

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.**

**UNAN - MANAGUA**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD**

**LUIS FELIPE MONCADA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA  
EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL.**

**TEMA: SALUD DE LA MUJER.**

**SUB TEMA: FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST – PARTO DE  
MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUMBERTO ALVARADO VÁZQUEZ.  
MASAYA. II SEMESTRE 2015.**

**Autores:**

Bra. Belkis Kelita Zamora López.

Bra. Shaaron Lucia Molina Briones.

Br. Erick Mauricio Parrales González.

**Tutora:** Msc. Sandra Reyes Álvarez

**ENERO 2016**

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	i
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iv
<b>VALORACIÓN DOCENTE</b> .....	v
<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>ANTECEDENTES</b> .....	3
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	5
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	7
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	8
<b>PREGUNTAS DIRECTRICES</b> .....	9
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	10
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	10
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	11
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	20
<b>DESARROLLO DE SUBTEMAS</b> .....	27
<b>I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS</b> .....	29
<b>1. DISFORIA POST NATAL</b> .....	32
<b>II. PRINCIPALES FACTORES PSICOSOCIALES, OBSTÉTRICOS Y PUERPERALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN</b> .....	37
<b>III. ESTADO DE ÁNIMO MEDIANTE LA ESCALA DE EDIMBURGO</b> .....	44
<b>IV. TRATAMIENTO</b> .....	46
<b>V. APOYO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO</b> ...	56
<b>DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b> .....	62
<b>CONCLUSIONES</b> .....	90
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	92
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	93
<b>ANEXOS</b> .....	96

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedicamos a Dios, por darnos la fuerza y sabiduría, por enseñarnos a desafiar las adversidades sin perder nunca la voluntad de continuar. Además por haber puesto en nuestras vidas, personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, quienes nos brindaron los medios necesarios para continuar nuestra formación como profesionales en la carrera de Enfermería materno – infantil.

**Bra. Belkis Kelita Zamora López.**

**Bra. Shaaron Lucia Molina Briones.**

**Br. Erick Mauricio Parrales González.**

## AGRADECIMIENTOS

### **A Dios:**

Por bendecirme, por ser mi luz y mí guía en medio de la oscuridad, por ser mi fortaleza y mi sostén en los momentos difíciles, por darme la oportunidad de alcanzar una meta más.

### **A mi padre y hermanos:**

David Zamora López: por sus consejos y sabias enseñanzas durante este camino y el que está aún por venir. Gracias por el apoyo y por demostrarme que siempre estarán conmigo en las buenas o en las malas.

### **A mi bisabuelo:**

**Enrique López:** quien a pesar de no estar conmigo, gracias por tu apoyo abuelito, por tus consejos brindados los cuales siempre pondré en práctica durante toda mi vida.

**A mi abuela: Petrona López Taleno:** quien me ha apoyado en las buenas y en las malas por todos sus consejos brindados.

**A mi novio:** Julio Armando Cano: por sus consejos, por tu paciencia durante las noches de desvelo, desvelándote conmigo para que no estuviera estudiando sola, gracias. Por su apoyo incondicional, y por creer en mí en cada momento.

**A mi tutora Msc. Sandra Reyes Alvares:** Gracias por su tiempo, dedicación y sobre todo gracias por compartir sus conocimientos.

**A mis amigos:** Por todos los momentos compartidos momentos que sin duda alguna serán inolvidables. En especial a Shaaron Molina y Erick Pinales por haber sido mis compañeros de Seminario de Graduación.

**Bra. Belkis Kelita Zamora López.**

## AGRADECIMIENTOS

Le agradezco primero a **Dios**, por haberme iluminado y dotado de paciencia y perseverancia para alcanzar mis objetivos.

**A mi madre**, Estela Aguirre que aunque no esté físicamente ha sido mi guía y cimiento en mi formación.

**A mi abuela**, Lucia Dávila por siempre apoyarme y creer en mí.

**A mi hija** Estela Luciana Molina y **mi esposo** Jorge Molina por su apoyo incondicional.

Un especial agradecimiento **a todos mis docentes** que me han apoyado de una u otra manera, estuvieron presente en mi formación académica, así como en la realización de este trabajo.

**Al Lic. Membreño** docente de enfermería del Hospital Humberto Alvarado Vázquez, por su apoyo.

Gracias también **a mis queridos compañeros** de estudios, por todas las experiencias que vivimos juntos, las cuales perduraran a través del tiempo.

**Bra. Shaaron Lucia Molina Briones.**

## **AGRADECIMENTOS**

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación, a mi profesora: Msc. Sandra Reyes Álvarez. Por haber compartido sus conocimientos y amistad.

Gracias a Lic. Membreño y al apoyo de personal de salud por habernos brindado la oportunidad de desarrollar nuestra tesis en el hospital Humberto Alvarado Vásquez.

A Belkis y Shaaron por haber sido excelentes compañeras de tesis, por haberme tenido la paciencia necesaria y por motivarme a seguir adelante.

**Br: Erick Mauricio parrales González**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD**

**LUIS FELIPE MONCADA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.**

**VALORACIÓN DOCENTE**

El Seminario de Graduación, constituye la última actividad académica que realizaron las estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería Materno Infantil.

Considero que las autoras del presente trabajo, han logrado cumplir con los propósitos fundamentales del Seminario de Graduación, al utilizar los conocimientos y experiencias producto de su carrera, en la identificación, análisis y proposición de soluciones del sub tema en estudio, demostrando capacidad, madurez intelectual, creatividad científica y profesional dentro del campo estudiado.

El presente Seminario de Graduación realizado por los alumnos se titula:

**TEMA:** SALUD DE LA MUJER

**SUBTEMA:** Factores asociados a la depresión post-parto de mujeres en edad fértil.  
Hospital Humberto Alvarado Vázquez. Masaya. I y II semestre 2015.

**AUTORE:** Belkis Kelita Zamora López  
Shaaron Lucia Molina Briones  
Erick Mauricio Parrales González

Considerando que han cumplido con los requisitos científicos y metodológicos, se extiende el presente aval, que les acredita para la entrega de 3 ejemplares de Seminarios de Graduación empastados y 2 CD.

Sin más a que hacer referencia.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 8 días del mes de febrero del 2016.

---

Msc. Sandra Reyes Álvarez

Tutora. Depto. de Enfermería.

POLISAL UNAN MANAGUA

## RESUMEN

La depresión post-parto es un trastorno mental caracterizado por tristeza, fatiga y llanto constante. Por este motivo, se realizó el estudio cuantitativo sobre los factores asociados a la depresión post-parto en mujeres de edad fértil, utilizando una muestra de 110 pacientes entre las edades 15 a 40 años ingresados en el servicio de ginecología para el control del puerperio y, como instrumentos, una guía de entrevista y la escala de depresión post-natal de Edimburgo, obteniendo los siguientes resultados: a) El riesgo de depresión post-parto en la población estudiada fue de 45%; b) la población con mayor riesgo de este trastorno se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 20 años, el estado civil que predomina es el de casada y con un nivel de escolaridad entre primaria y secundaria, en su mayoría amas de casa; c) las pacientes que se encontraban en el puerperio del primer hijo presentaron un riesgo mayor, que las pacientes en el puerperio del segundo o tercer hijo. Finalmente, se observó que la diferencia entre vía de resolución del embarazo de las pacientes que presentaron riesgo de depresión pos-parto no fue mayor al 25% entre cesárea y parto.

Pretendemos que con ayuda de este estudio la Institución Hospitalaria, ponga en práctica la aplicación de la Escala Post-natal de Edimburgo para la detección temprana de la depresión post-parto, con el fin de darle la atención necesaria a las pacientes que lo ameriten evitando así, los estadios más graves de este trastorno.

---

Palabras claves: Depresión- Puerperio-Estado de ánimo

## INTRODUCCIÓN

La depresión en el período de post-parto, es más frecuente en la mayoría de las mujeres que la padecen después del parto. Esta afección es más que solo una sensación de tristeza o melancolía por unos días, pues algunas mujeres no se dan cuenta que tienen depresión. Los familiares o amistades pueden ser los que se percaten que algo anda mal.

La maternidad conlleva al cambio de vida de la madre, en su estilo de vida social, personal y conyugal. Por lo general, provoca la aparición de una serie de problemas graves en la pareja y principalmente en la mujer.

Araya R. y Jara C., refieren que la prevalencia descrita de esta patología, tanto en Chile como en el extranjero, va entre un 10% y un 20%, siendo mayor en los niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes. Sin embargo, estudios realizados en Suecia y E.E.U.U. Describen tasas de detección espontánea de síntomas depresivos en el periodo post-parto de sólo 2% y 6,3%, respectivamente. (Castañón, C. 2012).

En Nicaragua, no existen estudios que determinen la prevalencia de la depresión post-parto. El Doctor José Miguel Salmerón Castro es neurosiquiatra y considera que la proporción de depresión post-parto en Nicaragua puede incluso ser mayor que la de otros países (Foro Médico Nicaraguense, 2011). Según el galeno, “en Nicaragua se podría decir que estamos sobre el 80% de mujeres padeciendo esta enfermedad, si tomamos en cuenta los parámetros de depresión en el mundo y los problemas particulares de Nicaragua como la pobreza, exclusión, permisibilidad con algunos comportamientos violentos”.

Se ha observado, que la depresión post-parto es más frecuente en las puérperas cuyo embarazo, parto o cesárea, tuvo alguna complicación o situaciones de conflicto familiar, social o laboral, o tienen bajos ingresos económicos, sobre todo, durante la edad adolescente.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

La depresión, es un problema de salud mundial, siendo más frecuente en la mujer, durante el puerperio con grandes probabilidades de padecerla. No tratar la depresión en el post-parto puede implicar efectos negativos de largo plazo para la madre y el recién nacido, ya que en la madre afecta su estado psicológico pudiendo así caer en una psicosis post-parto que es la más grave de las depresiones en la que según el tratamiento la madre mejora si sigue las indicaciones y las terapias, el niño corre el riesgo de caer en una desnutrición al igual que afecta su desarrollo psicomotor y cognitivo.

El objetivo de realizar este estudio, es ayudar al personal de salud, a los estudiantes encaminados al campo de salud y trabajadores de la salud a reconocer los factores asociados de dicho trastorno, detectando los principales signos y síntomas de esta enfermedad en los primeros días del puerperio, para ofrecer una mejor atención y manejo integral de las púerperas, evitando así, el daño a las mujeres y sus familias.



Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## ANTECEDENTES

En diferentes países latinoamericanos y europeos se han venido realizando estudios sobre la depresión post parto, acerca de los elementos que conllevan a este trastorno y como detectarlo, validando diferentes escalas de depresión siendo la más efectiva, la escala depresión post parto de Edimburgo.

Muruaga (1987) en su trabajo *Análisis y prevención de la depresión post parto* elaborado en España, expresa que no hay una sola causa que provoque la depresión post parto, sino que es un conjunto de factores etiológicos, y que el puerperio es un período de stress físico y psicológico para todas las madres.

Navarro (2005) en su estudio de *Validación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión post natal de Edimburgo* realizado en Andalucía, España, encontró que a definición de depresión se establece en función de la duración de una serie de síntomas específicos. No se conoce la duración de la sintomatología, por lo que no es posible determinar si el estado depresivo en el postparto es específico de la situación o, no es más que la prolongación de un estado depresivo anterior. La escala EPDS se puede considerar una prueba sencilla y útil para evaluar estado de ánimo de madres puérperas.

Maradiegue (2000-2007) en San José, Costa Rica, al realizar su estudio longitudinal con pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis puerperal encontró que el 55% son mujeres casadas, el 52.6% son primigesta, y que, a diferencia de lo que se señala en la literatura mundial, el 93.3% en las pacientes, fue un niño sano, sin complicaciones perinatales de ninguna índole. Con respecto al promedio de edad de las pacientes que fueron diagnosticadas con depresión y psicosis posparto, es de 25.4 años. Por lo que, se puede decir que en Costa Rica la mayoría de las afectadas son mujeres adultas jóvenes. También encontró que a mayor edad, las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto iniciaron más rápido sus controles prenatales y las más jóvenes, un poco más tarde. Lo que es coincidente con el número de embarazos previos de la usuaria, entre más edad, tenían al menos, un embarazo previo, a diferencia de las más jóvenes que eran primigesta. Existe una relación directa entre el nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

psicosis posparto y el inicio del control prenatal; es decir, a mayor nivel de escolaridad más rápido inician su control prenatal.

Araya (2012) realizó un estudio en Managua, en el Centro de Salud y Policlínica Francisco Morazán, con una muestra de 300 madres, resultando 128 mujeres positivas a través de la escala de Edimburgo, en contraste con la escala de Hamilton que reporto 87 mujeres con depresión.

## **JUSTIFICACIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá para el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular), cuando en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí, que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI. (WORLD HEALTH STATISTICS, 2001).

Los estudios realizados son pocos y aún no se ha llegado a clarificar las causas que producen en la mujer este tipo de depresión, por lo que se realizó este estudio con el fin de identificar los factores asociados que conllevan a las mujeres a padecer este trastorno. Sin agotarse o ser repetitivo, este tema está alcanzando mayor atención por parte de los investigadores, contribuyendo así, a evidenciar cómo estas mujeres viven o llegan a adquirir esta enfermedad que afecta la salud física, mental, tanto en ellas como en sus familias, y por ende, en la sociedad.

Tras el incremento de casos diagnosticados con depresión en los últimos años, esta investigación de factores asociados a la depresión post-parto de mujeres en edad fértil, resulta de vital importancia ya que permitirá identificar las circunstancias que contribuyen al deterioro mental. Dicha información se obtendrá a través de la interacción directa con las mujeres que cursan el puerperio inmediato, es decir que los datos serán adquiridos de mujeres puérperas que presenten síntomas de este trastorno.

Los resultados de esta investigación serán un aporte valioso que permitirá a las autoridades médicas, personal de enfermería, estudiantes afines a la salud y administrativas adoptar medidas, que faciliten la rápida captación y atención de aquellas pacientes con mayor riesgo de desarrollar una depresión post-parto, evitando a tiempo que las pacientes lleguen al estado más grave que es la psicosis post-parto, con el fin de establecer las medidas terapéuticas necesarias de forma oportuna que disminuyan el riesgo de lesiones tanto en el niño como en la madre (específicamente suicidios e infanticidios), además que podrán permitir mejoramiento en el pronóstico de la paciente.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

En Nicaragua, los aportes del estudio son de valiosa importancia, para conocer los factores que predisponen a las mujeres a la depresión post-parto. Para los trabajadores de la salud y estudiantes de carreras afines a este campo, se espera que el presente trabajo sirva como guía de referencia en sus futuras funciones sanitarias, realizando trabajos investigativos para enriquecer sus conocimientos sobre el tema de Depresión post-parto y así se logre una temprana identificación del padecimiento, ya que si este trastorno no es identificado a tiempo, pueden surgir serias complicaciones en el futuro más próximo tanto para la paciente como para sus allegados más cercanos tales como: (psicosis post-parto, infanticidio, suicidio, desnutrición infantil por falta del cuidado de la madre hacia el bebé, afectaciones del desarrollo psicomotor y cognitivo ya que la madre por su padecimiento descuida por completo al bebé y no lo estimula).

El presente trabajo busca prevenir a la población femenina sin antecedentes de depresión post-parto en embarazos anteriores, también con aquellas mujeres que presentan antecedentes personales de reacciones desadaptativas (fobias, episodios depresivos previos o que cuentan con una considerable carga genética), así como poner en evidencia la necesidad de un trabajo conjunto por parte del personal de salud, pacientes y familiares. También subsanar el vacío existente de la necesidad de establecer un abordaje y seguimiento estándar a esta población, logrando de esta manera el cumplimiento cabal del que ha decidido trabajar por el bien y la integridad de la salud, por una atención de calidad y calidez.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos y parto prematuro. El nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna.

En el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, las púerperas son trasladadas al área de maternidad clasificadas como puerperio fisiológico o puerperio patológico, por lo que solo se tratan las complicaciones tales como: infecciones puerperales, anemia, hemorragias e histerectomía; el tratamiento preventivo, en el del puerperio fisiológico es antibiótico terapia, sulfato ferroso más ácido fólico, multi vitaminas y calcio, y el puerperio patológico, el esquema de antibiótico, controles de exámenes, revisión continua, es decir que dejan de un lado la parte relacionada con la salud mental de las pacientes, la cual tiene una vital importancia en el bienestar físico y mental de las púerperas.

“La salud mental depende además de las condiciones sociales” (MARADIEGUE, 2009), las mujeres están en mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general, relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, están más expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas.

En los últimos años se ha relacionado la aparición de un trastorno mental en el post-parto (depresión, psicosis) como el precursor o inicio del desarrollo de un trastorno mental mayor, y no como un hecho aislado, transitorio y benigno. (MARADIEGUE, 2009)

Con todos estos aspectos se pretende crear un estudio de los factores asociados a la depresión post-parto de mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez. Masaya II semestre 2015.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

**FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores asociados a depresión post-parto de las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Humberto Alvarado Vázquez II semestre 2015?



Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

### PREGUNTAS DIRECTRICES.

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas asociadas a la depresión post-parto?
2. ¿Cuáles son los principales factores psicosociales, obstétricos y puerperales asociados a la depresión post-parto?
3. ¿Cómo se encuentra el estado de ánimo en el puerperio, mediante la escala de Edimburgo?
4. ¿Qué tipo de tratamientos se les ofrece a las pacientes que presentan depresión post-parto?
5. ¿Cuál es el tipo de apoyo que brinda el personal de enfermería a las mujeres que cursan el puerperio inmediato?

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

**OBJETIVO GENERAL**

Conocer los factores asociados a la depresión post-parto de mujeres en edad fértil. Hospital Humberto Alvarado Vázquez. Masaya. II semestre 2015.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características socio demográficas asociadas a la depresión post-parto de puérperas en estudio.
2. Describir los principales factores psicosociales, obstétricos y puerperales de la depresión post parto de pacientes en estudio.
3. Clasificar el estado de ánimo de las puérperas mediante la escala de Edimburgo
4. Identificar los tipos de tratamiento que reciben las pacientes que presenta depresión post-parto
5. Determinar el tipo de apoyo brindado por el personal de Enfermería en las pacientes que cursan el puerperio inmediato.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES



# DISEÑO METODOLÓGICO

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## **TIPO DE ESTUDIO**

El estudio fue descriptivo, cuantitativo, prospectivo y de corte transversal.

### **Descriptivo:**

Es descriptivo ya que se busca especificar propiedades y características importantes del fenómeno analizado, describir las tendencias de la población en estudio por medio de la recolección y medición de la información de manera independiente o conjunta de las variables referidas, de manera objetiva sin indicar como éstas se relacionan.

### **El estudio es cuantitativo:**

Porque recoge y analiza datos sobre variables y estudia las propiedades y fenómenos cuantitativos con base a la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Además pretende adquirir conocimientos fundamentales y la elección del modelo más adecuado que permita conocer la realidad de una manera más imparcial, ya que se recoge y analiza los datos a través de los conceptos y variables.

### **Es prospectivo:**

Porque posee una característica fundamental, la de iniciarse con la exposición de un supuesto factor, cómo van ocurriendo los fenómenos en una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto.

### **Es de corte transversal:**

Se considera transversal ya que se examina la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo, se realizó en el II semestre del año 2015.

## **ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Hospital Humberto Alvarado Vázquez ubicado en la parte Sur-Este del Departamento de Masaya, con un área de influencia de 247.000 habitantes, distribuidos en nueve municipios que conforman el SILAIS, del cual el Hospital forma parte integral. Existe una red vial de comunicación en su mayoría son carreteras asfaltadas, lo que permite una buena accesibilidad y el desarrollo normal de la actividad económica que es, principalmente la agrícola y la artesanal.

El hospital es la unidad de salud de mayor resolución clínica-quirúrgica, siendo un sanatorio de referencia del sistema local de atención en salud del departamento de Masaya. Clasificado como un hospital general de carácter departamental, con una dotación de 173 camas censables, 20 camas no censables, con 5 quirófanos de los cuales cuatro están debidamente equipados, se utilizan para cirugías mayores, 1 quirófano para procedimientos contaminados, 1 para cirugías ambulatorias y 1 quirófano que por falta de equipamiento aún no funciona. Con un índice ocupacional del 75.9 %, un giro cama de 86.4%, intervalo de sustitución de 1, estancia de 3.2, una tasa de mortalidad neta de 0.3% y una tasa de mortalidad infantil 4, muerte materna 1 y una tasa de mortalidad bruta de 1%.

## **UNIVERSO**

El universo de este estudio estuvo constituido por un cálculo aproximado de 155 madres en su puerperio inmediato, las cuales no estaban diagnosticadas con depresión post-parto, y se conformó en el periodo de septiembre 2015, las que fueron atendidas en el área de ginecología del Hospital Humberto Alvarado Vázquez.

## **MUESTRA**

Estuvo conformada por 110 madres en el puerperio inmediato, del área de ginecología para valorar los factores que las predisponen a sufrir depresión post-parto, en el periodo de septiembre 2015.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula estadística para población finita:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

**Donde:**

Z = Representa el nivel de confianza requerido. En esta investigación es del 95% y se ha dejado un 5% para solucionar problemas en caso que personas se nieguen a contestar los cuestionarios, o sean contestados con irresponsabilidad o cualquier otro tipo de factor que altere la información, como el nivel de confianza es del 95% el valor de Z = 1.96 (según tabla de áreas bajo la curva normal).

p = Proporción de personas cuya factibilidad de ser seleccionadas en la muestra como un éxito, para el caso su valor estimado es de 0.50

q = Proporción de personas que no hay factibilidad de ser seleccionar, para el caso su valor es de 0.50.

N = Población total sujeta de estudio ( )

e = Error de muestreo y su valor será del 5%

**MUESTREO**

El muestreo de conveniencia, es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Explorable.com, 2009).

John W. Creswell (2008) lo define como un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y disponibles para ser estudiados.

Se utilizó este tipo de muestreo, puesto que la muestra a estudiar estaba disponible, cercana y era la más adecuada, de acuerdo a los criterios de inclusión, ya que esto no facilitó la captación de las pacientes a entrevistar.

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Pacientes comprendidas entre las edades de 15 a 40 años de edad.
- b) Que sean puérperas.
- c) Pacientes que sean ingresadas en Hospital Humberto Alvarado Vázquez en el área de maternidad.
- d) Que estén dispuestas a participar en el estudio.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Técnica: Constituye el conjunto de mecanismos, medios o recursos dirigidos a recolectar, conservar analizar y transmitir los datos de los fenómenos sobre los cuales se investiga. (Reyes, 2015)

Instrumento: Es un recurso metodológico que materializa mediante un dispositivo o formato (impreso o digital) que se utiliza para obtener, registrar o almacenar los aspectos relevantes del estudio o investigación recabados de las fuentes indagadas. (Reyes, 2015)

Entrevista: Es un diálogo intencional, una conversación personal que el entrevistador establece con el sujeto investigado, con el propósito de obtener información. Consiste en el acopio de testimonios orales y escritos de personas vivas. (Reyes 2015)

Los instrumentos de recolección de datos utilizados son:

- A) Guía Entrevista semi estructurada, dirigida a las puérperas, las cuales se escogieron de manera no probabilística por conveniencia, contaron con los criterios de inclusión, y además estaban cercas y dispuestas a apoyarnos en el estudio. Para registrar la información se utilizaron parámetros y factores socio-demográficos y el apoyo del personal de enfermería, el cual se realizó en el área de maternidad del Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en el mes de septiembre del presente año.

