



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

Incidencia de depresión posparto en mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca Hgo.

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

Castro García Edna Berenice

Zetina Díaz Claudia

DIRECTORA DE TESIS:

M.C.E. Rosa María Guevara Cabrera



Pachuca de Soto, Hgo. Febrero 2015



Núm. Of. 552/2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERIA



C. MTRO. JULIO CESAR LEINES MEDECIGO
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E

Por medio del presente se hace CONSTAR que, las C. P.D. ENF. CASTRO GARCÍA EDNA BERENICE y ZETINA DÍAZ CLAUDIA, han concluido la TESIS **Incidencia y factores de depresión posparto en mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca, Hgo.**, siendo asesorada por la M.C.E. ROSA MARÍA GUEVARA CABRERA, por lo que procede su impresión

Con el orgullo de ser universitarios aprovecho la ocasión para enviar a usted un cordial saludo

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

San Agustín Tlaxiaca, Hgo. a 4 de septiembre del 2014

M.C. MARÍA DEL PILAR VARGAS ESCAMILLA
JEFA DEL AREA ACADÉMICA DE ENFERMERIA

M.C.E. ROSA MARÍA GUEVARA CABRERA
ASESORA



Ex-hacienda La Concepción San Agustín Tlaxiaca, Hgo. Tel. 01 771 71 7-20-00 Ext. 5101 C.P. 4211
Correo Electrónico: mapware@yahoo.com



MDPVES/RMAGC/eah



Incidencia y Factores de depresión posparto en mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca Hgo.

Aprobado por

Director de tesis


M.C.E Rosa María Guevara Cabrera

Secretaría


M.C.E Rosa María Baltazar Téllez

Vocal 1


M.C.E María del Pilar Vargas Escamilla

Vocal 2


M.C.E Olga Rocio Flores Chávez

Vocal 3


M.C.E Cecilia Sánchez Moreno

U A E H
BIBLIOTECA

Dedicatoria

Con todo mi cariño y mi amor para papá y mamá, las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mi asesora de tesis M.C.E. Rosa María Guevara Cabrera, por la orientación y ayuda que me brindó para la realización de esta tesis, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho más que lo estudiado en el proyecto.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

Claudia.

Dedicatoria

Agradezco a mi asesora de tesis M.C.E. Rosa María Guevara Cabrera por haber confiado en mí, por la paciencia, dedicación, y por la dirección de esta presente Tesis, la cual fue un esfuerzo de varias personas, directa o indirectamente.

A mis queridas compañeras de generación, las cuales iniciamos hace más de dos años con esta investigación, y al final en compañía de mi colega Claudia Zetina Díaz presentamos el trabajo final de todo este esfuerzo.

A mi madre y a mi hermano que me acompañaron en esta aventura que significó la licenciatura y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos. A Kevin Ariel Pérez Romero, que desde un principio hasta el día hoy sigues dándome ánimo para terminar este proceso.

A todos y cada uno de ellos les dedico cada línea de esta presente tesis, porque todos han sido fundamentales para que yo pueda lograr mi sueño

Berenice

INDICE

| | |
|--------------------|----|
| INTRODUCCIÓN | VI |
|--------------------|----|

CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

| | |
|--|----|
| 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA | 8 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN | 9 |
| 1.3 OBJETIVOS | 12 |

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO..... | 12 |
| 2.1.1 EMBARAZO | 12 |
| 2.1.2 PARTO..... | 17 |
| 2.1.3 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO..... | 26 |
| 2.1.4 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... | 29 |
| 2.1.5 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... | 33 |
| 2.2 DEPRESIÓN POSPARTO..... | 34 |
| 2.2.1 FACTORES QUE CAUSAN DEPRESIÓN POSPARTO | 36 |
| 2.2.2 MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN POSPARTO | 36 |
| 2.2.3 MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES | 38 |
| 2.2.4 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO | 40 |
| 2.2.5 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSPARTO | 42 |

CAPITULO III METODOLOGÍA

| | |
|--------------------------------------|----|
| 3.3 TIPO Y DISEÑO METODOLÓGICO | 45 |
| 3.6 INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA..... | 45 |

| | |
|---|----|
| 3.1 HIPÓTESIS | 46 |
| 3.2 VARIABLES E INDICADORES..... | 46 |
| 3.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN | 51 |
| 3.5 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO | 52 |
| 3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES..... | 53 |

**CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

| | |
|--|----|
| 4.1 ORGANIZACIÓN Y ANALISIS DE DATOS | 54 |
| 4.2 RESULTADOS..... | 55 |
| 4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS | 75 |
| 4.4 DISCUSIÓN..... | 76 |
| 4.5 CONCLUSIONES | 77 |
| 4.6 PROPUESTAS..... | 79 |

CAPITULO V

| | |
|------------------|----|
| 5 GLOSARIO | 80 |
|------------------|----|

CAPITULO VI

| | |
|------------------------------------|----|
| 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 81 |
|------------------------------------|----|

CAPITULO VII

| | |
|---------------|----|
| 7 ANEXOS..... | 86 |
|---------------|----|

INTRODUCCIÓN

El asociar la maternidad únicamente con momentos felices es un mito que ha impuesto la sociedad desde hace cientos de años. Tener un bebé es una experiencia de cambio de vida, ser madre es un gran desafío, tradicionalmente el embarazo y el periodo después del parto ha sido asociado a un estado de “bienestar emocional” en la mujer (Thiele, 2010).

El embarazo y el primer año después del nacimiento son períodos en los que muchos padres los encuentran muy estresantes. El nacimiento de un bebé es una experiencia intensa para las nuevas madres, sentirse deprimidas es común. Sin embargo, a veces largos periodos de depresión, conocida como la depresión posnatal o posparto (DPP), puede ocurrir durante las primeras semanas y meses de la vida del bebé, teniendo manifestaciones la madre de depresión en este periodo.

En el manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV) siendo este de los diferentes trastornos mentales, que contiene una clasificación y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de tratar los distintos trastornos mentales, reconoce a la depresión posparto como un trastorno depresivo mayor de inicio después del parto, se presenta con mayor frecuencia entre la primera y la tercera semana a partir del nacimiento del bebé, por lo que en este período se debe observar con mayor minuciosidad el comportamiento de las mujeres.

Existe una escala de Depresión Posnatal de Edimburgo que es la herramienta más efectiva para el diagnóstico temprano, la cual será utilizada en este trabajo de investigación, ya que las mujeres en posparto pueden tener una variedad de síntomas físicos, emocionales y no son conscientes de que tienen la condición (Moreno, 2004).

Las mujeres con este problema están experimentando un trastorno que sufren en silencio gran número de ellas. Este problema de salud va en aumento no solo en México sino también a nivel mundial. Por lo tanto, es importante para las parejas, familiares, amigos y profesionales de la salud reconocer los signos de DPP tan

pronto como sea posible a fin de que el tratamiento adecuado se pueda dar oportunamente. Existen múltiples patologías referentes al embarazo que pueden contribuir a una depresión posparto, así lo refiere la literatura que indica que la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, por lo tanto, las mujeres gestantes tienen mayor probabilidad de padecer dicha patología durante su embarazo. Estadísticamente alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años padece hipertensión, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados (NOM-030-SSA2-2009).

La norma 030 considera que una mujer tiene Hipertensión Arterial crónica, si esta ha sido identificada antes del embarazo, o si es diagnosticada antes de la semana 20 de la gestación. El uso de diuréticos y la mayor parte de los hipertensivos, con excepción de los inhibidores de ECA y los bloqueadores del receptor de la angiotensina II, que se haya utilizado previamente al embarazo, pueden seguir siendo utilizados durante la gestación. Se insistirá en el control del peso y en la reducción del consumo de sal. Sin embargo cuando la HAS se diagnostica por primera vez a partir de la semana 20 se le da tratamiento. Los beta bloqueadores son de utilidad en el último trimestre.

De tal manera la importancia de estudiar a fondo este problema de salud en correlación con la depresión posparto, para de este modo como profesionales de enfermería se oriente a la mujer gestante en esta etapa de su vida, para ello se realizó el presente trabajo que consta de 7 capítulos. Comenzando así con el primer capítulo el cual consta de la descripción de la situación problema, de la justificación, seguido de un segundo capítulo que comprende el marco teórico. En la metodología se integra una hipótesis, variables e indicadores, operacionalización de variables, tipo de estudio y diseño metodológico, instrumento de investigación, un procedimiento metodológico, una instrumentación estadística (límites de tiempo y espacio, universo, población, muestra), finalizando

este capítulo con las consideraciones éticas y legales. Mientras que el cuarto capítulo comienza con la organización y análisis de datos continuando con los resultados obtenidos, comprobación de hipótesis, discusión, conclusiones para terminar este capítulo con las propuestas. En el quinto capítulo se integra un glosario, un sexto capítulo de referencias bibliográficas. Por último, el séptimo capítulo se encuentra los anexos (la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), el Consentimiento Informado).

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Se ha demostrado que la depresión posparto es una enfermedad importante de impacto para la sociedad y que poco se ha estudiado en este ambiente. Una de las múltiples patologías que puede presentar una mujer durante la gestación es la hipertensión, la cual se asocia con la depresión posparto, debido a que la hipertensión influye en las emociones y el estrés generando estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión (Molerio, 2004).

De tal manera es importante realizar este estudio para conocer la incidencia del problema, dado que actualmente en el Hospital General de Pachuca, Hgo., se atiende diariamente a 2 mujeres que cursan enfermedad hipertensiva del embarazo; en un mes se atienden a 40 pacientes programadas para cesárea con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo (Hospital General de Pachuca Hgo., 2013).

Es importante tener información sobre la depresión posparto y la hipertensión arterial para detectarla desde los primeros síntomas, el hecho de tener un buen apoyo social desde su estancia hospitalaria por parte del equipo multidisciplinario, así como de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión posparto, y controlar la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Las mujeres que tuvieron depresión posparto pueden ser menos propensas a padecerla de nuevo, si comienzan a tomar antidepresivos después del parto.

El ingreso de las pacientes para atender su trabajo de parto se hace por el servicio de Urgencias, posteriormente pasan a Toco cirugía y por último pasan al servicio de Gineco-Obstetricia y es donde puede iniciar la depresión posparto.

Dado que existe una escasa información sobre la detección de este problema, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la incidencia y factores de depresión posparto en mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La depresión es una enfermedad que afecta a nivel mundial entre un 10% y 15% y a más del 17% de la población femenina en el país. (Evans, 2003) Se estima que cada año en México 400,000 madres sufren algún grado de depresión perinatal. Se ha demostrado que entre el 30 y el 40% de las gestantes presentan algún síntoma de depresión y un 10% de ellas evolucionan en forma grave, requiriendo tratamiento psicológico y farmacológico (Thiele, 2010).

Lo alarmante es que un alto porcentaje de estos casos queda sin ser reconocido, diagnosticado ni tratado con efectos devastadores tanto para ellas como para sus hijos, su familia y su entorno social. Este padecimiento puede afectar a cualquier mujer sin importar su condición social, económica o étnica. Se ha estimado que esta enfermedad afecta alrededor del 13% de las mujeres tras el parto y hasta un 26% si se trata de madres adolescentes (INEGI, 2010).

Ortega en el 2001 realizó diferentes estudios en los cuales se muestra que las mujeres mexicanas embarazadas entre las edades de 20 y 34 años padecen depresión con un 62%, mientras que un 46.1% de las mujeres cursaban un embarazo de alto riesgo con patologías referentes al embarazo (Ortega, 2001)

Del mismo modo Urdaneta observó los trastornos médicos durante el embarazo con un 16%, y la presencia de enfermedades del neonato se presentan en el 37% de los casos (Urdaneta, 2011).

Entre estas patologías podemos encontrar alguna enfermedad hipertensiva propia del embarazo, se realizó una previa investigación en el 2004 y 2005 sobre las principales morbilidades que provocan la muerte materna en México en la cual se pudo observar que se encuentra en primer lugar el que la mujer gestante padece la enfermedad hipertensiva del embarazo con 29.46% mujeres, mientras que en el 2005 fueron 25.93% mujeres y en último lugar se encontró una sepsis y otras infecciones puerperales con un 3.47% en el 2004 y un 2.4% en el 2005 (SSA, 2006).

Cabe resaltar que en el estado de Hidalgo existen 560.86 mujeres por cada 100 mil que presentan hipertensión arterial (INEGI, 2008). Debido a que al presentar hipertensión, el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión. Así lo menciona Molerio en su artículo "Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial" en el cual se constató que los niveles de depresión de los pacientes hipertensos oscilan entre moderada depresiva 76%, con un predominio de ésta, y síntomas situacionales depresivos 24%. En relación con los sujetos normotensos, el 68% presentan síntomas situacionales depresivos y 32% distimia depresiva moderada, lo que los hace distinguir de los pacientes hipertensos. Se obtuvieron resultados de la Técnica del Autorreporte Vivencial y se evidenciaron que entre los estados que llegan a presentar los pacientes se destaca la ira con el 60%, la angustia 52% y el abatimiento con un 48% (Molerio, 2004).

Las patologías referentes al embarazo son un factor predisponente para la depresión con mayor incidencia en la edad de 26 años (Canaval, 2000).

A lo anteriormente mencionado se tiene una similitud de Canaval con Urdaneta ya que refiere en su artículo "Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas

venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo” que la edad promedio fue de 24 años con rangos entre 19 y 33 años. En cuanto a los factores de riesgo psicológicos evaluados se evidenció que el 55% de las pacientes expresaron espontáneamente antecedentes de depresión, el 26% expresó haber presentado diagnóstico médico de melancolía, el 95% expusieron haber sentido apoyo familiar, mientras que el 89% expresaron haber contado con el apoyo de su pareja. Existiendo un 22% con depresión posparto confirmada mediante el DSM-IV con características de alguna patología durante el embarazo (Urdaneta, 2011).

Evans, otro autor menciona en su artículo nombrado “Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud, Chile” plantea que el 32% presentaron depresión, según los criterios del CIE-10. En el cual 7% de ellas presentaban antecedentes mórbidos de importancia (destacan tres casos de hipertensión arterial), 15% de ellas presentaron alguna patología relacionada con el embarazo que requirió hospitalización o estudio (Evans, 2003).

Según estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en México en el 2010, hasta 20% de las mujeres que dan a luz padecen depresión posparto. En casos extremos una DPP no tratada, puede terminar en divorcio, infanticidio, suicidio o psicosis. También puede hacerse crónica y durar toda la vida restando claramente calidad de vida a la madre afectada y a su entorno. Es necesario informarse y romper el tabú y hablar sobre este cotidiano tema de salud mental. (González 2000).

Con todos estos estudios surge la inquietud de la investigación, en la cual se plantea medir la incidencia de las mujeres que presentan depresión posparto que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca Hidalgo, dada la importancia de hacer un diagnóstico temprano en las mujeres para recibir el tratamiento más adecuado y así promover la salud y bienestar de las mujeres en posparto.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la incidencia y factores de la depresión posparto en las mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca, Hgo.

Objetivos Específicos:

Obj.1 Identificar si la enfermedad hipertensiva del embarazo es un factor que conlleva a una depresión posparto.

Obj.2 Identificar los cambios psicológicos que presentan las mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

2.1.1 EMBARAZO

Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas desde la fecundación (aproximadamente 9 meses) (Burroughs, 2002).

Etapas del embarazo

El primer trimestre (las primeras 12 semanas)

Síntomas del embarazo: Para la mayoría de las mujeres, el primer síntoma del embarazo es la ausencia de la menstruación. Por supuesto, puede haber una amplia variedad de reacciones a este suceso. Para la adolescente que no está casada, o la mujer que siente que ya ha tenido suficientes hijos, la reacción puede ser negativa (depresión, enojo y temor). Para la mujer que ha estado tratando de concebir durante varios meses, es posible que la reacción sea de dicha y anticipación deseosa.

Otros síntomas iniciales del embarazo son sensibilidad en las mamas (una sensación de hormigueo y una especial sensibilidad en los pezones) además de náuseas y vómito, micción más frecuente, sensación de fatiga y una necesidad de dormir más, son otras señales tempranas de embarazo.

Cambios físicos: El cambio físico básico que sucede en el cuerpo de la mujer durante el primer trimestre es un elevado aumento en niveles hormonales, en especial del estrógeno y progesterona, producidos por la placenta. Muchos de los otros síntomas físicos del primer trimestre surgen a partir de estos cambios endocrinos.

Las mamas se inflaman y hormiguean. Esto es a causa del desarrollo de las glándulas mamarias, estimulado por las hormonas. Los pezones y el área que los rodea (areola) pueden oscurecerse y ampliarse.

De manera habitual existe una necesidad de orinar con mayor frecuencia. Esto se relaciona con los cambios de las hormonas pituitarias que afectan a las suprarrenales que, a su vez, alteran el balance de agua en el organismo de modo que se retienen más líquidos. El útero en crecimiento también contribuye al presionar contra la vejiga.

Algunas mujeres experimentan náuseas matutinas, tal vez hasta llegar al vómito, y repulsión hacia la comida o hacia su olor. La náusea y el vómito pueden suceder al despertarse o en otros momentos del día.

Los sentimientos de fatiga y sueño probablemente se relacionen con los elevados niveles de progesterona, que se sabe tienen un efecto sedante.

Cambios psicológicos: El embarazo es una época de altas y bajas emocionales. La mujer embarazada pasa de estar muy feliz a la depresión y el llanto, y de regreso. El estado emocional de una mujer durante el embarazo, varía según una multitud de factores.

Primero su actitud hacia el embarazo hace una diferencia; las mujeres que desean el embarazo se encuentran menos ansiosas que las que no lo desean.

Un segundo factor es la clase social. Diversos estudios han encontrado que ser de un nivel socioeconómico bajo se asocia con la depresión durante el embarazo.

Una tercera influencia es la disponibilidad de apoyo social. Las mujeres que cuentan con una pareja que las apoya tienen menores probabilidades de estar deprimidas, tal vez porque la pareja funge como amortiguador ante los sucesos estresantes.

Existen mayores probabilidades de que se presente una depresión durante el primer trimestre entre aquellas mujeres que estén experimentando otros eventos vitales estresantes, tales como mudarse de casa, cambios en sus empleos, cambios en sus relaciones o enfermedades.

El segundo trimestre (semanas 13 a 26)

Cambios físicos: Durante el cuarto mes, la mujer se concientiza de los movimientos de feto. Muchas mujeres encuentran que esta es una experiencia muy emocionante.

La mujer se vuelve aún más consciente de su embarazo a causa de su vientre en rápida expansión. Existe una variedad de reacciones ante esto. Algunas mujeres sienten que es un magnífico símbolo de la feminidad, otras mujeres se sienten torpes y resentidas a causa de su figura abultada. Desaparecen la mayoría de los

síntomas físicos del primer trimestre, es posible aparezca edema en cara, manos, muñecas, tobillos y pies.

Aproximadamente a la mitad del embarazo, las mamas, a causa de la estimulación hormonal, esencialmente han completado su desarrollo en preparación del amamantamiento.

Cambios psicológicos: Han pasado las incomodidades del primer trimestre y las tensiones asociadas con el trabajo de parto y con el parto mismo, aún no se han presentado. Disminuye el temor de un aborto espontáneo a medida que la mujer siente los movimientos del feto.

Existen menos probabilidades de depresión durante el segundo trimestre si la mujer tiene una pareja o esposo que cohabite con ella. De manera interesante, las mujeres que han tenido embarazos anteriores se encuentran más angustiadas durante esta época que las mujeres que no los han tenido. Esto puede reflejar el impacto de las demandas asociadas con el cuidado de otros niños cuando se está embarazada. Así también, las investigaciones indican que los sentimientos de cuidado o de interés materno por el lactante aumentan progresivamente desde el periodo anterior al embarazo y hasta el periodo postparto. Este aumento no parece tener relación con los cambios en niveles hormonales durante el embarazo.

Las investigaciones también indican que las creencias de la mujer acerca del embarazo y acerca de cómo se debería comportar durante el mismo están bajo influencias culturales.

El tercer trimestre (semanas 27 a 38)

Cambios físicos: Para el tercer trimestre, el útero es muy grande. Cada vez más, la mujer se percata de su tamaño y del tamaño del feto, que se está volviendo cada vez más activo. De hecho, algunas mujeres no pueden conciliar el sueño a causa de sus movimientos.

El útero ejerce presión sobre otros órganos, lo que ocasiona cierta incomodidad. Hay presión sobre los pulmones, lo que puede causar falta de respiración. El estómago también se oprime y la indigestión se vuelve común. La cicatriz umbilical se ve hacia fuera. El corazón se encuentra bajo tensión a causa del considerable aumento en volumen sanguíneo. Durante esta etapa la mayoría de las mujeres siente una disminución de energía.

