

PREDISPONENTES PARA DEPRESIÓN POSPARTO EN LAS PUÉRPERAS
ATENDIDAS EN LA IPS DEL BARZAL EN LOS MESES MAYO Y JUNIO DEL 2014
DE LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO

LUDLEY DEL PILAR TOBIÁN GUTIÉRREZ 130002999
MARTHA JANETH VALENCIA DÍAZ 130002439

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO
2015

FACTORES PREDISPONENTES PARA DEPRESIÓN POSPARTO EN LAS
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN LA IPS DEL BARZAL EN LOS MESES MAYO Y
JUNIO DEL 2014 DE LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO

LUDLEY DEL PILAR TOBIÁN GUTIÉRREZ 130002999
MARTHA JANETH VALENCIA DÍAZ 130002439

MONOGRAFIA DIRIGIDO AL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN COMO OPCIÓN DE
GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ENFERMERA

DIRECTORA: Luz Myriam Tobón Borrero
Enfermera Epidemióloga
Magister en Enfermería con énfasis Materno Infantil.

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO
2015

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

CONTENIDO

	Pág.
1 JUSTIFICACIÓN	10
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
4 MARCO REFERENCIAL.....	15
4.1 MARCO TEORICO.....	15
4.1.1 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS.....	15
4.1.1.1 UTERO:.....	15
4.1.1.2 CONTRACCIÓN PERMANENTE O RETRACCIÓN UTERINA:.....	15
4.1.1.3 CONTRACCIONES RÍTMICAS ESPONTÁNEAS:.....	15
4.1.1.4 CONTRACCIONES INDUCIDAS:.....	16
4.1.1.5 LOQUIOS:.....	16
4.1.1.6 VAGINA:.....	16
4.1.1.7 TROMPAS DE FALOPIO:.....	17
4.1.1.8 MAMAS:.....	17
4.1.1.9 MODIFICACIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR Y HEMATOLÓGICO:.....	17
4.1.1.10 APARATO DIGESTIVO:.....	18
4.1.1.11 TRACTO URINARIO:	18

4.1.2	SIGNOS CLÍNICOS FISIOLÓGICOS DEL PUERPERIO	18
4.1.2.1	PÉRDIDA DE PESO	18
4.1.2.2	INVOLUCIÓN UTERINA:	18
4.1.2.3	MICCIÓN:.....	19
4.1.2.4	HEMATURIA:	19
4.1.2.5	RETENCIÓN URINARIA:	19
4.1.2.6	INFECCIÓN URINARIA:	19
4.1.2.7	EVACUACIÓN DEL INTESTINO:.....	19
4.1.3	CUIDADOS DE LA MADRE EN EL PUERPERIO	19
4.1.4	PUERPERIO PATOLÓGICO	20
4.1.4.1	INFECCIÓN PUERPERAL:.....	20
4.1.5	TEORÍA DE CHERYL TATANO BECK	26
4.1.5.1	ASPECTOS BIOGRÁFICOS:.....	26
4.1.5.2	FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA:	26
4.1.5.3	PRUEBAS EMPÍRICAS:	27
4.1.5.4	CONCEPTOS PRINCIPALES & DEFINICIONES	27
4.1.5.5	METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA	31
4.1.5.6	AFIRMACIONES TEÓRICAS.....	31
4.1.5.7	FORMA LÓGICA:.....	32
4.1.5.8	CRÍTICA.....	32
5	MARCO LEGAL	34
5.1	LEY 1616 DE ENERO 21 DE 2013:.....	34