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

B) Escala de depresión posnatal de Edimburgo, un instrumento estandarizado a nivel internacional, que se utiliza para evaluar signos y síntomas de las pacientes, la cual se aplicó a las puérperas encontradas en el área de ginecología del Hospital Humberto Alvarado Vásquez; esta consta de 10 preguntas directas y de fácil interpretación las cuales se realizaron de manera directa a las pacientes. Las preguntas tienen una ponderación de 0 a 30 puntos y como punto de corte, 10 puntos para interpretar positiva la prueba.

### **PRUEBA DE CAMPO DE LOS INSTRUMENTOS**

El tipo de prueba de campo que se le aplicó a la Guía de entrevista semi-estructurada fue la PRUEBA DE JUECES, en la cual los jueces recomendaron en:

1. Modificar el tema de la investigación
2. Eliminar un objetivo que no tiene que ver con el resto del tema.
3. Cambiar el verbo de los objetivos que se repetían.
4. Fundamentar teóricamente en el diseño metodológico.
5. Aplicación de logos.
6. Márgenes de las tablas.
7. Redactar en la explicación el objetivo del instrumento.

Las sugerencias ya fueron tomadas en cuenta en la modificación de los instrumentos.

A la Escala de depresión post-natal de Edimburgo no se le aplicó ninguna prueba de campo, ya que es un instrumento estandarizado a nivel internacional.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Es un documento investigativo que invitó a las pacientes a participar en nuestro estudio. Éste permitió obtener el llenado del instrumento de recolección de datos y de la Escala de depresión postparto de Edimburgo, que brindó a las pacientes información sobre nuestro estudio y los objetivos a alcanzar con el fin de obtener información voluntaria, a la vez, se les aclaró sobre el anonimato de la información para el estudio.

Se efectuó un consentimiento institucional para dar a conocer los objetivos del estudio y lograr la aceptación del trabajo investigativo y ser parte integrante. Por esta razón, el departamento de Enfermería facilitó una carta dirigida al Hospital Humberto Alvarado Vázquez.

## **TRIANGULACIÓN**

La triangulación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular. (Reyes, 2015)

La triangulación es definida por Denzin (1978) citado por Corujo Bernardo (2003), como la combinación de metodologías para el estudio del mismo fenómeno.

Las variables trianguladas en este trabajo fueron:

- Características socio demográficas
- Tipo de apoyo brindado por el personal de enfermería.
- Estado de animo

Con la triangulación de las variables características socio demográficas y apoyo brindado por el personal de enfermería.

Se identificó que las mujeres en unión estable y entre las edades de 15-20años son las que presentan un porcentaje mayor en padecer este trastorno de depresión. Se demostró que las mujeres que tienen un tipo de apoyo por parte del personal de enfermería tienen igual riesgo de padecer este trastorno, que las que no tienen un apoyo por el personal de enfermería.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

Se evidencio así que las pacientes que refirieron haber recibido un apoyo por parte del personal de enfermería de manera cálida, agradable y empática, sintieron que su proceso de parto y puerperio fue más agradable contribuyendo así a disminuir los niveles de estrés y tensión en las puérperas. En comparación con las que dijeron haber recibido un mal trato por parte del personal de enfermería refirieron "pensarla muy bien antes de volver a salir embarazadas" porque se sintieron mal por los malos gestos y comentarios por parte del personal de salud, es decir los niveles de estrés y tensión en estas puérperas fueron mayores.

**PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Visitamos el Hospital Humberto Alvarado Vásquez en los horarios de atención, nos identificamos con las autoridades y, posteriormente, aplicamos el consentimiento informado e instrumentos de recolección de datos:

- A) Guía entrevista semi estructurada dirigida a pacientes puérperas, en el área de ginecología del Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en el mes de septiembre 2015, con un tiempo de 30 minutos por entrevista.
  
- B) Escala de depresión posnatal de Edimburgo, la cual se aplicó a las puérperas, durante el mes de septiembre con un tiempo de duración de 15 minutos por entrevista.

## **PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Los datos recolectados en la Guía de entrevista semi estructurada y la Escala de depresión post-natal de Edimburgo fueron ordenados y clasificados de acuerdo con el paquete estadístico Excel, el cual permitió analizar las variables del estudio mediante gráficos. Para procesar dichos datos se tabuló toda la información concerniente a cada paciente según las variables establecidas.

Se realizó un análisis descriptivo en tiempo, lugar y persona de las variables la preparación de los materiales para su respectivo análisis y transcripción a un formato.

Posteriormente, se organizó el material recopilado y se evaluó la confiabilidad y validez de los instrumentos o métodos utilizados, debido a que la investigación es de tipo cuantitativa.

## **PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

La información recolectada se presentó en gráficos de barra o columnas con su debida interpretación de los datos, se compararon con la teoría abordada y en el orden en que se plasmaron los objetivos específicos, con el fin de conocer su relación.

## **VARIABLES EN ESTUDIO**

1. Características socio-demográficas de las mujeres con depresión post-parto.
2. Principales factores psicosociales, obstétricos y puerperales de la depresión post parto de pacientes en estudio.
3. Estado de ánimo mediante la escala de Edimburgo.
4. Tratamiento de la depresión post-parto.
5. Tipo de apoyo brindado por el personal de enfermería.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES



# OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES**

**OBJETIVO 1**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>
Características socio-demográfica	Edad	1)<15 2)15-20 3) 21-25 4)26-30 5)31-35 6)36-40 7)>40
	Estado civil	1)Casada 2)Soltera 3)Unión de hecho estable 4) Otro
	No. De hijos	a)1-2 b)3 o más
	Ocupación	1. Ama de casa: 2. Trabaja: 3. Estudiante:
	Escolaridad	1)Primaria 2)Secundaria 3)Universidad 4)Analfabeta 5) Alfabetizada
	Nivel socio-económico	1)Alto 2)Medio 3)Bajo

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

**OBJETIVO 2**

<b>Variable</b>	<b>Sub variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
Principales factores de riesgo de la depresión post- parto	Factores psicológicos	¿Ha sufrido algún tipo de violencia?	1)Si 2)No 3) Especifique:
		¿En sus embarazos anteriores se sintió tristes durante el embarazo o después del parto?	1)Si 2)No
		¿Cómo es su relación con su pareja?	1)Buena 2)Regular 3)Mala
		¿Cómo fue su experiencia psicológica del Embarazo o Parto?	1)Buena 2)Regular 3)Mala
		¿Cómo es su relación con los miembros de su familia?	1)Buena 2)Regular 3)Mala
	Antecedentes obstétricos	¿Usted ha planificado sus embarazos?	1)Si 2)No
		Número de embarazos	1)Primigesta 2)Bigesta 3)Trigesta 4)Multípara
		Vía de terminación del embarazo	1) Vaginal 2)Cesárea
		¿Cuánto ha sido el periodo entre cada embarazo?	1) < 2 años 2) >5años
		¿Ha sufrido algún aborto?	1)Si 2)No
		¿De los embarazos que ha tenido, todos han nacido vivo?	1)Si 2)No
	Antecedentes puerperales	¿Después del parto sufrió alguna hemorragia?	1)Si 2)No
		¿Después del parto padeció anemia?	1)Si 2)No
		¿Sufrió algún tipo de complicación por el cual le tuvieron que retirar la matriz?	1)Si 2)No

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

**OBJETIVO 3**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA/VALOR</b>	<b>CRITERIO</b>
<b>Estado de ánimo</b>	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	<b>0.</b> Tanto como siempre <b>1.</b> No tanto ahora <b>2.</b> Mucho menos ahora <b>3.</b> No, nada	No hay riesgo Bajo riesgo Riesgo moderado Hay presencia del trastorno
	He disfrutado mirar hacia adelante	<b>0.</b> Tanto como siempre <b>1.</b> Menos que antes <b>2.</b> Mucho menos que antes <b>3.</b> Casi nada	No hay riesgo Bajo riesgo Riesgo moderado Hay presencia del trastorno
	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma Innecesariamente	<b>3.</b> Sí, la mayor parte del tiempo <b>2.</b> Sí, a veces <b>1.</b> No con mucha frecuencia <b>0.</b> No, nunca	Hay presencia del trastorno Riesgo moderado Bajo riesgo No hay riesgo
	He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	<b>0.</b> No, nunca <b>1.</b> Casi nunca <b>2.</b> Sí, a veces <b>3.</b> Sí, con mucha frecuencia	No hay riesgo Bajo riesgo Riesgo moderado Hay presencia del trastorno
	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	<b>3.</b> Sí, bastante <b>2.</b> Sí, a veces <b>1.</b> No, no mucho <b>0.</b> No, nunca	Hay presencia del trastorno Riesgo moderado Bajo riesgo No hay riesgo

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

Las cosas me han estado abrumando	<p><b>3.</b> Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto</p> <p><b>2.</b> Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre</p> <p><b>1.</b> No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien</p> <p><b>0.</b> No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre.</p>	<p>Hay presencia del trastorno</p> <p>Riesgo moderado</p> <p>Bajo riesgo</p> <p>No hay riesgo</p>
Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	<p><b>3.</b> Sí, la mayor parte del tiempo</p> <p><b>2.</b> Sí, a veces</p> <p><b>1.</b> No con mucha frecuencia</p> <p><b>0.</b> No, nunca</p>	<p>Hay presencia del trastorno</p> <p>Riesgo moderado</p> <p>Bajo riesgo</p> <p>No hay riesgo</p>
Me he sentido triste o desgraciada	<p><b>3.</b> Sí, la mayor parte del tiempo</p> <p><b>2.</b> Sí, bastante a menudo</p> <p><b>1.</b> No con mucha frecuencia</p> <p><b>0.</b> No, nunca</p>	<p>Hay presencia del trastorno</p> <p>Riesgo moderado</p> <p>Bajo riesgo</p> <p>No hay riesgo</p>
Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	<p><b>3.</b> Sí, la mayor parte del tiempo</p> <p><b>2.</b> Sí, bastante a menudo</p> <p><b>1.</b> Sólo ocasionalmente</p> <p><b>0.</b> No, nunca</p>	<p>Hay presencia del trastorno</p> <p>Riesgo moderado</p> <p>Bajo riesgo</p> <p>No hay riesgo</p>
Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	<p><b>3.</b> Sí, bastante a menudo</p> <p><b>2.</b> A veces</p> <p><b>1.</b> Casi nunca</p> <p><b>0.</b> Nunca</p>	<p>Hay presencia del trastorno</p> <p>Riesgo moderado</p> <p>Bajo riesgo</p> <p>No hay riesgo</p>

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

**OBJETIVO 4**

DESCRIPTOR	EJE	PREGUNTA
TRATAMIENTO	Psicoterapia	¿Ha recibido terapia con un psicólogo?
	Terapia familiar	¿Ha recibido terapia con su familia en presencia de un psicólogo?
	Terapias alternativas	¿Realiza o ha realizado ejercicios de yoga?
		¿Ha realizado terapias de acupuntura para relajarse?
		¿Utiliza incienso o velas aromáticas para lograr dormir?
¿Ha recibido terapia con grupos de apoyo?		
Tratamiento farmacológico	¿Recibió o recibe algún medicamento antidepresivo durante el embarazo?	

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES**

**OBJETIVO 5**

<b>DESCRIPTOR</b>	<b>EJE</b>	<b>PREGUNTA</b>
<b>TIPO DE APOYO DE ENFERMERÍA</b>	<b>Asistencial</b>	¿después del parto le tomaron los signos vitales(pulso, presión arterial, temperatura, respiración)
		¿Cada cuánto le tomaron los signos vitales?
		¿Le explicaron sobre el globo de seguridad de Pinard y la importancia de la formación de este?
		¿Le explicaron a usted y a su acompañante como realizarse los masajes en el vientre?
		¿Le midieron repetidas veces el vientre?
		¿Las enfermeras estuvieron atentas a su sangrado?
		¿La enfermera le orientó sobre la alimentación?
		¿Le explicaron la importancia de darle el pecho a su bebé?
		¿El personal de enfermería le explicó sobre la higiene personal que debe tener?
		¿Le orientaron sobre Métodos de planificación?
	<b>Emocional</b>	¿Cómo la atendió la enfermera?
		¿En algún momento se ha sentido abandonada por la enfermera?
		¿Se siente acompañada después del nacimiento de su bebé?
		¿La enfermera mostro disposición de escucharla?
		¿Siento que la persona que me atendió comprende mi situación?

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

# DESARROLLO DE SUBTEMAS

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

La depresión post-parto consiste en el desarrollo de una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.

La depresión puerperal consiste en un periodo de transitorio depresivo que se presenta durante la primera semana o dos semanas después del parto hasta en el 70% de las mujeres. (Theesen y col., 1989)

## **EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA**

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes, con un incremento a lo largo de la segunda mitad del siglo XX hasta adquirir características epidémicas cuando apenas tenía relevancia hace veinte años. Dentro de los trastornos afectivos el trastorno mental más frecuente es el depresivo.

Desde el punto de vista nosológico la controversia sobre los trastornos afectivos posparto se ha basado en el debate aún no resuelto sobre si éstos representan entidades clínicas bien definidas por sí solas, o por el contrario, corresponden a cuadros clínicos indistinguibles de los que ocurren en mujeres no púerperas, reconociendo el período de posparto como un período de alto riesgo para desarrollarlos.

Este último abordaje ha sido el adoptado por el DSM-IV. De acuerdo con éste, los trastornos afectivos puerperales no se incluyen como entidades separadas, sino se le agrega a cualquier trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, o trastorno psicótico breve el especificador “con inicio en el posparto”. Si los síntomas inician dentro de las primeras 4 semanas del puerperio. La escogencia de un período máximo de 4 semanas para establecer el diagnóstico ha sido altamente criticada por diversos grupos interesados, pues como veremos, excluye un porcentaje importante de casos que si bien no son clínicamente distintivos, si muestran una

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

relación innegable con el parto. La CIE-10 considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

Desde la primera edición de 1952, del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (DSM-I) de la Asociación Americana de Psiquiatría a la del año 2000 (DSM-IV-TR), las categorías diagnósticas han crecido más del 200% (pasando de poco más de 100 en 1952 a casi 400 en 2000) dándose el mayor aumento a partir de las ediciones de la década de 1980. Hasta finales de la década de 1950, la depresión era escasamente diagnosticada en comparación con las neurosis de ansiedad o las psicosis.

La depresión empezaría con el DSM-II de 1968 (DSM-III-R) cuando la depresión alcanza una variedad de especificaciones, desde episodios depresivos hasta trastornos depresivos varios. Alrededor del 40% de las pacientes que son asistidas en consultas médicas generales tienen algún tipo de manifestaciones depresivas.

A nivel internacional desde el punto de vista Gineco-obstétrico, el posparto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento.

## **I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS**

### **1. Edad y depresión post-parto**

#### **a. Concepto:**

Edad es el tiempo de vida desde el nacimiento hasta la actualidad.

Las mujeres más jóvenes son las que presentan puntuaciones significativamente superiores a las demás en la escala de Edimburgo, según estudios anteriores. El riesgo de sufrir un

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

episodio de depresión es más elevado en mujeres que tienen entre 15-20 años debido a la transición de niña a mujer por lo que no saben cómo van a criar a ese nuevo ser. (M, 1982)

## **2. Escolaridad y depresión post-parto**

### **2.1. Concepto:**

Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

La baja escolaridad o la falta de esta es uno de los factores que predisponen a la mujer a sufrir una depresión en el post- parto ya que ellas se sienten frustradas por qué no saben la importancia de asistir a los controles prenatales, lo que dificulta detectar signos y síntomas de depresión en la consulta médica.

## **3. Estado civil**

### **3.1. Concepto:**

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Las mujeres casadas tienen un porcentaje de depresión particularmente más alto, mientras que las mujeres solteras tienen un porcentaje menor (Paykel, 2006), debido a que las mujeres casadas sufren un mayor nivel de estrés por la gran responsabilidad del cuidado de los hijos pequeños como por las funciones de apoyo a las familias extensas, además del estrés del trabajo.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

#### **4. CARACTERÍSTICAS SOCIALES**

##### **4.1. Nivel socio económico y depresión post-parto**

###### **4.1.1. Concepto:**

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.

El bajo ingreso económico son causas adicionales de estrés que afecta a las mujeres y están relacionadas con el porcentaje más elevado de depresión (Cools, 2006). Las mujeres pobres jóvenes (incluyendo afro estadounidenses, hispánicos y blancas) están en mayor riesgo de depresión que otros grupos (Miranda, 2006).

Es probable que las limitaciones económicas actúen como un factor de vulnerabilidad que facilite la depresión ante varios tipos de adversidades, la ausencia de trabajo durante el embarazo o puerperio se relaciona de una forma consistente con el riesgo de depresión post-parto.

##### **4.1.2. Nivel socio cultural y depresión post-parto**

###### **4.1.3. Concepto:**

El término socio cultural se usa para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. Existe una idea folklórica y popular acerca del periodo post-parto o cuarentena como un episodio emocionalmente complejo, estresante y fatigoso.

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

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES**

Muchas culturas hacen énfasis en ciertas rutinas puerperales o rituales para la madre y el lactante. Con frecuencia se diseñan para restaurar la armonía o el equilibrio del frío y el calor en el cuerpo, esto viene a repercutir en el estado de ánimo de la puérpera ya que debido a las culturas la limitan tanto en el cuidado del bebé, a un extremo de vivir preocupada.

## **CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN POST-PARTO**

En términos generales se distinguen tres formas bien definidas de trastornos afectivos en el post-parto. La más leve de ellas, y la más frecuente, es la disforia posparto, La depresión mayor sin psicosis es como veremos menos frecuente, y es clínicamente indistinguible de un episodio de depresión mayor en una mujer no puérpera. El cuadro más aparatoso, aunque dichosamente bastante raro, es la psicosis posparto, una psicosis afectiva con características particulares, de inicio relativamente súbito. Aún no está claro que estos tres trastornos sean síndromes distintos o que formen parte de un continuo.

### **1. DISFORIA POST NATAL**

Este cuadro consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50%-85% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con tristeza post-parto lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de “tristeza” se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas (en promedio remiten la sintomatología en 10 días).

Como factores de riesgo se menciona que los antecedentes de depresión, sobre todo durante la gestación, incrementan el riesgo de disforia posparto. Los antecedentes de trastorno disfórico premenstrual también parecen constituir un factor de riesgo.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

Aunque la ocurrencia de disforia pos natal no necesariamente refleja psicopatologías en la madre, algunos de estos cuadros, avanzan a desarrollar depresión posparto. En mujeres con historia de trastornos afectivos previos al embarazo, pueden predecir el desarrollo de un trastorno afectivo mayor posteriormente.

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la tristeza post-parto. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a descensos bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de tristeza postparto, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar dicha patología. Del mismo modo, un meta análisis de la progesterona, la alopregnenolona, con efecto ansiolítico agonista GABA, es significativamente menor en mujeres con disforia postparto. (Miller, LJ; 2002), citado por Maradiegue (2007).

Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la oxitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: madres roedoras a las que se les extrajeron las células productoras de oxitocina exhibieron conductas con menos rasgos maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates. Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores. (Miller, LJ; 2002), citado por Maradiegue (2000-2007).

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## 2. DEPRESIÓN POSPARTO SIN PSICOSIS

Todo síntoma de tristeza puerperal que persiste más allá de la segunda semana deber ser evaluado más profundamente.

La prevalencia en Nicaragua es de 10-15% de las mujeres con depresión pos-parto sin psicosis, en el lapso de 6 meses después del parto. Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor (riesgo superior al 35%), historia de de depresión posparto previa tiene un riesgo de 50% de recurrencia historia de desórdenes disfórico premenstruales (pero no necesariamente el síndrome premenstrual leve o moderado), estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial. (Foro Médico Nicaragüense 2011).

Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros períodos de su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos.

Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé. Usualmente agregan sentimientos ambivalentes o negativos hacia el niño, y es frecuente que expresen dudas sobre su capacidad para cuidar niños. En su forma más severa, la ideación suicida es bastante frecuente, aunque los índices de suicidio son relativamente bajos. Algunos estudios reportan además una mayor frecuencia de ansiedad generalizada, trastornos de pánico, y trastornos obsesivos compulsivos en mujeres con depresión pos-parto comparado con la población general.

No hay evidencia directa de que el desbalance hormonal cause depresión posparto. Los cambios biológicos subyacentes en la tristeza posparto pueden llevar a la depresión posparto en presencia de un contexto de vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Hay evidencia indirecta que soporta esta idea; simulando el estado postparto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente es significativamente más probable producir depresión en mujeres con historia de depresión posparto que en mujeres sin antecedentes al respecto.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

Hay diferencias aparentemente significativas entre diferentes culturas en cuanto a la prevalencia de depresión posparto. Existen trabajos de campo que muestran que las culturas donde aparentemente hay una baja prevalencia de depresión posparto están caracterizadas por un fuerte soporte a nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo, sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, baños rituales, o el mismo retorno a su hogar de origen (Maradiegue 2000-2007).

La depresión posparto que no es tratada puede tener consecuencias acorto, mediano y largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente, de un suicidio e incluso de un infanticidio. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro.

Incluso se ha descrito que la de privación de una adecuada figura de apego se puede manifestar como alteraciones en la regulación de la temperatura, la función del sistema inmune, la regulación del peso corporal y los patrones de alimentación, exhibición de conductas autodestructivas, estereotipias motoras, híper o hipo motilidad, agresividad, incapacidad para usar la expresión facial como un estímulo que permita discriminar tareas de aprendizaje e inhibir respuestas aprendidas e incapacidad para detectar extraños. (Vargas, A; Chaskel, R; 2007). Citado por Maradiegue (2000-2007)

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

### 3. PSICOSIS POSPARTO

La psicosis posparto es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales. La psicosis posparto se da en menos de un 1% de las mujeres en posparto y su inicio es en las primeras cuatro semanas de ese período. El cuadro clínico es mucho más fácil de reconocer, caracterizado por agitación, irritabilidad, euforia, ideas delirantes y comportamiento altamente desorganizado. (Miller, LJ; 2002), citado por Maradiegue (2000-2007), suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia más allá de las cuatro semanas; el cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectiva de rápida evolución.

Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al post-parto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica, además que pueden tener mejorías temporarias en apariencia.

Un autor holandés actual, Klompen houwer, define la psicosis post-parto como: “un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto.”

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

**CUADRO 1: Tipos y características de trastornos afectivos del puerperio**

TRASTORNO	PREVALENCIA	INICIO	SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS
Disforia posparto	50-85%	Primera semana	Labilidad afectiva, llanto fácil, insomnio, ansiedad
Depresión posparto sin psicosis	10-20%	Insidioso, durante primeros 2-3 meses	Ansiedad excesiva, insomnio, miedo a hacer daño al bebé, síntomas obsesivos
Psicosispost-parto	0.1-0.2%	Se inicia durante el primer mes posparto (Primeras 2-4 Semanas)	Agitación, irritabilidad, euforia o depresión, ideas delirantes, comportamiento bipolar.