El aumento de peso del segundo trimestre continúa. La cantidad de peso aumentado debería encontrarse en un rango entre 11 y 15 kg, dependiendo del peso de la mujer antes del embarazo. Las mujeres delgadas deberían subir más de peso, en términos relativos, mientras que las mujeres más pesadas deberían aumentar menos. Al momento del nacimiento, el lactante promedio pesa 3 kg; el resto del aumento de peso comprende la placenta cerca de 500 gr., el líquido amniótico cerca de 1 kg., el aumento de tamaño del útero cerca de 1 kg., el aumento de tamaño de las mamas 700 gr. y la grasa y líquido adicionales que la mujer retiene 3.5 kg o más. Los médicos limitan la cantidad de peso que se aumenta debido a que la incidencia de complicaciones tales como hipertensión y la tensión a la que se somete el corazón son mucho más comunes entre mujeres que aumentan una cantidad excesiva de peso. Así también, el exceso de peso obtenido durante el embarazo puede ser muy difícil de perder después. El equilibrio de la mujer se encuentra ligeramente trastornado debido a la gran cantidad de peso que se ha añadido a la parte frontal de su cuerpo. En ocasiones, el útero se contrae de manera dolorosa en las llamadas contracciones de Braxton-Hicks. Estas no son parte del trabajo de parto. Se piensa que ayudan a fortalecer los músculos uterinos, preparándolos para el trabajo de parto.

En el primer embarazo, aproximadamente de dos a cuatro semanas antes del nacimiento, el bebé rota y la cabeza desciende a la pelvis. Esto se denomina descenso, aligeramiento o encajamiento. En general, el encajamiento ocurre durante el trabajo de parto en mujeres que ya han tenido hijos.

Cambios psicológicos: Un comparativo de mujeres embarazadas por primera vez con mujeres que habían experimentado embarazos previos encontró que las

madres primerizas informaban de un aumento significativo en la inconformidad con sus maridos del segundo al tercer trimestre. Otro estudio incluyó 54 mujeres embarazadas por vez primera y a sus maridos, las esposas quienes informaron de mayores niveles de intercambio de afecto entre marido y mujer reportaron menores niveles de ansiedad e insomnio durante el tercer trimestre.

2.1.2 Parto

El parto se define como el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, el producto de la concepción ya viable es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

La etapa de pródromo de trabajo de parto que procede en una o dos semanas al trabajo de parto que consisten en que la paciente presenta molestias en el hipogastrio, dolor en el pubis y polaquiuria que son ocasionadas por descenso de la presentación que antes estaba libre y ahora está abocada he incluso puede estar encajado como se ve en las primigestas. Las contracciones uterinas que había presentado la mujer ahora son un poco más frecuentes, ligeramente más intensas y empiezan a ser más dolorosas, debido a la formación del segmento inferior dado por el estiramiento y tiraje que las fibras longitudinales del útero que efectúan sobre las fibras circulares para jalarlas hacia arriba. Estas contracciones siguen siendo irregulares en su presentación, son dolores que vienen y se van y por eso se les llaman dolores “mosca”.

Mecanismos de parto

Los mecanismos del parto (movimientos cardinales) son una serie de movimientos que reflejan los cambios de postura del feto conforme se va adaptando al canal vaginal. Son determinados por los diámetros de la pelvis, los tejidos blandos de la madre, el tamaño del niño y la fuerza de las contracciones.

La serie de movimientos de adaptación de la cabeza y hombros del feto son:

- Encajamiento y descenso
- Flexión

- Rotación interna
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión

En el descenso, mientras la cabeza se mueve hacia la entrada pélvica, se dice que flota; una vez que el diámetro biparietal pasa a través de la entrada, la cabeza se encaja. Esto podría ocurrir antes o después del inicio del parto debido a la presión de las contracciones y del líquido amniótico.

La flexión ocurre mientras desciende la cabeza del feto, que se flexiona para que la barbilla descansa sobre el tórax, de modo que se alcanza el diámetro fetal más reducido para que pase por el conducto del parto. Esto ocurre normalmente cuando la cabeza encuentra la resistencia de la pelvis y los tejidos blandos del suelo pélvico.

La rotación interna ocurre cuando la cabeza del feto gira de una posición transversa a una anteroposterior, alineándose con el diámetro anteroposterior de la pelvis materna. La presión del suelo de la pelvis obliga a la cabeza del feto a girar en sentido anterior y reposar por debajo de la sínfisis púbica.

La extensión comienza cuando la cabeza del feto llega al suelo de la pelvis, donde rodea la sínfisis púbica y avanza hacia arriba como resultado de una combinación de presión de las contracciones uterinas, la presión abdominal ejercida por la madre y la resistencia del suelo de la pelvis. Al presentarse la extensión, aparecen primero el occipucio en la abertura vaginal (coronamiento), seguido de la frente, nariz, boca y mentón. La extensión se considera completa cuando ha emergido toda la cabeza.

La rotación externa, con frecuencia llamada restitución, se presenta una vez que ha sido expuesta la cabeza, pues gira inmediatamente a su posición transversal, mientras los hombros se alinean con el diámetro anteroposterior de la salida pélvica.

La expulsión procede de la siguiente manera: el hombro anterior gira primero hacia adelante por debajo de la sínfisis púbica y emerge, seguido del hombro posterior. La expulsión es la culminación de la segunda etapa del trabajo de parto.

El alumbramiento no es uno de los mecanismos del parto, pero sucede normalmente entre 5 y 30 minutos después de que el bebé ha nacido. El útero empieza a contraerse y reduce su tamaño en cuanto ha ocurrido el nacimiento, y la placenta ha sido desprendida del endometrio. Los signos de separación placentaria son:

- Alargamiento del cordón umbilical
- Cambio de la forma del útero
- Sangrado vaginal

Si el lado opaco (materno) de la placenta aparece primero, se denomina mecanismo de Duncan; si lo que aparece primero es el lado brillante (fetal), se denomina mecanismo de Schultze. La expulsión de la placenta constituye la tercera etapa del trabajo de parto.

Etapas del trabajo de parto

El trabajo de parto se divide en cuatro etapas, cada una con cambios propios que la distinguen de las demás.

Primera etapa

Esta etapa es la más larga y la más variable. Comienza con el inicio de las contracciones periódicas y culmina cuando el cuello uterino se encuentra totalmente dilatado y borrado. Las contracciones provocan dos cambios importantes en el cuello uterino:

1. Borramiento total del canal cervical (100%)
2. Dilatación completa del cérvix (10 cm)

El borramiento del cérvix es el acortamiento y adelgazamiento del cuello uterino durante la primera etapa del parto; de tener de 2 a 3 cm de longitud y casi 1 cm de

espesor, prácticamente desaparece por el acortamiento de las células de músculo uterino. Al terminarse el borramiento (100%), sólo se palpa un delgado borde.

La dilatación del cérvix es la ampliación de la abertura del cuello uterino, de 0 a 10 cm, para permitir dar a luz al feto a término. Cuando se ha dilatado totalmente, ya no es palpable al hacer exploración vaginal. Conforme avanza la dilatación, se presenta una mayor cantidad de flujo sanguinolento.

La primera etapa del parto se divide en fase latente, fase activa y fase de transición, cada una caracterizada por ciertos cambios físicos y psicológicos; puede durar de 8 a 20 horas en la primípara y de 5 a 14 horas en la múltipara.

Fase latente. Es la parte temprana y lenta del parto; empieza con la aparición de contracciones regulares y se prolonga hasta que el cérvix se ha dilatado 4 cm. Durante esta fase, las contracciones se estabilizan y generalmente son leves; se presentan cada 10 o 15 minutos con una duración de 15 a 20 segundos. En este momento la madre siente que puede tolerar las molestias. A menudo charla y sonríe ya que se siente aliviada porque al fin el parto ha iniciado. Es buen momento para preguntarle si tiene dudas, y si se encuentra ansiosa, enseñarle algunas técnicas de relajación.

Fase activa. Esta fase provoca molestias de diferente intensidad. Las contracciones son más fuertes y largas, de modo que la dilatación cervical avanza de 4 a 7 cm. El descenso fetal continúa, la duración de las contracciones aumenta a 30 o 45 segundos y cada 5 minutos, con intensidad de moderada a fuerte. Durante esta fase se puede asistir a la paciente en sus técnicas de respiración y relajación; puede seguir deambulando hasta que ya se sienta muy molesta o se rompan las membranas. Al incrementarse las contracciones, también aumentan la ansiedad y las molestias.

Fase de transición. Última parte de la primera etapa. La dilatación cervical continúa a paso lento de 8 a 10 cm, pero alcanza su punto máximo. Las contracciones se vuelven más frecuentes, más largas de 60 a 90 segundos y más intensas. Durante esta fase la madre podría mostrar una disminución en su

capacidad de afrontamiento de las contracciones y el dolor. A menudo, la mujer se pone muy inquieta, cambia de posición con frecuencia y se siente abandonada, podría volverse irritable durante las contracciones.

La paciente podría experimentar la sensación de estarse partiendo en dos por la fuerza de las contracciones y la presión de la cabeza del feto cerca de la entrada. Al ir descendiendo la cabeza del feto, es muy probable que sienta la urgencia de pujar debido a la presión de ésta en los nervios sacros. Mientras puja, los nervios abdominales ejercen presión adicional que favorece el descenso del feto. Cuando ya es posible ver la cabeza del feto, el perineo empieza a abultarse y aplanarse, y al poco tiempo es posible verla en la abertura de la vagina. La cabeza parece retroceder entre una contracción y otra y baja más con cada contracción. Cuando se presenta el coronamiento y se ve la cabeza por la abertura vaginal, el nacimiento es inminente. La primera etapa del trabajo de parto culmina cuando el cuello uterino está del todo dilatado y borrado.

Segunda etapa

La segunda etapa, de expulsión, empieza cuando el cuello uterino está totalmente dilatado (10 cm) y termina con el nacimiento del niño. En ese momento la mujer suele sentir la urgencia de pujar y de utilizar sus músculos abdominales para ayudar a imprimir más fuerza a las contracciones uterinas involuntarias y hacer que el niño descienda. Debe ser asesorada para que no aguante la respiración más de 5 segundos al pujar, pues podría desencadenar la maniobra de Valsalva, que resulta de cerrar la glotis y aumentar así la presión intratorácica y cardiovascular. Con este fenómeno puede disminuir la infusión de oxígeno a través de la placenta y provocar hipoxia fetal, así como anomalías en la frecuencia cardíaca del feto. Debe aplicarse el método de glotis abierta, mediante el cual se libera aire por la boca al pujar y se evita la acumulación intratorácica.

Se considera más corta que la primera, dura de unos minutos a 2 horas. El descenso de la cabeza del feto hace que el perineo se abulte. El coronamiento ocurre cuando la cabeza se ve en la abertura externa de la vagina. Entre las

contracciones pareciera que la cabeza retrocede, pero en las contracciones sucesivas y con los pujos de la madre, el nacimiento se hace inminente. Las contracciones uterinas son vigorosas, pero ahora ocurren cada 2 a 3 minutos y duran de 60 a 90 segundos. Hay un incremento del goteo hemático.

Al llegar al suelo perineal, la cabeza aparece en la abertura vaginal. Para prevenir una laceración, el médico podría realizar una episiotomía, sostiene la cabeza del feto al ir saliendo y la gira, se succiona nariz y boca del niño y aparecen los hombros y el resto del cuerpo. Antes de la expulsión del niño se hace una verificación rápida para asegurarse de que el cordón umbilical no esté en torno de su cuello. Luego del nacimiento, la paciente suele sentirse aliviada.

Tercera etapa

Dicha etapa se conoce como la etapa del desprendimiento de la placenta; empieza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta y dura de 5 a 30 minutos. Después del nacimiento, el cordón umbilical se pinza en dos sitios y se corta entre ellos. Se succiona de nuevo nariz y boca del niño para limpiarla; con frecuencia se administra oxitocina a la madre para mantener la firmeza del útero y aminorar la hemorragia por el desprendimiento de la placenta.

Cuarta etapa

La cuarta etapa, o de recuperación, transcurre en las primeras 4 horas a partir del momento de expulsión de la placenta. En este periodo tienen lugar los principales reajustes en el organismo de la madre. La pérdida de sangre va de 250 a 500 ml, lo que podría dar lugar a la caída de la presión sanguínea y a un aumento de la frecuencia del pulso. Los músculos uterinos deben mantenerse contraídos para comprimir los vasos sanguíneos abiertos en el sitio placentario y reducir al mínimo la pérdida de sangre. El útero se palpa como una masa redondeada firme a la altura de la cicatriz umbilical o por debajo de ésta. Es crucial observar a la madre durante la primera hora posterior al parto en caso de que hubiera hemorragia excesiva y para valorar la firmeza del útero en contracción.

Es posible que la madre sienta sed y hambre, y quizá experimente escalofrío con temblores. El malestar durante la cuarta etapa suele obedecer a traumatismo por la episiotomía, un hematoma o entuertos, al contraerse el útero. La madre desea tocar y cargar a su hijo, y se le debe estimular a hacerlo para iniciar el proceso de vinculación materno infantil. El vínculo familiar y el inicio de la lactancia son parte importante de esta etapa (Burroughs, 2002).

Período Posparto

Cambios físicos: Con el nacimiento del bebé, el cuerpo de la mujer pasa por un cambio fisiológico drástico. Durante el embarazo, la placenta produce niveles elevados tanto de estrógeno como de progesterona. Cuando la placenta se expulsa, los niveles de estas hormonas caen de manera drástica de este modo, el periodo posparto se caracteriza por bajos niveles de ambas hormonas de manera gradual, los niveles de estas hormonas regresan a la normalidad a través de un periodo que dura desde unas cuantas semanas hasta unos cuantos meses. Otros cambios endocrinos incluyen un aumento de las hormonas que se asocian con el amamantamiento.

Además de esto, el cuerpo pasa por una cantidad considerable de estrés durante el trabajo de parto y el nacimiento, y es posible que la mujer se sienta agotada. La incomodidad a causa de una episiotomía es común en las primeras semanas posparto (Ramirez Alonso 2002).

Cambios psicológicos: Durante uno o dos días después del alumbramiento, es común que las mujeres permanezcan en el hospital, aunque muchas mujeres abandonan el hospital menos de 24 horas posteriores. Después del parto, muchas mujeres experimentan cierto grado de depresión. El estado de ánimo deprimido y otras experiencias van en un rango de leve a grave; la literatura médica define tres tipos.

1.- Leve: La tristeza posparto, las mujeres experimentan cambios radicales en el estado de ánimo, con periodos de depresión, irritabilidad y llanto que alternan con periodos positivos.

Por lo general, estos síntomas comienzan unos días después del nacimiento, se tornan más intensos una semana después del parto y disminuyen o desaparecen para la segunda semana posparto. Entre el 50% y 80% de las mujeres experimentan esta tristeza leve después del nacimiento.

2.- Moderada: Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, insomnio, llanto frecuente, sentimientos de inadecuación y fatiga. Por lo general comienza de dos a tres semanas después del parto, pero puede suceder en cualquier momento después del nacimiento. Entre el 8% y el 15% de las mujeres la padecerán y los síntomas duran de seis a ocho semanas.

3.-Grave: Es la psicosis posparto, para la cual los síntomas iniciales incluyen inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño; los síntomas posteriores incluyen conductas desorganizadas, alteraciones del estado de ánimo, delirios y alucinaciones. Su inicio puede ser drástico, dentro de las primeras 72 horas después del nacimiento o de cuatro a seis semanas posparto. Es muy poco frecuente y sólo afecta a una o dos mujeres entre 1000. La depresión y la psicosis posparto requieren de tratamiento; la depresión mejora en respuesta a los medicamentos antidepresivos, psicoterapia individual y visitas de enfermería al hogar.

Parece que muchos factores contribuyen a esta depresión. Estar en el hospital es, de por sí, una experiencia estresante. Una vez que la mujer regresa a casa, se enfrenta a otro conjunto de factores estresantes. Es probable que aún no haya regresado a sus niveles normales de energía pero aun así debe llevar a cabo la extenuante tarea de cuidar de un recién nacido. Es posible que no obtenga el sueño necesario durante las primeras semanas o meses levantándose varias veces por noche para cuidar a un bebé que está llorando porque tiene hambre o está enfermo, por lo que la mujer puede agotarse. Es claro que en este momento necesita ayuda y apoyo de parte de su pareja y sus amigos. El primer hijo es estresante dada la inexperiencia de la mujer; mientras se encuentra en el hospital es posible que experimente ansiedad y que se pregunte si será capaz de atender al bebé una vez que regresen a casa. En el caso de hijos posteriores e, incluso, en

el caso de algunos primeros hijos, la madre puede deprimirse porque en realidad no quería tener al bebé.

Los factores de riesgo para una depresión más seria incluyen una historia personal o familiar de trastornos psiquiátricos, embarazos no deseados, complicaciones serias después de parto y carencia de apoyo social (Shibe, 2003).

Vinculación con el bebé: El vínculo es un proceso que da lugar a un compromiso afectivo y emocional entre dos individuos. Este proceso se intensifica durante el periodo inicial posterior al nacimiento. El recién nacido puede provocar una intensa respuesta positiva de la madre al mirarla a los ojos. El tacto es una forma de contacto importante que también provoca una respuesta positiva de la madre y estimula al niño.

El proceso de vinculación es progresivo facilitado por las conductas positivas del niño, como succionar, sonreír y mirar a los ojos (Burroughs, 2009).

Sexo durante el periodo posparto: El nacimiento de un bebé tiene un efecto sustancial sobre la relación sexual de la pareja. Después del nacimiento, la madre está en cierto riesgo de infección o hemorragia, de modo que la pareja debería esperar al menos dos semanas antes de reiniciar sus relaciones sexuales. Cuando el coito se vuelve a dar, es posible que sea incomodo e incluso doloroso para la mujer. Si se le practicó una episiotomía, puede experimentar cierta incomodidad vaginal; si tuvo un parto por cesárea, puede experimentar incomodidad abdominal. La fatiga tanto de la mujer como de su pareja también puede influir el momento en el que reinicien su actividad sexual. Un estudio longitudinal acerca del ajuste de las parejas al nacimiento de un hijo recolectó datos de 570 mujeres en cuatro ocasiones: durante el segundo trimestre del embarazo, y a uno, cuatro y doce meses posparto. En el primer mes siguiente al nacimiento, solo el 17% había reiniciado el coito; para el cuarto mes, nueve de cada diez parejas lo habían hecho, el mismo porcentaje que informo de relaciones sexuales durante el segundo trimestre. Una influencia principal en cuanto al momento en que la pareja reinició el coito fue si la madre estaba amamantando. Tanto al mes como a los

cuatro meses del parto, las mujeres que amamantaban informaron de una disminución significativa tanto en actividad como en satisfacción sexual. Una razón es que la lactancia suprime la producción de estrógeno que a su vez da por resultado un descenso en lubricación vaginal; esto hace que el coito sea incómodo. Este problema se puede resolver mediante el uso de lubricantes vaginales (Rivera, 2008).

2.1.3 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes; $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg.

Se considera que una mujer tiene hipertensión arterial crónica, si ésta ha sido identificada antes del embarazo, o si es diagnosticada antes de la semana 20 de la gestación (NOM-030-SSA2-2009).

La enfermedad hipertensiva durante la gestación complica el 7% de los embarazos y es causa directa de un número importante de muertes maternas (Burroughs, 2002).

Tabla 1. Clasificación clínica de presión arterial

| | |
|-------------------------------------|--|
| Presión arterial óptima | <120/80 mmHg |
| Presión arterial normal | 120-129/80 - 84 mmHg |
| Presión arterial normal alta | 130-139/ 85-89 mmHg |
| Hipertensión arterial | Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg Etapa 3: >180/ >110 mm de Hg |

Fuente: NOM-030-SSA2-2009

Preeclampsia: Es un síndrome que ocurre después de la semana 20 de gestación. Se caracteriza por aumento de la presión sanguínea acompañada de proteinuria, la elevación de la presión arterial durante la gestación se define como la presión arterial sistólica mayor a 140mmHg y la diastólica a 90mmHg en mujeres previamente normotensas (Burroughs, 2009).

Fisiopatología: Se piensa que la patología se inicia en la implantación, pese a que los signos y síntomas no sean evidentes sino hasta la semana 20 de gestación.

El vaso espasmo es probablemente una de las causas importantes de la mayor parte de los efectos graves en órganos terminales o de las alteraciones funcionales. En los vasos sanguíneos incrementa el nivel de presión arterial, y en última instancia, disminuye el flujo de sangre al útero y la placenta. Los cambios vasculares renales reducen el flujo de sangre renal, disminuyen el índice de filtración glomerular en los riñones y, finalmente, causan proteinuria. Entre los cambios del sistema nervioso central se cuentan daño celular y edema cerebral que causan cefalea y alteraciones visuales. Las alteraciones hepáticas, que incluyen hepatomegalia y tensión en la cápsula hepática, por lo general ocasionan dolor epigástrico.