5.2	LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, CALI, DICIEMBRE DE 2005:	34
5.3	GUÍA PARA LA PLANEACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, BOGOTÁ, OCTUBRE DE 2005:	34
5.4	RESOLUCIÓN NO. 02358 DE 1998;	34
6	MARCO CONCEPTUAL	35
7	MARCO INVESTIGATIVO	37
8	METODOLOGÍA	41
8.1	TIPO DE ESTUDIO	41
8.2	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	41
8.3	UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
8.4	VARIABLES DE ESTUDIO	42
8.5	INSTRUMENTO.....	42
9	CONSIDERACIONES ÉTICAS:	45
10	PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	46
11	DISCUSIÓN	59
12	CONCLUSIONES.....	65
13	RECOMENDACIONES	66
14	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1 Frecuencia de síntomas según el PDSS versión español; Total muestra (n=9)	47
Tabla 2. Distribución porcentual de las características demográficas de las puérperas atendidas en IPS de la ESE Municipal de Villavicencio, población estudio para PDSS. Primer semestre 2014	48
Tabla 3. Probabilidad exacta de Fisher para dimensiones asociadas a DPS en puérperas atendidas en las IPS del Municipio de Villavicencio. Periodo I trimestre de 2014	49
Tabla 4. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso # 1	52
Tabla 5. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso # 2	53
Tabla 6. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso # 3	53
Tabla 7. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso #4	54
Tabla 8. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso #5	55
Tabla 9. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso #6	55
Tabla 10. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso #7	56
Tabla 11. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso #8	57
Tabla 12. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSSS al caso #9	58

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert Gable	72
Anexo B. Consentimiento Informado	73
Anexo C. Carta Aceptación De La Institución Donde Se Recolectaron Los Datos	75

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas, que este tipo de situaciones se presente en el puerperio es de realmente importancia por todo el contexto en el que se desenvuelve, comprometiendo el completo bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

Varios estudios muestran que durante los meses que siguen al parto (periodo en que la mujer es muy vulnerable a nivel psíquico) más del 40% de las madres sufren síntomas depresivos-ansiosos inespecíficos y que del 10% al 15% desarrollan una enfermedad depresiva. Esto causa sufrimiento personal y familiar, afecta la relación de pareja y el desarrollo emocional del bebé, que puede verse seriamente condicionado por la enfermedad psíquica materna. Luego de ser diagnosticada, la depresión postparto requiere de medidas terapéuticas urgentes.

A la hora de realizar el proyecto se planeó con el objeto de dar una caracterización lo más específica posible de los predictores de depresión posparto en las puérperas atendidas en la IPS el Barzal del municipio de Villavicencio Departamento del Meta en los meses Mayo y Junio del 2014, con la finalidad de mejorar la calidad de atención por parte del personal de enfermería, desde que se realiza el segundo control prenatal, para minimizar en lo posible todas las complicaciones que genera una puérpera que padece depresión posparto.

Para alcanzar las metas propuestas en el proyecto, se realizó un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, donde se utilizó la Escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert Gable (versión en español), en las puérperas atendidas en la IPS el Barzal del municipio de Villavicencio Departamento del Meta en los meses Mayo y Junio del 2014.

1 JUSTIFICACIÓN

A partir de la importancia del Rol materno en el desarrollo humano y en la sociedad se hace imprescindible velar por un estado de salud óptimo de las maternas donde el estado psíquico, mental y emocional adquiere mayor relevancia en el periodo del post parto.

Para Colombia, prevenir y disminuir cifras de trastornos post parto que se presentan es importante para la recuperación y fortalecimiento de vínculos afectivos familiares, disminución de enfermedades de salud mental; por lo cual se hace fundamental la identificación de signos y síntomas asociados a las múltiples afectaciones (Depresión Puerperal, Psicosis Puerperal y Tristeza Post-Parto).

En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25 % y la de la ansiedad de 10 %, éstas, junto con el estrés, son condiciones biosociológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pre término, bajo peso al nacimiento, pre eclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales. Para esto el personal de salud debe estar capacitado para la identificación de posibles desequilibrios desde el periodo del parto y las semanas siguientes a éste, tener conocimiento de antecedente personales o familiares de enfermedades de salud mental, para la implementación de tratamiento y la prevención de repercusiones mayores como lo son los periodos de psicosis y el trastorno en el vínculo afectivo. Teniendo en cuenta la importancia del papel al que se enfrenta el personal de Enfermería siendo parte activa dentro de la atención de la gestante y la púérpera, a la hora de hacer una detección temprana de ciertas alteraciones, como lo es en este caso, signos y síntomas que nos pueda llevar a una depresión, teniendo en cuenta que a partir del segundo control de puerperio lo realiza el profesional de enfermería. (1)