FUENTE: Kisa C; Aydemir C; Kurt A; Gülen S; Göka E. Long term follow-up of patients with postpartum psychosis. TurkPsikiyatriDerg. 2007; 18(3):223-30

## II. PRINCIPALES FACTORES PSICOSOCIALES, OBSTÉTRICOS Y PUERPERALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN.

### Factor de riesgo

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

## **1. FACTORES PSICOSOCIALES**

Son aquellas disposiciones personales las cuales tienen una carga afectiva que lucha por satisfacer necesidades tales como poder ser alimentado, tendencia sexual, necesidad de amar y ser amado, experimentar una esperanza, vivencia una frustración; va a formar una personalidad.

### **1. Violencia intrafamiliar y depresión post-parto**

#### **1.1. Concepto:**

La violencia doméstica o violencia intrafamiliar es todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifiesta en el uso de la violencia física, psicológica, patrimonial y/o económica o sexual.

Uno de los factores pre disponentes de la depresión post- parto es la violencia de pareja, ya que ocasiona daño físico y psicológico a la madre y puede llegar a afectar el bienestar fetal, este tipo de violencia es el menos reconocido públicamente, pues se oculta en el núcleo familiar, aunque se encuentra en todas las clases sociales.

Este tipo de violencia es utilizada con el fin de intimidar psicológicamente o anular física, moral e intelectualmente a la mujer. Este tipo de violencia ejercida durante el embarazo se asocia a una serie de complicaciones físicas y psicológicas, Se ha identificado un mayor riesgo de presentar depresión en las mujeres que han experimentado graves complicaciones a lo largo del embarazo, entre ellas, exposición a violencia doméstica (Bonilla, 2012).

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## **1.2 Historia de abusos sufridos durante la niñez o adolescencia y depresión post-parto.**

### **1.2.1 Concepto:**

Se denomina niñez a la fase del desarrollo de la persona que se comprende entre el nacimiento de la misma, y la entrada en la pubertad o adolescencia. La adolescencia es una etapa de crecimiento físico y emocional que plantea nuevos temas vinculados al cuidado de la salud.

El abuso infantil o durante la adolescencia produce diversas consecuencias psicológicas, biológicas y emocionales a largo plazo, es decir las mujeres que fueron víctimas de abuso sexual, durante el periodo de la niñez o adolescencia son más propensas a sufrir depresión post-parto, debido a no saber cómo hacer para que sus hijas no sufran lo que ellas vivieron.

## **1.3 Experiencia psicológica del embarazo y el parto.**

La experiencia que tienen las mujeres durante el embarazo tales como: los cambios físico, los cambios hormonales, la disposición de tiempo, las libertades sociales, los síntomas propios del embarazo, la manera en que se siente atendida por su pareja y por el personal que lleva los controles del embarazo, el hecho que el embarazo no cumpla con su expectativas y finalmente el tipo de parto que puede ser una experiencia positiva o negativa, puede ser un factor de predisposición para que la mujer padezca una depresión post-parto.

## **1.4 Baja autoestima materna y depresión post-parto**

### **1.4.1 Concepto:**

La Baja autoestima se define como la dificultad que tiene la persona para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás. En ocasiones

las personas que esconden en su interior sentimientos de Baja Autoestima, suelen ocultárselos a sí mismas mediante el uso de diferentes mecanismos de defensa, (negación, intelectualización, fantasía, etcétera) incluso haber creado a su alrededor una coraza defensiva, para protegerse de la amenaza (a menudo fantaseada) frente a posibles rechazos sociales, incluso a críticas personales u opiniones que cuestionen sus creencias.

## **2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.**

### **Embarazo y depresión post-parto**

#### **2.1 Concepto:**

El embarazo es el periodo de tiempo que sucede entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Según diversos estudios, el hecho de que el embarazo haya sido programado o accidental, influencia de manera significativa la presencia de depresión post-parto. Las madres que no planificaron a su bebe al momento del nacimiento se sienten frustradas, incompetentes y se deprimen porque sienten que ya no valen nada.

#### **2.2 Numero de embarazo y depresión post-parto**

##### **2.2.1 Concepto:**

Es la cantidad de embarazos que atenido hasta la fecha la paciente.

Los episodios afectivos post-parto se producen aproximadamente 1 cada 500 a 1,000 partos y es más frecuente en mujeres primíparas. En otros estudios, (Cols, 1982), indicaron 54% de los casos ocurrieron en primíparas, es decir las madres primerizas se deprimen porque ya no podrán tener una libertad social como antes de su embarazo, ya que ahora tendrán que adaptarse al nuevo rol de madre.

En las mujeres Bigesta, Trigesta y multíparas es menor el índice de casos ya que son pocas las que se deprimen porque piensan que están, dejando de un lado al resto de sus hijos por cuidar al nuevo bebe.

#### **2.3.Vía de terminación del embarazo y depresión post-parto**

**Concepto:** Es la vía por la cual nacerá el bebe.

##### **2.3.1 Parto vaginal:**

Alumbramiento de un bebé a través de la vagina.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

### 2.3.2. Parto vía cesárea:

Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.

Las mujeres que son sometidas a cesárea van a experimentar una compleja reacción psicológica, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y en el vínculo con sus hijos, o van a sufrir incluso la llamada "depresión post-cesárea" o bien un síndrome de estrés postraumático en una minoría de casos.

Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer va a experimentar mayores dificultades en el posparto. Necesitará tiempo para poder asimilar lo vivido e integrar la experiencia. Si la intervención se desarrolla con anestesia general el malestar psíquico suele ser mayor.

#### A) Causas

- **Causas maternas**

Distocias óseas, distocias dinámicas, distocias de partes blandas, tumores previos rotura uterina, cesárea anterior, herpes genital, preeclampsia, hipertensión crónica grave, nefropatía crónica, tuberculosis pulmonar.

- **Causas fetales**

Situación pelviana, situación transversa, situación de frente, situación de cara, macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo, retardo del crecimiento fetal intrauterino.

- **Maternos fetales**

Desproporción feto pélvica, parto detenido, partos múltiples.

- **Ovulares**

Placenta previa, desprendimiento normo placentario, procidencia de cordón.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## **2.4 Preeclampsia**

Hipertensión arterial (HTA); se considera hipertensa a toda embarazada con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm/hg con una gestación mayor de 20 semanas La presión diastólica por si sola es un indicador exacto de la hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria, definen la preeclampsia. El edema de los pies y las extremidades inferiores no se considera un signo confiable de preeclampsia por qué puede ocurrir en muchas mujeres con embarazos normales (MINSA, 2006). Esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 24 semanas de gestación y es típicamente reversible en el posparto inmediato.

## **2.5 Intervalo Intergenésico:**

Se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.

## **2.6 Aborto**

Es todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación. (MINSA, 2006)

## **Causas**

- a) Social: Violencia, violación, falla del método anticonceptivo, embarazo no planificado, rechazo del embarazo.
- b) Edades extremas de la vida reproductiva (menor de 15 y mayor de 35 años).
- c) Multiparidad.
- d) Antecedentes de abortos previos.
- e) Enfermedades crónicas.
- f) Malas condiciones socioeconómicas.
- g) Infección urinaria.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## 2.7 Óbito

La palabra óbito refiere el fallecimiento de un individuo, el fin de una vida, es decir, a partir del término óbito podemos dar cuenta, informar, acerca de la muerte de una persona. En tanto, la palabra se opone directamente a términos como los de alumbramiento y nacimiento.

Óbito fetal es como se denomina a la muerte fetal en el útero materno antes de su nacimiento. La mencionada pérdida de la vida dentro del útero puede producirse intra útero y estar ocasionada por diversas causas, o en su defecto, intra trabajo de parto, en este último caso sin dudas se tratará de un fracaso obstétrico. Dependiendo de la causa originaria, el óbito fetal suele producirse entre un 1 y un 3%.

Entre los factores de riesgo que pueden desembocar en el óbito fetal se cuentan: baja condición socioeconómica, embarazos precoces, deficiente control pre natal, abuso de la realización de trabajo pesado, mala alimentación, avanzada edad de los gestantes, obesidad, la herencia genética de los padres, enfermedades como diabetes, hipertensión, asma, lupus, tiroides, entre otros.

## 3. FACTORES PUERPERALES.

Son todas aquellas características que se presentan después del parto, se trata de un período muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que encabezan las causas de mortalidad materna.

### 3.1. Hemorragia

Es la pérdida de 500 ml o más de sangre o cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

### **3.2. Anemia**

La anemia después del nacimiento de un bebé (anemia postparto) es un problema frecuente en todo el mundo y para la mayoría de las mujeres se resuelve espontáneamente en unas semanas. El recuento de eritrocitos por debajo de 3, 000,000 milímetros cúbicos, con hematocrito inferior al 30% y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan los 10 gramos por ciento. La anemia después del nacimiento de un bebé (anemia postparto) es un problema frecuente en todo el mundo y para la mayoría de las mujeres se resuelve espontáneamente en unas semanas. La anemia a menudo se asocia con otros indicadores de la disminución de las reservas de hierro del cuerpo en los análisis sanguíneos.

### **3.3. Histerectomía**

Histerectomía significa extirpación del útero (matriz). Una histerectomía puede estar combinada o no con la extirpación de las trompas de Falopio y uno de los ovarios o ambos. La extirpación de una trompa y ovario se denomina salpingooforectomía, y la de las dos trompas y ovarios se denomina salpingooforectomía bilateral.

## **III. ESTADO DE ÁNIMO MEDIANTE LA ESCALA DE EDIMBURGO.**

### **1. Escala de Edimburgo**

La Escala de Depresión de Post-natal de Edimburgo (EDPE) se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio.

La EDPE 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

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

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. 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. (J.L. Cox, 1987)

## 2. Confiabilidad de la escala de Edimburgo

Según Rúbén Alvarado, 2015 la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. En Chile, ha sido utilizada desde hace un par de décadas, mostrando buenos resultados.

Es un instrumento específico muy utilizado en estudios actuales, en el ámbito de la salud materno-infantil, sobre todo en población anglosajona. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de muy diferentes países.

## 3. Cómo se utiliza

(MINSAL, 2014) Instructivo para la aplicación de la Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto:

1. Explicar a las gestantes y puérperas que la depresión es una enfermedad frecuente en estas etapas de la vida y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible
2. Solicitar a las gestantes y puérperas que marque con una X la alternativa que más se acerca a la forma en que se ha sentido en los últimos 7 días.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

3. Especificar que las 10 preguntas deben ser respondidas y que para cada pregunta debe marcar sólo 1 de las 4 alternativas.
4. Si la gestante y puérpera tienen dificultades de lecto-escritura, el profesional o técnico lee las preguntas y las alternativas y espera la respuesta, si pasado un lapso prudente la gestante o puérpera no responde, se le repite la pregunta haciendo una pausa entre cada alternativa
5. En todos los casos, se debe asegurar, que las respuestas provengan de la madre o gestante.

#### **4. 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). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. 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. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. (J.L. Cox, 1987).

### **IV. TRATAMIENTO**

#### **1. PSICOTERAPIA**

Wolberg LR: "Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de:

- a) Eliminar, modificar o retardar síntomas existentes,
- b) Mediatizar patrones de conducta perturbados y
- c) Promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## 1.1 Importancia de la psicoterapia

La psicoterapia es un encuentro entre dos personas: una que busca ayuda y otra dispuesta a ayudar. Es común escuchar "yo no estoy loco para ir al psicólogo". Los "locos" son llevados al psiquiatra por algún familiar cercano, normalmente no van nunca al médico por decisión propia. En cambio al psicólogo acude gente sana que tiene conflictos y que siente que sola no los podrá resolver. Tiene mucha salud aquél que busca ayuda en otro con conocimientos y, más aún, comprometido primero con su propia vida para luego ofrecerse a otra persona y poder comprender su padecer y así ser acompañado para elaborar sus conflictos.

La persona puede curar en el proceso terapéutico gracias al amor que existe, al vínculo que se establece entre psicólogo y paciente, teniendo en cuenta que la palabra "cura" significa "acompañamiento". Es paradójico, la persona enferma por falta de amor y cura también gracias al amor. Esa aceptación incondicional del paciente por parte del terapeuta, es la que va ayudando a éste a aceptarse, quererse, respetarse, madurar, establecer vínculos sanos con los demás y con uno mismo.

El psicólogo es un puente que le permite atravesar al paciente hacia la otra orilla para ir descubriendo una nueva realidad de sí mismo, es decir, su propia verdad. Con el tiempo, al sentirse amado en su integridad, comienza a quererse, a aceptarse, a reconocer lo bueno y lo malo que tiene y a poder caminar aún con lo que no se puede cambiar, a relacionarse de forma distinta y mejor.

## 2. Tipos:

### 2.1. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL:

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico orientada a la acción en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas. La Terapia Cognitivo-conductual asume que los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos causan un comportamiento des adaptativo (comportamiento contraproducente que interfiere con la vida diaria) y emociones "negativas". Los terapeutas ayudan a los pacientes a superar sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional(Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia, 2015).

## 2.2. TERAPIA INTERPERSONAL:

La Terapia Interpersonal enfatiza el papel de las relaciones de la madre con el entorno en el desarrollo de la depresión. En este caso, el objetivo sería identificar posibles conflictos y disputas interpersonales presentes en la familia, con amigos y otras personas significativas en su vida y enseñarla a abordarlos de una forma eficiente (Louise, 2007).

Ambos tipos de terapia tienen el objetivo común de enseñar habilidades de afrontamiento más eficaces y adaptativas a la hora de desafiar situaciones conflictivas, lo que a la larga repercutirá positivamente en los síntomas depresivos.

## 3. TERAPIAS ALTERNATIVAS:

### 3.1 Yoga:

YOGA significa Unión (yugo), entre el cuerpo, la mente y lo emocional. Es importante destacar que el Yoga no reemplaza a los profesionales de la salud, su importancia reside en la complementación del trabajo de una sabiduría milenaria aportando salud y bienestar a través del desarrollo de la conciencia interna. El yoga no es un ejercicio físico como muchos creen, no trabaja desde el cuerpo físico, sino que es una terapia transformadora una sabiduría que hay que adquirir, que ayuda y aporta un bienestar ineludible desde otro lugar.



Un lugar desde el silencio interior que habita en todos y es posible llegar con auxilio y asistencia. Por eso en cualquier patología el profesional debe estar presente, pero el terapeuta ocupa un lugar preponderante en el mismo bajo la contención, control y asesoramiento

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

práctico. El yoga por sí solo no cura la enfermedad pero ayuda mucho a mejorar el estado del alma. El yoga desencadena estímulos y amplía la gama de percepciones.



La meditación facilita la atención y distensión, aporta una rutina sin duda transformadora para estos casos. Cuando el cuerpo enferma de depresión, se suele tender y se tiende al sedentarismo, se descuida la alimentación. El sistema nervioso parasimpático se debilita, es el que regula las funciones fisiológicas (sistema digestivo, sistema circulatorio, etc.)



Mente: La persona se va aislando, encerrando, atrapando en el sí mismo, en su encierro rumiante, consume energía y recurre a la desgracia del pasado y se empieza a negativizar el futuro. La mente se va agotando no ve soluciones se encierra en un laberinto sin salida hasta llegar al agotamiento y afectando los músculos.

Espíritu: la sabiduría nos muestra que en lo profundo de todo ser hay una fuente infinita de paz, que nos hace estar felices y ver felicidad en nosotros y en todo lo que nos rodea, solo espera ser reconocida y activada por el sí mismo, de allí el gran aporte que logra el YOGA en ese estado de infelicidad y desamparo del alma.

### 3.2 Acupuntura

La acupuntura es una técnica que consiste en la inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo y se basa en la medicina tradicional china.

### 3.3 Aroma terapia

La Aroma terapia es una disciplina terapéutica que aprovecha las propiedades de los aceites esenciales extraídos de las plantas aromáticas, para restablecer el equilibrio y armonía del cuerpo y de la mente para beneficio de nuestra salud.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

### 3.4 Fototerapia

La fototerapia es una técnica de tratamiento que emplea radiaciones electromagnéticas de origen natural o artificial para el tratamiento de enfermedades. La luz aplicada puede ser radiación visible, infrarrojos o ultravioleta. La fototerapia se emplea habitualmente en el tratamiento de enfermedades de la piel como el vitíligo y la psoriasis, si bien también se ha demostrado su utilidad en trastornos del estado de ánimo como la depresión. La fototerapia puede aplicarse en instalaciones específicas o bien mediante equipos para su uso desde casa.

### 3.5 GRUPOS DE APOYO

La terapia de grupo es un método de intervención terapéutica que descansa en la exploración y el análisis de los conflictos tanto internos (emocionales) como externos (ambientales) y en el proceso de grupo. (Lego, 2007)

Parece ser especialmente beneficiosa en el tratamiento de la depresión postparto, puesto que consigue romper el aislamiento de las madres y el coste económico es menor que en los abordajes individuales. Algunos de los tratamientos grupales se basan en el modelo de los grupos de autoayuda pero con un moderador profesional y una o varios observadores. Es el caso de los grupos de apoyo, que suelen estar dirigidos por trabajadores sociales.

Los beneficios del grupo con este tipo de abordaje son:

- ❖ Reducción del aislamiento de las madres.
- ❖ Información y psico educación sobre la enfermedad.
- ❖ Permiten a las madres centrar la atención en sí mismas y en sus necesidades básicas, como cuidarse, comer, dormir.
- ❖ Suponen un apoyo al tratamiento médico.
- ❖ Aportan esperanza para el futuro.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

### **3.6 APOYO FAMILIAR**

#### **3.6.1 Apoyo de la pareja**

Con la aparición de un nuevo miembro de la familia, fundamentalmente si es el primer hijo, se establecen nuevas relaciones entre el padre, la madre y el bebé.

Según Muruaga (1987), con frecuencia se producen problemas en la pareja que vienen determinados por las distintas áreas en la que esta se desenvuelve, tales como relaciones familiares, amistades, tiempo libre, manejo de la casa, toma de decisiones, comunicaciones y relaciones sexuales. Generalmente, algunos de estos aspectos sufren diversos cambios en el período post parto, por lo que será necesario un gran esfuerzo de adaptación por parte de ambos cónyuges si desean evitar conflictos.

Parke y O'Leary (1976) citado por Muruaga (1987). Que en sus observaciones de comportamiento paterno, tales como los de acariciar, tomar en brazos, besar; este acercamiento del padre con su bebé puede influir indirectamente en el comportamiento de la madre. Han observado este efecto indirecto comparando madres que estaban solas con sus hijos los primeros días y otras que permanecían con ellos mientras estaban presentes los padres. Concluyen que la presencia del padre incrementa el interés de la madre por su hijo recién nacido.

#### **3.6.2 Acompañamiento de la familia durante el post parto**

Al considerar la participación de la familia en lo cuidados, los miembros de la familia deben definirse de forma amplia como las personas que el individuo define como pertenecientes a la familia. Los miembros de la familia pueden incluir, pero no se limitan a padres, hijos, hermanos, familiares, familia extensa y amigos.

Los familiares pueden desempeñar un papel importante en la detección de depresión post parto, ya que a menudo están en condiciones de reconocer los primeros síntomas, por esta razón algunos investigadores y profesionales de la salud han recomendado que los nuevos padres y otros miembros de la familia reciban información sobre los signos y síntomas de la depresión post parto (RNAO, 2005).

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

Gottlieb, Mendelson (1995) citado por Lowdermilk, D. Perry, S. Bobak, I. (2002), las mujeres que ya han dado a luz antes pueden tener necesidades de apoyo diferentes de las madres primerizas. Las madres que ya tienen niños pueden ser más realista en la previsión de sus limitaciones físicas y los cambios de roles y relaciones. No obstante, estas mujeres experimentadas expresan temores por la separación de su primogénito, la pérdida de la relación exclusiva con el niño o niños mayores y el reto que significa cuidar de los dos o más niños. Debido a la extensión de la reestructuración y reorganización que se presentan en el pecho de la familia con el nacimiento de otro niño, el ánimo de la madre y su grado de fatiga en el post parto puede aliviarse más con el apoyo específico para la situación procedente de la familia y sus amigos que con un respaldo general.

### **3.6.3 Apoyo práctico por parte de la familia**

Hansen, Jacob, (1992) citado por Lowdermilk, D. Perry, S. Bobak, I. (2002) hace referencia que en ocasiones una red grande puede causar problemas por que ofrece el consejo contradictorio de demasiadas personas. Se agradece más que los abuelos o los suegros ayuden con las responsabilidades domésticas y no que se entrometan en la privacidad de los padres o los critiquen.

Jordán (1995) citado por Deitra Lowdermilk. Et al. (2002), el apoyo de un abuelo que baña al bebé puede ayudar a disminuir los sentimientos de pérdida de una madre que lo es por segunda vez, al tiempo que se le cede espacio para estar con su primogénito. Las madres que lo son por segunda vez refieren que el apoyo práctico es el tipo que más desean y que es el más útil durante el post parto.

El tipo de apoyo debe de coincidir con la necesidad de la madre para que sea efectivo y la forma en la que esta se brinde puede cambiar la situación.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

## 4. TERAPIA FARMACOLÓGICA

### 4.1. Antidepresivos.

Un antidepresivo es un medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida, diversos trastornos de ansiedad, ciertos desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos.

#### **Importancia**

Los seres humanos tenemos grandes recursos internos para ser felices y mucha capacidad de superación.

Sin embargo, existen situaciones concretas en las que la ayuda médica es determinante para superar un malestar emocional. Una depresión es una enfermedad que produce un gran dolor interior en forma de tristeza constante, apatía, falta de ilusión y pérdida de interés por la vida.

El tratamiento antidepresivo realizado con prescripción médica es especialmente necesario en el proceso de recuperación del paciente.

Por ello, tiene que ser regular para tomarse la dosis exacta en los horarios marcados, uno de los riesgos de la medicación a largo plazo es que puede producir dependencia. Hay que realizar hasta el final el tratamiento de antidepresivos pero nunca se debe de caer en el abuso si no que se debe hacer un buen uso de los mismos.

El tratamiento antidepresivo es personal, es decir, cada paciente tiene unas necesidades concretas de acuerdo a su situación y a su grado de malestar. Con frecuencia, el psiquiatra puede realizar algunas modificaciones en el tratamiento antidepresivo del paciente hasta dar con la medicación exacta. Los medicamentos también producen una serie de efectos secundarios, por ejemplo somnolencia. Los antidepresivos son un medio de salud para el paciente en su proceso de recuperación, sin embargo, no son suficientes por sí mismo para poder superar un bache emocional.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

#### **4.2. Antidepresivos Tricíclico:**

Los antidepresivos tricíclico se usan, en general, para tratar síntomas de la depresión tales como el insomnio, la disminución del apetito, la disminución de la libido, la fatiga excesiva. (Louise, 2007). Son un grupo de medicamentos antidepresivos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos.

Los tricíclico son uno de los más importantes grupos de fármacos usados en el tratamiento médico de los trastornos del estado de ánimo, junto con los IMAO (inhibidores de la MAO o monoaminoxidasa), el litio, y los inhibidores selectivos de la recaptación de las monoaminas. Por lo general están contraindicados en menores de 18 años, y deben usarse con precaución (calcular la relación riesgo-beneficio) en embarazo y lactancia, epilepsia y conductas suicidas.