La isquemia placentaria (estrechamiento de las arterias que reduce el abastecimiento de sangre) parece estimular la liberación de endotelina que es perjudicial para las células endoteliales. La isquemia placentaria también provoca una producción exagerada de dos prostaglandinas: Tromboxano (vasodilatador y estimulante de la agregación de plaquetas) y Prostaciclina (vasodilatador e inhibidor de la agregación de plaquetas). Como ambas sustancias son producidas parcialmente por la placenta, se explica la desaparición de los síntomas al momento del alumbramiento.

El vaso espasmo generalizado reduce el riego sanguíneo de los tejidos, disminuye la resistencia vascular con incremento subsecuente de la presión sanguínea y aumento de la permeabilidad de las células endoteliales que da lugar a la pérdida de proteínas intravasculares y líquidos. A medida que la hipertensión inducida por el embarazo avanza, se reduce aún más la perfusión uteroplacentaria y disminuye el flujo sanguíneo fetal, con constricción de los vasos umbilicales. Los cambios uteroplacentarios incrementan el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta.

Efectos de enfermedad hipertensiva en el feto: La disminución del funcionamiento placentario por el espasmo vascular de la madre en casos de enfermedad hipertensiva del embarazo se relaciona con retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal.

Valoración y tratamiento: Es muy importante el control constante de la presión sanguínea y la proteinuria, la valoración de las funciones renales y hepáticas, así como también un recuento de plaquetas.

El único tratamiento definitivo es el parto, de manera que es lo indicado para las mujeres afectadas que están a término, independientemente de la gravedad. El embarazo no debe pasar de 40 SDG por el riesgo de insuficiencia placentaria. Debe analizarse la posibilidad de terminar con la gestación a las 32 o 34 semanas.

Las manifestaciones clínicas de la hipertensión inducida por el embarazo, como oliguria de la madre, insuficiencia renal y síndrome de HELLP, son causa suficiente para un parto rápido, independientemente de la edad gestacional (Burroughs, 2002).

Los diuréticos y la mayor parte de los antihipertensivos, con excepción de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y los bloqueadores del receptor de la angiotensina II, que se hayan utilizado previamente al

embarazo, pueden seguir siendo utilizados durante la gestación. Se insistirá en el control del peso y en la reducción del consumo de sal.

Cuando la HAS se diagnostique por primera vez a partir de la semana 20 de la gestación, y en caso de que no sea posible su cuidado por parte del especialista, se utilizarán la Metildopa o la Hidralazina como fármacos de primera elección. Los beta bloqueadores son de utilidad en el último trimestre del embarazo (NOM-030-SSA2-2009).

2.1.4 TRATAMIENTO GENERAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS, etapas 1 y 2.

Los casos de HAS etapa 2, más complicaciones cardiovasculares, o bien HAS etapa 3, con HAS secundaria, y los casos de HAS asociada al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al especialista para su atención.

También serán referidos al especialista los casos con padecimientos concomitantes, que interfieran con la HAS, y en general, todos aquellos pacientes, que el médico de primer contacto así lo juzgue necesario.

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una P.A. <140/90 y, en el caso de las personas con diabetes, mantener una P.A. <130-85.

Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un IMC <25; colesterol <200 mg/dl; y evitar el tabaquismo, el consumo excesivo de sodio, y alcohol.

En la hipertensión arterial etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter no farmacológico, durante los primeros doce y seis meses respectivamente.

El manejo no farmacológico consiste en mantener el control de peso, realizar actividad física de manera suficiente, restringir el consumo de sal y de alcohol,

llevar a cabo una ingestión suficiente de potasio, así como una alimentación idónea.

Control de peso:

Para lograr la meta del control de peso, se promoverán la actividad física y la alimentación idónea, de manera individualizada, sin el uso de anfetaminas en el control de peso.

Actividad física, si el paciente tiene un estilo de vida sedentario, se le prescribirá un programa de actividad física o ejercicio.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la presión arterial.

En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.).

Consumo de sal:

Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6g/día (2.4 g de sodio).

Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión.

Dieta recomendable:

Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.

Específicamente, en relación con la presión arterial debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y

calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico.

En la mayor parte de los pacientes, el fármaco inicial debe administrarse a bajas dosis, aumentándolas gradualmente hasta la dosis máxima recomendable, de acuerdo con la respuesta clínica del enfermo.

En condiciones óptimas, una sola dosis diaria de un fármaco debe mantener su acción durante 24 horas, conservando por lo menos el 50% de su efectividad al término de esas 24 horas. Una dosificación dos veces al día también puede proporcionar un control similar, existiendo, sin embargo, mayor riesgo de que el paciente pase por alto alguna toma del medicamento.

Se recomienda la combinación de dos fármacos de diferentes clases a dosis bajas cuando no se logran las metas con un solo fármaco, ya que pueden lograr mayor eficacia que un solo fármaco, reduciendo así el riesgo de efectos adversos.

Cuando no se logre el control de la presión arterial antes de avanzar en cada nuevo intento de tratamiento, el médico deberá investigar la falta de adherencia terapéutica, descartar y modificar las posibles causas de la falta de respuesta al medicamento.

Los grupos de medicamentos recomendables, son diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, vasodilatadores directos, antagonistas alfa centrales, calcio-antagonistas, inhibidores de la ECA, y antagonistas de receptores de angiotensina II. A menos que existan contraindicaciones o el médico no lo juzgue apropiado, se recomienda iniciar el tratamiento del paciente de reciente diagnóstico con un diurético o un beta-bloqueador a dosis bajas, haciendo ajustes en la dosis de acuerdo con la evolución clínica del paciente.

Si se logra el adecuado control durante un año, el médico evaluará la conveniencia de reducir paulatinamente la dosis; incluso hasta suprimir el medicamento, si las modificaciones en el estilo de vida son suficientes para controlar la presión arterial

En caso de que se logre suspender el tratamiento farmacológico después de un periodo de prueba sin medicamentos, deberá advertirse al paciente que debe continuar bajo estrecha vigilancia médica, debido al riesgo de que vuelva a elevarse la presión arterial por arriba de niveles normales, sobre todo cuando no hay adherencia estricta al manejo no farmacológico.

En caso de que no se logre el control de la presión arterial con un solo fármaco y no existan efectos adversos, se podrá agregar el otro antihipertensivo de primera elección a dosis bajas.

Por el contrario, si aparecen efectos adversos, con el primer fármaco, se sustituirá este medicamento por el otro fármaco de primera elección. Los ajustes terapéuticos no deberán realizarse antes de dos semanas.

Si nuevamente, no se logra el control de la HAS o aparecen efectos adversos, se continuarán nuevos intentos de tratamiento.

Hipertensión durante el embarazo.

Se considera que una mujer tiene HAS crónica, si ésta ha sido identificada antes del embarazo, o si es diagnosticada antes de la semana 20 de la gestación.

Los diuréticos y la mayor parte de los antihipertensivos, con excepción de los inhibidores de la ECA y los bloqueadores del receptor de la angiotensina II, que se hayan utilizado previamente al embarazo, pueden seguir siendo utilizados durante la gestación. Se insistirá en el control del peso y en la reducción del consumo de sal.

Cuando la HAS se diagnostique por primera vez a partir de la semana 20 de la gestación, y en caso de que no sea posible su cuidado por parte del especialista, se utilizarán la Metildopa o la hidralazina como fármacos de primera elección. Los

beta bloqueadores son de utilidad en el último trimestre del embarazo (NOM-030-SSA2-2009).

2.1.5 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

| INTERVENCIÓN | ACTIVIDADES |
|--------------------------------|--|
| Manejo del peso | <ul style="list-style-type: none"> • Indicar la relación entre la ingesta de los alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. • Tratar los hábitos, costumbres que ejercen su influencia sobre el peso. • Discutir los riesgos asociados con el hecho de tener obesidad. • Determinar el peso ideal de la paciente. • Ayudar en el desarrollo de planes de comidas equilibradas con el nivel de gasto energético. |
| Enseñanza: Actividad/Ejercicio | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de la paciente de ejercicio. • Informar a la paciente de los beneficios de la actividad. • Enseñar a la paciente a realizar ejercicio. • Informar a la paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. • Ayudar a la paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria. |
| Manejo de la nutrición | <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. • Fomentar la ingesta de hierro en las |

comidas.

- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Ajustar la dieta al estilo de vida de la paciente.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.

2.2 DEPRESIÓN POSPARTO

La palabra Depresión se deriva del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento».

La podemos definir como: Un estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responde a una causa real explicable que puede ser transitorio o permanente.

Las manifestaciones son muy variables y van desde una falta ligera de motivación e incapacidad de concentración hasta alteraciones fisiológicas graves de las funciones corporales (Diccionario Mosby de Medicina, 2003).

Depresión posparto: Esta depresión consiste en un periodo transitorio y corto durante los primeros días del puerperio y dura de dos a tres días se caracteriza por llanto, insomnio, falta de apetito y falta de interés. La depresión posparto la podemos clasificar en:

1.- Melancolía, tristeza o “Baby-blue”: Es la manifestación temporal de un estado de llanto, cambios de humor, ansiedad e irritabilidad observados con frecuencia en los primeros días posteriores al parto. En general se resuelve espontáneamente, pero no debe persistir por más de 10 a 14 días. Debido a que la tristeza posparto es tan común, se ha propuesto que su causa es biológica y no psicológica.

2.- Depresión posparto: Implica un cambio en los elementos químicos que componen al cerebro, que puede influir gravemente en la vida de las mujeres, que no se sienten competentes como madres. Suelen tener poca autoestima, personalidad inmadura, sentirse aisladas de fuentes de apoyo. Las alteraciones del sueño y la alimentación, la incapacidad de cuidar del recién nacido, los pensamientos obsesivos y la depresión duran varias semanas. El tratamiento de la depresión posparto implica consultar con un psiquiatra y administrar antidepresivos. Las madres necesitan ayuda para establecer el vínculo emocional con el lactante, mantener las relaciones familiares y desarrollar estrategias de afrontamiento (Burroughs, 2002).

3.- Psicosis posparto: Es la más grave, se caracteriza porque no se diferencia clínicamente de otras psicosis, por lo tanto, requiere inmediata atención médica. (Burroughs, 2002).

Aspectos psicológicos durante el puerperio

Es frecuente que en los primeros días la madre, sobre todo si es primigesta, se sienta confundida por emociones ambivalentes hacia el recién nacido, a quien puede percibir en ocasiones muy cercano y en otras muy extraño a ella. Es necesario que ella acepte esto como parte de un proceso natural y no como algo anormal que puede culpabilizarla o atemorizarla. Si la dificultad en establecer éste vínculo lleva hasta el punto de descuidar al bebé o los temores frente a esta dificultad son muy intensos, es importante considerar ayuda profesional que evalúe y trate esta situación.

La etapa del puerperio está llena de exigencias físicas y psicológicas, no se considera como patológico que se presenten momentos de angustia, irritabilidad o agotamiento, que promueven emociones ambivalentes frente al bebé. Sin embargo, si éstos son constantes o prolongados o comienzan a interferir en la relación con el bebé, con la pareja o con su entorno, es conveniente evaluar la

situación y considerar la necesidad de ayuda. En esta etapa, los recursos internos y externos con que cuenta la paciente son los que van a permitir una adecuada adaptación a su nueva situación y el hacer que la pareja participe de ello es fundamental para el bienestar de la familia.

Las posibles bases etiológicas de esta condición son los drásticos cambios inducidos por el puerperio en la homeostasis hormonal y el cambio de papel asumido porque, cómo madre, tiene nuevas y grandes responsabilidades relacionadas con el cuidado y crianza del recién nacido (Carvalho, 2008).

2.2.2 FACTORES QUE CAUSAN DEPRESIÓN POSPARTO

Se considera de etiología multifactorial y lo que distinguiría a este cuadro de otros episodios depresivos es su presentación en las primeras cuatro semanas del posparto de los cuales son:

- Ser primigestas
- Embarazo a temprana edad
- Trastornos médicos durante el embarazo
- La enfermedad del neonato
- Nulo apoyo de su pareja
- Un nivel educativo primario o inferior.
- Aumento de peso (Urdaneta, 2011)

2.2.3 MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

La DPP por su parte, se define como un episodio de ánimo depresivo y/o anhedonia (pérdida del interés), dificultad para tomar decisiones, y síntomas somáticos, tales como fatiga, cambios en el apetito y en el patrón de sueño-vigilia, pudiendo aparecer síntomas psicóticos (Wolff Claudia, 2009).

Ansiedad: La ansiedad se manifiesta a través del miedo, al castigo o a merecerlo (no se sabe cómo será éste). Las mujeres con síntomas de ansiedad muestran

conductas paranoicas o temor a la muerte; lo manifiestan en un gran número de situaciones diversas.

La ansiedad, a diferencia de la angustia, no tiene siempre una connotación negativa, aun cuando algunos psicólogos manejan ambos términos como sinónimos (Alva, 2007).

Miedo: La palabra miedo proviene del latín *metus*. El miedo es definido clínicamente como una perturbación angustiosa del ánimo debido a un riesgo o daño real o imaginario. Es también un recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea.

El miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza (Zaccagnini, 2010).

Tristeza: La tristeza es una de las emociones básicas del ser humano. Es un estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral.

En psiquiatría se habla de tristeza patológica cuando hay una alteración de la afectividad en que se produce un descenso del estado de ánimo, que puede incluir también pesimismo, desesperanza y disminución de la motivación. Los síntomas de la tristeza son: llorar, nervios, rencor y decaimiento moralmente.

Angustia: Definida por la real academia española como el temor opresivo sin causa precisa, aprieto, aflicción, o ansiedad. Manifestándose por medio de un sofoco, o una sensación de opresión en la región torácica o abdominal (DSM-IV).

Llanto frecuente: Cuando se llora se admite la frustración que se tiene en ese momento y finalmente se llega al punto de rendirse. Rendirse significa literalmente que se cede el control; que ya no hay que soportar la carga que significa llevar el dolor solo.

Sin embargo, el llanto parece ser una terrible señal de debilidad y no pueden permitirse muestras de debilidad. En ocasiones, una persona prefiere permanecer intacta y fuerte, aunque esté sufriendo. Se tiene un miedo espantoso a llorar; miedo a que una vez que se deje escapar una pequeña emoción ya no se podrá controlar. Es mucho mejor guardarlo todo por el temor a exteriorizarlo.

Llorar es muy saludable, y no importa en qué cantidad se llore: todas y cada una de las personas tienen un nivel de perdón y varía de una persona a otra (Alva, 2007).

Autoagresión (Hacerse daño): La autoagresión es una conducta que incluye el daño tisular o alteración deliberada del propio cuerpo sin intención de cometer suicidio. Esta definición está compuesta por algunos puntos claves.

- a) La automutilación es un acto intencional contra el yo (Puede ser impulsiva o compulsiva)
- b) Incluye algún tipo de violencia física.
- c) No se comete con la intención de suicidarse.

Culpabilidad: Supone un estado afectivo consciente o inconsciente ante la creencia de haber infringido alguna ley, principio ético o norma, sean estas reales o imaginarias, y que produce malestar continuado (Karabaic, 2006).

2.2.3 MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que

los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

La edición vigente es la quinta, DSM-V, publicada en mayo de 2013. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

Clasificación de los diferentes trastornos:

- Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia.
- Trastornos específicos.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debido a enfermedad médica.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos sexuales y de identidad sexual.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados.
- Trastornos adaptativos.

- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

En casos severos de depresión posparto tendrá que valorarse por un especialista para poder recibir tratamiento y dar seguimiento al problema de la paciente, por medio de este manual.

2.2.4 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Las disforias posparto no requieren tratamiento debido a que la alteración anímica es leve y autolimitada. De todos modos, si la madre llegara a consultar, es útil explicarle que lo que le sucede es normal, atribuible a los cambios hormonales que está experimentando y que pasará sin necesidad de tratamiento.

En cuanto a las psicosis, es pertinente señalar que, dado sus características, habitualmente son derivadas al psiquiatra. En lo substancial, se tratan igual que cualquier psicosis afectiva presente en otra época de la vida.

En cuanto a al tratamiento de las depresiones posparto no psicóticas, se deben considerar tanto las psicoterapias como los tratamientos farmacológicos.

Intervenciones psicoterapéuticas

Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal, modo de conceptualizar el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo, resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos. El tratamiento oportuno de los problemas del sueño con frecuencia logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello

puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso. Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal (PIP). Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad.

Farmacoterapia

La lactancia tiene claros beneficios para la madre y el niño(a) y, por cierto, la decisión de si usar o no un antidepresivo mientras se amamanta debe basarse en un análisis cuidadoso de la relación riesgo/beneficio.

Se sabe que todos los fármacos pasan al niño a través de la leche materna y que, en general, sólo el 1% a 2% de la dosis materna de cualquier fármaco aparecerá en la leche. Este traspaso es significativamente menor que en la situación intrauterina y, en la práctica, en lo que a los antidepresivos concierne, no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos. Con todo, si un niño(a) desarrolla síntomas anormales, y cabe la sospecha de que se relacionan a la ingesta del antidepresivo por parte de la madre, se debe suspender la lactancia de inmediato.

Desde hace más de diez años los ISRS han desplazado a los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de madres que amamantan. Los más estudiados son la fluoxetina y la sertralina. En cuanto a la fluoxetina, se ha visto que dosis de 20-40 mg se traducen en niveles plasmáticos relativamente bajos en el lactante, pero más altos que para otros ISRS. La norfluoxetina, el metabolito activo de la fluoxetina, tiene una vida media muy larga, lo cual pudiera explicar algunos reportes de efectos adversos en los neonatos descritos en la literatura. La sertralina ha sido relativamente bien estudiada. En 95 casos se estudiaron los niveles en la leche materna y las repercusiones en el lactante, encontrándose niveles bajos en la leche materna e indetectables en el plasma de los niño(a)s. No se han descrito efectos adversos en los lactantes expuestos. A su vez, tampoco se

ha descrito cambios en el transporte central o periférico de serotonina de los niños.

Se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la DPP. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia por al menos 12 meses. Si por algún motivo se desea abreviar el período de tratamiento, se aconseja prolongarlo hasta después de verificados otros cambios hormonales (por ejemplo, el retorno de los ciclos menstruales).

Como se sabe, el sulpiride, un neuroléptico en uso desde hace más de dos décadas, se utiliza en ocasiones como tranquilizante y para aumentar la secreción de leche materna. No se han reportado efectos adversos en los lactantes, pero se debe considerar que su empleo prolongado puede favorecer el aumento de peso en la madre. De ser necesario prescribir un hipnótico a una madre que amamanta, el zolpidem representa una alternativa segura, tanto por su excreción rápida como porque casi no se encuentra en la leche de la madre. En efecto, sólo entre el 0,004% y el 0,0019% de la dosis total administrada pasa a la leche materna.

Respecto al manejo terapéutico, una vez confirmado la presencia del trastorno depresivo, su objetivo es la remisión del episodio agudo, como la prevención de recaídas o recurrencias. Los principales elementos del tratamiento son la actitud del profesional de la salud frente a la paciente, la psicoterapia y el tratamiento psicofarmacológico.

En cuanto a la actitud del profesional de la salud frente a la paciente, éste debe crear un clima de cordialidad que le permita a la paciente expresar de forma libre sus emociones, comprometer a la familia y la paciente con el tratamiento prescrito, hacer preguntas con naturalidad acerca de las ideas de muerte y suicidio e informar a la familia adecuadamente para que brinde apoyo a la paciente. A su vez, se debe intentar la liberación de factores estresantes que puedan incrementar dicho trastorno.

2.2.5 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN POSPARTO

Respecto a la psicoterapia, la podemos dividir en psicoterapia de apoyo que consiste en establecer una relación adecuada médico- enfermera/o, que le brinden apoyo y le permitan aumentar su autoestima, valorando sus actividades y realizando sus logros positivos a lo largo del proceso terapéutica y la terapia cognitiva que tiene por objetivo modificar la forma en que la paciente evalúa sus cogniciones y las circunstancias que la rodean, a la vez que la preparan en la adquisición de habilidades nuevas como respuesta al estrés, etc. Esta terapia “cognitiva” se recomienda más cuando la ansiedad es el componente más problemático de la sintomatología. Por ello es fundamental explicarle los síntomas de la enfermedad, para minimizar las distorsiones de la realidad; y las terapias psicológicas individual, grupal y familiar, que requieren un tratamiento personal especializado en dichas técnicas.

