016). EL SISTEMA OCITOCINERGICO Y
EL ENTRAMADO DE LAS RELACIONES SOCIALES. *REVISA DIGITAL DE
MEDICINA PSICOSOMATICA Y PSICOTERAPIA*.

Rafael A. Caparros-Gonzalez, B. R.-G.-R. (2002). *Carta al editor*. Estados Unidos
De America: PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH.

ROMERO, B. L. (FEBRERO 2014). *PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A DEPRESION POSPARTO EN PUERPERAS DEL
HOSPITAL DE LA MUJER DE CUIDAD JUAREZ*. Ciudad Juarez.

Scholten, A. (Diciembre 2010). *Manteniendo su relación fuerte despues del
nacimienti de su bebé*. WESTERN NEW YORK UrologyAssociates.

Torres, G. A. (2013). *DEPRESION POSTPARTO, HOSTILIDAD Y HABITOS DE
SALUD*. BELLATERRAR: PDF. Obtenido de PDF:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283215/gat1de1.pdf?sequence=>