El primer antidepresivo tricíclico fue la Imipramina, aunque se pensó inicialmente como anti esquizofrénico, sin embargo, pronto se descubrió su efecto antidepresivo.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

### 3.1.1. Tipos:

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	INDICACION	DOSIFICACION (MG/DÍA)
Amitriptilina	Amitril, elavil	Tratamiento de la depresión.	50-300mg
Amoxapina	Asendin	Síndromes depresivos, depresión mayor, distimia, trastorno bipolar.	50-400mg
Clomipramina	Anafranil	Depresión, fobia, crisis de angustia, síndromes obsesivos, enuresis, narcolepsia.	25-300mg
Desipramina	Norpramin	Tratamiento de la depresión	75-300mg
Doxepina	Sinequan	Depresión, ansiedad.	75-300mg
Imipramina	Tofranil	Antidepresivo, mejora las ideas de culpa.	75-300mg
Nortriptilina	Aventyl	Tratamiento de la depresión	50-150mg
Protriptilina	Vivactil	Tratamiento de la depresión.	15-60mg
Trimipramina	Surmotil	Antidepresivo, eccema atópico, alivio de colon irritable, ulcera péptica y duodenal	75-300mg

## 4. TERAPIA HORMONAL

La terapia hormonal consiste en aumentar tus niveles de estrógeno, ya que esta hormona desciende súbitamente al dar a luz y esto podría llevar a depresión. La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de parches en la piel.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

## V. APOYO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

### **Definición de puerperio:**

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad (MINSa, 2008).

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

**Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.

**Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre.

### **6.1. Clasificación**

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto. Según el tiempo transcurrido después del parto se clasifica en:

- ❖ Inmediato (primeras 24 horas).
- ❖ Propiamente dicho (2do al 10<sup>mo</sup> día).
- ❖ Alejado (11<sup>vo</sup> al 45<sup>vo</sup> día y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación).
- ❖ Tardío (45<sup>vo</sup> al 60<sup>vo</sup> día).

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

### **Definición de puerperio inmediato**

Es el período de las primeras 24 horas después del alumbramiento.

**Síntomas:** Sensación de alivio y bienestar, dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular (generalmente sucede en periodos expulsivos largos), sensación de quemadura a nivel de la vulva aunque no exista ninguna lesión. El escalofrío es un aspecto que puede producirse, la puérpera es atacada por un temblor generalizado, casi siempre es benigno.

**Signos:** Su rostro se encuentra tranquilo, respira tranquilamente, el pulso es lleno regular-amplio (60-70 por minuto), la presión arterial es normal y a veces algo baja, hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml. El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta, luego la matriz reduce su actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos. También hay que valorar su estado de conciencia, mamas, miembros inferiores y diuresis (MINSA, 2008).

### **Definición de apoyo**

Apoyo es un término que procede de apoyar. Este verbo refiere a hacer que algo descansa sobre otra cosa; a fundar o basar; a confirmar o sostener alguna opinión o doctrina; o a favorecer y patrocinar algo.

## **6.2. TIPOS DE APOYO**

### **6.2.1. APOYO ASISTENCIAL**

#### **Atención del puerperio inmediato**

En este periodo es sumamente importante realizar vigilancia estricta de las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.

- ❖ **Aspecto general:** Color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.
- ❖ **Signos vitales:** sin hay presencia de alteraciones en la frecuencia, respiración, temperatura y pulso.
- ❖ **Sangrado:** se observa la cantidad de sangre perdida y la fetidez, coloración.
- ❖ **Loquios:** Después de 6 horas de la última toma, por turno y al alta.
- ❖ **Formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard:** Palpación del útero a nivel o un poco por debajo del ombligo, con límites bien definidos, consistencia firme y elástica, que cambia a leñosa cuando vienen las contracciones. Si hay falta de contractilidad es útil colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio luego de haber realizado estimulación de la contractilidad a través de masaje por palpación.

#### **Recomendaciones a brindar a púerperas antes de su egreso del área hospitalaria**

- ❖ **Deambulación precoz:** Disminuye el riesgo de fenómenos tromboembólicos ya que activa la circulación de retorno, favorece la función intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los músculos abdominales, favorece el derrame loquial.
- ❖ **Alimentación:** Balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las púerperas que lactan como la de las que no lo hacen.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

- ❖ **Higiene personal:** Recomendar baño en ducha (regadera) y no en inmersión, lavado externo con agua y jabón de la región perineo-vulvar una vez al día y de arriba hacia abajo, no realizarse lavados ni duchas vaginales, no colocarse apósitos de algodón y cambiar la toalla sanitaria varias veces al día. La episiorrafia debe mantenerse limpia y seca.
  
- ❖ **Lactancia Materna:** Educar sobre la importancia de brindar lactancia materna exclusiva y el cuidados de las mamas, éste último se basa en la limpieza de areola y del pezón antes y después de alimentar al niño/a, evita las infecciones cuya puerta de entrada son las grietas que se forman por las lesiones que puede presentarse durante la succión.
  
- ❖ **Relaciones sexuales:** Se pueden iniciar cuando haya desaparecido el sangrado y las molestias perineales. El tiempo no debe ser estricto y no se puede generalizar, dependerá de cada pareja y de la conducta sexual que se haya desarrollado.
  
- ❖ **Las opciones de métodos de planificación familiar de manera informada:** El propósito de la anticoncepción posparto, transcesárea y pos aborto es ampliar el intervalo intergenésico a por lo menos dos años, evitar el embarazo en adolescente que ha tenido un evento obstétrico, evitar el embarazo no deseado o no planificado, mejorar la calidad de vida, elevar su autoestima y auto cuidado y disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se debe impulsar la realización de acciones de información, educación y comunicación en temas de planificación familiar tanto en domicilio, como en el primer y segundo nivel de atención.
  
- ❖ Importancia de llevar a su hijo-a a vigilancia y control del crecimiento y desarrollo y signos-síntomas de alarma o peligro del bebé. Entregar el documento del certificado de nacimiento del niño-a y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

- ❖ Citas para asistir a atención del puerperio nuevamente, vacunación del niño o niña y para la evaluación de la puérpera.

### 6.2.2. APOYO EMOCIONAL

**Concepto:** Dar confianza; empatía y dar a conocer lo que le va a realizar al paciente.

**El papel emocional más importante de la enfermera: impulsar el apoyo familiar del paciente.**

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto del estrés es mucho menor que en las personas que no tienen este tipo de apoyo.

La valoración de las características de las familias y de su disponibilidad como recurso de apoyo para el paciente es un elemento esencial en el trabajo de enfermería (Portes, 2014).

#### Cuidados psíquicos de Enfermería

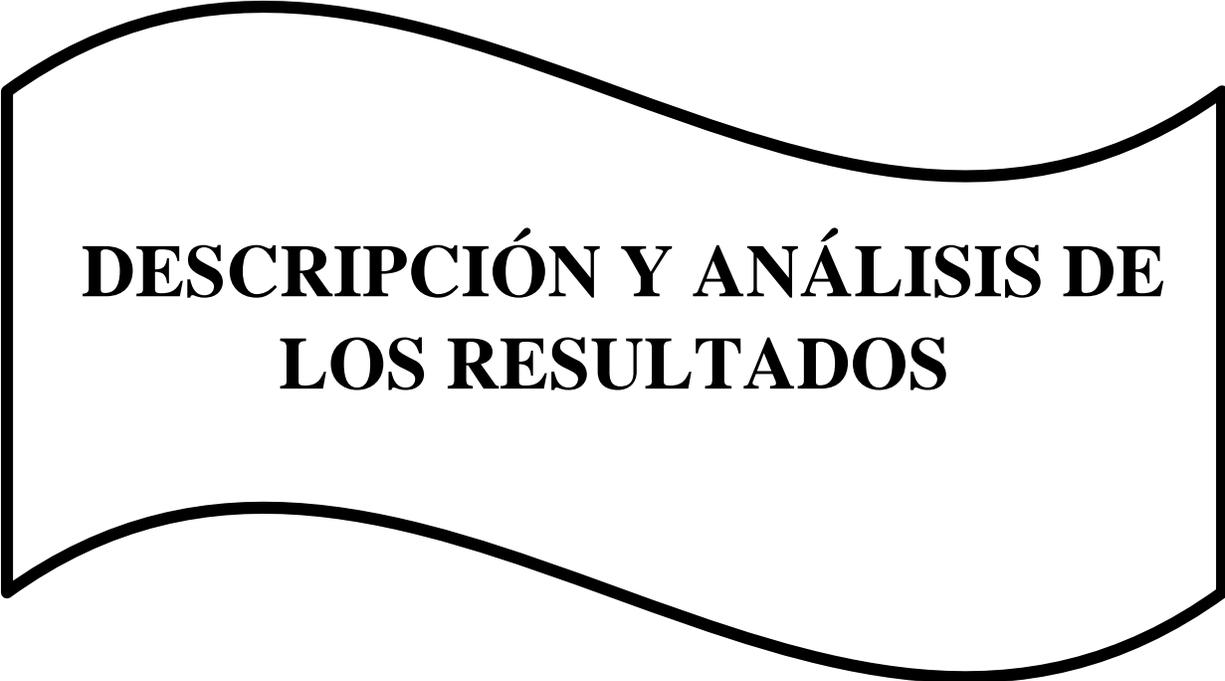
- Ayudar al paciente a identificar qué personas significativas pueden servirle de apoyo en sus momentos de dificultad.
- Mientras dure la hospitalización informar al paciente acerca de su estado e informar también a los familiares del funcionamiento y organización hospitalaria. Se pueden facilitar otros horarios de visita, según sus ocupaciones y disponibilidad.
- Ayudar a la familia a identificar la sintomatología de la paciente debida a su estado de forma a resolver lo mejor posible los problemas que pudieran aparecer en el domicilio. Valorar la comprensión de la familia acerca de la del estado puerperal de la paciente y sus consecuencias.
- Asesorar a los miembros de la familia e insistir en la importancia de las orientaciones médicas para evitar complicaciones. Explicar la importancia sobre las citas de control que la paciente y el recién nacido tienen.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

- Implicar a la familia en el seguimiento y en los cuidados de la paciente y el bebé, tanto durante el ingreso como al alta mediante charlas informativas.
- Animar a la paciente a que participe en diferentes actividades con otras personas que tengan intereses comunes, fomentando las relaciones interpersonales y evitando el aislamiento y de manera a incrementar la red de apoyo social.
- Implicar a la familia en la toma de decisiones de la paciente para solucionar los problemas existentes con el cuidado del recién nacido.
- Apoyar a los miembros de la familia ofreciendo ayuda e interés de tal forma a aumentar el nivel de confianza. La enfermera establecerá relaciones terapéuticas basadas en la empatía, la escucha y la aceptación con los familiares de la paciente.
- Explicarle a la paciente y familiares sobre el proceso puerperal y adaptativo de la maternidad.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES



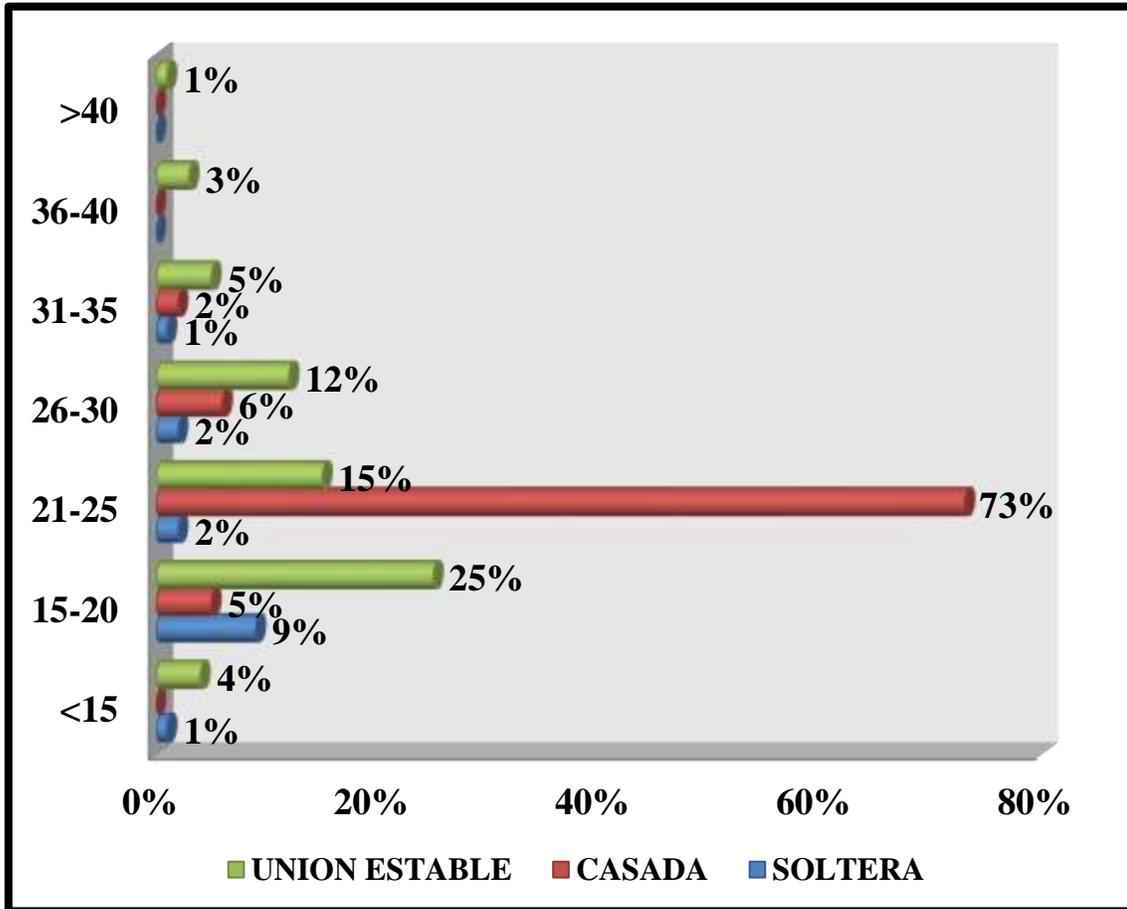
**DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE  
LOS RESULTADOS**

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS QUE SE RELACIONAN A LA DEPRESIÓN POST-PARTO.

GRÁFICO N°1

Edades y estado civil de las púerperas del área de ginecología.



Fuente: Tabla 1

En la gráfico 1 se observa que el primer lugar lo ocupa el grupo de edades entre 21 a 25 años con un 73% y con un estado civil de casada, el segundo lugar lo ocupan las edades 15 a 20 años con un 25% y un estado civil de unión estable, el tercer lugar lo ocupan las edades entre 21 a 25 años con un 15% en el que predomina el estado civil de unión estable, en cuarto lugar las edades entre 26 a 30 años con un 12% en el que predomina la unión

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

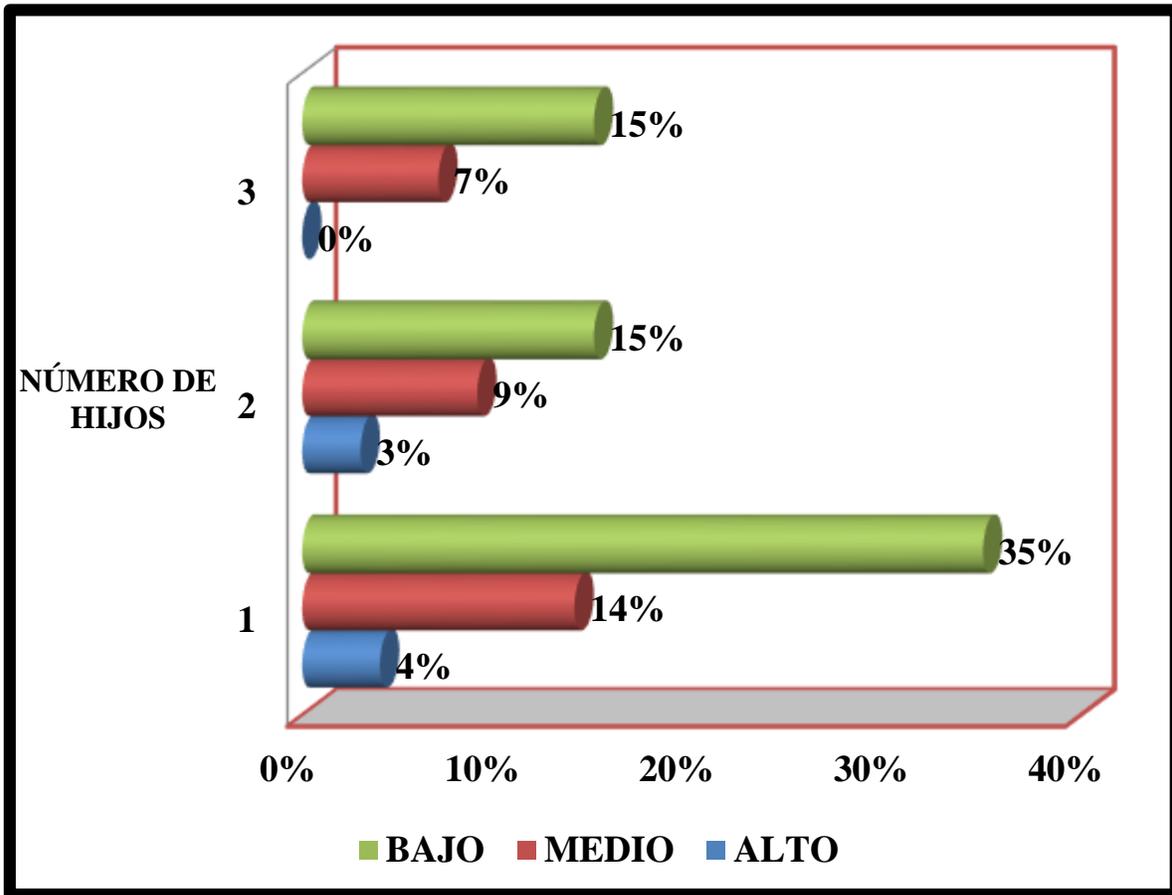
estable, en quinto lugar las edades de 15 a 20 años con un 9% y un estado civil de soltera, el sexto lugar lo ocupan las edades de 26 a 30 años con un 6% y un estado civil de casada, el séptimo lugar lo ocupan las edades de 31 a 35 años con un 5% y un estado civil de unión estable, al igual que las pacientes entre las edades de 15 a 20 años con un 5% y un estado civil de casada, el octavo lugar las edades <15 con un 4% en el que predomina la unión estable, el noveno lugar las edades de <15 con un 4% y un estado civil de unión estable, el decimo lugar las edades de 36 a 40 años con un 3% y un estado civil de unión estable, el decimo primer lugar las edades de 21 a 25 años, de 26 a 30 años con un 2% y un estado civil de soltera y las edades de 31 a 35 años con un 2% y un estado civil de casada y el último lugar las edades de <15, las de 31 a 35 años con un 1% y un estado civil de soltera y las edades >40 años con un 1% y un estado civil de unión estable

Según el gráfico N°1 correspondiente a la variable edad y estado civil se puede observar que las pacientes que tienen mayor riesgo de depresión post-parto son las mujeres que están entre las edades de 21 a 25 años y con un estado civil de casada, ya que ellas sufren niveles de estrés altos debido a los quehaceres del hogar, la familia, el cónyuge, el trabajo, esto provoca tristezas y hasta una depresión al sentirse frustradas por no lograr hacer todo a como ella lo desea , en comparación a la literatura en la que se refleja que las mujeres en edades de 15 a 20 años son las más vulnerables que padecen dicho trastorno debido a la reorganización intrapsíquica de convertirse en madres, predominando el estado civil de unión estable según Brooke(1959). Respaldando esta información los datos obtenidos a nivel internacional donde se da a conocer que las pacientes que conviven en un ambiente de inestabilidad emocional en relación con su pareja actual son las que presentan mayor riesgo de padecer depresión post- parto según Maradiegue (2000-2007).

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

GRÁFICO N°2

Número de hijos y nivel económico de las puérperas del área de ginecología



Fuente: Tabla 2

En el gráfico N° 2 se observa que el primer lugar lo ocupan las mujeres que tienen 1 hijo y su nivel económico es bajo con un 35 %, el segundo lugar lo ocupan las mujeres que tienen 2 hijos y un nivel económico bajo con un 15%, al igual que las mujeres que tienen 3 hijos o mas y su nivel económico es bajo con un 15%, el tercer lugar lo ocupan las mujeres que tienen 1 hijo y un nivel económico medio con un 14%, el cuarto lugar lo ocupan las mujeres que tienen 2 hijos y un nivel económico medio con un 9%, el quinto lugar lo ocupan las mujeres que tienen 3 hijos o mas y un nivel económico medio con un 7%, el sexto lugar lo ocupan las pacientes que tienen 1 hijo y un nivel económico alto con un 4%, el séptimo lugar

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

lo ocupan las mujeres que tienen 2 hijos y un nivel económico alto con un 3%, el octavo y último lo ocupan las mujeres que tienen 3 hijos o mas con un 0%.

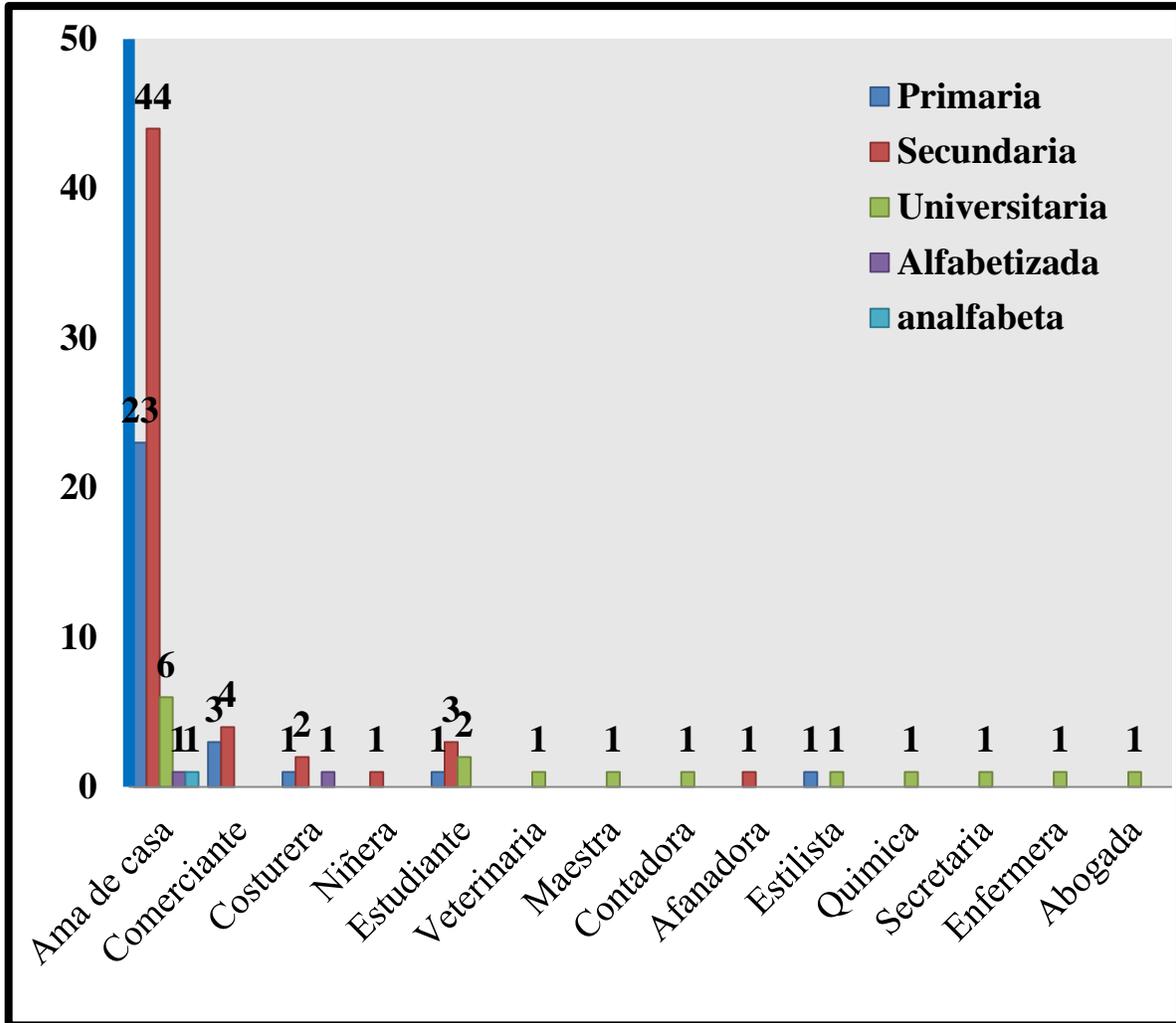
Según el gráfico N°2 correspondiente a número de hijos y nivel económico, se observa que las mujeres que tienen 1 hijo son las mas vulnerables a padecer depresión post-parto debido al nuevo rol de madre y las nuevas responsabilidades que presentan con el nacimiento de este bebé, en el estudio realizado por Gordon y Cols(1959) refleja que el 52% de las pacientes con depresión post-parto tenían un hijo, en relación con la teoría refiere que las mujeres que tienen un hijo los niveles de estrés y tensión son elevados con respecto a las actividades que se realizarán con el nuevo ser.