En consideración al plan de desarrollo de la universidad de los llanos, donde se determina la misma, como una universidad investigativa se debe propender a través de los programas, en este caso el programa de enfermería, con investigaciones que determinen mejorar la atención en salud a las comunidades y este trabajo pretende llegar a una reflexión frente a la atención que se brinda a la púérpera tanto en el control puerperal por médico, como en los siguientes controles de planificación familiar que realiza el profesional de enfermería que se encuentra estipulado en la Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, y dentro de las actividades de enfermería a nivel Nacional

A esto se suma el hecho de que existe un gran vacío en la región de la Orinoquia y la amazonia, según Restrepo J. y Rojas J. el panorama de la depresión postparto en la Orinoquia Colombiana adolece de investigaciones serias frente a un tema de Salud Pública que a nivel Nacional según la ENDS de 2005 es uno de los problemas que más se presentan en las mujeres durante el puerperio. (2)

Por todo lo anteriormente mencionado este proyecto pretende responder a la pregunta de investigación ¿cuáles son los predictores para la presencia de depresión posparto según la escala de detección sistemática de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert Gable en puérperas atendidas en la IPS el barzal durante los meses mayo y junio del 2014, del municipio de Villavicencio departamento Meta – Colombia?

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño y la capacidad para afrontar las labores de la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (3)

El embarazo y nacimiento son grandes acontecimientos del ciclo vital que involucran a la mujer, al bebé y al resto de la familia. Es un periodo de adaptaciones, de cambios emocionales y psicológicos que afortunadamente en la mayoría de los casos se dan en medio de mucha ilusión y alegría. Así mismo puede ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio en algunos casos. Aunque el período de posparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan.

De ahí la importancia de un adecuado control prenatal y perinatal, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al niño, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad en ambos.

Por otra parte, en los últimos años se ha correlacionado la aparición de un trastorno mental en el postparto (depresión, psicosis) como el precursor o inicio del desarrollo de un trastorno mental mayor, y no como un hecho aislado, transitorio y benigno. Dentro de la patología psiquiátrica del puerperio, la depresión postparto es una de las más graves y la que mayor carga asistencial y de cuidados conlleva, tanto para el núcleo familiar como para la directamente afectada.

A partir de estos hallazgos es posible percibir que la detección precoz de la sintomatología referente a la depresión posparto (DPP) y por consiguiente el adiestramiento a los profesionales del área de salud es de extrema necesidad y resulta en incontables beneficios para el binomio madre-hijo. A parte de las consecuencias adversas para la mujeres la DPP tiene un posible impacto negativo en la relación entre la madre y el niño, así como en el desarrollo emocional, cognitivo y de desarrollo del niño; la mayoría de la mujeres que experimentan

depresión después del parto no tiene ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda de los familiares ni de los amigos, por otro lado las mujeres que tienen contacto con los profesionales de la salud en los controles de posparto no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.

Enfermería mediante orientación e información a la paciente explicándole todas las dudas que tenga sobre su nuevo rol de madre y detectando todos los predictores que se presentan puede prevenir y detectar precozmente esta enfermedad para evitar llegar a una psicosis posparto y que la madre se dañe a si misma o a su hijo. Es por eso que todo el personal de salud que tiene contacto con la gestante y puerpera debería estar actualizado y comprender la depresión posparto de una forma que permita a los profesionales desarrollar estrategias de prevención adecuadas, desarrollar programas de detección sistemática y desarrollar estrategias de tratamiento adecuadas para prevenir el daño a las mujeres, sus hijos y sus familias. (4)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los predictores existentes para el desarrollo de Depresión Postparto (DPP) en las puérperas atendidas durante Mayo y Junio del 2014, en la IPS el Barzal del municipio de Villavicencio Departamento del Meta.

3.2. Objetivos Específicos

-) Determinar la existencia de predictores para DPP según Escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert Gable(versión en español), en las puérperas atendidas en la IPS el Barzal del municipio de Villavicencio Departamento del Meta en los meses Mayo y Junio del 2014.
-) Caracterizar la muestra de estudio de acuerdo a los contenidos de síntomas descritos por la Escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert Gable(versión en español), en las puérperas atendidas en la IPS el Barzal del municipio de Villavicencio Departamento del Meta en los meses Mayo y Junio del 2014.

4 MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEORICO

El puerperio o más conocido como postparto, como su nombre lo indica es el período consiguiente al parto. Inicia inmediatamente culminado el alumbramiento y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer.

Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

- ❖ Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- ❖ Puerperio temprano: incluye la primera semana postparto.
- ❖ Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional. (5)

4.1.1 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales.

Modificaciones de los órganos genitales

4.1.1.1 UTERO: Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración. Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio

4.1.1.2 CONTRACCIÓN PERMANENTE O RETRACCIÓN UTERINA:

Ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato. Clínicamente se detecta al palpar el útero en el hipogastrio de consistencia dura y firme.

4.1.1.3 CONTRACCIONES RÍTMICAS ESPONTÁNEAS: Se superponen a la contracción permanente y se les ha denominado "entueritos". Ocurren también durante el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio temprano. En las primeras 24 horas postparto estas contracciones son regulares y coordinadas,

posteriormente disminuyen su intensidad y frecuencia. Clínicamente son más evidentes en las múltiparas que en las primíparas. (3)

4.1.1.4 CONTRACCIONES INDUCIDAS: Se producen durante la succión como respuesta al reflejo mama -hipotálamo - hipófisis, debido a la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior. Estas contracciones ocurren durante todo el puerperio y mientras persista la lactancia. (3)

El resultado de las contracciones fisiológicas descritas es la disminución de peso y tamaño del útero con regresión de su gran masa muscular. El útero pesa alrededor de 1.000 a 1.200 gramos después del alumbramiento, disminuye rápida y progresivamente a 500 gramos al 7º día postparto y a menos de 100 gramos al terminar la involución en la 6º - 8º semana después del parto esto se debe a una disminución en el tamaño de las células miometriales y no a reducción del número de ellas. (3)

El endometrio se reconstituye rápidamente exceptuando el lecho placentario. Al 7º día ya hay una superficie epitelial bien definida y el estroma muestra características pre gestacionales. Al 16º día postparto el endometrio es proliferativo, casi similar al de una mujer no gestante. El lecho placentario requiere de 6 a 8 semanas para su total restauración. Disminuye de 9 cm² después del parto a 4 cm² a los 8 días, para recubrirse del nuevo endometrio alrededor de la 6º semana. El cuello uterino reduce rápidamente su dilatación a 2 -3 centímetros en las primeras horas postparto y permanece así durante la primera semana del puerperio para luego disminuir a 1 cm. (3)

El orificio cervical externo adquiere una disposición transversal diferente al aspecto circular de las mujeres nulíparas. Histológicamente se reduce progresivamente la hiperplasia e hipertrofia glandular persistiendo el edema más allá de la 6º semana. (3)

4.1.1.5 LOQUIOS: Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquia rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquia serosa). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquia alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina. (3)

4.1.1.6 VAGINA: En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematizada, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las

paredes e introito vaginal. En este momento ya es posible incluso obtener citología exfoliativa normal. (3)

4.1.1.7 TROMPAS DE FALOPIO: Los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Las células secretoras se reducen en número y tamaño y hacia la 6ª semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular.³

4.1.1.8 MAMAS: Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras. Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de la aréola y pezón. En este período, el flujo sanguíneo de la mama corresponde a 500-700 ml por minuto y es 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. La mama representa aproximadamente el 3% del peso corporal. (3)

4.1.1.9 MODIFICACIONES DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR Y HEMATOLÓGICO:

El volumen sanguíneo disminuye en un 16% ya al tercer día postparto para continuar descendiendo gradualmente hasta llegar a un 40% en la sexta semana. El gasto cardíaco aumenta después del alumbramiento en aproximadamente 13% y se mantiene así por una semana. Posteriormente desciende paulatinamente hasta llegar a un descenso de 40% a la 6ª semana.

Estos cambios permiten que la frecuencia cardíaca y la presión arterial regresen a valores pregestacionales. Desde el punto de vista hematológico, existe un aumento de la masa eritrocítica. Esta aumenta en un 15% en la primera semana postparto para llegar a los valores habituales 3 a 4 meses después. En la serie blanca, hay leucocitosis en la primera semana postparto con aumento de los granulocitos. Las plaquetas también aumentan significativamente en la primera semana después del parto.

Los factores de coagulación también se modifican. El fibrinógeno y el factor VIII aumentan a partir del segundo día manteniéndose elevados durante la primera semana post parto. Otros factores de coagulación disminuyen desde el primer día.