En referencia a la eficacia de las intervenciones, hay discrepancia sobre las mismas, ya que ciertos estudios sugieren que proporcionar información acerca de la DPP durante el 3º trimestre de embarazo, puede reducir los síntomas de depresión leve mientras que un artículo llevado a cabo por Castillo-Torralba que recoge la influencia de la intervención psicosocial y psicológica como método preventivo de la DPP, señaló que las mujeres que recibieron intervenciones psicosociales tenían la misma posibilidad de desarrollar depresión que aquellas que recibieron una atención estándar. Las intervenciones consistían en cursos prenatales, visitas domiciliarias, etc.; llegando a la conclusión que no había evidencia para realizar dicha intervención como método para la prevención de la DPP (Jadresic, 2010).

| INTERVENCIÓN | ACTIVIDADES |
|-----------------|---|
| Apoyo emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con la paciente. • Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Animar a la paciente a que exprese los |

sentimientos de la ansiedad, ira o tristeza.

- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa.
- Facilitar la identificación por parte de la paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Remitir a los servicios de asesoramiento.

Estimulación de la integridad familiar

- Establecer relaciones de confianza con los padres.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias.
- Ayudar a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles.
- Observar la adaptación de los padres a la paternidad.
- Preparar a los futuros padres para los cambios de rol esperados al convertirse en padres.
- Preparar a los padres para las responsabilidades relacionadas con la paternidad.
- Ayudar a los padres a tener expectativas reales de los papeles sobre la paternidad.
- Ayudar a los padres a equilibrar los papeles laboral, parental y conyugal.
- Explicar las causas y las manifestaciones de la depresión posparto.

- Ayudar a la familia a identificar los sistemas de apoyo.

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación es de enfoque mixto, orientado a un estudio cuantitativo correlacional.

Siendo el diseño descriptivo, transversal y prospectivo

3.2 INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA

Límites de tiempo y espacio: La investigación se realizó en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo, en los servicios de Gineco-Obstetricia y consulta externa, en los meses Febrero-Marzo 2014.

Universo: En un año ingresaron 356 pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo de las cuales se calcula la muestra correspondiente para este estudio.

Población: Pacientes en periodo posparto de los servicios de hospitalización de Gineco-Obstetricia y consulta externa del Hospital General de Pachuca, Hgo.

Muestra: La siguiente investigación se realizó con un muestreo probabilístico con la participación de 51 usuarias del área de consulta externa y Gineco-Obstetricia.

La muestra se obtuvo de la siguiente fórmula: $n = \frac{\text{tamaño de la población}}{\text{Universo} + 1}$

$$\frac{n = 356}{59 + 1}$$

$$n = \underline{356}$$

6 + 1

n= 356 = 51

7

3.3 HIPÓTESIS

H1: A mayor incidencia de hipertensión en el embarazo, mayor presencia de depresión posparto.

H0: A menor incidencia de hipertensión en el embarazo, menor presencia de depresión posparto.

3.4 VARIABLES E INDICADORES

Variable Independiente:

Hipertensión arterial en el embarazo

Variable Dependiente:

Depresión posparto

Operacionalización de variables

Variable independiente: Hipertensión arterial

| Definición conceptual | Definición operacional |
|---|---|
| <p>Padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg.</p> <p>Fuente: (NOM-030-SSA2-2009)</p> | <p>La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias.</p> <p>La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal.</p> |

Variable dependiente: Depresión posparto

| Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores |
|--|---|-------------------------------------|---|
| <p>Esta depresión consiste en un periodo transitorio y corto durante los primeros días del puerperio y dura de dos a tres días se caracteriza por llanto, insomnio, falta de apetito y falta de interés.</p> <p>Fuente: (Burroughs 2002)</p> | <p>Depresión que cursan las mujeres que están pasando por los cambios físicos y psicológicos del puerperio.</p> | <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> | <p>Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se evalúan del 3 al 0 significando 0 mayor gravedad</p> <p>Las preguntas 1, 2, 4 se evalúan del 0 al 3 significando 3 mayor gravedad</p> <p>Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.</p> <p>Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta 10, significa que es necesario hacer pruebas adicionales.</p> |

Variable sociodemográfica: Edad

| Definición conceptual | Definición operacional |
|---|---|
| <p>Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.</p> <p>Fuente: (Enciclopedia Jurídica)</p> | <p>Es el tiempo desde el nacimiento hasta la muerte de un ser vivo.</p> |

Variable sociodemográfica: Estado civil

| Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores |
|---|---|---|---|
| <p>Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y</p> | <p>Situación jurídica, en la que se encuentra una persona física, la cual crea derechos y obligaciones.</p> | <p>Soltera</p> <p>Unión libre</p> <p>Casada</p> | <p>Sin pareja.</p> <p>Con pareja, pero sin haberse casado.</p> <p>Con pareja, viviendo en matrimonio.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| deberes al respecto. Fuente: (Enciclopedia Jurídica) | | | |
|---|--|--|--|

Variable sociodemográfica: Ocupación

| Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores |
|--|--|-----------------------------------|--|
| <p>La palabra ocupación encuentra su origen etimológico en el vocablo latino “occupatio” y se emplea en varios sentidos, según el contexto.</p> <p>La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o</p> | Es la actividad a la que se dedica una persona, para obtener una remuneración económica. | <p>Ama de casa</p> <p>Trabaja</p> | <p>No labora, fuera del hogar.</p> <p>Labora, fuera del hogar.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones. Fuente: (Enciclopedia Ciencias Sociales) | | | |
|--|--|--|--|

Variable sociodemográfica: Ocupación

| Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores |
|--|---|--|--|
| Es la capacitación, sobre todo a nivel profesional, está vinculada a los estudios que cursó, al grado académico alcanzado y al aprendizaje que completó, ya sea a nivel formal o informal. Fuente: (Enciclopedia Ciencias Sociales) | Es la preparación académica de una persona, es decir; hasta qué grado estudio o fue a la escuela. | Educación Básica Educación Media Superior Educación Superior | Esta consta de primaria y secundaria. Esta consta de bachillerato. Esta consta de universidad. |

Criterios de inclusión:

- Edad de 15 a 45 años
- Cursar puerperio fisiológico o quirúrgico
- Cursar enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Periodo de 2 meses de posparto

Criterios de exclusión:

- Edad menor de 15 años y mayor de 45 años
- No haber cursado la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Criterios de eliminación:

- Quién no quiera participar en el estudio, quién no esté cursando posparto.

3.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

La Escala de Depresión de

Posparto de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) de los autores J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky (1987) se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edimburgo. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

Este instrumento está integrado por 10 ítems con respuestas estructuradas cuyo valor total es de 10+.

3.6 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

La investigación se realizó a mujeres en periodo de puerperio que se encontraron en el Hospital General de Pachuca en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia y consulta externa, con previa autorización.

Se detecta a las pacientes en periodo de posparto, en los servicios indicados que cumplen con los criterios de inclusión y se les invita a participar en el estudio, se les da a conocer el objetivo del estudio y el consentimiento informado el cual brinda la información sobre la naturaleza de la investigación, los riesgos y beneficios que conlleva, si la usuaria acepta participar, firmará el consentimiento y se procederá a aplicar el instrumento "Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo". La duración de la aplicación del test fue de 15 minutos aproximadamente y solo se aplica una sola vez. Esta escala ayuda a detectar si la usuaria cursa por un estado de depresión posparto, así como la incidencia que existe de este problema en el Hospital.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

El estudio se consideró sin riesgo y fue basado en los principios de beneficencia, de respeto a la dignidad humana y de justicia. En base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.

ARTÍCULO 100.- La investigación en seres humanos se llevó a cabo conforme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII.- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

El protocolo de investigación fué aprobado por el comité respectivo del Hospital General de Pachuca Hidalgo, con autorización para el desarrollo de esta investigación, en los tiempos establecidos.

En el estudio se retomaron los principios éticos fundamentales que guiaron la investigación basándose en los siguientes principios:

- Principio de beneficencia.
- Principio de respeto a la dignidad humana.
- Principio de justicia.

Con estos lineamientos el estudio se realizó conforme a la ley y bajo estricta ética profesional.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

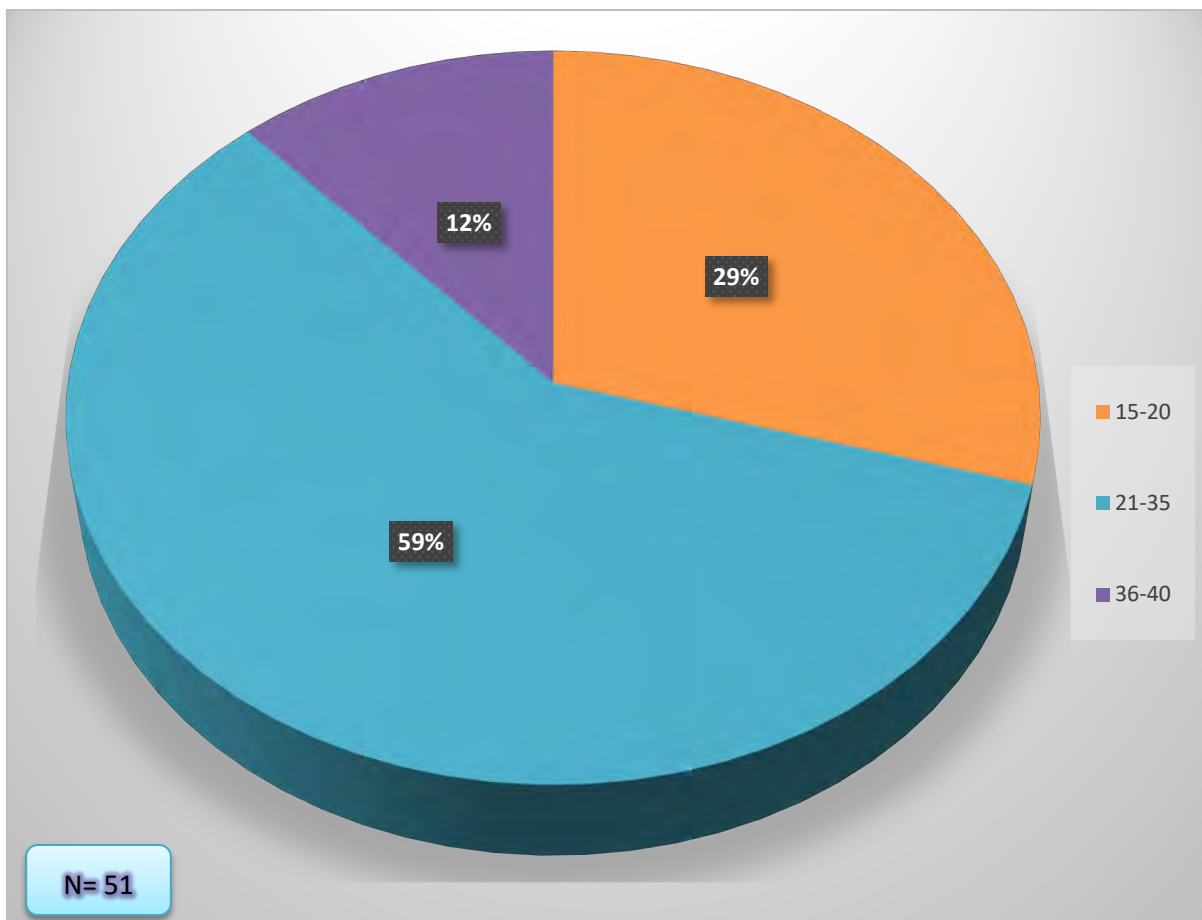
4.1 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” que se aplicó a las mujeres que se encontraron en el área de hospitalización y consulta externa en los turnos matutino y vespertino. Se integró una base de datos utilizando el programa SPSS y se llevó a cabo el análisis correspondiente.

4.2 RESULTADOS

GRÁFICA NO. 1

EDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

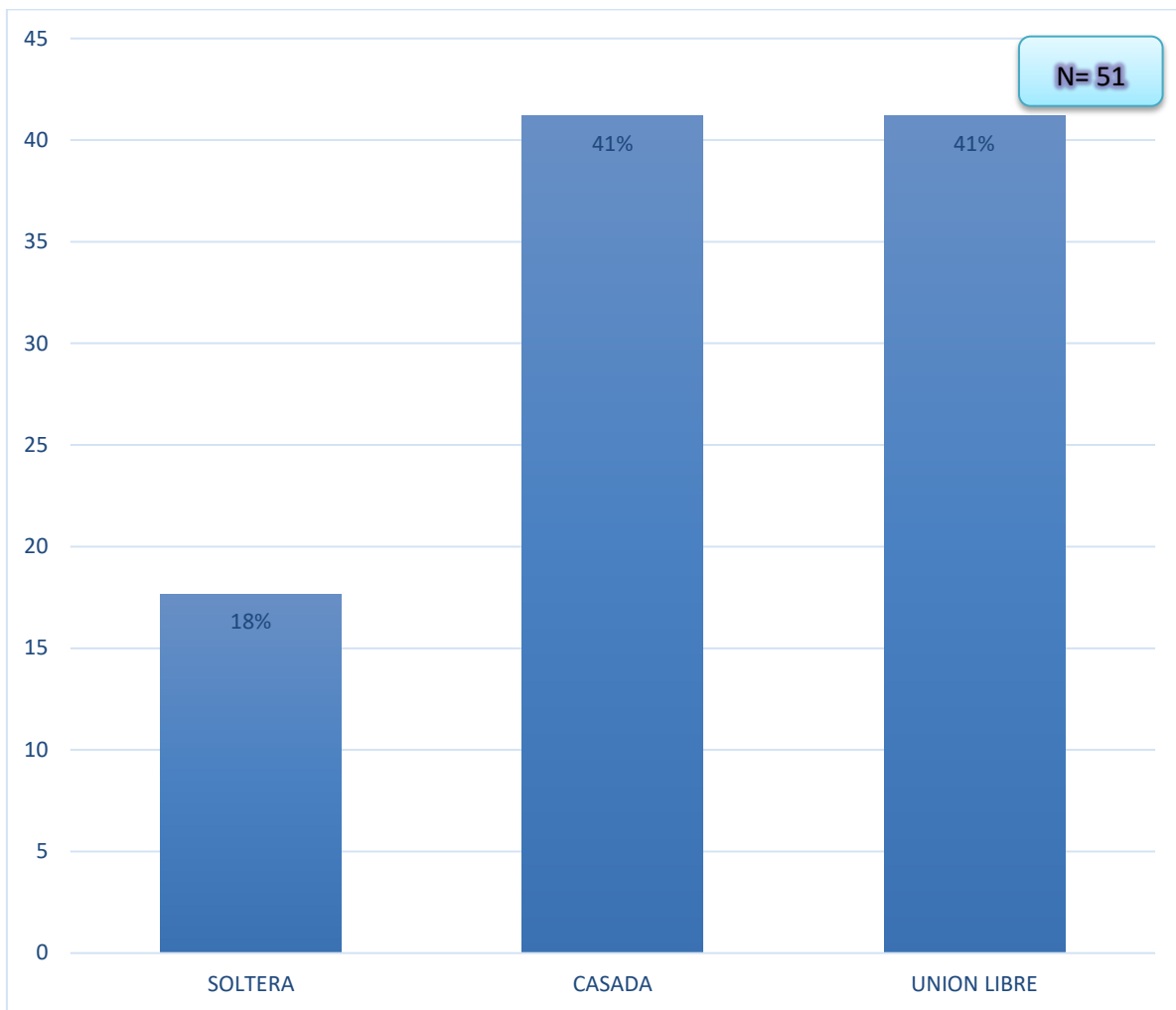


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En la gráfica no.1 se muestra la edad de las mujeres entrevistadas y se observa que el 58.8% tienen entre 21 y 35 años, mientras que el 29.4% tienen entre 15 y 20 años, y solo el 11.8% tienen de 36 a 40 años. Esto significa que el 88.2% de las mujeres se encuentran en etapa fértil y con mayor incidencia de embarazos, aunque la etapa ideal para poder embarazarse corresponde a la edad de 20 a 35 años lo cual puede disminuir riesgos de complicaciones.

GRÁFICA NO. 2

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

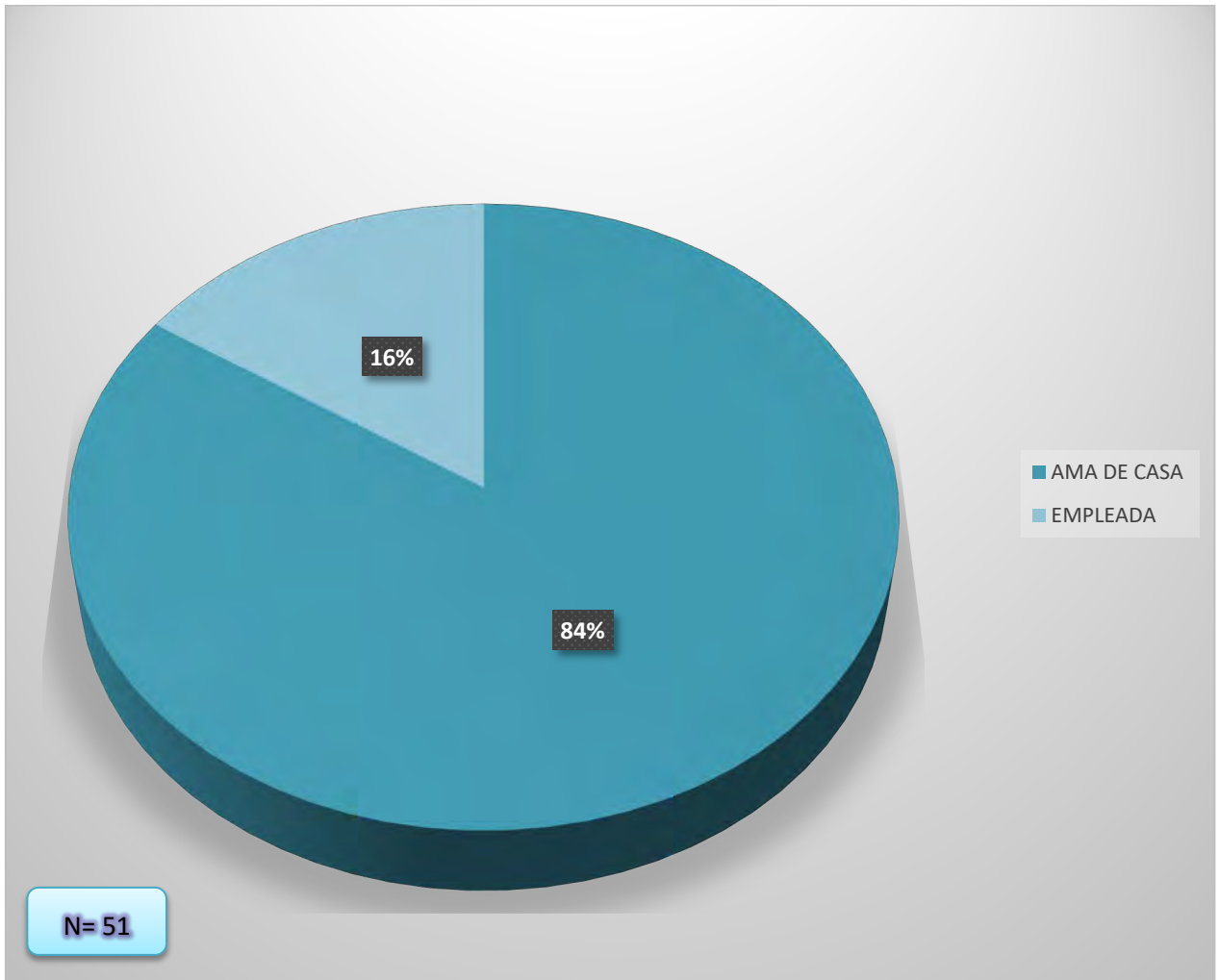


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En cuanto al estado civil de las mujeres entrevistadas, se refleja que el 82.4% tienen pareja, y solo el 17.6% mencionan que son solteras. Lo cual se considera que el no tener pareja durante el embarazo es un factor de riesgo importante para desarrollar depresión posparto.