El nivel económico presente en las pacientes estudiadas fue BAJO con un 35% en relación con la depresión post-parto las pacientes con ingreso económico bajo están adicionalmente estresadas debido a los nuevos gastos que se presentan con el nacimiento de un hijo ya sea por enfermedad o mantenimiento de este, reforzando lo obtenido con otros estudios como el de Cools(2006) en donde las que mayormente estaban afectadas por este trastorno eran las mujeres con ingreso económico bajo, ya que ellas no pueden sustentar todos los gastos que se presentan con el nuevo ser.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

GRÁFICO N° 3

Ocupación y escolaridad de las puérperas del área de ginecología



Fuente: Tabla 3

En el gráfico N° 3 se observa que el primer lugar lo ocupan las mujeres que son amas de casa y tienen un estudio de secundaria con un 44%, el segundo lugar lo ocupan las mujeres que son amas de casa y tienen un estudio de primaria con un 23%, el tercer lugar lo ocupan las mujeres que son amas de casa y tienen un estudio universitario con un 6%, el cuarto lugar lo ocupan las mujeres que son comerciantes y tienen un estudio de secundaria con un 4%, el quinto lugar lo ocupan las mujeres que son comerciantes y tienen un estudio de primaria con un 3%, al igual que las mujeres que son estudiantes y cursan la secundaria, al igual que las mujeres que son amas de casa y son analfabetas con un 3%, el sexto lugar lo ocupan las

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

mujeres que son costureras y cursaron la secundaria con un 2%, al igual las mujeres que son estudiantes y cursan un estudio universitario con un 2%.

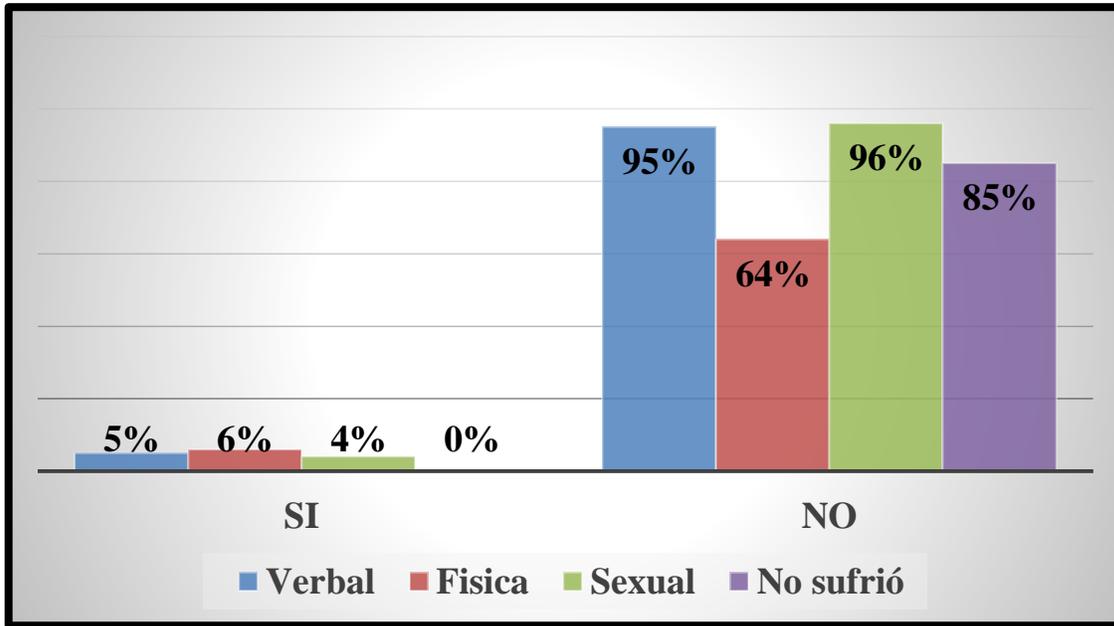
Según el gráfico N°3 correspondiente a la ocupación y escolaridad de las puerperas se observa que las pacientes que tienen un mayor riesgo de depresión post-parto son aquellas que su nivel escolar es de primaria o secundaria y en su gran mayoría son amas de casa la baja escolaridad predispone a estas mujeres a este trastorno debido a la falta de conocimiento con respecto a la enfermedad y no tomar conciencia e importancia en su salud y la del bebé y la ocupación a la que se dedican las tensionan ya que tienen que dividir su tiempo entre el quehacer del hogar y el cuidado de bebé, aumentando las preocupaciones, según estudio realizado por Muruaga(1987), donde refleja que el mayor porcentaje de depresión post-parto lo ocupaban aquellas que tenían una ocupación de amas de casa y en su mayoría solo habían cursado primaria y secundaria.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## II. PRINCIPALES FACTORES PSICOSOCIALES, OBSTÉTRICOS Y PUERPERALES DE LA DEPRESIÓN POST PARTO DE PACIENTES EN ESTUDIO.

GRÁFICO N°4

Tipo de violencia sufrida en las púerperas de ginecología



Fuente: Tabla 4

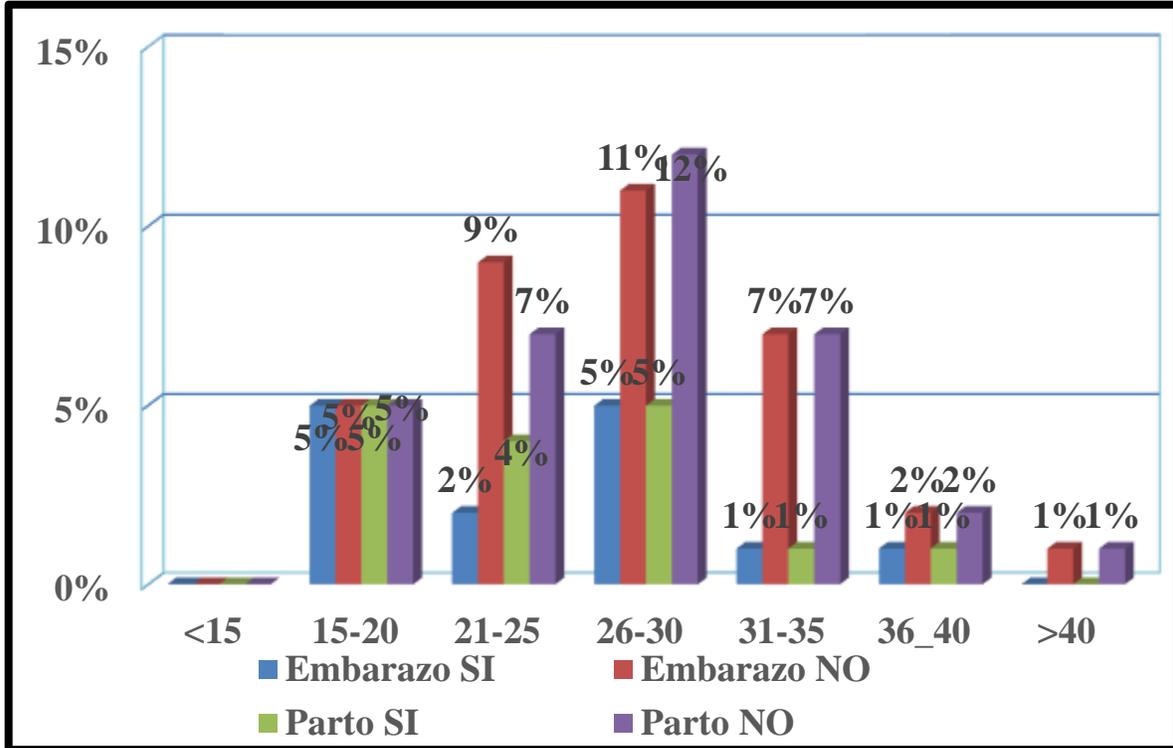
En el gráfico N°4 se observa que el primer lugar lo ocupan las pacientes que no ha sufrido de violencia sexual con un 96%, el segundo lugar lo ocupan las pacientes que no sufrieron una violencia verbal con un 95%, el tercer lugar lo ocupan las pacientes que no sufrieron ningún tipo de violencia con un 85%, el cuarto lugar lo ocupan las pacientes que sufrieron una violencia física con un 6%, el quinto lugar lo ocupan las pacientes que sufrieron una violencia verbal con un 5%, el sexto y último lugar lo ocupan las pacientes que sufrieron una violencia sexual con un 4%.

Se identificó que la violencia no es un factor que predisponga a las pacientes a sufrir una depresión post-parto ya que el 85% de las pacientes no sufrieron violencia., solo un 15% de la población en estudio refirió haber sufrido alguno de los tipos de violencia. En comparación al estudio realizado por Paiz (2012) en donde refleja que el 55% de las pacientes depresivas sufrieron algún tipo de violencia.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

GRÁFICO N°5

Edad y tristeza durante embarazos o partos anteriores



Fuente: Tabla 5

En el gráfico N°5 se observa que el primer lugar lo ocupan las pacientes entre las edades de 26 a 30 años que no sintieron tristeza durante su parto con un 12%, el segundo lugar lo ocupan las mujeres entre las edades de 26 a 30 años que no sintieron tristeza durante su embarazo con un 11%, el tercer lugar lo ocupan las edades entre 21 a 25 años que no sintieron tristeza durante el embarazo con un 9%, el cuarto lugar lo ocupan las edades entre 21 a 25 años que no sufrieron tristeza durante su parto con un 7%, el quinto lugar lo ocupan las edades de 31 a 35 años que no sufrieron tristeza durante su embarazo ni durante su parto con un 7%, el sexto lugar lo ocupan las edades de 15 a 20 años que sufrieron tristeza durante su embarazo y parto con un 5%, al igual que las pacientes que no sufrieron tristeza durante su embarazo y parto con un 5%, del mismo modo las edades de 26 a 30 años que sufrieron tristeza durante su embarazo y parto con un 5%, el séptimo lugar las edades de 21 a 25 años que sufrieron una tristeza durante su parto con un 4%.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ**

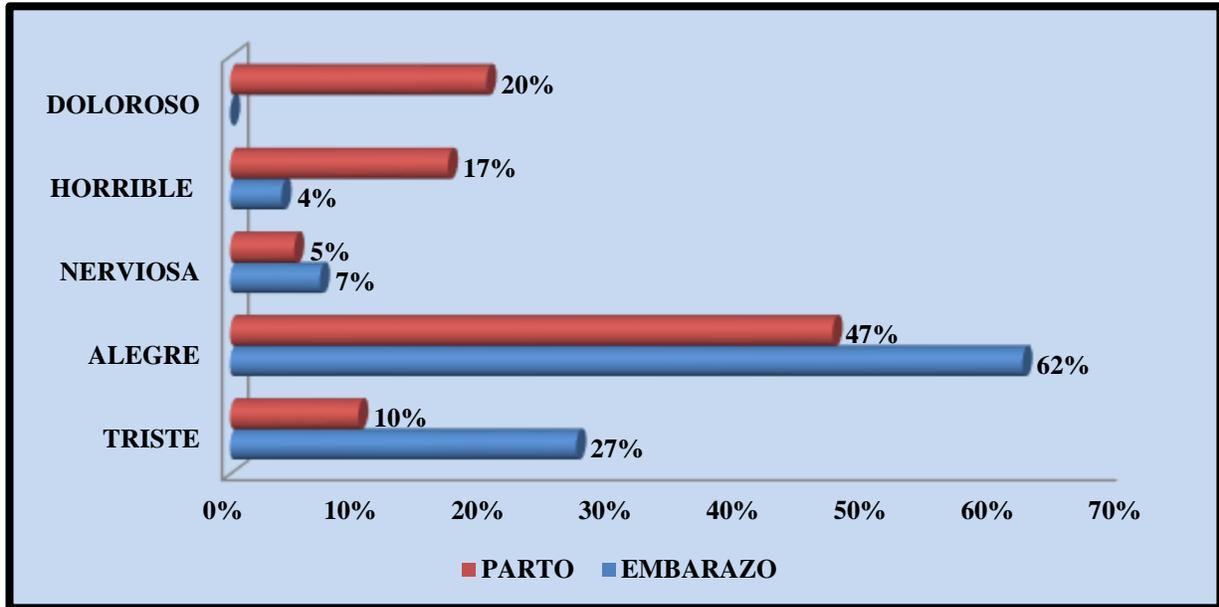
**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

En el gráfico correspondiente a la edad y tristeza durante el embarazo y parto anterior se observa que la tristeza no es un factor significativo para sufrir depresión post-parto, ya que las pacientes entre las diferentes edades en su gran mayoría no sufrieron de tristeza en su embarazo o parto anterior, en comparación al estudio realizado por Cols(1999) en donde se refleja un incremento de tristeza en embarazos anteriores se encontraba en las pacientes entre las edades de 15-20años y 26-30años con un porcentaje de 45%.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

### GRÁFICO N°6

#### Experiencia psicológica del embarazo y parto de las púerperas del área de ginecología



Fuente: Tabla 6

En el gráfico N°6 se observa que el 62% de las pacientes se sintieron alegres durante su embarazo y solo el 47% de las pacientes se sintieron igual alegres durante el parto, 27% de las pacientes refirieron haberse sentido tristes durante el embarazo y solo el 10% de las pacientes refieren haberse sentido triste después del parto, el 20% de las pacientes refieren haber sentido que el parto fue doloroso, el 17% de las pacientes refirieron haberse sentido horrible durante el parto y solo el 4% refieren haberse sentido igual horrible durante el embarazo, un 7% refieren haberse sentido nerviosa durante el embarazo y solo un 5% se sintieron nerviosas después del parto.

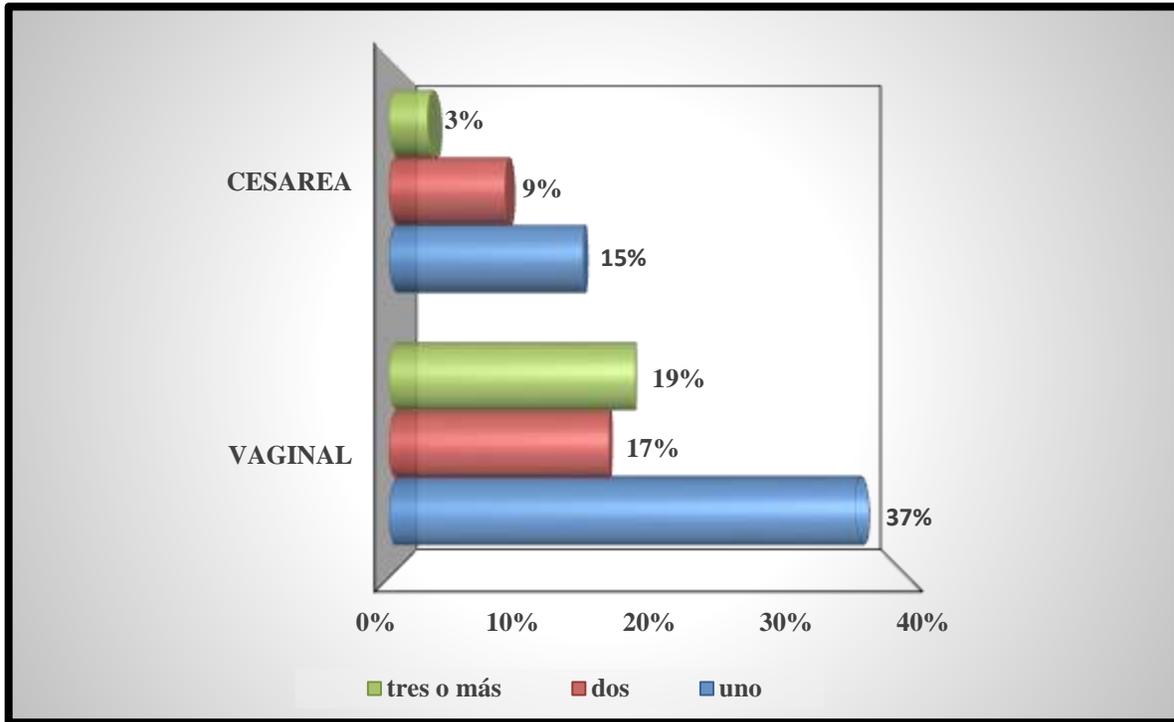
En el gráfico correspondiente a la experiencia psicológica del embarazo y parto se observó que la experiencia vivida en el embarazo y parto no es un factor de riesgo para que las pacientes sufran depresión post-parto ya que en su gran mayoría refirieron haberse sentido alegres durante y después del parto, un porcentaje de pacientes sintieron que fue algo doloroso, solo un porcentaje mínimo se sintió triste durante el embarazo y parto, en comparación a estudios realizado por Muruaga(1987) donde refleja que las pacientes que sufrieron tristeza durante el embarazo y parto son las más vulnerables en sufrir una depresión debido a los niveles de angustia y melancolía.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## FACTORES OBSTÉTRICOS

### GRÁFICO N°7

Número de hijos y vía de terminación del embarazo



Fuente: Tabla 7

En el gráfico N°7 se observa que el primer lugar lo ocupan las pacientes que tienen un hijo y el parto fue vaginal con un 37%, el segundo lugar lo ocupan las pacientes que tienen 3 o más hijos y el parto fue vaginal con un 19%, el tercer lugar lo ocupan las mujeres que tienen 2 hijos y el parto fue vaginal con un 17%, el cuarto lugar lo ocupan las pacientes que tienen un hijo y su parto fue a través de cesárea con un 15%, el quinto lugar lo ocupan las pacientes que tienen dos hijos y su resolución del embarazo fue cesárea con un 9%, el sexto lugar lo ocupan las pacientes que tienen tres o más hijos y su resolución del embarazo fue cesárea con un 3%.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL  
HUMBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

En el gráfico N°7 correspondiente al número de hijos y vía de terminación del embarazo se observa:

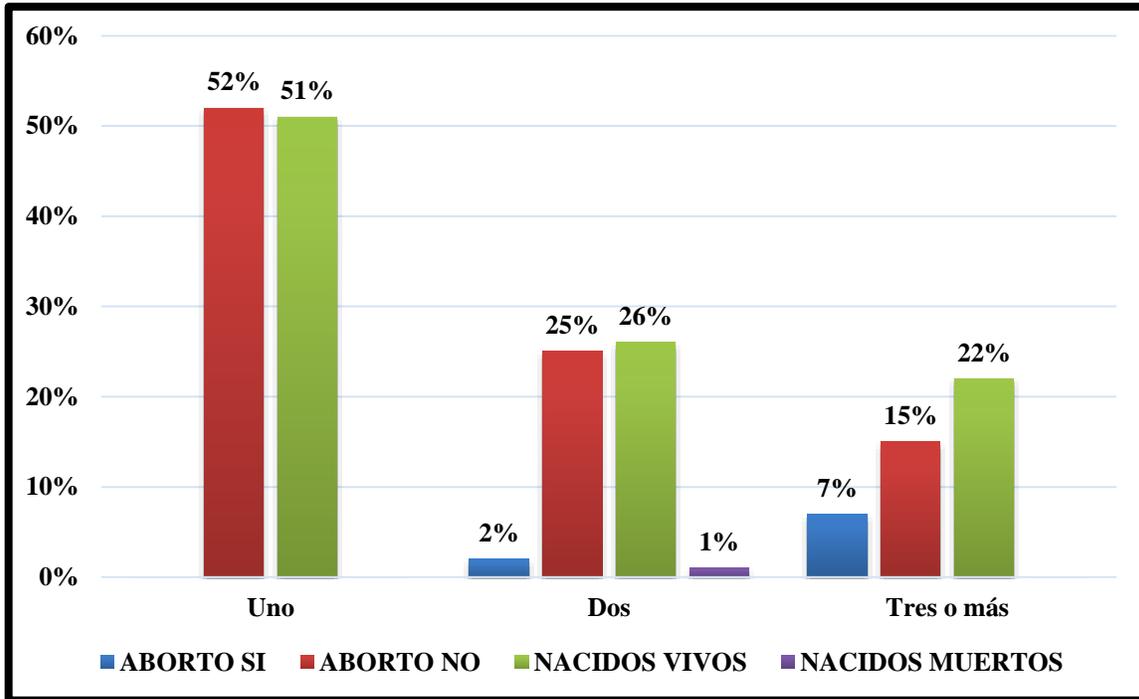
Que las pacientes que presenta mayor riesgo de sufrir depresión post-parto son las que tienen un hijo, debido a la nueva experiencia de ser madres, y las nuevas funciones que tiene que realizar con el cuidado del bebé por el gran temor a lo desconocido, en comparación al estudio realizado por Cols(1982), en el que refleja que las madres más afectadas con una depresión post-parto son las pacientes primigesta debido al conflicto emocional en el que se encuentran con el nacimiento del bebé.

La vía de terminación del embarazo fue vaginal en más de la mitad de la población en estudio, observando que la resolución del embarazo no es un factor predisponente para sufrir depresión post-parto, según el estudio realizado por Paiz(2012) donde reflejo que la diferencia entre a vía de resolución del embarazo de las pacientes que presentaron depresión post-parto no fue mayor al 10% entre Cesárea y parto.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

### GRÁFICO N°8

Número de embarazos, abortos y nacidos vivos de las puérperas del área de ginecología



Fuente: Tabla 8

El gráfico N°8 se observa que las pacientes que han tenido un embarazo no han sufrido abortos con un 52%, de las pacientes que han tenido un embarazo el 51% de los bebés nacieron vivos, las pacientes que tuvieron dos embarazos el 26% de los bebés nacieron vivos, un 25% de las pacientes que tuvieron dos embarazos no sufrieron abortos, las pacientes que tuvieron tres o más embarazos el 22% de los bebés nacieron vivos, el 15% de las pacientes que tienen tres o más embarazos no sufrieron abortos y un 7% de las madres que tuvieron tres o más embarazos sufrieron un aborto, las pacientes que tuvieron dos embarazos un 2% de ellas sufrieron un aborto, un 1% de las pacientes que tuvieron dos embarazos el bebé nació muerto.