La actividad fibrinolítica del plasma materno aumenta rápidamente después del parto retornando a sus niveles normales y de esta forma mantiene el equilibrio en el sistema de coagulación.

El aumento total del agua corporal durante el embarazo es de 8.5 litros. De estos, 6.5 litros corresponden al espacio extracelular: dos tercios se distribuyen en los tejidos maternos y un tercio en el contenido intrauterino. Durante el puerperio, el balance hídrico muestra una pérdida de 2litros en la primera semana y de 1.5 litros por semana en las 5 semanas siguientes, a expensas del líquido extracelular.

También se producen cambios en los electrolitos plasmáticos. Al descender los niveles de progesterona, disminuye el antagonismo con la aldosterona aumentando la reabsorción del sodio. (3)

4.1.1.10 APARATO DIGESTIVO: En el postparto, al disminuir el tamaño uterino y la presión intra-abdominal, se reubican las vísceras del tracto gastrointestinal. En la primera semana persiste discreta atonía intestinal por persistencia de la acción relajadora de la progesterona placentaria sobre la musculatura lisa intestinal. Posteriormente aumenta la motilidad intestinal, se acelera el vaciamiento del estómago con lo que desaparece el reflujo gastroesofágico y la pirosis. El metabolismo hepático regresa a su función pregestacional aproximadamente a partir de la tercera semana postparto.

4.1.1.11 TRACTO URINARIO: Las modificaciones morfológicas del tracto urinario que ocurren normalmente durante el embarazo pueden persistir en el puerperio hasta alrededor de la 4^o a 6^o semana postparto. Los riñones se mantienen aumentados de tamaño los primeros días y los uréteres persisten significativamente dilatados durante el primer mes, en especial el derecho. La función renal retorna a su condición pre gestacional en las primeras semanas del puerperio. (3)

4.1.2 SIGNOS CLÍNICOS FISIOLÓGICOS DEL PUERPERIO

4.1.2.1 PÉRDIDA DE PESO: Durante el parto, en el periodo expulsivo y el alumbramiento, la pérdida del líquido amniótico y las pérdidas insensibles, se produce una disminución ponderal de 5 a 6 Kg. Posteriormente, debido a los cambios explicados en relación al balance hídrico, la mujer pierde alrededor de 2 Kg durante el puerperio temprano y alrededor de 1.5 Kg por semana en las semanas siguientes.

4.1.2.2 INVOLUCIÓN UTERINA: A las 24 horas después del parto, el útero se palpa a nivel del ombligo. En los 10 días siguientes, desciende clínicamente alrededor de 1cm por día. Al 5^o día del puerperio se palpa a la mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis pubiana. En el 10^o día se palpa a nivel de la sínfisis o 1-2cm por encima de ella (sínfisis). Posteriormente no debe palparse por el examen abdominal. El útero regresa a su tamaño normal entre 5 y 6 semanas después del parto. El signo clínico más importante de la involución uterina es el descenso del fondo del útero día por día. Debe tenerse en cuenta el estado de

llene vesical en el momento del examen ya que la vejiga llena eleva el fondo uterino.

4.1.2.3 MICCIÓN:En el puerperio temprano, hay un aumento de la diuresis debido a la reducción del compartimento extracelular. Es muy importante la vigilancia de la evacuación de orina durante éste período ya que pueden ocurrir los siguientes problemas

4.1.2.4 HEMATURIA: Puede observarse en las primeras horas debido a traumatismo vesical en el proceso del parto.

4.1.2.5 RETENCIÓN URINARIA:El traumatismo vésico-uretral que acompaña al parto puede producir edema del cuello vesical y de la uretra que dificulta la evacuación de la orina. Por otra parte, las anestésicas de conducción suelen provocar hipotonía de la vejiga con la consecuente retención urinaria. En algunas oportunidades es necesario recurrir a la cateterización vesical continua o intermitente.

4.1.2.6 INFECCIÓN URINARIA:Se produce habitualmente como consecuencia de la retención urinaria y de las maniobras de cateterización. Toda cateterización vesical debe ser seguida de cultivo de orina.