GRÁFICA NO.3

OCUPACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

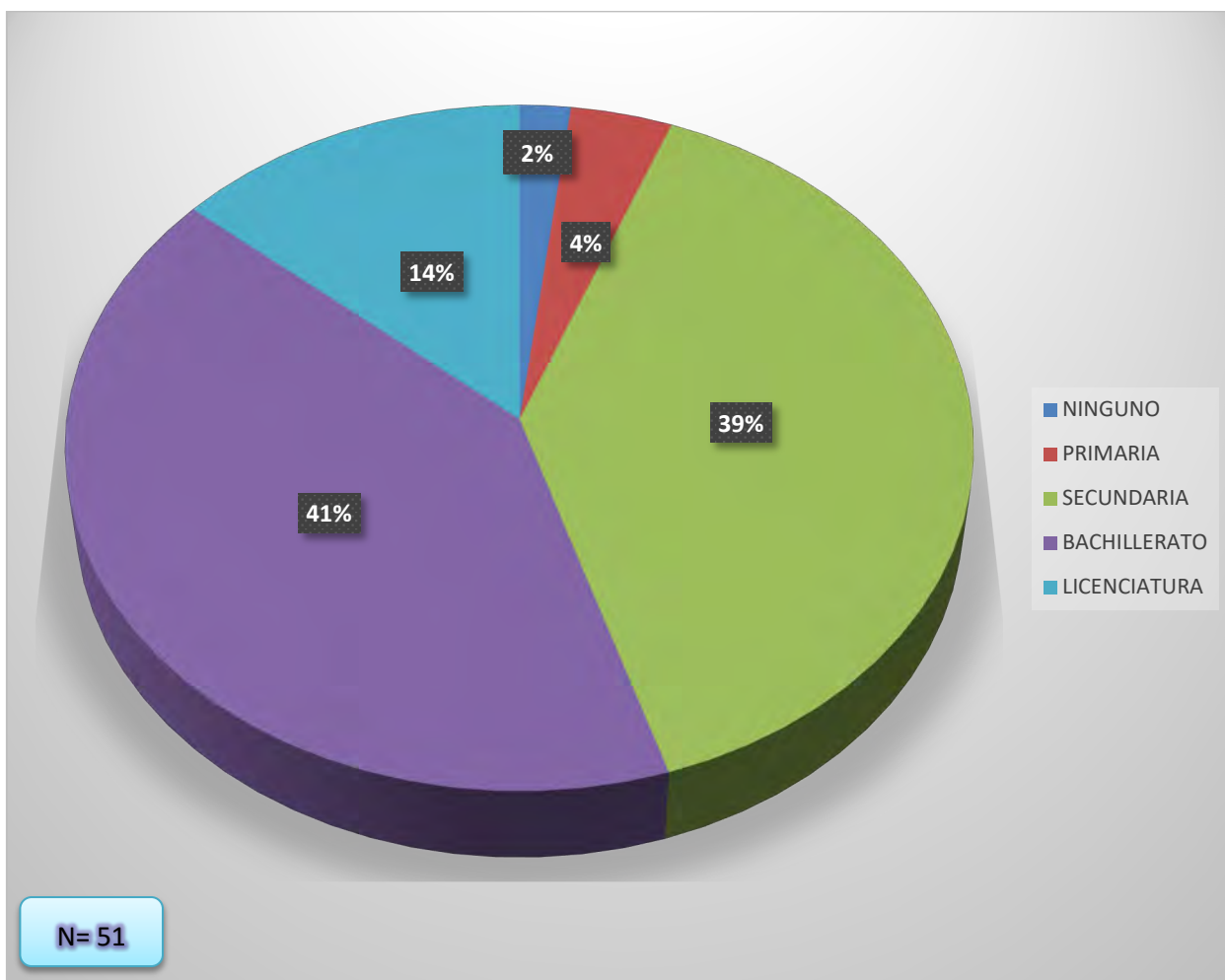


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En la gráfica no. 3 se reflejó que las mujeres entrevistadas 84.3% son amas de casa las cuales se dedican exclusivamente a realizar actividades en el hogar y no tienen otro tipo de distracción, quedándose solo en su casa y el 15.7% son empleadas y desarrollan actividades laborales.

GRÁFICA NO. 4

NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

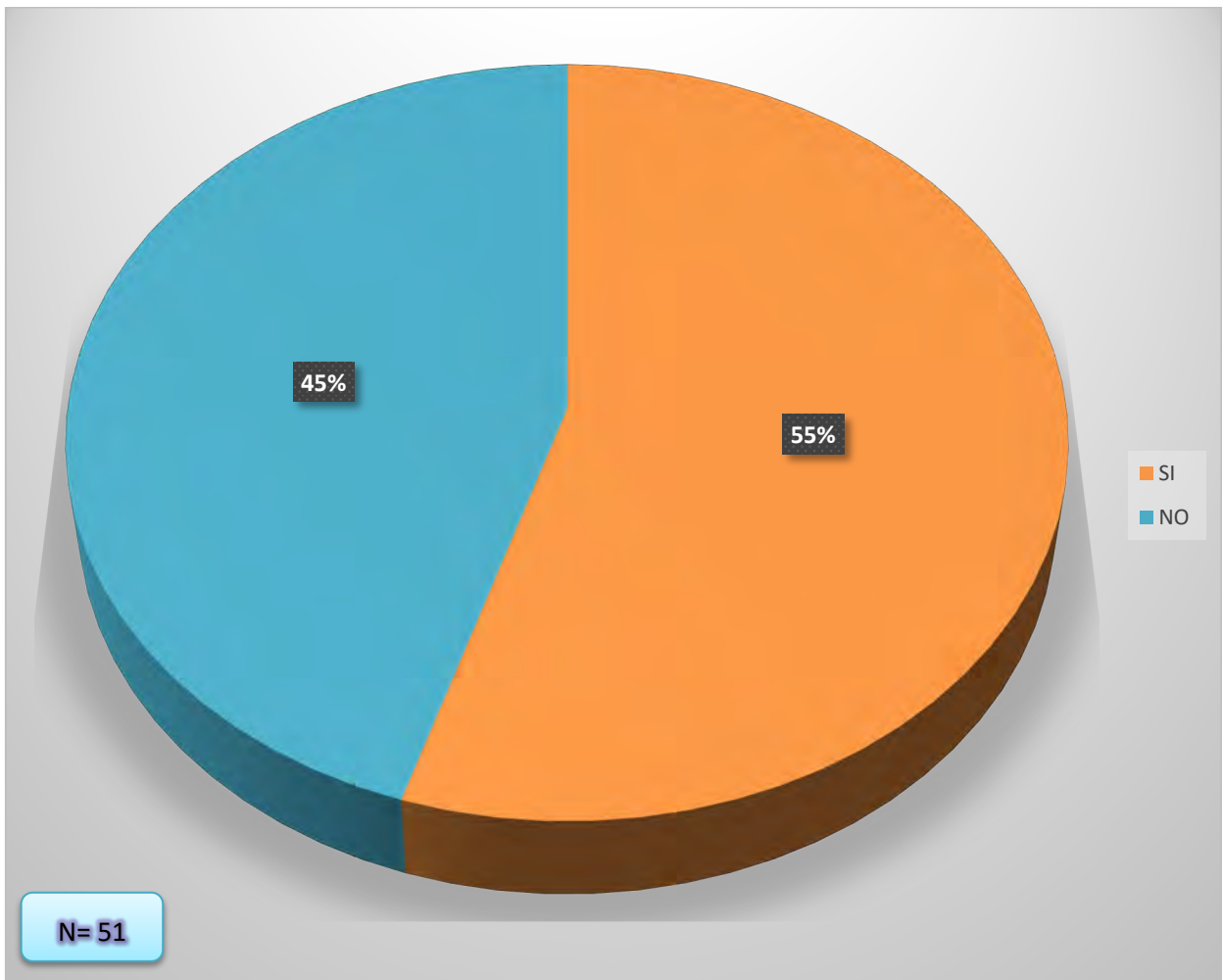


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En relación al nivel de estudios se observa que el 41.2% de las mujeres entrevistadas cursaron bachillerato, el 39.2% acudió a la secundaria, el 13.7% estudiaron una licenciatura, el 3.9% solo tuvo acceso a primaria, mientras que el 2% no cuenta con ningún nivel de estudios. Lo que significa que el 45% sus estudios son limitados, situación que se ha considerado como factor de riesgo para presentar depresión.

GRÁFICA NO. 5

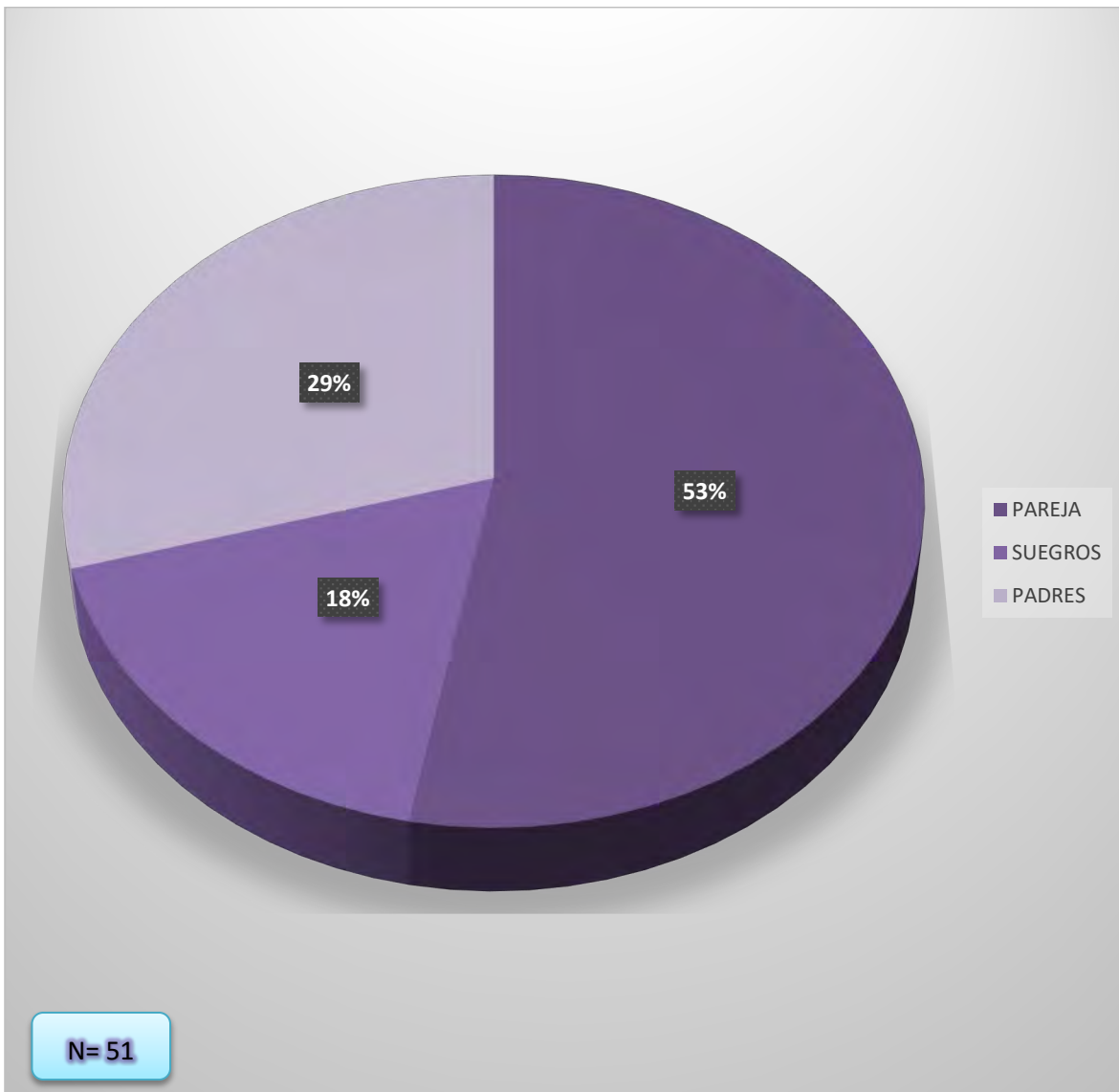
CASA PROPIA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS



Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edinburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Relativo a la vivienda, se muestra que el 54.9% si tiene casa propia, y solo el 45.1% indican que no viven en casa propia, dado que no cuentan con los recursos suficientes para adquirir una, estas pacientes son de bajos recursos económicos, considerado como un factor de riesgo para presentar depresión posparto.

GRÁFICA NO. 6
CON QUIEN VIVEN LAS MUJERES ENTREVISTADAS

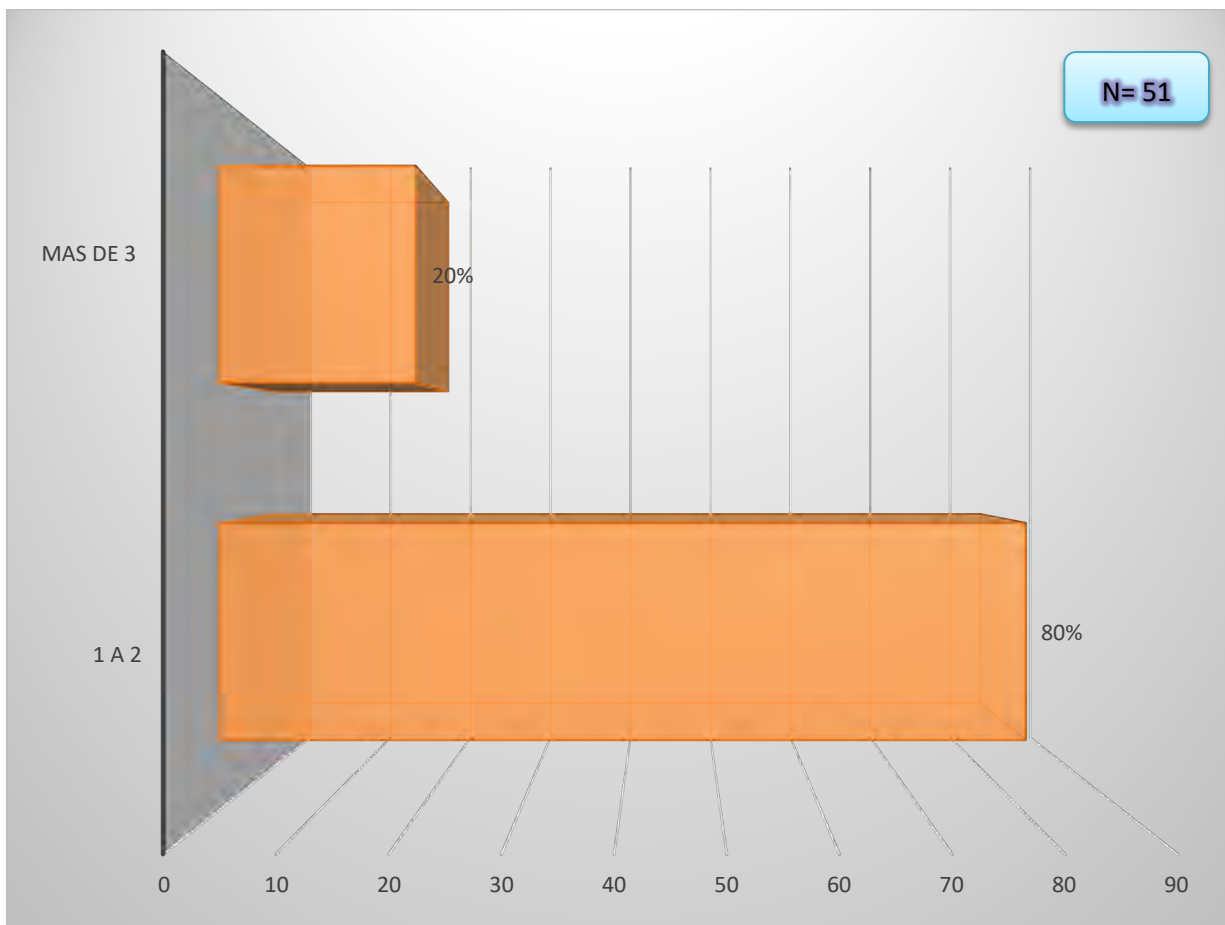


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edinburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Se observó que un 53% de las mujeres viven con su pareja, y el 18% con sus suegros. Situación en la que pueden darse algunos conflictos dado que las parejas deben vivir solas para enfrentar las situaciones con responsabilidad las que se presentan en esta etapa de vida y solo el 30% no cuentan con el apoyo emocional que brinda una pareja.

GRÁFICA NO. 7

NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

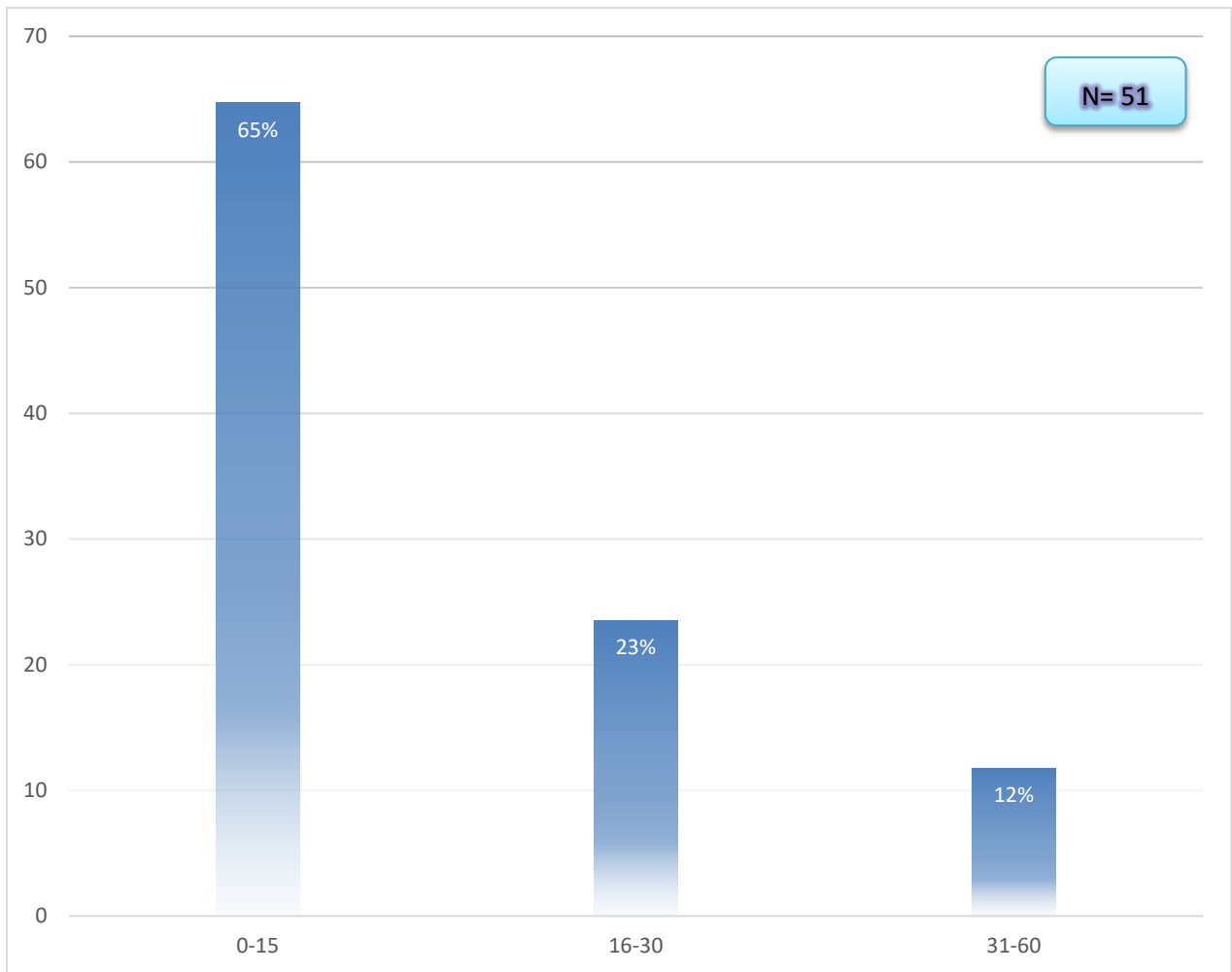


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edinburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Relativo al número de hijos, se muestra que el 80% tienen de 1 a 2 hijos, mientras que el 20% tienen más de 3 hijos. Para las mujeres primigestas puede significar mayor tensión para poder realizar el rol de padres y cubrir todas las necesidades de los hijos. Considerando que en las mujeres primigestas existe mayor riesgo de incidencia a la depresión posparto.