En el gráfico número 8 se encontró que las pacientes primigestas son las más vulnerables a un trastorno de depresión post-parto ya que no tienen las mismas libertades sociales que antes, y deben adaptarse al rol de madre a demás modificar muchas de sus conductas tanto

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

para su bienestar como el bienestar del bebé, Cols (1982) en su estudio refleja que las pacientes que presentaron depresión el 54% eran primigesta, esta teoría la refuerza el estudio realizado por Herzog y Detre (1976) y Paul (1974) donde reflejó que el 66% de las pacientes con una depresión mayor o una psicosis post - parto se presentó en primigestas.

Al igual que las pacientes bigestas debido a la carga laboral en la casa y el cuidado de los hijos. A diferencia de las múltiparas que el riesgo es menor a que tienen un apoyo por parte de la familia.

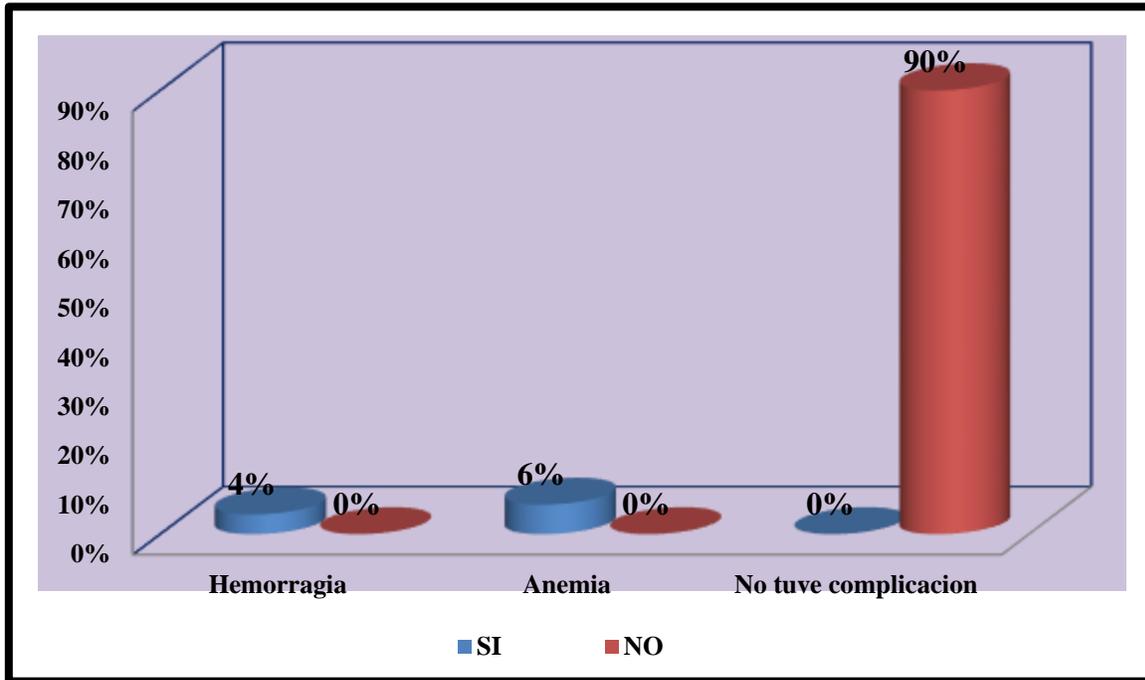
Observamos que el haber sufrido un aborto u óbito no es un factor de riesgo para padecer depresión post-parto ya que más de la mitad de la población en estudio no presentó estas complicaciones, sus hijos nacieron bien, confirmando los hallazgos que se encontraron Maradiegue (2000 - 2007) en su estudio en el cual reflejó que las pacientes diagnosticadas con depresión puerperal y psicosis puerperal no tuvieron complicaciones obstétricas de ninguna índole y sus hijos nacieron sano en un 93.3%

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## FACTORES PUERPERALES

### GRÁFICO N°9

Complicaciones después del parto encontradas en las puérperas del área de ginecología



Fuente: Tabla 9

En el gráfico N°9 se observa que el primer lugar lo ocupan las pacientes que no han sufrido ningún tipo de complicación después del parto con un 90%, el segundo lugar lo ocupan las pacientes que sufrieron una anemia después del parto con un 6% y el tercer lugar lo ocupan las pacientes que sufrieron una hemorragia después del parto con un 4%.

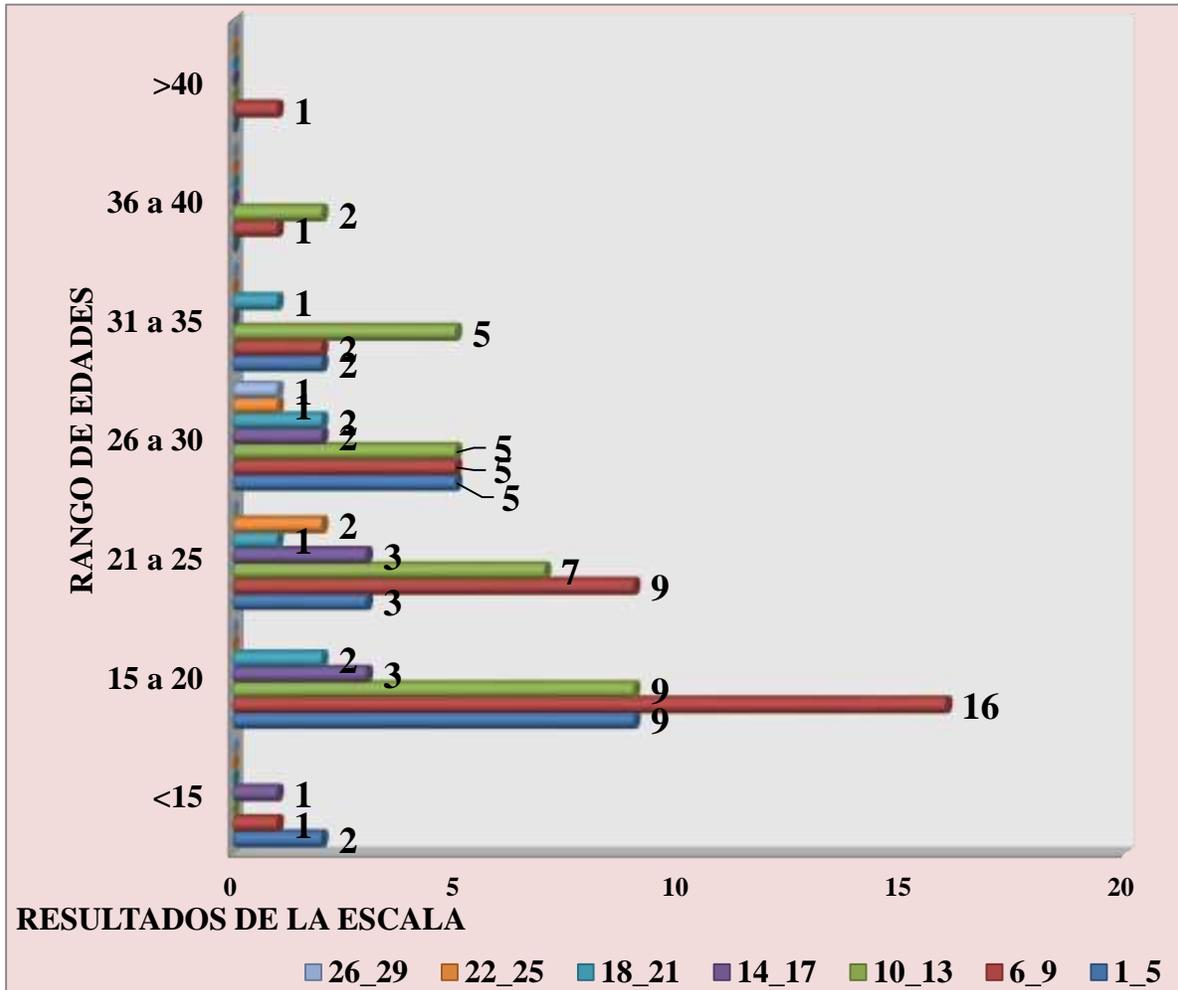
En el gráfico correspondiente a las complicaciones puerperales se encontró que las complicaciones puerperales no son un factor que predisponga a las mujeres a sufrir una depresión post- parto, debido a que el porcentaje de pacientes que sufrieron algún tipo de complicación puerperal fue de 10% que corresponde a menos de la mitad, coincidiendo con el estudio realizado por Muruaga(1987) en el que se refleja que las complicaciones puerperales no inciden en los casos de depresión post-parto debido a que las pacientes que se vieron afectadas un estado depresivo en su gran mayoría no habían tenido ninguna complicación puerperal.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

### III. ANÁLISIS DE LA ESCALA DE EDIMBURGO

GRÁFICO N°10

Edades y resultados de la escala de Edimburgo



Fuente: Tabla 10

En el gráfico N°10 se observa que las pacientes que ocupan el primer lugar son las pacientes entre las edades de 15-20 años con puntajes entre 10-13, 18-21 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 9% cada uno, el segundo lugar lo ocupan las pacientes entre las edades de 21 a 25 años con puntajes de 10-13 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 7%, el tercer lugar lo ocupan las pacientes entre las edades de 26 a 30 años con puntajes de 10-13, 18-21

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES**

en la Escala post-natal de Edimburgo con un 5% respectivamente para cada uno, al igual que las pacientes entre las edades de 31 a 35 años con puntajes 10-13 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 5%, el cuarto lugar lo ocupan las pacientes entre las edades de 15 a 20 años con puntajes de 14-17 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 3%, al igual que las pacientes entre las edades de 21 a 25 años con puntajes de 14-17, 18-21 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 3% respectivamente, el quinto lugar lo ocupan las pacientes entre las edades de 15 a 20 años, de 26 a 30 años, de 31 a 35 años con puntajes de 18-21 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 2% cada uno, el sexto lugar lo ocupan las pacientes entre las edades de 21 a 25 años con puntajes de 22-25 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 2%, el séptimo lugar lo ocupan las pacientes entre las edades de 36 a 40 años con puntajes de 10-13 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 2%, el octavo lugar lo ocupan las pacientes entre las edades <15 años, 21 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años con puntajes de 14-17, 18-21, 22-25, 26-29 en la Escala post-natal de Edimburgo con un 1% respectivamente.

Se observa que las mujeres en los rangos de edad de 15 a 20 años obtuvieron puntajes mayores a 10, que según la escala de Edimburgo, este es el punto de corte para determinar que hay presencia de depresión post parto. Por lo que podemos decir, que es el grupo más vulnerables; por ser aún adolescentes y no encontrarse aun preparadas para su nuevo estilo de vida, además de no estar preparadas físicamente para dar a luz a un hijo.

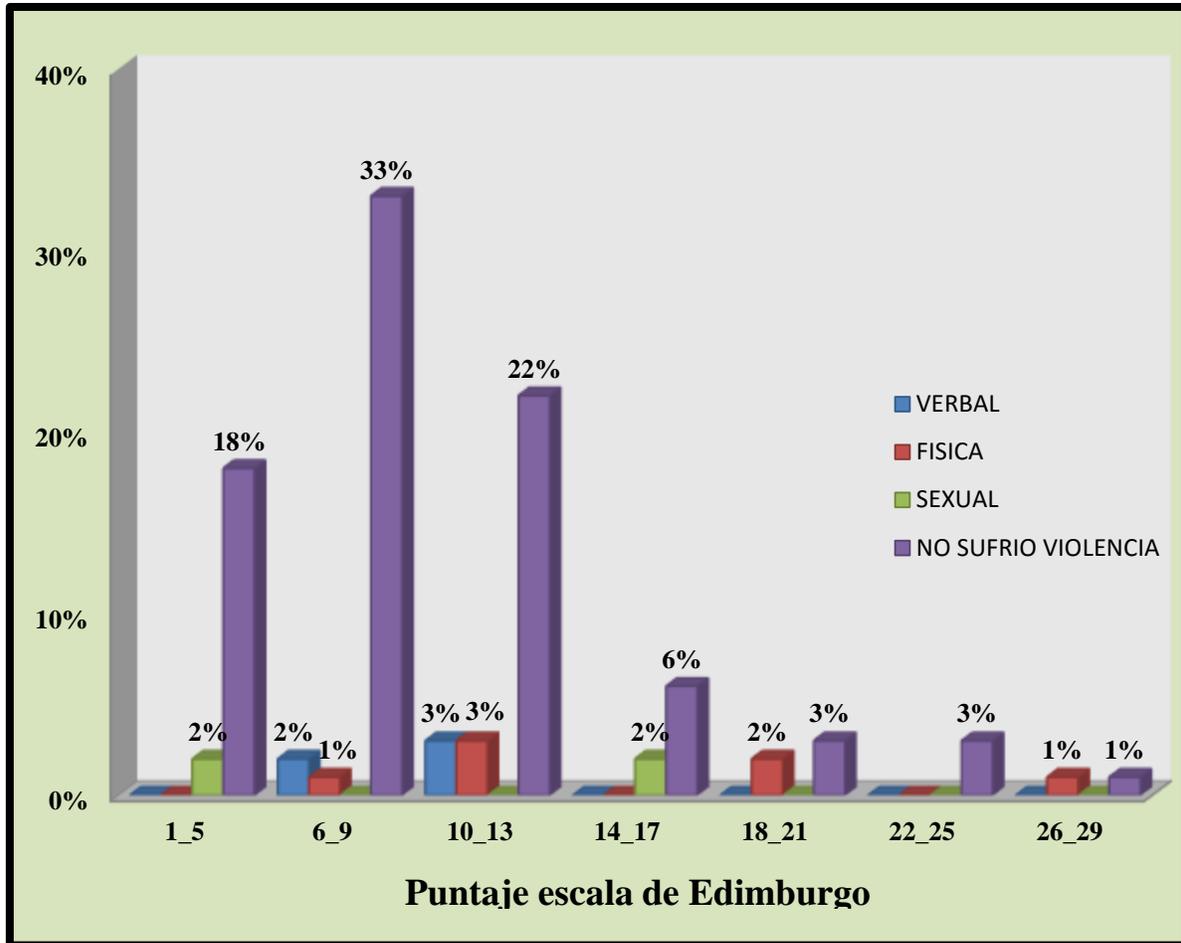
En comparación con el estudio realizado por Cols, B. y. (2006) en el que se refleja que las pacientes más afectadas fueron pacientes entre las edades de 15 a 20 años debido a reestructuración familiar y a la aparición de nuevas responsabilidades con el nacimiento de sus hijos.

A demás se observo que la edad en si no es un factor que predisponga a las mujeres a una depresión post-parto ya que las mujeres en edad fértil presentaron puntajes altos en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo en la cual demuestra que las pacientes están en un riesgo de presentar una depresión.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

### GRÁFICO N°11

#### Violencia y resultados de la escala de Edimburgo



Fuente: Tabla 11

En el gráfico N°11 se observa que el primer lugar lo ocupan las puérperas que tienen un puntaje de 10-13 puntos en la Escala post-natal de Edimburgo en la cual no han sufrido violencia con un 22%, las puérperas que han sufrido violencia ya sea verbal o física con un 3%, el segundo lugar lo ocupan las puérperas que tienen un puntaje de 14-17 puntos en la Escala post-natal de Edimburgo en la cual no han sufrido violencia con un 6%, y las puérperas que han sufrido de violencia sexual con un 2%, el tercer lugar lo ocupan las puérperas que tienen un puntaje entre 18-21 puntos en la Escala post-natal de Edimburgo son aquellas que no sufrieron violencia con un 3%, al igual que las pacientes que han sufrido de violencia física con un 2%, el cuarto lugar lo ocupan las puérperas que tienen un puntaje entre 22-

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

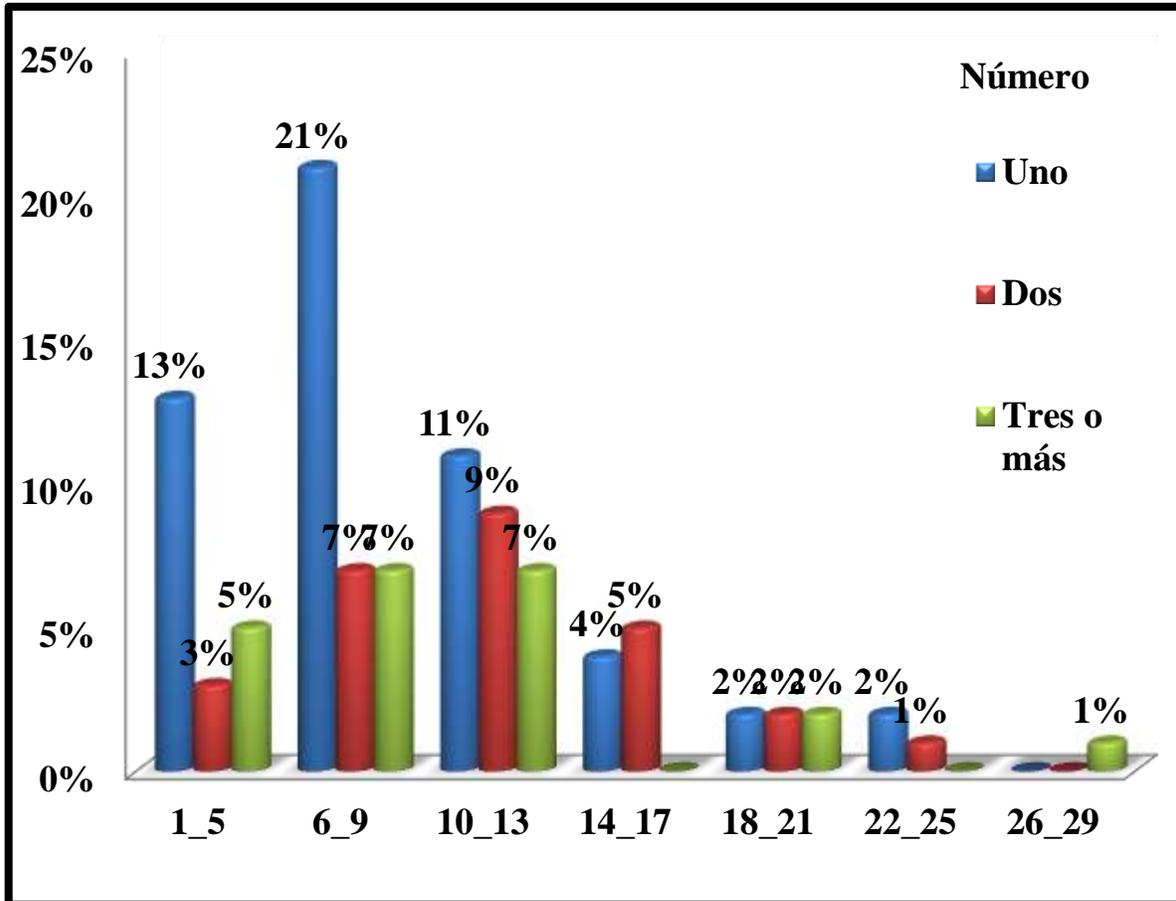
25 puntos en la Escala post-natal de Edimburgo son aquellas que no sufrieron violencia con un 3%, el quinto lugar lo ocupan las púerperas que tienen un puntaje de 26-29 puntos en la Escala post-natal de Edimburgo son aquellas que no sufrieron de ningún tipo de violencia con un 1% y otro 1% sufrieron una violencia física.

En el gráfico correspondiente a violencia y resultados de la Escala post-natal de Edimburgo se observa que la violencia no es un factor significativo causante de depresión post-parto ya que un 35% de las pacientes que resultaron positivas en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo fueron las que no sufrieron ningún tipo de violencia y solo un 11% de las pacientes que sufrieron un tipo de violencia resultaron positivas en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo. En comparación a otros estudios realizados anteriormente en donde el mayor porcentaje de mujeres con resultados positivos lo tenían las pacientes que sufrieron violencia Bonilla (2012) con un 47%.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

GRÁFICO N°12

Número de hijos y resultados de la Escala de Edimburgo



Fuente: Tabla 12

En el gráfico N°12 se observa que las puérperas que ocupan el primer lugar son aquellas que tienen 1 hijo con puntajes entre 10-13 en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo con un 11%, al igual que las puérperas que tienen 2 hijos con un 9%, también las que tienen 3 hijos con un 7%, el segundo lugar lo ocupan las puérperas que tienen 2 hijos con un puntajes de 14-17 en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo con un 5%, al igual que las pacientes que tienen 1 hijo con 4%, el tercer lugar lo ocupan las puérperas que tienen 1,2 3 o más hijos con puntajes entre 18-21 puntos en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo con un 2%, el cuarto lugar lo ocupan las puérperas que tienen un hijo con puntajes de 22-25 puntos en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo con un 2%, el quinto lugar lo

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

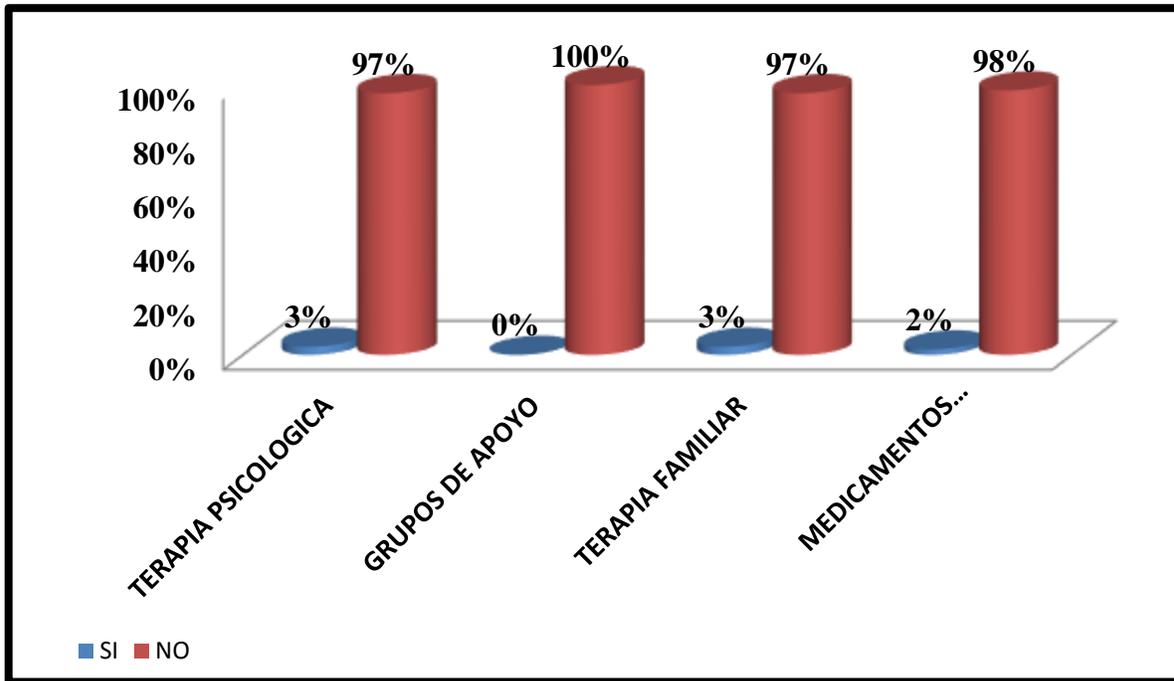
ocupan las puérperas que tienen dos hijos con puntajes de 22-25 puntos en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo con un 1%, al igual que las pacientes que tienen tres o más hijos con puntajes de 26-29 puntos en la Escala de depresión post-natal de Edimburgo con un 1%.