4.1.2.7 EVACUACIÓN DEL INTESTINO:Habitualmente se produce constipación los primeros días del puerperio por las razones anteriormente expuestas, sumado a las molestias perineales secundarias a la sutura de la episiotomía.

4.1.3 CUIDADOS DE LA MADRE EN EL PUERPERIO

La asistencia del puerperio debe ser integral, dirigida a la madre y su hijo/a, realizada en un ambiente adecuado, con recursos suficientes y por un equipo de salud motivado que satisfaga las múltiples necesidades de este período.

Finalizado el parto, la madre debe permanecer en observación rigurosa por 2 a 4 horas en una sala habilitada para ello en lo posible contigua a la sala de parto. Debe vigilarse estrechamente el pulso, presión arterial y temperatura. Debe evaluarse la retracción uterina, la pérdida de sangre genital, realizar un balance hídrico, aliviar el dolor y entregar el apoyo psicológico necesario.

En ésta etapa, el recién nacido/a realiza su período de adaptación transitorio, generalmente en las unidades respectivas. Idealmente el niño/a debiera mantenerse junto a su madre también durante éste lapso de tiempo. Luego de éstas horas de observación, la madre y su hijo/a se trasladan a la sala de puerperio donde deben permanecer hasta ser dados de alta de la maternidad. Durante la estadía en la sala de puerperio, la madre y el niño/a deben ser visitados y evolucionados diariamente por médico y enfermera para vigilar la evolución

fisiológica de éste período, detectar oportunamente cualquier patología, brindar apoyo psicológico que ayude a la mejor relación entre la madre y su hijo/a y para motivar y reforzar las técnicas de lactancia.

4.1.4 PUERPERIO PATOLÓGICO

4.1.4.1 INFECCIÓN PUERPERAL:Proceso séptico localizado en el aparato genital femenino, localizado o generalizado, y que se manifiesta en el puerperio". (6)

FACTORES PREDISPONENTES

Locales:

- ❖ Rotura prematura de membranas, partos prolongados con múltiples tactos vaginales y los partos operatorios: laceraciones o desgarros de los tejidos. Lo favorecen la monitorización intrauterina y las infecciones vaginales previas al parto.
- ❖ Isquemia postparto del útero y de su interior: favorece un medio anaerobio y la acidosis local.
- ❖ Exudación de la herida placentaria: caldo de cultivo favorable para el desarrollo de gérmenes en presencia de restos placentarios.
- ❖ Traumatismos del canal del parto: vías de penetración para los gérmenes.
- ❖ Cesáreas: Bajo grado (cesárea electiva, sin trabajo de parto o rotura de membranas). Alto grado (bolsa rota durante periodo prolongado o múltiples exploraciones vaginales). También influye la duración de la intervención y la técnica quirúrgica.

Generales: Enfermedades coexistentes: Obesidad, diabetes y déficits nutricionales.

FORMAS ANATOMOCLÍNICAS:

- ❖ Infección del periné, vulva, vagina o cuello: desgarro suturado o no, o la herida de la episiotomía.
- ❖ Endometritis: infección de la superficie intrauterina, cruenta y traumatizada (endometrio, o más exactamente, decidua y miometrio adyacente). Más frecuente tras cesárea y rara tras parto vaginal. Los microorganismos invaden la cavidad endometrial durante el trabajo de parto y el parto. Realizar hemo y urocultivo antes de instaurar tratamiento antibiótico.

- ❖ Salpingooforitis(anexitis): generalmente por progresión a partir de una endometritis.
- ❖ Peritonitis: vía linfática hasta peritoneo o tejidos celulares laxos entre los ligamentos anchos, causando, en el primer caso, peritonitis, y en el segundo, una parametritis (celulitis pélvica).
- ❖ Celulitis pélvica (parametritis): infección del tejido conjuntivo pélvico laxo, que puede ocurrir de tres maneras:
 - ✓ Via linfática (más frecuente): desgarro cervical infectado, incisión o laceración uterina.
 - ✓ Directa: desgarros cervicales.