GRÁFICA NO. 8

DÍAS DE POSPARTO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

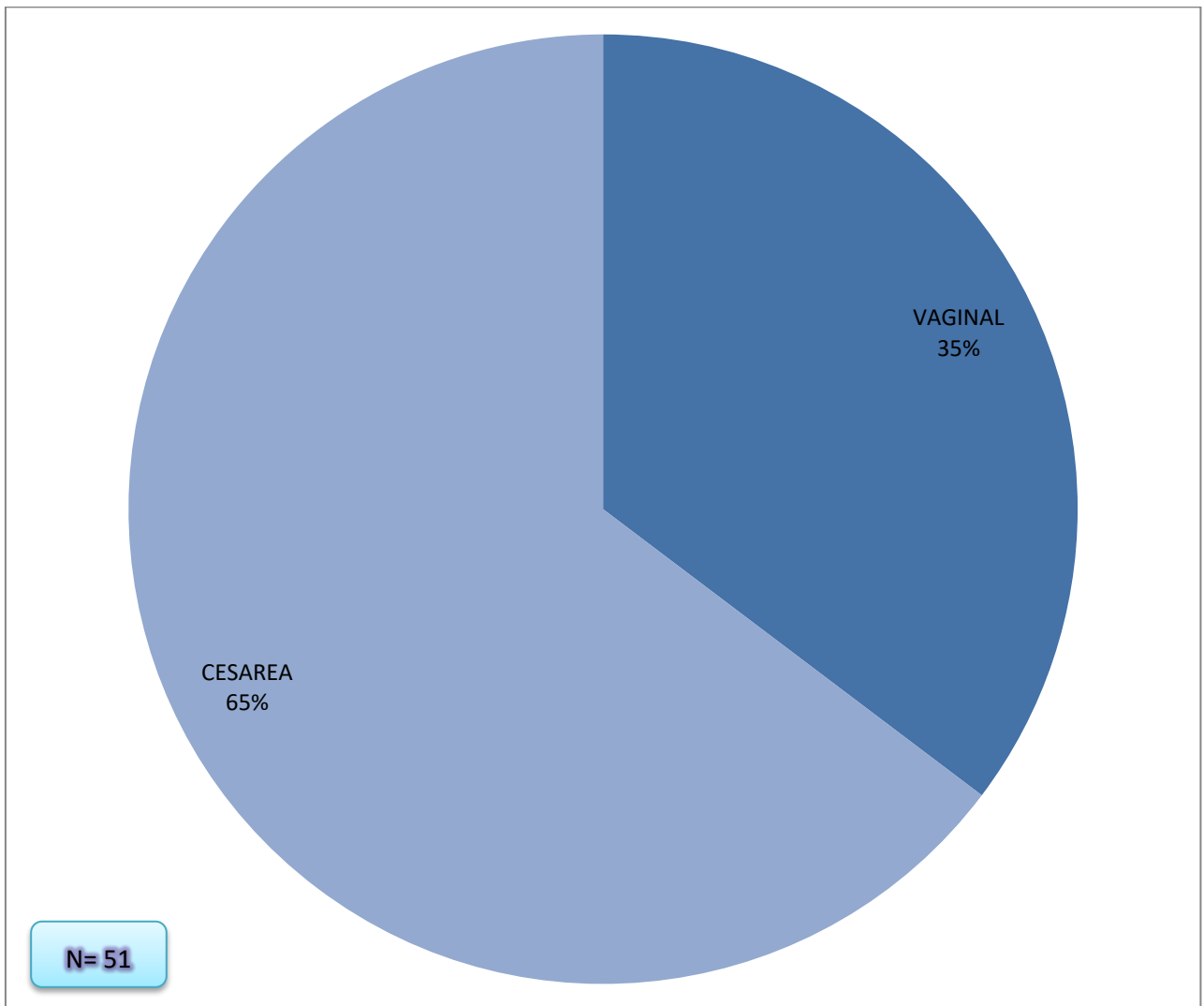


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edinburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014

Se observó que el 64% de las pacientes cursaban entre 0-15 días después del parto, el 23% entre 16-30 días y el 12% de 1-2 meses. Siendo importante determinar los días posparto para conocer cuando inician los síntomas de depresión.

GRÁFICA NO. 9

TIPO DE PARTO DE LAS MUJERES ESTUDIADAS

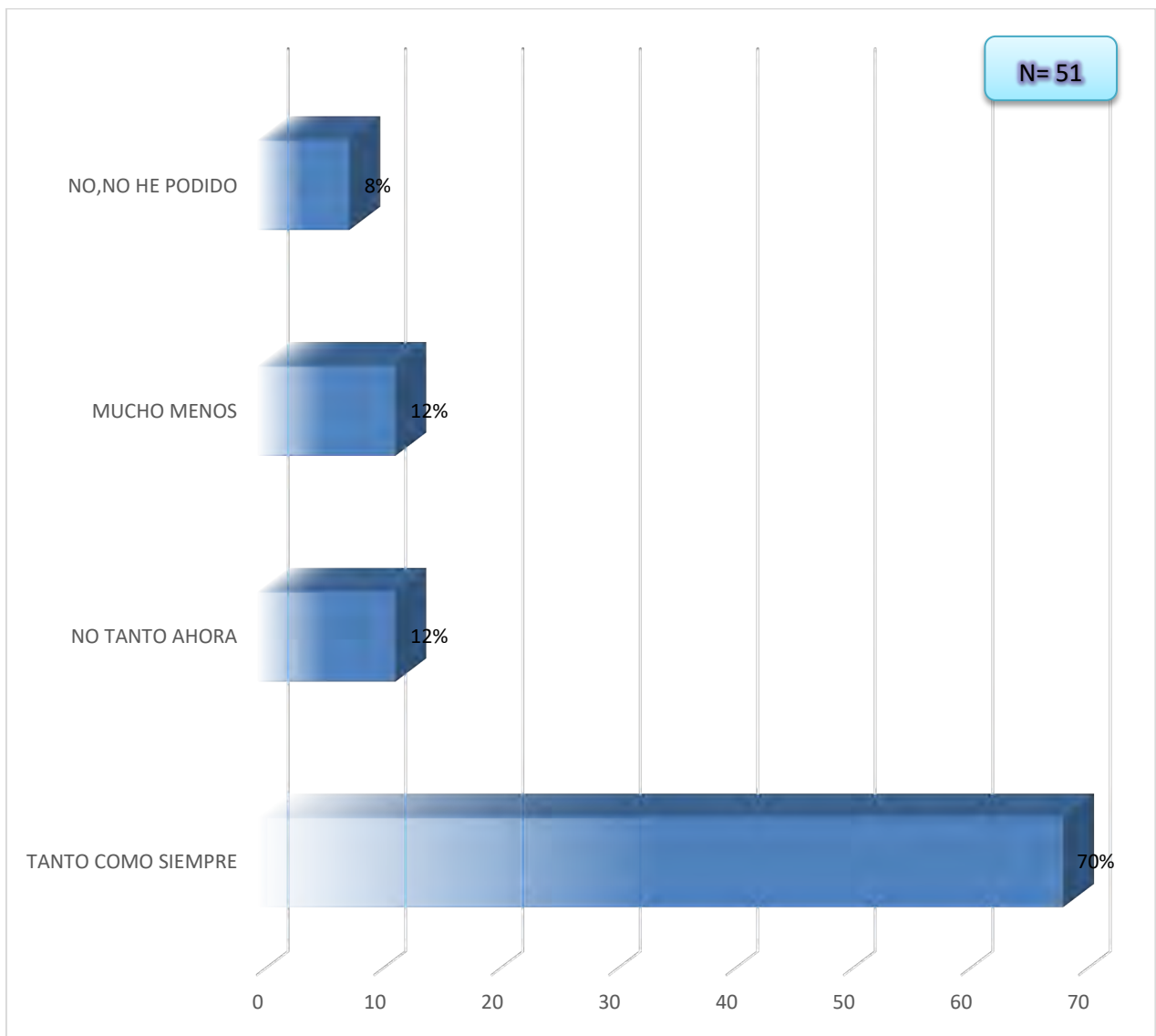


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edinburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Referente al tipo de parto se observa que al 65% de las mujeres se les realizó cesárea como parte del tratamiento para disminuir complicaciones por su enfermedad, solo un 35% tuvo un parto vaginal, dado que las pacientes presentaban riesgo mayor por el problema de hipertensión arterial que cursaron durante el embarazo.

GRÁFICA NO. 10

HE SIDO CAPAZ DE VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS



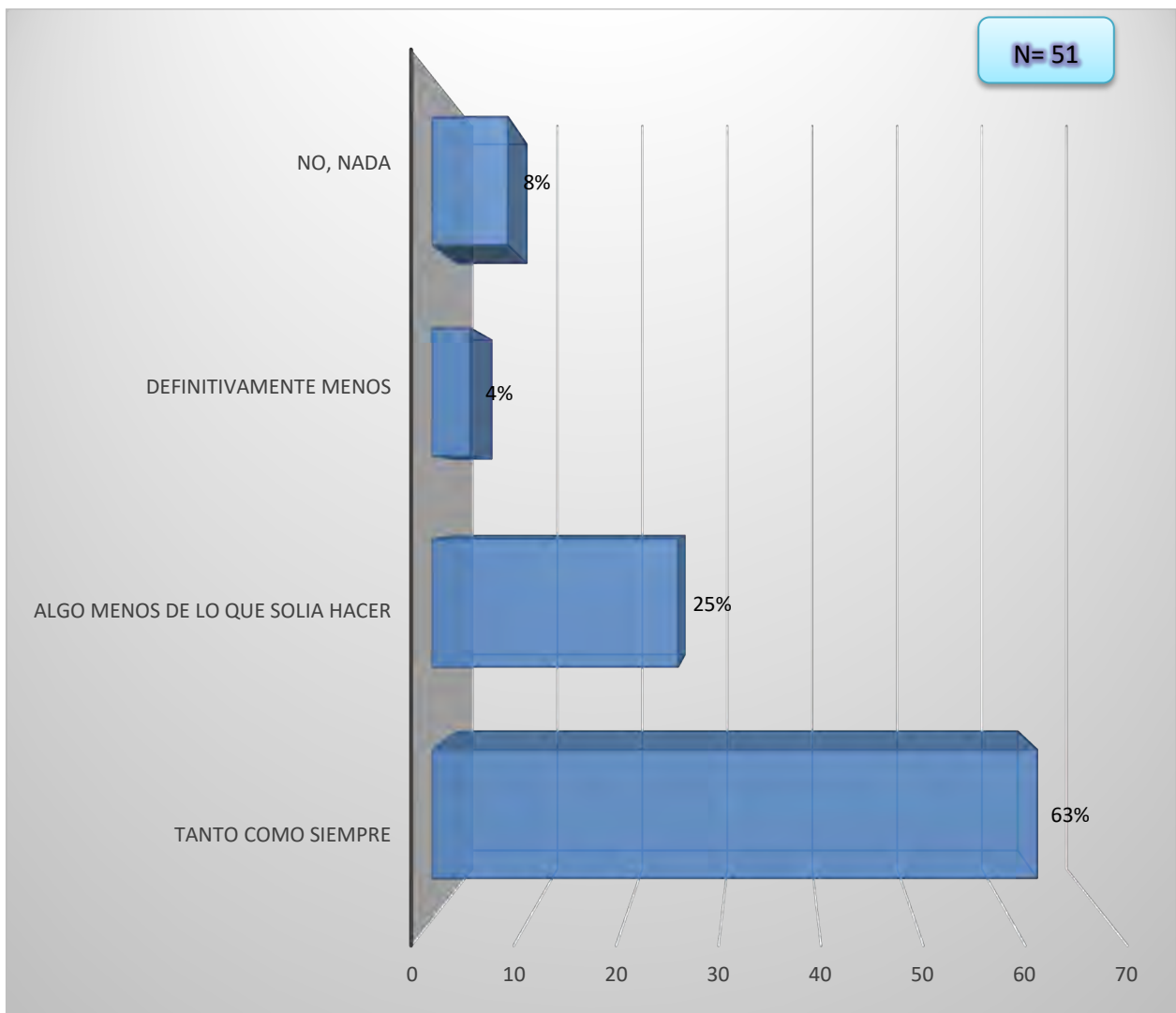
Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edinburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del

Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En cuanto a la pregunta ¿He sido capaz de ver el lado bueno de las cosas? El 70% mencionó que "tanto como siempre", mientras que el 31% no ha sido capaz de hacerlo, considerando a este porcentaje aunque es menor como factor de riesgo que puede llevar a la depresión posparto.

GRÁFICA NO. 11

HE MIRADO EL FUTURO CON PLACER



Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Se observó que el 63% han mirado el futuro con placer, en comparación de un 38% que no han planificado un futuro de su vida. Teniendo así una correlación con la gráfica anterior, ya que son síntomas que puede presentar una mujer con depresión posparto.

GRÁFICA NO. 12

ME HE CULPADO SIN NECESIDAD CUANDO LAS COSAS NO SALÍAN BIEN

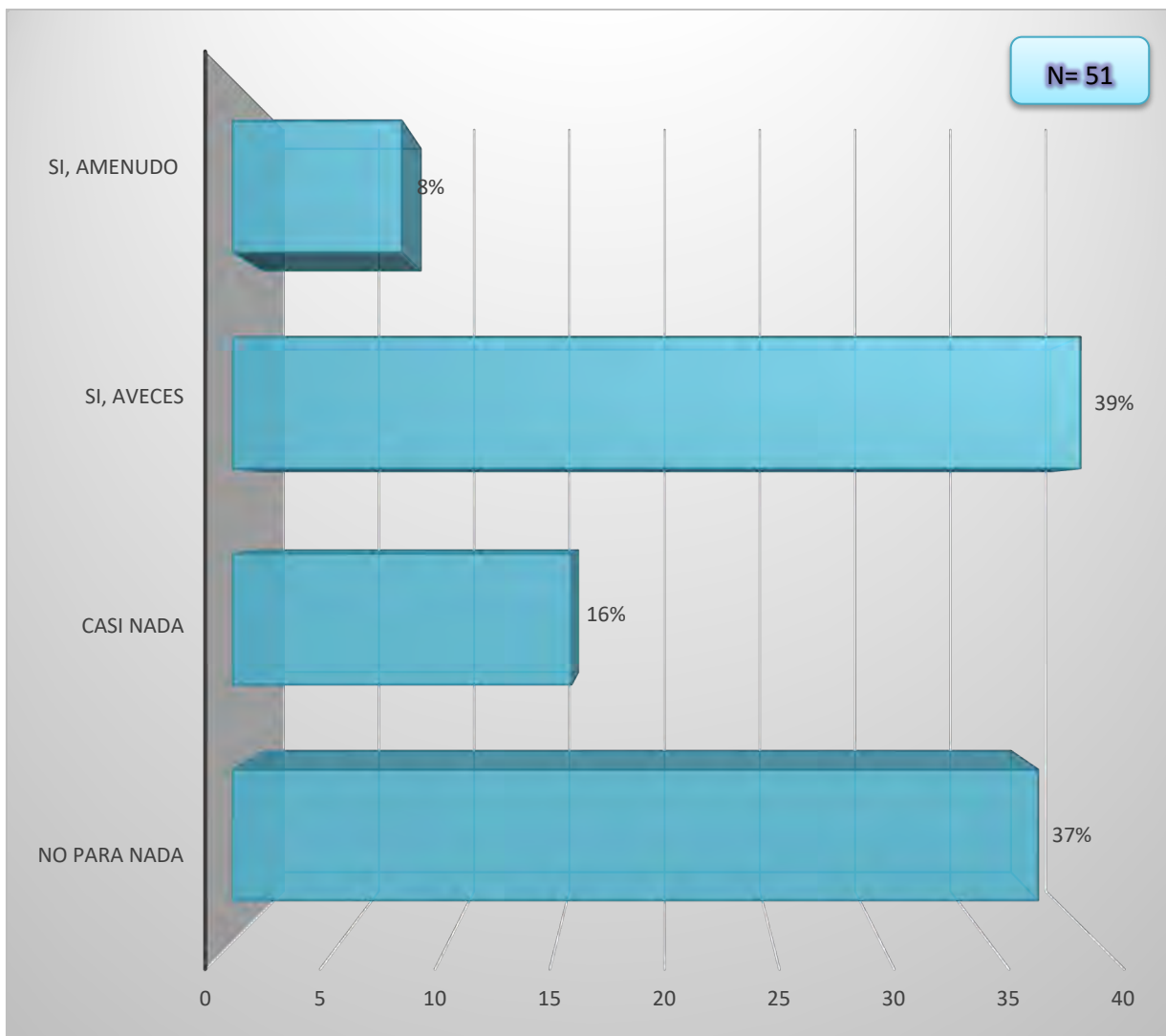


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Se observa la respuesta de las mujeres acerca de sentir culpabilidad cuando las cosas no salían bien y el 59% refirió sentirse culpable mientras que 41% que nunca ha presentado este sentimiento. Considerado otro factor de riesgo para padecer depresión posparto en las mujeres puérperas.

GRÁFICA NO. 13

HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SIN MOTIVO

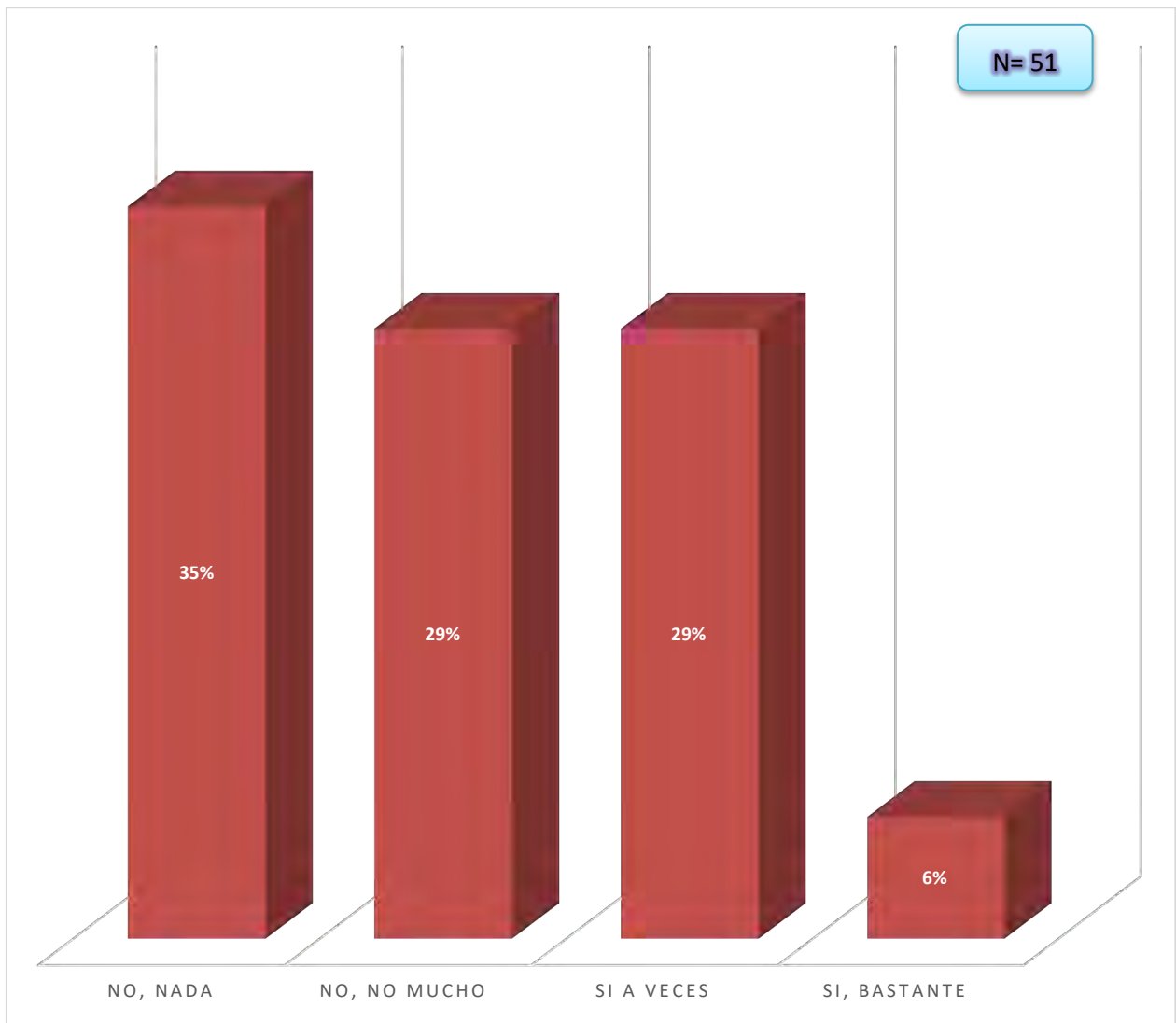


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En relación a las mujeres entrevistadas se muestra que el 59% han experimentado sentimientos de ansiedad sin motivo alguno, mientras que solo el 37.3% afirmó nunca haber sentido ansiedad. Lo que significa que más del 50% de las pacientes en posparto experimentan ansiedad y preocupación durante este proceso que están viviendo.