Las pacientes primigesta (21%) y bigestas (19%) obtuvieron puntuaciones mayores a 10, en la escala de Edimburgo. las madres primigestas tienden a sentirse nerviosas ya que no saben cómo cuidar al neonato y poder seguir con su estilo de vida antes de salir embarazada; en el caso de las bigestas entran en conflictos emocionales, con respecto al cuidado de su primogénito, sobre todo cuando este es aún es un lactante. Lo que significa que las mujeres que poseen una de estas características, tienen un riesgo de padecer depresión post parto. En comparación a un estudio realizado por Gordon y Cols (1959) donde se refleja que los casos ocurridos de depresión post-parto y una psicosis post-parto el 54% eran pacientes primigestas y solo el 46% eran pacientes bigestas.

#### IV. ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS DE LA DEPRESIÓN

GRÁFICO N°13

Tratamiento que recibieron antes o durante su embarazo



Fuente: Tabla 13

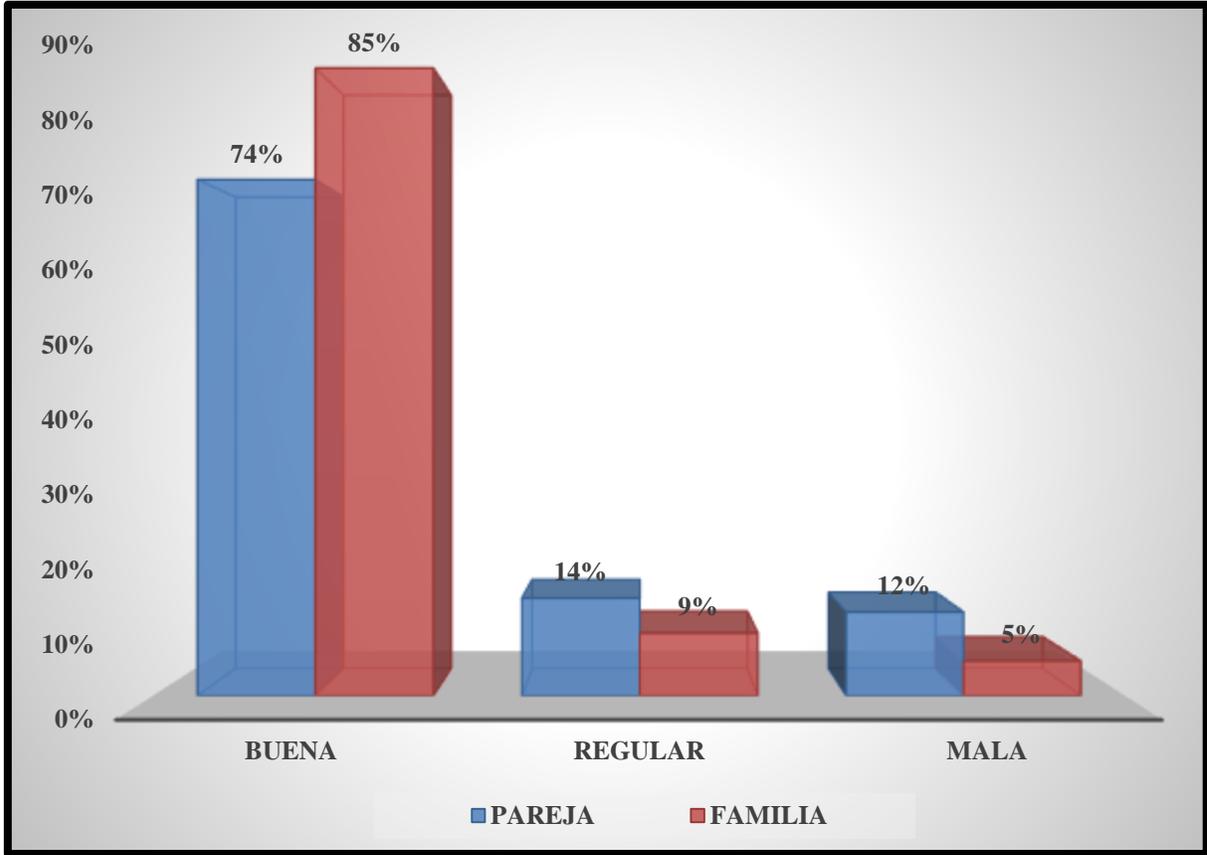
En el gráfico N°13 se observa que solo un 3% de las pacientes han recibido un tipo de tratamiento siendo este: terapia psicológica y terapia familiar, un 2% de las pacientes han recibido terapia farmacológica, y 97% de las pacientes no han recibido ningún tipo de tratamiento ni antes ni durante el embarazo.

Esto deja entre ver, que la población no asiste a consulta psicológica por estigmas sociales y no por que no lo ameriten lo que significa que la población que no buscan ayuda psicológica al presentar algún signo de este trastorno puerperal ya sea por vergüenza o ignorancia corren un mayor riesgo de padecer depresión post-parto. En comparación a un estudio realizado por Maradiegue (2000-2007) en el que reflejo que el mayor porcentaje de las pacientes depresivas no habían recibido ningún tipo de tratamiento ni antes ni durante el embarazo por temor a los estigmas sociales.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

### GRÁFICO N°14

#### Relación pareja y familia



Fuente: Tabla14

El gráfico N°14 refleja que el primer lugar lo ocupan las pacientes que han tenido una buena relación familiar con un 85%, a demás de una buena relación de pareja con un 75%, el sesegundo lugar lo ocupan las pacientes que tienen una relación de pareja regular con un 14% y una relación familiarregular con un 9%, el tercer lugar lo ocupan las pacientes que tienen una mala relación de pareja con un 12%, al igual que una mala relación familiar con un 5%.

Observamos que la relación de familia es buena en más de la mitad de la muestra (85%) y la relacion depareja es buena con su equivale a un 75% de la poblacion en estudio.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

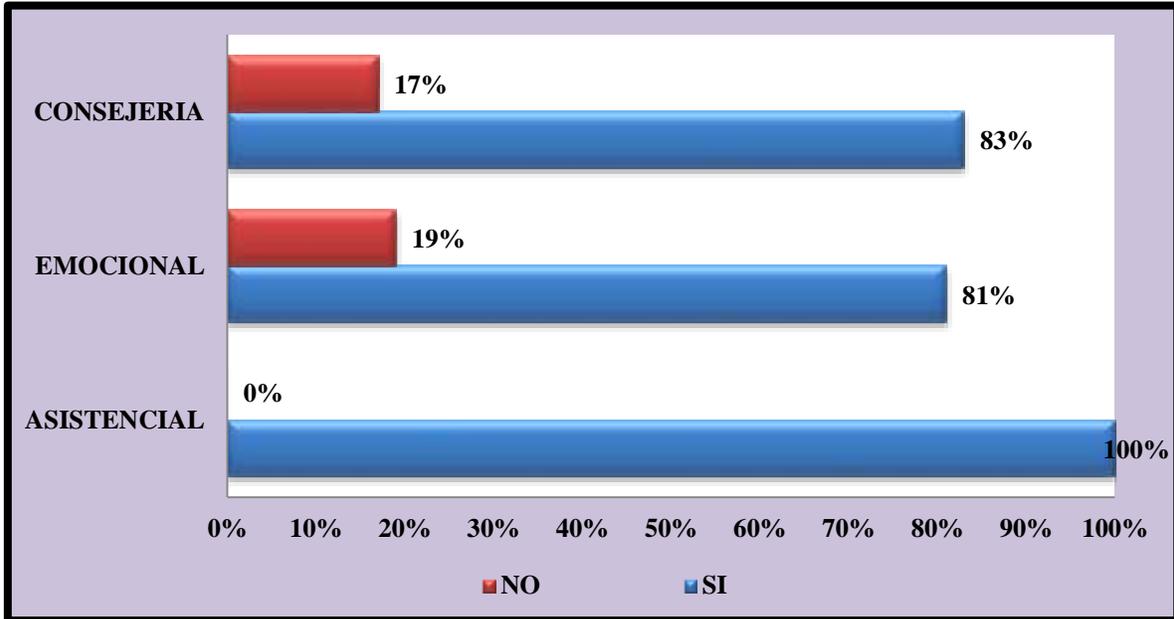
Lo que difiere de otros estudios, que han dicho que los conflictos de índole familiar afecta el estado emocional de las mujeres que acaban de dar a luz. Es decir que la relacion de pareja y la relacion familiar no son un factor de riesgo para padecer una depresion post-parto. En comparacion a estudios realizados por Paiz (2012) en donde se reflejo que un porcentaje de la población equivalente a un 87% tenían una mala relacion de familia y un 60% de mala relación con su pareja.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

## V. ANÁLISIS DEL TIPO DE APOYO BRINDADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO.

GRÁFICO N°15

Tipo de apoyo y disposición de escucha por parte de enfermería



Fuente: Tabla 15

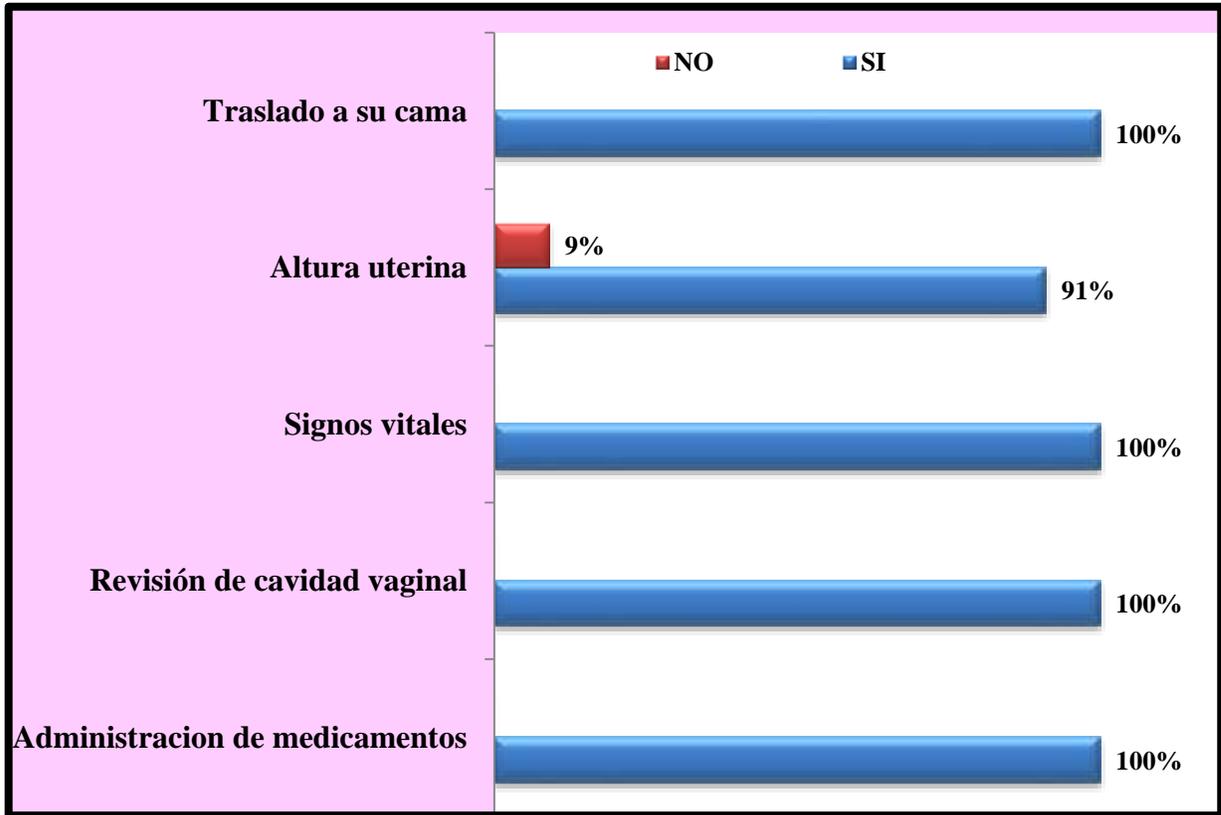
En el gráfico N°15 se observa que el primer lugar lo ocupan las pacientes que recibieron un apoyo asistencial y fueron escuchadas por enfermería con un 100%, el segundo lugar lo ocupan las pacientes que recibieron un apoyo emocional y fueron escuchadas por enfermería con un 81% y el tercer lugar lo ocupan las pacientes que recibieron consejería y fueron escuchadas por la enfermera, solo una mínima cantidad de las pacientes en estudio no recibieron un apoyo emocional por parte del personal de enfermería.

Comprobamos que el apoyo que cumple enfermería en un 100%, es asistencial, lo que significa que la relación entre enfermera – paciente es mecánica. Afectando de manera negativa la percepción de las pacientes hacia la institución, como al personal de salud. No se encontraron estudios que hablaran sobre la relación de los cuidados del tipo de apoyo brindado por el personal de enfermería y la depresión post-parto.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES

GRÁFICO N°16

Cuidados que recibieron las púerperas por parte de enfermería



Fuente: Tabla 16

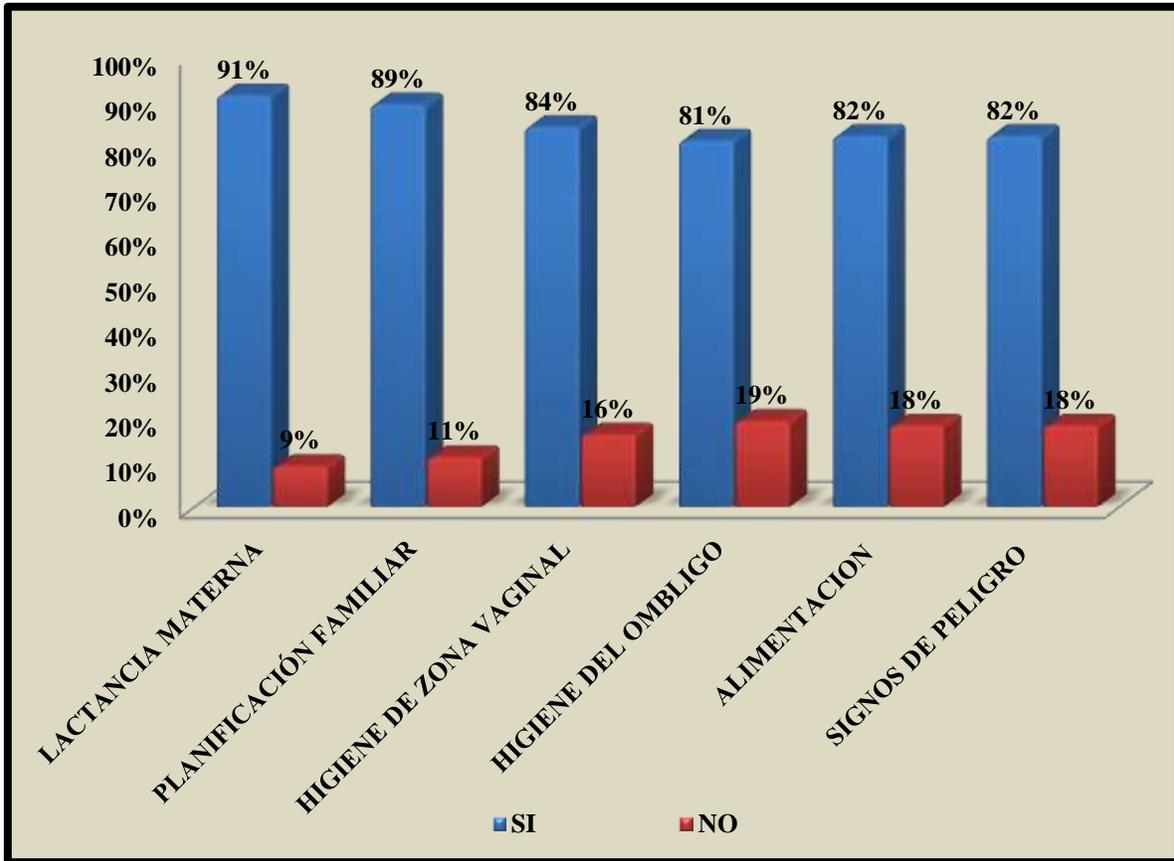
En el gráfico N°16 se observa que el 100% de la población recibió cuidados de administración de medicamentos, revisión de cavidad vaginal, signos vitales y traslado a su cama y un 91% recibieron un cuidado de medición de altura uterina. Solo un 9% no recibieron un cuidado que es la medición de altura uterina.

Se encontró que los cuidados brindados por el personal de enfermería no son un factor de riesgo para padecer depresión post-parto, ya que las intervenciones asistenciales que brinda el personal de enfermería para garantizar el estado de salud físico de las pacientes es cumplido en un 100%. Sobre esta variable no se encontraron estudios que refieran alguna relación con la depresión post-parto.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

### GRÁFICO N°17

#### Consejería brindada por el personal de enfermería



Fuente: Tabla 17

En el gráfico N°17 se observó que la mayor parte de las pacientes recibieron la consejería por parte del personal de salud siendo los temas de mayor importancia entre ellos; lactancia materna, planificación familiar, higiene de la zona vaginal, higiene umbilical del bebé, alimentación, signos de peligro. En una menor cantidad fueron aquellas pacientes que no recibieron la consejería por parte del personal de enfermería.

Encontramos que la consejería brindada en el puerperio no es un factor de riesgo para la aparición de la depresión post-parto. Es decir el personal de enfermería cumple con la consejería necesaria para las púerperas a nivel de salud física, dejando por un lado la salud mental y emocional de las pacientes. No se encontró estudios acerca de la variable consejería y relación con la depresión post-parto.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## CONCLUSIONES

Según los análisis de los resultados de esta investigación se encontró que los factores asociados a la depresión post parto, en las pacientes que cursaban su puerperio inmediato son:

1. Encontramos que las edades más vulnerables a padecer depresión post-parto son de 15 a 20 años con un 25% debido a que no están preparadas psicológicamente para la crianza de un nuevo ser, es decir que todas las mujeres en edad fértil pueden padecer de una depresión post-parto, además que el estado civil que más se presentó fue el de casada con un 73% debido a la carga laboral en el hogar sumado a que 44% de las puérperas presentan haber alcanzado la primaria y 23% secundaria, también más de la mitad se dedican a ser amas de casa en donde solo su pareja trabaja por lo que su ingreso económico es bajo ya que ellas dependen del ingreso de sus compañeros que en su gran mayoría no tienen un trabajo estable.
2. Se determinó que los factores psicosociales no ejercen ninguna influencia en las puérperas de este estudio por lo que se descartó como un factor asociado a la depresión post- parto, debido a que el porcentaje que sufrió algún tipo de violencia fue de 15% del total. Sin embargo el 35% de las pacientes que no sufrieron de violencia fueron las que obtuvieron puntajes mayor a 10 puntos en la Escala post-natal de Edimburgo, al igual que la relación que sostenían con su familia eran buena en más de la mitad de la población en estudio representada por un 85% y la relación de pareja era buena en más de la mitad de ellas representado por el 75%.

Se comprobó que solo un 10% de la población en estudio presentó una complicación puerperal, en cambio algunos factores obstétricos como lo es la paridad fue un determinante, ya que las primigestas representadas por un (65%) y las bigestas un (27%) obtuvieron más de 10 puntos en la Escala post-natal de Edimburgo, lo que significa que la cantidad de hijos

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales**

interviene en el estado emocional de las pacientes, por lo que se evidencia que es un factor asociado a la depresión post-parto.

3. Los resultados que se obtuvieron con la aplicación de la Escala post-natal de Edimburgo fue de un 45% que equivale a 49 pacientes de la muestra total. Es decir que este número de pacientes son las más vulnerables a padecer una depresión post-parto.
4. Se identificó que las pacientes que han recibido algún tipo de tratamiento psicológico y farmacológico para trastorno depresivos o por abuso sexual antes o durante el embarazo son una población de riesgo a recaer en una depresión post-parto.
5. Se verificó que el tipo de apoyo brindado por el personal de enfermería en el caso del asistencial fue cumplido en un 100%, asegurando el bienestar físico de la paciente y no la salud mental, por lo que concluimos que esto afecta la apreciación de las pacientes hacia el personal de salud de manera negativa al mismo tiempo que se pueda pasar por alto cualquier signo de peligro que la madre presente en relación a la depresión post parto.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## RECOMENDACIONES

### **1. A las Autoridades del Hospital “Humberto Alvarado Vásquez”**

Se recomienda que se capacite al personal del área de ginecología sobre la atención del trastorno de depresión post-parto; para que de este modo puedan realizar una detección oportuna y se le pueda brindar el tratamiento oportuno.

Se le recomienda al departamento de Psicología el uso de la Escala de depresión post-natal de Edimburgo, en el servicio de ginecología, con el propósito de tamizar la presencia de sintomatología depresiva, lo cual disminuiría el tiempo transcurrido para una atención especializada.

Se sugiere el abordaje multidisciplinario (médicos generales, obstetras, ginecólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores de atención primaria, trabajadoras sociales, psicólogos) como medida de prevención oportuna, lo cual ayudaría a disminuir los su registros de los trastornos relacionados con el parto y favorecería investigaciones futuras que demuestren la prevalencia real de este trastorno.

### **2. Al Personal del área de ginecología.**

Se recomienda al personal de enfermería brindar una atención biopsicosocial a las puérperas, para que de este modo puedan captar a las pacientes que sufre el riesgo de sufrir una depresión post-parto.

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

## BIBLIOGRAFÍA

Alvarado Ruben, G. V. (diciembre de 2015). *Validacion de la Escala de Edimburgo para embarazadas*. Recuperado el 19 de mayo de 2015, de [web.minsal.cl/.../InformeFinalproyectovalidacionEPDSEmbarazadasV2.p...](http://web.minsal.cl/.../InformeFinalproyectovalidacionEPDSEmbarazadasV2.p...)

Araya Hellen, M. D. (2012). *Comportamiento clinico epidemiologico de la depresion post parto en pacientes que cursan el puerperio tardio durante el período de enero a julio 2012 en el centro de salud y policlinica Francisco Morazan*. Managua, Ncaragua. Recuperado el 13 de mayo de 2015.

Bonilla, E. J. (26 de marzo de 2012). *Relación entre violencia de pareja contra la. Bgota, colombia*.

Bruno, F. (1997). *Diccionario de terminos psicologicos fundamentales*. Barcelona: Paidos Studio.

CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA. (2015). *ryapsicologos*. Recuperado el 15 de junio de 15, de [ryapsicologos: http://www.ryapsicologos.net/terapia-cognitivo-conductual.html](http://www.ryapsicologos.net/terapia-cognitivo-conductual.html)

Comisión Gestora del DSM-IV. (1997). *DSM-IV*. Barcelona: Masson.

cools, B. y. (2006). *factores de vulnerabilidad de la depresion*. En I. G. Sarason, *PSICOPATOLOGIA* (pág. 336). Mexico: Pearson Education.