COMPLICACIÓNHEMORRÁGICA

- ❖ Hemorragia puerperal precoz: primeras 12 horas. Alarmante por su instauración brusca y por el volumen de pérdidas. La intervención facultativa debe ser rápida pues puede peligrar la vida. Las causas principales son:
 - ✓ Hemorragias por traumatismos en el canal del parto.
 - ✓ Hemorragias por atonía uterina.
 - ✓ Hemorragias por alteraciones de la coagulación.
 - ✓ Retención de restos ovulares intracavitarios.
- ❖ Hemorragia puerperal tardía: pasadas las primeras 12 horas postparto hasta finalizado el puerperio (6-7 semanas). Se complican el 1% de partos.

COMPLICACIÓN VASCULAR

- ❖ Enfermedad tromboembólica: principal causa de muerte materna postparto. Incidencia 0,1-1%.
- ❖ Triada de Virchow hipercoagulabilidad, lesión de pared venosa y estasis sanguíneo.

Tres tipos de trombosis venosa:

- ❖ Varicoflebitis y trombosis venosa superficial: varices externas de los miembros inferiores. Los trombos se depositan en esta zona y provocan una gran reacción inflamatoria de tejidos vecinos.
- ❖ Trombosis venosa profunda: más frecuente primeros tres días postparto, y afecta venas profundas: poplítea, femoral e iliaca.

- ❖ Tromboembolismo pulmonar: miembros inferiores arteria pulmonar. El síntoma más característico es la disnea, y el signo más frecuente la taquipnea. Los pequeños émbolos en la periferia y suelen provocar infarto junto con signos pleurales (tos, hemoptisis, dolor torácico y roce pleural); sin embargo, en muchos casos, múltiples pequeños émbolos pueden no provocar clínica. Un embolismo masivo (al menos 50% de circulación de arteria pulmonar),puede mimetizar un infarto de miocardio.

COMPLICACIÓN MAMARIA

- ❖ Mastitis Puerperal: “Inflamación del tejido mamario”. Característico de la mama lactante.
- ❖ Absceso Mamario “colección de pus localizada en la mama”.
- ❖ Ingurgitación Mamaria: Frecuente 2º-3º día postparto se caracteriza por exceso de producción de leche, excesivo acúmulo al no poder expulsarse.

COMPLICACIÓN PSIQUIATRICA

- ❖ Ansiedad o estrés postparto: 1%, primeras 48 horas, tras un parto dificultoso o traumático. Nerviosismo y dificultad en el sueño, e imágenes recurrentes acerca de la experiencia traumática. No precisa tratamiento farmacológico y se benefician del apoyo psicológico de los familiares y personal sanitario.
- ❖ Tristeza postparto (baby blues): muy frecuente, 80%. Sentimiento de tristeza leve que puede tener su origen en la “soledad” en que se ve la paciente para afrontar la nueva carga. Tercer o cuarto día postparto coincidiendo con la salida del hospital, y su intensidad supone un valor predictivo de la depresión postparto. No precisa tratamiento farmacológico.
- ❖ Psicosis puerperal: 0,2%. Trastorno maníaco, psicótico, en mujeres con historia psiquiátrica previa. Primera-tercera semana postparto de forma aguda o subaguda. Factores hereditarios, constitucionales, psicosociales (problemas de adaptación al entorno) y orgánicos (agotamiento físico y psíquico tras embarazo o parto dificultoso). Se puede manifestar en forma de esquizofrenia, pero en general, domina el componente depresivo, que puede evolucionar hacia un cuadro melancólico, maníaco, y de psicosis periódica, o hacia la esquizofrenia y el delirio. En la mayoría de los casos, el tratamiento es psiquiátrico. El obstetra identificar la paciente de riesgo y profilaxis de los factores exógenos predisponentes (embarazo complicado, parto traumático, patología puerperal, etc)

- ❖ Depresión postparto: prevalencia 20%, estado depresivo mayor que suele iniciarse a partir de las 4-6 semanas. Se trata de la misma enfermedad que la depresión en otro momento de la vida, pero con algunos factores biológicos y psicosociales propios del puerperio que no son del todo conocidos, caída rápida de algunas hormonas tras el alumbramiento como el cortisol, la progesterona y la gonadotropina coriónica.

A pesar de que la maternidad, se supone, es uno de los estados más bellos de la mujer y por consiguiente el tener un hijo es un gran acontecimiento o por lo menos positivo, también es cierto que la maternidad trae consigo grandes cambios no solo en la parte biológica de la mujer sino además en la parte psicosocial, trastornos psicológicos que se ven reflejados en la depresión posparto (DPP). Volviéndose este un problema de salud pública por lo cual se debe capacitar a los profesionales, para que estos puedan detectar y prevenir de manera idónea y así lograr evitar daños en la madre como en su familia, logrando un bienestar en general para la sociedad.