GRÁFICA NO. 14

HE SENTIDO MIEDO Y PÁNICO SIN MOTIVO ALGUNO

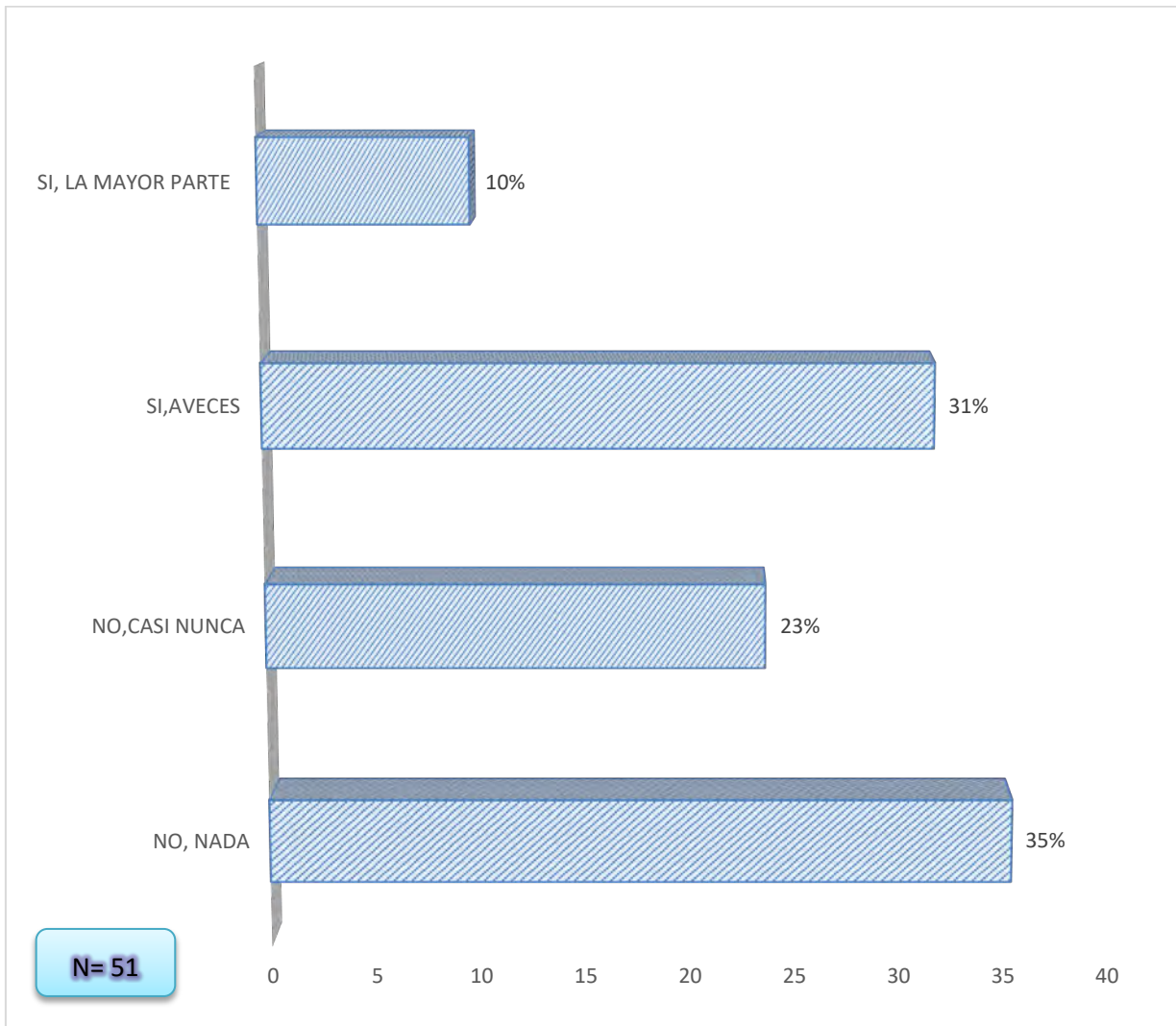


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Respecto a la pregunta planteada dentro del instrumento, ¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno? los resultados arrojaron que el 64.7% no ha sentido miedo y pánico sin motivo, contrario al 35.3% que si ha tenido dichos sentimientos.

GRÁFICA NO. 15

LAS COSAS ME OPRIMEN O AGOBIAN

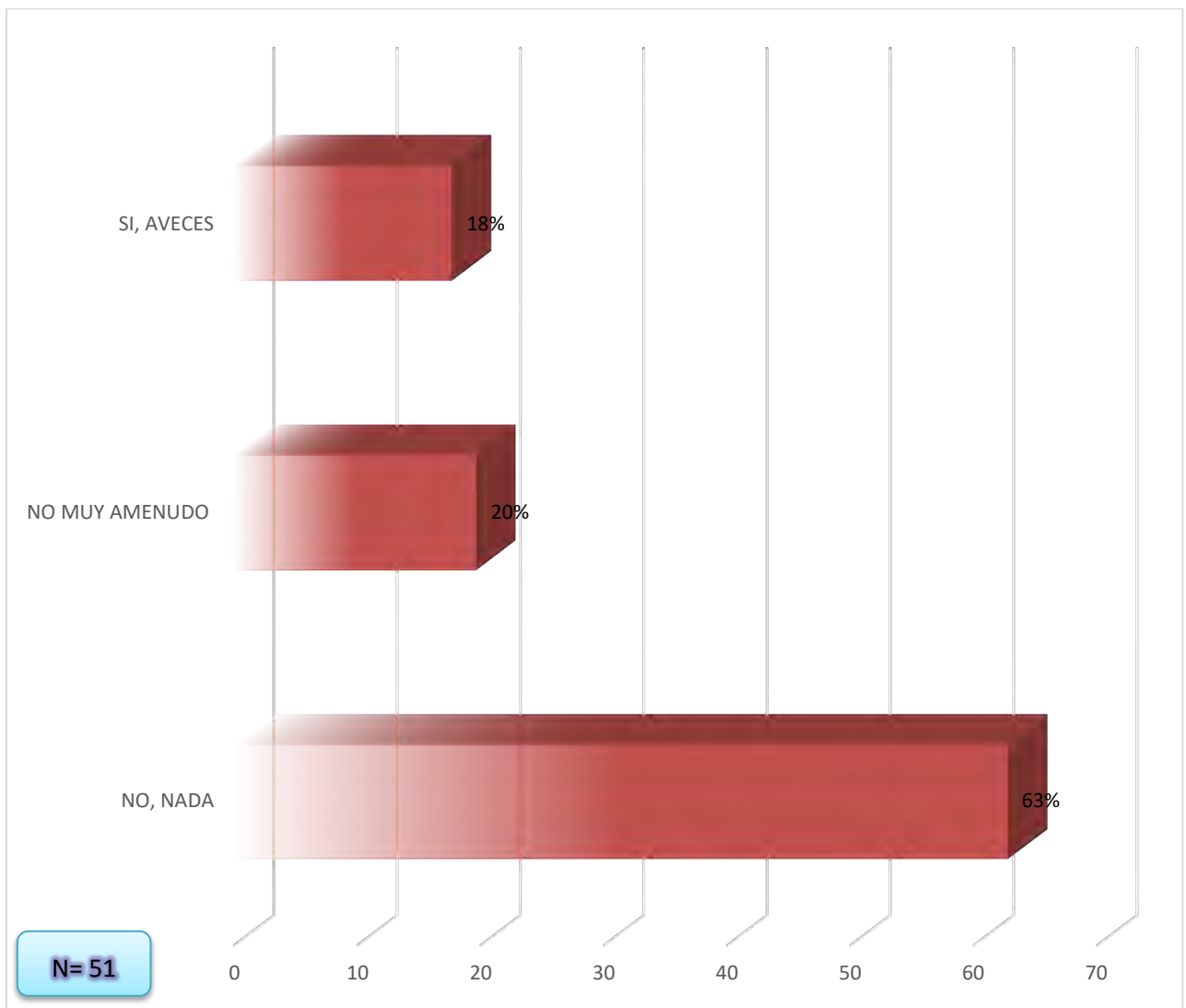


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Relativo a si las pacientes se sienten oprimidas o agobiadas se observó que el 60% menciona no haber tenido esos sentimientos, mientras que el 41% comento que si se han sentido agobiadas. Lo cual puede ser un síntoma de depresión en estas pacientes.

GRÁFICA NO. 16

ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIR

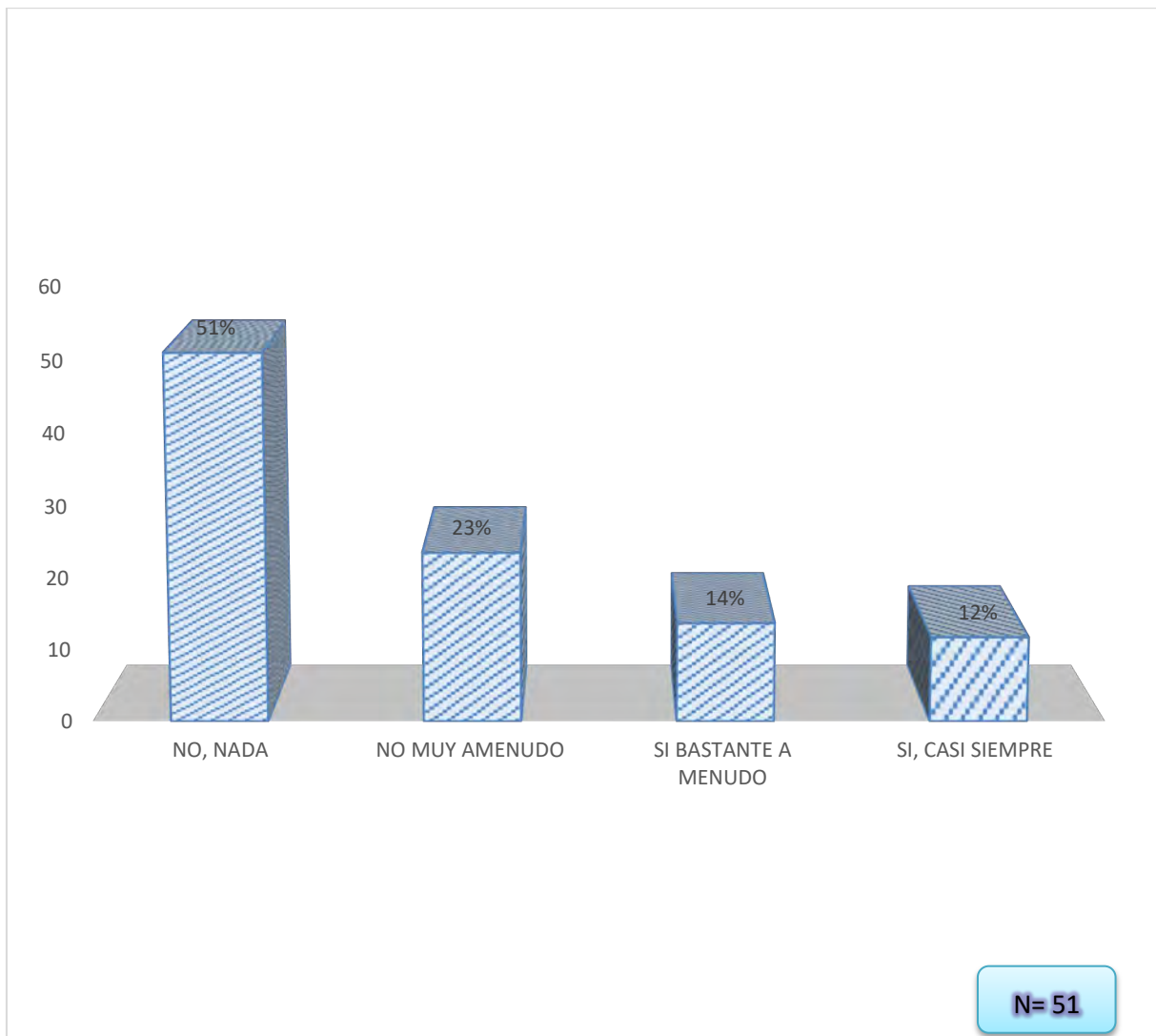


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En esta gráfica, se muestra que el 63% de las pacientes no tienen dificultad para dormir y no se han sentido tan infelices, mientras que el 37% menciono tener dificultad para dormir. Aunque es el menor porcentaje del total de las pacientes estudiadas el sentirse tan infeliz en este periodo ha provocado dificultades para conciliar el sueño siendo otro riesgo de depresión posparto.

GRÁFICA NO. 17

ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA

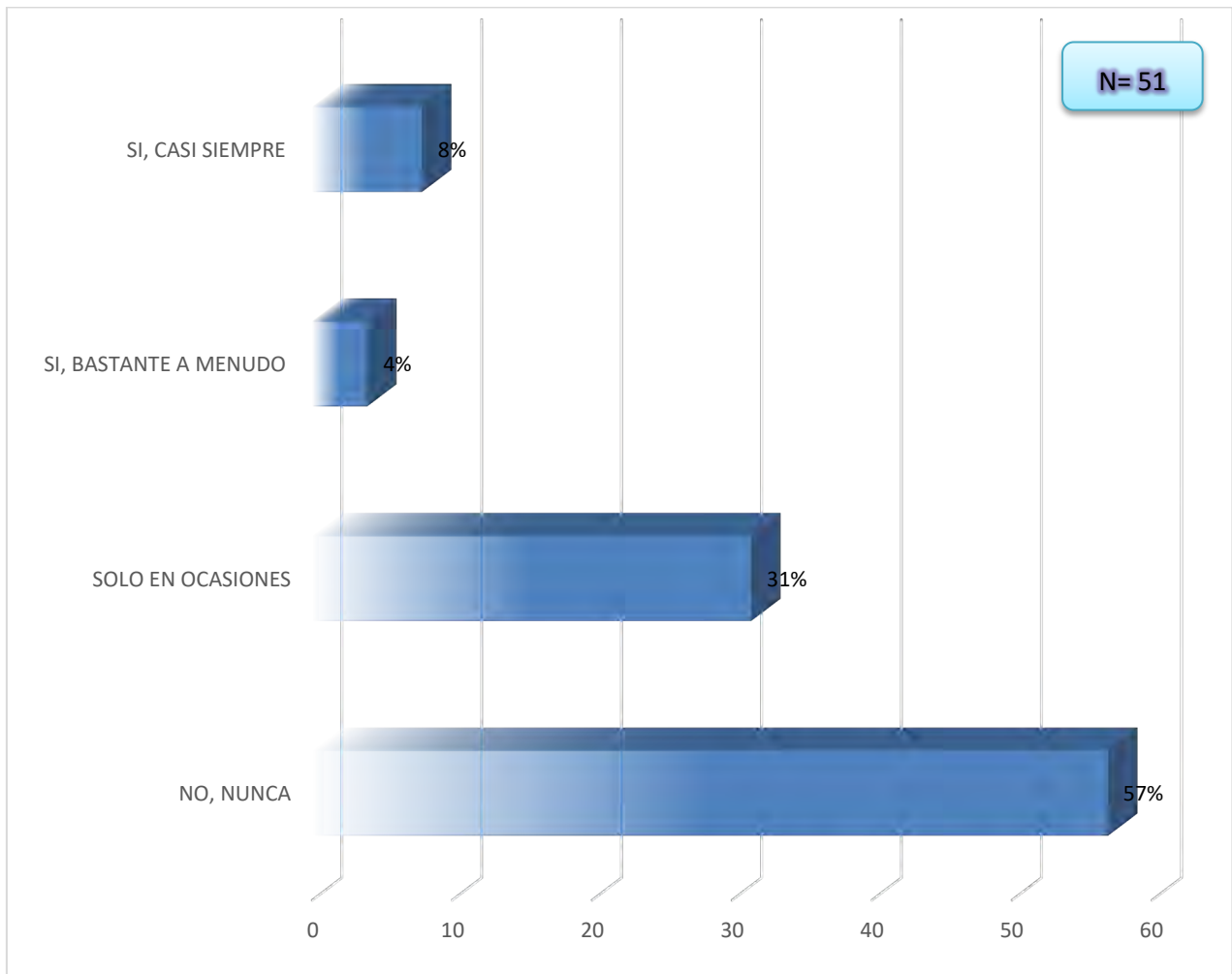


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014

En cuanto a los sentimientos de tristeza los resultados arrojan que el 51% no ha sentido tristeza en ningún momento, y el 49% mencionó haberse sentido triste. Dicho sentimiento contribuye a desarrollar depresión en este periodo.

GRÁFICA NO. 18

ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO



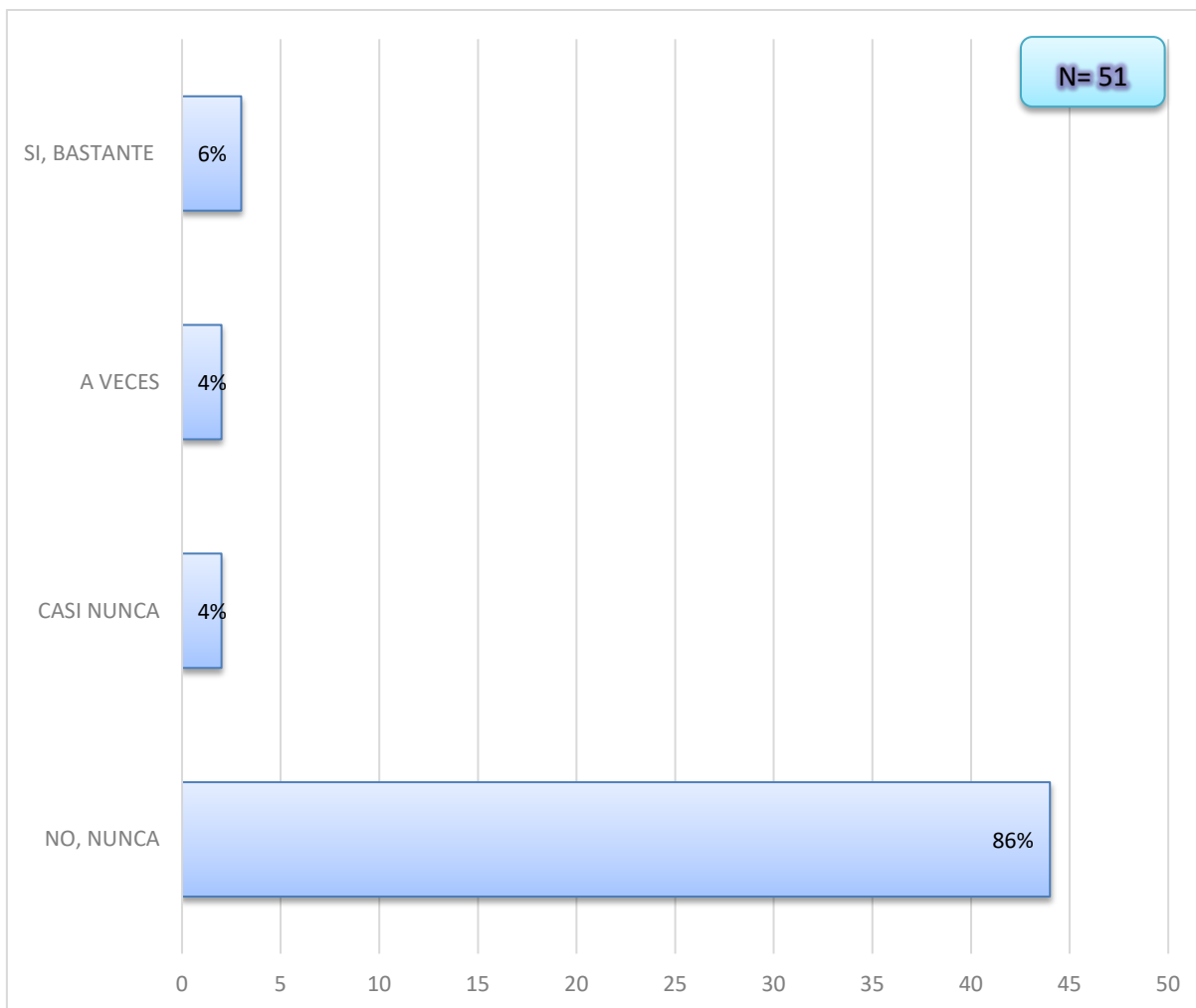
Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del

Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

En esta grafica en relación a si ¿me he sentido tan infeliz que he estado llorando? se muestra que el 57% nunca ha llorado, el 31% mencionó que solo en ocasiones y el 12% dijo que si ha estado llorando. Las pacientes en esta etapa se consideran más susceptibles aunado a otros factores sociales, que pueden provocar que aumente el riesgo de depresión posparto.