Dr.Donoso, E. (2007). *Reduccion de morbid-mortalidad materna*. *Obstet. Ginecol.* , 68.

Gracia Navarro, G. M. (2005). *Evaluación del estado de animo en el puerperio con la escala de depresión post natal de Edimburgo*. Recuperado el 19 de mayo de 2015, de [www.researchgate.net/...Escala...Edimburgo/.../09e4150efdb07db16d00...](http://www.researchgate.net/...Escala...Edimburgo/.../09e4150efdb07db16d00...)

J.L. Cox, J. H. (1987). *Escala de depresion post parto de Edinburgh*. *Revista Británica de Psiquiatría*, 150. Recuperado el 19 de abril de 2015, de [www.state.nj.us/health/fhs/.../pdf/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](http://www.state.nj.us/health/fhs/.../pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ

Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick Parrales

Lego. (2007). terapia de grupo. En S. R. Louise, *enfermería psiquiátrica y de salud mental* (pág. 163). Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.

Louise, R. S. (2007). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. Aravaca(Madrid): McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.

Lowdermilk, D. L. (2002). *Enfermería Materno-Infantil* (Vol. 1). Barcelona- España: Harcourt/Oceano.

Maradiegue Montero, S. (2000-2007). *EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS POST PARTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSQUIATRICO*. Recuperado el 25 de mayo de 2015

M, F. A. (1982). *tratado de psiquiatria* . Barcelona(España): SALVAT EDITORES S.A.

MINSA. (Diciembre de 2006). Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. Managua,Nicaragua. Recuperado el 20 de 06 de 2015

MINSA. (2008). *Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*. Managua, Nicaragua. Recuperado el 08 de 08 de 2015

MINSAL. (marzo de 2014). *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y post parto y apoyo al tratamiento*. Recuperado el 25 de mayo de 2015, de [web.minsal.cl/.../ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.p...](http://web.minsal.cl/.../ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.p...)

Muruaga, S. (1987). *Analisis y prevencion de la depresion pos parto*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Miranda. (2006). genero. En I. G. Sarason, *psicopatologia* (pág. 336). Mexico: Pearson Education.

Organizacion Mundial de la salud. (1992). *The ICD-10 classification of mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. madrid : tecnicas graficas FORMA, S.A.

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL HUBERTO ALVARADO VASQUEZ**

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES**

Paykel. (2006). factores de vulnerabilidad de la depresion. En I. G. Sarason, *psicopatologia* (págs. 335-336). Mexico: Pearson education, Inc.

Piura. L. Julio (2000). *investigar es facil*. CIES.

portes, M. (3 de junio de 2014). *ENFERMERA VISIONARIA*. Recuperado el 19 de septiembre de 2015, de *ENFERMERA VISIONARIA*: <http://marlviniaportes.blogspot.com/2014/06/importancia-del-cuidado-psicologico-y.html>

Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud,. (1997). *DSM-IV*. barcelona: Masson.

Reyes Álvarez. Pérez Ivette (2015). Módulo de investigación .UNAN-Managua

RNAO. (abril de 2005). *Intervenciones para la depresión post parto*. Recuperado el 24 de mayo de 2015, de [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

Sampieri, Hernández Roberto (2006). *Metodología de la investigación* 4ta Edición, Impreso en México.

**Br. Belkis Zamora, Br. Shaaron Molina, Br. Erick PARRALES**



**ANEXOS**

## Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente.

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:</b><br/>0. Tanto como siempre<br/>1. No tanto ahora<br/>2. Mucho menos<br/>3. No, no he podido</p> <p><b>3. cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente:</b><br/>3. Sí, la mayoría de las veces<br/>2. Sí, algunas veces<br/>1. No muy a menudo<br/>0. No, nunca</p> <p><b>5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</b><br/>3. Sí, bastante<br/>2. Sí, a veces<br/>1. No, no mucho<br/>0. No, nunca</p> <p><b>7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultad para dormir:</b><br/>3. Sí, la mayor parte del tiempo<br/>2. Sí, a veces<br/>1. No con mucha frecuencia<br/>0. No, nunca</p> <p><b>9. He sido tan desdichada que he estado llorando:</b><br/>3. Sí, la mayor parte del tiempo<br/>2. Sí, bastante a menudo<br/>1. Sólo ocasionalmente<br/>0. No, nunca</p> | <p><b>2. He disfrutado mirar hacia delante:</b><br/><b>0. Tanto como siempre</b><br/>1. Algo menos de lo que solía hacer<br/>2. Definitivamente menos<br/>3. No, nada</p> <p><b>4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo:</b><br/>0. No, para nada<br/>1. Casi nada<br/>2. Sí, a veces<br/>3. Sí, a menudo</p> <p><b>6. Las cosas me han estado abrumando:</b><br/>3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto<br/>2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas también como siempre.<br/>1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien<br/>0. No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre.</p> <p><b>8. Me he sentido triste o desgraciada</b><br/>3. Sí, la mayor parte del tiempo<br/>2. Sí, bastante a menudo<br/>1. No con mucha frecuencia<br/>0. No, nunca</p> <p><b>10. He pensado en hacerme daño:</b><br/>3. Sí, bastante a menudo<br/>2. A veces<br/>1. Casi nunca<br/>0. Nunca</p> |
|--|--|

(J.M.Holden,1987)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN-MANAGUA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE

ENFERMERÍA

GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A MADRES QUE CURSAN SU  
PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL HUMBERTO  
ALVARADO VÁSQUEZ, PARA LA IDENTIFICACIÓN DE  
FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POST-PARTO.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Edad:

- a. < 15 a \_\_\_\_\_
- b. 15-20 a \_\_\_\_\_
- c. 21-25 a \_\_\_\_\_
- d. 26-30 a \_\_\_\_\_
- e. 31-35 a \_\_\_\_\_
- f. 36-40 a \_\_\_\_\_
- g. > 40 a \_\_\_\_\_

2. Estado civil:

- a. Soltera: \_\_\_\_\_
- b. Casada: \_\_\_\_\_
- c. unión de hecho estable \_\_\_\_\_
- d. Otro \_\_\_\_\_

3. No. De hijos:

- a. no tiene \_\_\_\_\_
- b. 1- 2 hijos: \_\_\_\_\_
- c. 3 o más hijos: \_\_\_\_\_

4. Ingreso Económico:

- a. Alto(10,000 córdobas) \_\_\_\_\_
- b. Medio(8,800 córdobas) \_\_\_\_\_
- c. Bajo(5000 córdobas ) \_\_\_\_\_

5. Nivel académico

	Grado
a. Primaria:	
b. Secundaria:	
c. Universitaria:	
d. Alfabetizada:	
e. Analfabeta	

6. Ocupación :

\_\_\_\_\_



#### **4. Obstétricos**

1. ¿Usted ha planificado sus embarazos?
2. Número de embarazos
3. Vía de terminación del embarazo
4. ¿Ha sufrido algún aborto?
5. ¿De los embarazos que ha tenido, todos han nacido vivo?

#### **5. Puerperales**

1. ¿Después del parto sufrió alguna hemorragia vaginal?
2. ¿Después del parto padeció anemia?

### **III. TRATAMIENTO**

2. ¿Durante su embarazo recibió terapia con un psicólogo?
3. ¿Ha recibido terapia con grupos de apoyo?
4. ¿Ha recibido terapia familiar?
5. ¿Recibió o recibe algún medicamento antidepresivo? ¿Cual, especifique?

### **IV. APOYO DE ENFERMERÍA**

1. ¿Qué cuidados inmediatos le brindó la enfermera después del nacimiento de su bebe?
2. ¿Cómo se sintió al momento del nacimiento de su bebé? ¿Qué apoyo le brindó la enfermera en ese momento?
3. ¿La enfermera mostró disposición de escucharla?
4. ¿Qué consejería le brindó la enfermera?

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD

"LUIS FELIPE MONCADA"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

PRESUPUESTO

Actividad.	Cantidad.	Gastos	
		Cs	\$
Horas de internet.	90	1350	49.27
Papelógrafos	5	20	0.73ctv
Marcadores	4	60	2.20
Lápices	8	35	1.28
Fotocopias	100	45	1.65
Transporte urbano.	3	300	11.04
Transporte interurbano	3	160	5.88
Alimentación.	500	500	18.40
Impresiones. primer borrador	70 hojas	70	2.57
Impresiones segundo borrador	100	100	3.68
Encuadernado	2	80	2.94
Impresión trabajo de JUDC	3	400	14.59
Levantado de texto	80	800	29.44
<b>Total.</b>		<b>3920</b>	<b>143.06</b>





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA  
INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD  
"LUIS FELIPE MONCADA"**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA II SEMESTRE																							
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Mejoras de protocolo	x	x	x	x																				
Prueba de Jueces					x	x																		
Defensa de JUDC																								
Recolección de la información.											x													
Diseño de tablas												x												
Procesamiento de la información.													x											
Análisis de datos.																	x							



## **BOSQUEJO**

### **I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES CON DEPRESION POST PARTO**

#### **1. Edad y depresión post-parto**

1.1. Concepto

#### **2. Escolaridad y depresión post-parto**

2.1. Concepto

#### **3. Estado civil y depresión post-parto**

3.1. Concepto

#### **4. Características sociales**

#### **5. Nivel socio económico y depresión post-parto**

5.1.1. Concepto

#### **6. Nivel socio cultural y depresión post-parto**

6.1. Concepto

### **II. Principales Factores psicosociales, obstétricos y puerperales de la depresión posparto**

#### **Concepto**

Clasificación:

#### **2. Factores psicosociales y depresión post-parto**

##### **1.1. Violencia intrafamiliar y depresión post-parto**

1.1.1. concepto

##### **1.2. Historia de abusos sufridos durante la niñez o adolescencia.**

1.2.1. Concepto

##### **1.3. Experiencia psicológica del embarazo o parto**

1.3.1. concepto

##### **1.4. Baja autoestima materna y depresión post-parto**

1.4.1. Concepto

### **3. Antecedentes obstétricos:**

Concepto

Clasificación:

#### **2.1. Embarazo y depresión post-parto**

2.1.1. Concepto

#### **2.2. Número de embarazos y depresión post-parto**

2.2.1 Concepto

#### **2.3. Vía de terminación del embarazo y depresión post-parto**

2.3.1. Concepto

2.3.2. Parto vaginal

2.3.3. Parto vía cesárea

4. Preeclamsia

5. Intervalo Intergenesico

6. Aborto

7. Cesárea

8. Óbito

### **3. Factores puerperal**

Concepto

Clasificación

3.1. Hemorragia

3.2. Anemia

3.3. Histerectomía

### **III. Estado de ánimo mediante la escala de Edimburgo.**

1. Escala de Edimburgo.

2. Confiabilidad de la escala de Edimburgo.

3. Como se utiliza.

4. Pautas para la evaluación.

## **IV. Tratamiento**

### **1. Psicoterapia**

1.1. Concepto

1.2. Importancia

### **2. Tipos:**

2.1. Terapia cognitivo conductual

2.2. Terapia Interpersonal

### **3. Terapias Alternativas**

3.1. Yoga

3.2. Acupuntura

3.3. Aroma terapia

3.4. Fototerapia

3.5. Grupos de apoyo

3.6. Apoyo familiar

### **4. Terapia Farmacológica**

4.1. Antidepresivos

4.2. Tipos:

4.2.1. Amitriptilina

4.2.2. Amoxapina

4.2.3. Clomipramina

4.2.4. Desipramina

4.2.5. Doxepina

4.2.6. Imipramina

4.2.7. Nortriptilina

4.2.8. Protriptilina

4.2.9. Trimipramina

### **5. Terapia Hormonal**

## **V. Apoyo del personal de enfermería en el puerperio inmediato.**

### **1. Concepto**

### **2. Clasificación:**

2.1. Asistencial

2.2. Apoyo emocional

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.

UNAN-Managua

INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que los estudiantes: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ me ha invitado a participar en este trabajo investigativo, que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Estudiantes:

Bra. Belkis Kelita Zamora López \_\_\_\_\_ con carnet: \_\_\_\_\_

Bra. Shaaron Lucia Molina Briones \_\_\_\_\_ con carnet: \_\_\_\_\_

Br. Erick Mauricio Parrales González \_\_\_\_\_ con carnet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Persona responsable (en caso de paciente menor de edad)  
Documento de identificación: \_\_\_\_\_

<b>TABLA N° 1</b>								
<b>EDADES Y ESTADO CIVIL DE LAS PUERPERAS DEL AREA DE GINECOLOGÍA</b>								
<b>EDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>						<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
	<b>SOLTERA</b>		<b>CASADA</b>		<b>UNION ESTABLE</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
<15	1	1%	0	0%	4	4%	5	5%
15 a 20	10	9%	6	5%	27	25%	43	40%
21 a 25	2	2%	8	73%	17	15%	27	25%
26 a 30	2	2%	7	6%	13	12%	22	20%
31 a 35	1	1%	2	2%	6	5%	9	8%
36 a 40	0	0%	0	0%	3	3%	3	3%
>40	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
total:	16	15%	23	21%	71	65%	110	100%

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N° 2</b>								
<b>NÚMERO DE HIJOS Y NIVEL ECONÓMICO DE LAS PUÉRPERAS DEL</b>								
<b>ÁREA DE GINECOLOGÍA</b>								
<b>N° de Hijos</b>	<b>ALTO</b>		<b>MEDIO</b>		<b>BAJO</b>		<b>TOTAL:</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Uno	4	4%	15	14%	38	35%	57	52%
Dos	3	3%	10	9%	16	15%	29	26%
tres o más	0	0%	8	7%	16	15%	24	22%
TOTAL:	7	6%	33	30%	70	64%	110	100%

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N°3</b>												
<b>TABLA DE OCUPACIÓN Y NIVEL ECONOMICO ENCONTRADO EN LAS</b>												
<b>PUERPERAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA</b>												
<b>Ocupación</b>	<b>NIVEL ACADEMICO</b>											
	<b>Primaria</b>		<b>Secundaria</b>		<b>Universitaria</b>		<b>Alfabetizada</b>		<b>Analfabeta</b>		<b>Total:</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	25	23%	48	44%	7	6%	1	1%	1	1%	82	75
Comerciante	3	3%	4	4%	0	0%	0	0%	0	0%	7	6
Costurera	1	1%	2	2%	0	0%	1	1%	0	0%	4	4
Niñera	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1
Estudiante	1	1%	3	3%	2	2%	0	0%	0	0%	6	5
Veterinaria	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1
Maestra	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1
Contadora	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1
Afanadora	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1
Estilista	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	2	2
Química	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1
Secretaria	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1
Enfermera	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1
Abogada	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1
<b>TOTAL:</b>	<b>31</b>	<b>28%</b>	<b>59</b>	<b>54%</b>	<b>17</b>	<b>15%</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N° 4</b>					
<b>TIPODE VIOLENCIA SUFRIDA EN LAS PUÉRPERAS DE GINECOLOGÍA</b>					
<b>VIOLENCIA</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
FISICA	5	5%	105	95%	110
VERBAL	7	6%	103	94%	110
SEXUAL	4	4%	106	96%	110
NO SUFRI	0	0%	94	85%	94
<b>TOTAL:</b>	<b>16</b>	<b>15%</b>	<b>408</b>	<b>371%</b>	<b>110</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N° 5</b>									
<b>EDAD Y TRISTEZA DURANTE EMBARAZOS O PARTOS ANTERIORES</b>									
<b>EDAD</b>	<b>EN SU EMBARAZO ANTERIOR SINTIO TRISTEZA DURANTE</b>								
	<b>EMBRAZO</b>				<b>PARTO</b>				<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>SI</b>		<b>NO</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
<15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 20	5	5	5	5	5	5	5	5	20
21 a 25	2	2	10	9	4	4	8	7	24
26 a 30	6	5	12	11	5	5	13	12	36
31 a 35	1	1	8	7	1	1	8	7	18
36 a 40	1	1	2	2	1	1	2	2	6
>40	0	0	1	1	0	0	1	1	2
total:	15	14	38	35	16	15	37	34	106

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N°6</b>				
<b>EXPERIENCIA PSICOLÓGICA DEL EMBARAZO Y PARTO DE LAS PUÉRPERAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA</b>				
<b>EXPERIENCIA PSICOLOGICA</b>	<b>EMBRAZO</b>		<b>PARTO</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
TRISTE	30	27	11	10
ALEGRE	68	62	52	47
NERVIOSA	8	7	6	5
HORRIBLE	4	4	19	17
DOLOROSO	0	0	22	20
TOTAL:	110	100	110	100

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N°7</b>					
<b>NÚMERO DE HIJOS Y VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO</b>					
<b>NUMERO DE EMBARAZOS</b>	<b>VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO</b>				<b>TOTAL:</b>
	<b>VAGINAL</b>		<b>CESAREA</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
Uno	41	37%	16	15%	57
Dos	19	17%	10	9%	29
Tres o más	21	19%	3	3%	24
<b>TOTAL:</b>	<b>81</b>	<b>74%</b>	<b>29</b>	<b>26%</b>	<b>110</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N°8</b>								
<b>NÚMERO DE EMBARAZOS, ABORTOS Y NACIDOS VIVOS DE LAS PUERPERAS DEL AREA DE GINECOLOGÍA</b>								
<b>N° de EMBARAZO</b>	<b>ABORTOS</b>				<b>NACIDOS VIVOS</b>			
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>SI</b>		<b>NO</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
UNO	0	0%	57	52%	56	51%	1	1%
DOS	2	2%	27	25%	29	26%	0	0%
TRES O MÁS	8	7%	16	15%	24	22%	0	0%
<b>TOTAL:</b>	<b>10</b>	<b>9%</b>	<b>100</b>	<b>91%</b>	<b>109</b>	<b>99%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N°9</b>						
<b>COMPLICACIONES DESPUES DEL PARTO ENCONTRADAS EN LAS PUÉRPERAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA</b>						
<b>COMPLICACIONES</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
a) HEMORRAGIA	4	4%	0	0%	4	4%
b) ANEMIA	7	6%	0	0%	7	6%
NO TUVE COMPLICACION	0	0%	99	90%	99	90%
<b>TOTAL:</b>	<b>11</b>	<b>10%</b>	<b>99</b>	<b>90%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N°10</b>														
<b>EDADES Y RESULTADOS DE LA ESCALA DE EDIMBURGO</b>														
<b>RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO</b>														
<b>EDAD</b>	<b>1_5</b>		<b>6_9</b>		<b>10_13</b>		<b>14_17</b>		<b>18_21</b>		<b>22_25</b>		<b>26_29</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<15	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
15 a 20	10	9	18	16	10	9	3	3	2	2	0	0	0	0
21 a 25	3	3	10	9	8	7	3	3	1	1	2	2	0	0
26 a 30	5	5	6	5	5	5	2	2	2	2	1	1	1	1
31 a 35	2	2	2	2	5	5	0	0	1	1	0	0	0	0
36 a 40	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
>40	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Guía de entrevista y Escala de depresión post-natal de Edimburgo

<b>TABLA 11</b>															
<b>VIOLENCIA Y RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE EDIMBURGO</b>															
<b>VIOLENCIA</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>														<b>TOTAL</b>
	<b>1_5</b>		<b>6_9</b>		<b>10_13</b>		<b>14_17</b>		<b>18_21</b>		<b>22_25</b>		<b>26_29</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
VERBAL	0	0	2	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5
FISICA	0	0	1	1	3	3	0	0	2	2	0	0	1	1	7
SEXUAL	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4
NO SUFRIO VIOLENCIA	20	18	36	33	24	22	7	6	3	3	3	3	1	1	94
Total:	22	20	39	35	30	27	9	8	5	5	3	3	2	2	110

Fuente: Guía de entrevista y Escala de depresión post-natal de Edimburgo

<b>TABLA 12</b>															
<b>NÚMERO DE HIJOS Y RESULTADO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO</b>															
<b>NUMERO DE HIJOS</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>														<b>TOTAL</b>
	<b>1_5</b>		<b>6_9</b>		<b>10_13</b>		<b>14_17</b>		<b>18_21</b>		<b>22_25</b>		<b>26_29</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
UNO	14	13	23	21	12	11	4	4	2	2	2	2	0	0	57
DOS	3	3	8	7	10	9	5	5	2	2	1	1	0	0	29
TRES O MAS	5	5	8	7	8	7	0	0	2	2	0	0	1	1	24
Total:	22	20	39	35	30	27	9	8	6	5	3	3	1	1	110

Fuente: Guía de entrevista y Escala de depresión post-natal de Edimburgo

<b>TABLA 13</b>						
<b>TRATAMIENTO QUE RECIBIERÓN ANTES O DURANTE SU EMBARAZO</b>						
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
TERAPIA PSICOLOGICA	3	3%	107	97%	110	100
GRUPOS DE APOYO	0	0%	110	100%	110	100
TERAPIA FAMILIAR	3	3%	107	97%	110	100
MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS	2	2%	108	98%	110	100
<b>TOTAL:</b>	<b>8</b>	<b>7%</b>	<b>432</b>	<b>393%</b>	<b>440</b>	<b>400</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA N° 14</b>					
<b>RELACION PAREJA Y FAMILIA</b>					
<b>RELACION</b>	<b>PAREJA</b>		<b>FAMILIA</b>		<b>TOTAL:</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
BUENA	82	75	94	85	176
REGULAR	15	14	10	9	25
MALA	13	12	6	5	19
<b>TOTAL:</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>220</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA 15</b>						
<b>TIPO DE APOYO Y DISPOSICION DE ESCUCHA POR PARTE DE ENFERMERÍA</b>						
<b>APOYO</b>	<b>DISPOSICION DE ESCUCHA</b>				<b>TOTAL:</b>	
	<b>SI</b>		<b>NO</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
ASISTENCIAL	110	100	0	0	110	
EMOCIONAL	89	81	21	19	110	
CONSEJERIA	91	83	19	17	110	
<b>TOTAL:</b>	<b>290</b>	<b>264</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>330</b>	

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA 16</b>					
<b>CUIDADOS QUE RECIBIERON LAS PUÉRPERAS POR PARTE DE ENFERMERÍA</b>					
<b>CUIDADOS</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO	110	100	0	0	110
REVISION DE CAVIDAD	110	100	0	0	110
SIGNOS VITALES	110	100	0	0	110
ALTURA UTERINA	100	91	10	9	110
TRASLADO A SU CAMA	110	100	0	0	110
<b>TOTAL:</b>	<b>540</b>	<b>491</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>550</b>

Fuente: Guía de entrevista

<b>TABLA 17</b>						
<b>CONSEJERIA BRINDADA POR ENFERMERIA</b>						
<b>CONSEJERIA</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
LACTANCIA MATERNA	100	91	10	9	110	100
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	98	89	12	11	110	100
HIGIENE DE ZONA VAGINAL	92	84	18	16	110	100
HIGIENE DEL OMBLIGO	89	81	21	19	110	100
ALIMENTACIÓN	90	82	20	18	110	100
SIGNOS DE PELIGRO	90	82	20	18	110	100
<b>TOTAL:</b>	<b>559</b>	<b>100%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>	<b>660</b>	<b>600</b>

Fuente: Guía de entrevista.