GRÁFICA NO. 19

HE PENSADO EN HACERME DAÑO A MI MISMA

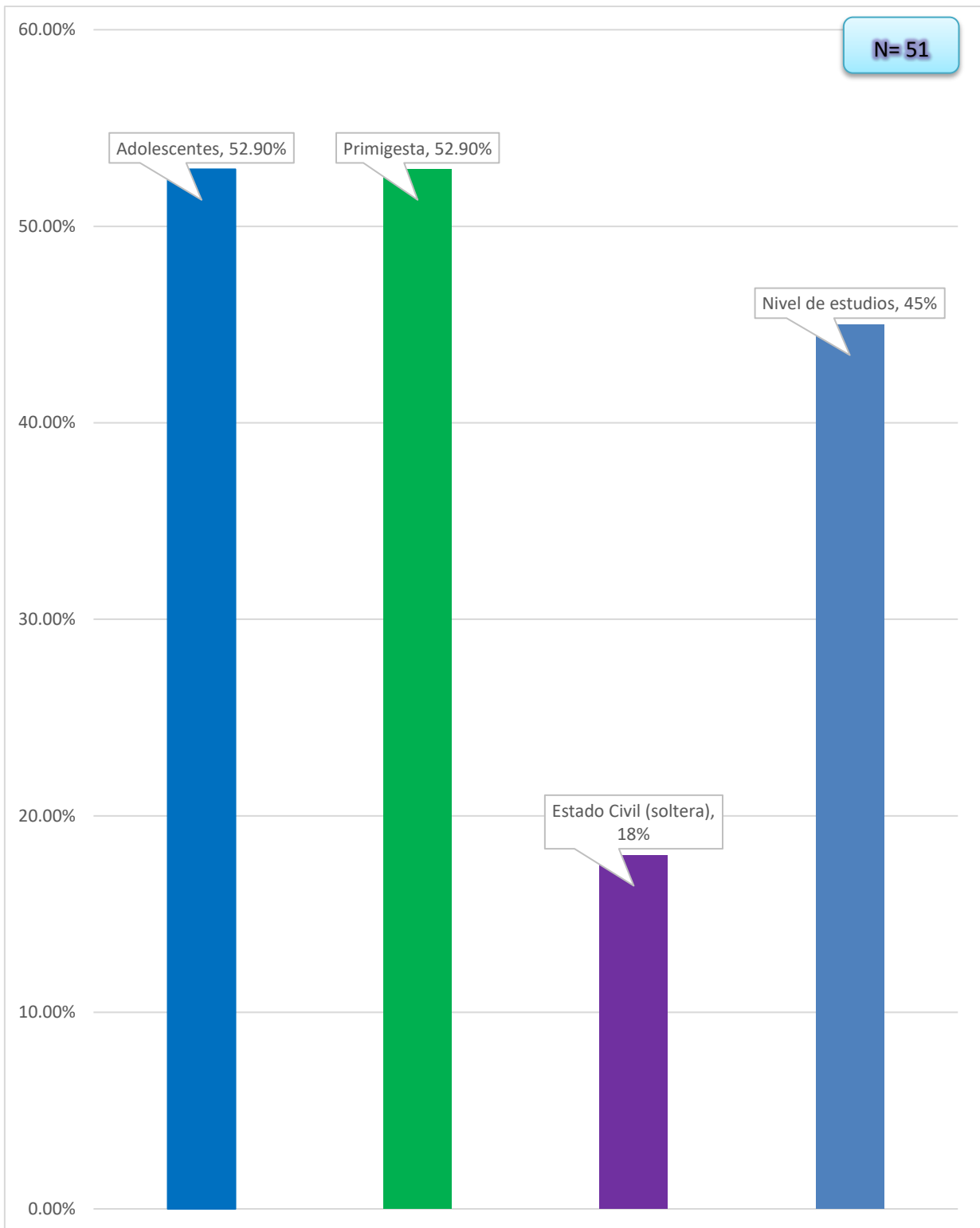


Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edimburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del

Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Relativo a si las mujeres entrevistadas alguna vez han pensado en hacerse daño a sí mismas, se encontró que el 86.3% dijo que nunca, el 7.8% lo ha pensado solo en ocasiones y el 5.9% si lo ha pensado bastante a menudo. Situación preocupante dado que el aspecto emocional no se encuentra estable en este periodo que está cursando por lo que se debe de tomar en cuenta ya que significa un riesgo mayor a la integridad de su persona debiendo tener tratamiento oportuno.

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LAS PACIENTES EN POSPARTO



Fuente: Instrumento "Escala de Depresión Posparto de Edinburgh" aplicado a las pacientes de puerperio del Hospital General de Pachuca en Febrero 2014.

Conforme a los resultados obtenidos de las 51 pacientes estudiadas el 100% presento hipertensión arterial y de éstas el 33.3% de las mujeres entrevistadas presentaron depresión posparto según la escala de Edimburgo. Lo que significa que debemos identificar el problema de manera oportuna para disminuir casos con mayor riesgo o complicaciones para la mujer o para el recién nacido, ya que la depresión posparto se relaciona en un bajo porcentaje con la hipertensión arterial durante el embarazo, de este modo dicha investigación nos ayuda a dar seguimiento más profundo de los problemas que pueden llegar a presentar una mujer con esta enfermedad, la cual afecta emocionalmente a la madre, por ser un periodo trascendente en su vida.

En cuanto a la pregunta numero 10 (he pensado hacerme daño), el instrumento menciona que cualquier número que se escoja que no sea "0" significa que es necesario hacer evaluaciones posteriores identificando en este estudio, encontrando así que aunque no sea un valor mayor, el 14% de las pacientes entrevistadas han pensado hacerse daño, situación significativa para realizar evaluaciones posteriores y estar alerta de dichas pacientes. Como se observa más detalladamente en las gráficas.

4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: A mayor incidencia de hipertensión arterial en el embarazo, mayor presencia de depresión posparto. Ya que el 100% de los pacientes presentaban hipertensión arterial y se encontró una correlación significativa con $r=.654$ en "Me he sentido tan infeliz que he estado llorando" y con "He pensado en hacerme daño a mí misma". Lo que significa que existe presencia de depresión posparto debiendo dar seguimiento a estos pacientes con evaluaciones adicionales, según el test de Edimburgo el cual mide la presencia de depresión.

4.4 DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que el 33.3% presentó DPP, aunque se conoce que durante el puerperio existen cambios bioquímicos, no se tiene conocimiento de la existencia del estrés ya que este puede desencadenar múltiples patologías tales como la hipertensión arterial en las mujeres gestantes; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la DPP, pero al aplicar la escala de Edimburgo se pudo notar un porcentaje significativo de depresión en mujeres en la etapa de posparto con enfermedad hipertensiva tal y como lo refiere Moleiro (2004) en el cual menciona en su artículo “Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial” que los resultados de la técnica del autor, evidenciaron que entre los estados que son vivenciados moderadamente en el grupo de estudio (hipertensos) se destaca la ira con el 60%, la angustia 52% y el abatimiento 48%. Se constató que los niveles de depresión de los pacientes hipertensivos oscilan entre moderada distimia depresiva (76%) con un predominio de esta, y síntomas situacionales depresivos (24%).

Evans (2003) constató resultados similares ya que de las mujeres entrevistadas 106 reunían los criterios de inclusión para este estudio. De las cuales el 66.6% presentaban depresión puerperal además de haber padecido alguna patología durante el embarazo. Del grupo estudiado, el 35.7% de las mujeres solteras, presentaron DPP.

Urdaneta (2011) en su artículo “Factores de riesgo de DPP en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo” reportó un 91% de DPP mediante el test de Edimburgo, confirmada mediante el DSM-IV con un 22% de las cuales padecían alguna patología, no contar con apoyo de su pareja, un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa. Lo cual coincide con este estudio ya que se encontraron similitudes.

Barra (2008) en su estudio constató que alrededor de un 30% a un 40% de las gestantes presentan síntomas ansiosos depresivos durante el embarazo. De las cuales solo el 10- 15% desarrollan DPP.

4.5 CONCLUSIONES

Uno de los factores de riesgo para presentar la depresión posparto fue la edad encontrando que el 88.2% de las pacientes, su mayor incidencia de embarazos oscila entre 15 y 35 años, aunque la etapa ideal para embarazarse corresponde a la edad de 20 a 35 años para evitar una de las complicaciones como hipertensión arterial. También se observó que el 52.9% de las mujeres entrevistadas son adolescentes y estas presentan depresión posparto, el 23.52% rebasan la edad ideal de 35 años, todas ellas obtuvieron un puntaje mayor a 10 en el test de Edimburgo lo que significa que dichas pacientes padecen DPP.

Otro factor de riesgo es el ser primigestas, ya que se observó que un 52.9% de las mujeres con depresión posparto cursan su primer embarazo.

En cuanto al estado civil se encontró que más de la mitad de las mujeres tienen pareja, y solo el 18% de las mujeres son solteras lo cual también es un factor de riesgo de padecer depresión posparto, como se ha encontrado en diferentes estudios

Respecto al nivel de estudios se encontró que mientras menos preparación académica, mayor riesgo para presentar DPP. Debido a la falta de conocimiento sobre enfrentar una nueva experiencia como lo es el embarazo, además de presentar una complicación hipertensiva.

En relación con quien viven las mujeres estudiadas, más del 50% viven con su pareja y sus suegros teniendo oportunidad de apoyo económico y emocional, así mismo se reflejó un porcentaje poco significativo que no cuentan con el apoyo emocional que brinda una pareja, siendo este último otro factor de riesgo de depresión posparto, que puede considerarse para otros estudios.

Respecto a los días de posparto, se detectaron varios factores de riesgo en las mujeres que cursan posparto como el hecho de sentirse culpables cuando las cosas no salían bien, provocándole un estado de ansiedad y preocupación sin motivo. Siendo este un síntoma relacionado con depresión posparto se reflejó con

un mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas, reportando el haber sentido todos estos sentimientos sin motivo alguno.

Otro de los factores de riesgo mencionados fue el sentir miedo y pánico sin motivo alguno, aunque se encontró en 35.5% es importante retomarlo como factor de riesgo. En cuanto a la dificultad para dormir solo el 38% menciona tener dicha dificultad.

En distintas situaciones que se les presenta a las mujeres que viven una etapa de puerperio, demuestran culpabilidad sin necesidad, cuando dichas situaciones no salen como lo esperan.

En este estudio se encontró un 43% de las mujeres que se han sentido infelices y han estado llorando, situación considerada como factor de riesgo a la DPP.

En relación a todos estos factores mencionados anteriormente, aunque los resultados oscilan entre 30 y 40% se consideran signos de alerta en la que se debe detectar a las pacientes embarazadas para disminuir mayor riesgos de DPP.

Dentro de las variables estudiadas se encontró que existen factores de riesgo que pueden provocar la depresión en las pacientes que cursan posparto, por lo que debe considerarse más adelante seguir investigando la depresión en mujeres puérperas que lleve a dar pautas de intervención oportuna.

Las mujeres puérperas refieren sentir tristeza, siendo este otro síntoma de depresión posparto, el cual es inicial para desarrollar una depresión posparto.

Siendo así las 51 pacientes estudiadas el 100% presento hipertensión arterial y de estas el 33.3% de las mujeres entrevistadas presentaron depresión posparto según la escala de Edimburgo. Lo que significa que debemos identificar el problema de manera oportuna para disminuir casos con mayor riesgo o complicaciones para la mujer o para el recién nacido, ya que la depresión posparto se relaciona en un bajo porcentaje con la hipertensión arterial durante el embarazo, de este modo dicha investigación nos ayuda a dar seguimiento más profundo de los problemas que pueden llegar a presentar una mujer con esta

enfermedad, la cual afecta emocionalmente a la madre, por ser un periodo trascendente en su vida.

4.6 PROPUESTAS

Consideramos que si bien la población de nuestra muestra es escasa es un enfoque inicial para ver la real magnitud de este problema. Por lo consiguiente se idearon las siguientes propuestas para disminuir el índice de depresión posparto

- Aplicar la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgh”, a todas las pacientes que cursen por periodo posparto. Y canalizar con psicología a las mujeres que tengan un resultado positivo o se detecten riesgos para desarrollarla.
- Capacitar al personal de enfermería para brindar cuidados holísticos a las pacientes que cursan el periodo posparto.
- Implementación de atención psicológica antes, durante y después del parto.
- Crear grupos de apoyo que ayuden a las mujeres que tengan riesgo o cursen DPP.
- Trabajar como equipo multidisciplinario para la promoción del acercamiento sin temor de la madre y su hijo, apoyar a la madre que encuentre su rol de manera natural, y al mismo tiempo se promueve y se da apoyo a la pareja y a los familiares cercanos.

CAPÍTULO V GLOSARIO

- **Alumbramiento:** Consiste en la expulsión de la placenta, cordón y membranas.
- **Angustia:** Temor opresivo sin causa precisa, aprieto, aflicción, o ansiedad.
- **Anhedonia:** Pérdida del interés.
- **Ansiedad:** La ansiedad se manifiesta a través del miedo, al castigo o a merecerlo (no se sabe cómo será éste). Las mujeres con síntomas de ansiedad muestran conductas paranoicas o temor a la muerte; lo manifiestan en un gran número de situaciones diversas.
- **Autoagresión (Hacerse daño):** La autoagresión es una conducta que incluye el daño tisular o alteración deliberada del propio cuerpo sin intención de cometer suicidio. Esta definición está compuesta por algunos puntos claves.
- **Culpabilidad:** Supone un estado afectivo consciente o inconsciente ante la creencia de haber infringido alguna ley, principio ético o norma, sean estas reales o imaginarias, y que produce malestar continuado.
- **Depresión posparto:** Esta depresión consiste en un periodo transitorio y corto durante los primeros días del puerperio y dura de dos a tres días se caracteriza por llanto, insomnio, falta de apetito y falta de interés.
- **Depresión:** Se deriva del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento». Es un estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responde a una causa real explicable que puede ser transitorio o permanente.
- **Disforia:** Cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos de tristeza, pena, angustia, malestar psíquico acompañado por sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad. Se desconoce la relación existente entre estado de

ánimo disfórico persistente e intenso y el afecto disfórico continuo que se observa en la depresión mayor y en otras enfermedades psiquiátricas.

- **Embarazo:** Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.
- **Feto:** Producto de la concepción, el cual transcurre desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria hasta antes de que se produzca el nacimiento.
- **Hipertensión arterial:** Padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes; $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg.
- **Isquemia placentaria:** Estrechamiento de las arterias que reduce el abastecimiento de sangre.
- **Melancolía, tristeza o “Baby-blue”:** Es la manifestación temporal de un estado de llanto, cambios de humor, ansiedad e irritabilidad observados con frecuencia en los primeros días posteriores al parto.
- **Miedo:** Es definido clínicamente como una perturbación angustiosa del ánimo debido a un riesgo o daño real o imaginario.
- **Múltipara:** Mujer que pare por segunda o más veces.
- **Parto:** El parto se define como el acto fisiológico de la mujer mediante el cual, el producto de la concepción ya viable es desalojado del útero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

- **Preeclampsia:** Es un síndrome que ocurre después de la semana 20 de gestación. Se caracteriza por aumento de la presión sanguínea acompañada de proteinuria, la elevación de la presión arterial durante la gestación se define como la presión arterial sistólica mayor a 140mmHg y la diastólica a 90mmHg en mujeres previamente normotensas.
- **Primípara:** Mujer que pare por primera vez.
- **Prostaciclina:** Vasodilatador e inhibidor de la agregación de plaquetas.
- **Psicosis posparto:** Es la más grave, se caracteriza porque no se diferencia clínicamente de otras psicosis, por lo tanto requiere inmediata atención médica.
- **Puerperio:** Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno vuelva a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.
- **Tristeza:** Alteración de la afectividad en que se produce un descenso del estado de ánimo, que puede incluir también pesimismo, desesperanza y disminución de la motivación.
- **Tromboxano:** Vasodilatador y estimulante de la agregación de plaquetas.
- **Vasoespasmio:** Contracción tónica de la pared.

CAPÍTULO V REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Alva, M. (2007) Y después del embarazo ¿Qué?. México: Trillas.
- Anderson, D. (2003). Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. España: Elsevier España.
- Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Barra, F. & cols. (2008) Depresión posparto: Hacia un tratamiento integral, Recuperado desde: <http://www.vinculoapoyoposparto.es/depresion-posparto-hacia-un-tratamiento-integral>
- Burroughs (2002) Enfermería materno infantil. México: McGraw-Hill
- Canaval, G & Cols. (2000) Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Colombia Medical
- Carvallo E. & Risquez D. (2008) Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos. Recuperado desde: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_35.pdf
- Evans M. & Cols. (2003) Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud, Recuperada desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006
- González, J. (2000). Psicología en la edad adulta. Madrid, España: Paraninfo
- INEGI. (2010). Día Internacional de la mujer. Pachuca Hgo, Recuperado desde: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:faCR_MpqhwkJ:www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2012/mujer0.doc+inegi+depresion+postparto+2010&hl=es419&gl=mx&pid=bl&srcid=ADGEESgJbZqR50mhOtWhAPi8lirbmVJ3--jCqsWKFipZhguC8A
- Jadresic E. (2010) Depresión en el embarazo y el puerperio. Recuperado desde: <http://dx.doi.org/10.4067/5017-92272010000500003>

- J.L. Cox, J.M. Holden y R. Sagovsky (1987) Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh. Escocia.
- Karabaic, C. (2006) ¿Qué es el sentimiento de Culpa? Recuperado desde: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final2.pdf>
- Molerio O. & cols. (2004) Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial, Recuperada desde: http://issuu.com/kikeportal/docs/revista_psicolog__a_2008
- Moreno, A. & cols. (2004) Depresión Postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. Recuperada desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262004000300005
- NOM-030-SSA2-1999 (2000) Recuperado el 20 de Diciembre de 2013 desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
- Ortega L. & cols. (2001) Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Recuperado desde: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr011-01.pdf>
- Ramírez F. (2002). Obstetricia para la enfermera profesional. México: Manual moderno
- Real Academia Española. Recuperada desde: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=angustia>
- Shibley J. (2003). Sexualidad humana. México: McGraw-Hill Interamericana
- Thiele, K. (2010) Maternidad Tabú. México: Urbano
- Urdaneta, J., Rivera Ana & cols. (2010). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. Recuperada desde: <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/486>
- Wolff, C. & cols. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. Recuperada desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262009000300004&script=sci_arttext

- Zaccagnini, M. (2010). El miedo. Recuperada desde:
www.escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/09/el-miedo-y-como-trascenderlo.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

LEY GENERAL DE SALUD

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984

TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF 15-01-2014

TITULO III

CAPITULO V Atención Materno-Infantil

ARTICULO 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual.
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

ARTICULO 63. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

ARTICULO 65. Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

- I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil.
- II. Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes.

III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas.

CAPITULO VII Salud Mental

ARTICULO 72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

ARTICULO 73. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.

IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

ARTÍCULO 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II.- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII.- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondiente.



ANEXO 2

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Área académica de Enfermería
Licenciatura en Enfermería



Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

No. Cuestionario _____

Pachuca, Hidalgo a _____ de _____ del 2014

Nombre: _____ Edad: ____ Estado Civil _____ Ocupación: _____ Nivel de Estudios _____ Casa Propia: SI NO Con quien Vive _____ No. De Hijos ____ Días de Posparto: _____ Tipo de parto _____

Instrucciones: Por favor MARQUE (X) la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo cómo se ha sentido hoy. Por favor complete las preguntas de manera honesta

Objetivo: El siguiente cuestionario se realizara con el fin de detectar si existe depresión postparto

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas: Tanto como siempre ___0 No tanto ahora ___1 Mucho menos ___2 No, no he podido ___3 | No, nunca ___0 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo: No, para nada ___0 Casi nada ___1 Sí, a veces ___2 Sí, a menudo ___3 | No, casi nunca ___1 No, nada ___0 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir: Sí, la mayoría de las veces ___3 Sí, a veces ___2 No muy a menudo ___1 No, nada ___0 | Sí, bastante a menudo ___2 Sólo en ocasiones ___1 No, nunca ___0 10. He pensado en hacerme daño a mí misma: Sí, bastante a menudo ___3 A veces ___2 Casi nunca ___1 No, nunca ___0 |
| 2. He mirado el futuro con placer: Tanto como siempre ___0 Algo menos de lo que solía hacer ___1 Definitivamente menos ___2 No, nada ___3 | 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno: Sí, bastante ___3 Sí, a veces ___2 No, no mucho ___1 No, nada ___0 | 8. Me he sentido triste y desgraciada: Sí, casi siempre ___3 Sí, bastante a menudo ___2 No muy a menudo ___1 No, nada ___0 | |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien: Sí, la mayoría de las veces ___3 Sí, algunas veces ___2 No muy a menudo ___1 | 6. Las cosas me oprimen o agobian: Sí, la mayor parte de las veces ___3 Sí, a veces ___2 | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando: Sí, casi siempre ___3 | PUNTAJE TOTAL: _____ |

¡¡GRACIAS POR PARTICIPAR!!



ANEXO 3
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Área académica de Enfermería
Licenciatura en Enfermería



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pachuca, Hidalgo a ____ de _____ del 2014

Estimada usuaria:

Somos pasantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se está realizando una investigación sobre “Incidencia de depresión postparto en mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca Hgo”.

El objetivo del estudio es determinar la incidencia de la depresión postparto en mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo. Ha sido seleccionada para participar en esta investigación la cual consiste en contestar unas preguntas que le tomará aproximadamente 15 minutos. Usted puede contestar solamente las preguntas que desee.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo. No recibirá compensación económica por participar. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar al siguiente número 0447751231720.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Incidencia de depresión postparto en mujeres que han cursado enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital General de Pachuca Hgo. He recibido copia de este procedimiento.

NOMBRE Y FIRMA