Se define Depresión Postparto como un “desorden de humor moderado a severo y comparable con un episodio depresivo mayor” El criterio diagnóstico para una depresión mayor incluye: humor depresivo o pérdida de interés, al menos cuatro de los siguientes síntomas; problemas de sueño y alimentación, fatiga, impedimentos cognitivos, culpabilidad e ideas suicidas.

Debemos estar conscientes que nuestra sociedad también hace que sea difícil admitir sentimientos negativos acerca de la maternidad. Cuando las madres expresan sentimientos como ambivalencia, miedo, o rabia, pueden sentirse asustadas por ellos y asustar a los que tienen a su alrededor. Esto es especialmente cierto en nuestra cultura en la que, debido al valor y la importancia que tiene la maternidad, puede ser muy difícil de entender para los que nos rodean (y para las propias mamás) el que ellas no se sientan felices por su nuevo bebé. Además también debemos de ser razonables con las madres a trabajar, pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo, madres solteras, cabezas de familia, adolescentes, maltratado, despreciado, etc. Son muchos los factores que puede implicar una población vulnerable y hacerlas llegar a padecer de una depresión posparto (DPP). Por razones como estas es que debemos identificar los siguientes síntomas en las puérperas y así poder ser remitidas al centro de salud para que reciban atención inmediata.

- ❖ Tristeza
- ❖ Pesimismo
- ❖ Sensación de fracaso
- ❖ Insatisfacción
- ❖ Culpa
- ❖ Expectativas de castigo
- ❖ Auto desprecio

- ❖ Autoacusación
- ❖ Ideas suicidas
- ❖ Episodios de llanto
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Indecisión
- ❖ Cambios en la imagen corporal
- ❖ Insomnio
- ❖ Fatiga
- ❖ Pérdida de apetito
- ❖ Pérdida de peso

El trastorno (DPP) se supone como resultado de una combinación de factores fisiológicos y psicosociales. Este período en el cual concluyen una serie de cambios radicales tanto desde el punto de vista fisiológico como psicosocial, que ocurren en un lapso relativamente corto de tiempo.

En la actualidad los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, además, de una las principales causas de discapacidad, es una enfermedad latente que afecta el cerebro, el ánimo y la forma de pensar que perjudica a millones de personas en el mundo, esto se observa con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina, sin importar la raza, nacionalidad y la cultura. La mujer en su proceso de gestación está expuesta a muchos factores de riesgo por los procesos fisiológicos que atraviesa en esta fase; llega a una etapa más vulnerable en donde pueden aparecer riesgos potenciales tanto físico como psicológicos debido a una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico, funcional y hormonal que se produce en el puerperio; durante este periodo es más frecuentes otras enfermedades de mayor impacto relacionadas a la lactancia materna como la grietas en el pezón, ingurgitación mamaria y mastitis puerperal; también encontramos hemorragias postparto, retención del tejido placentario, inversión uterina, desgarros del tracto genital bajo, ruptura uterina, trastornos de la coagulación e infección puerperal.

En el puerperio encontramos trastornos mentales, bajo un periodo de estrés del trabajo de parto, el cambio de rol es significativo, porque la estructura familiar cambia para dar un espacio a un nuevo integrante. Durante este proceso la mujer puede tener un cambio de ánimo que provoca un sentimiento de tristeza, miedo, angustia, culpa y fracaso personal que provoca dificultad para establecer una relación con el recién nacido, esto sumado a los antecedentes maternos, psiquiátricos, factores psicosociales, factores sociodemográficos, esto puede contribuir a la depresión postparto que puede ser leve o llegar a psicosis postparto.

La depresión postparto se define como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto. Los resultados de 15 estudios clínicos en los que participaron 7697 mujeres. La

revisión descubrió que las mujeres que recibieron intervenciones psicosociales preventivas tuvieron las mismas probabilidades de experimentar depresión postparto que quienes recibieron atención estándar (riesgo relativo [RR]: 0.81, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0.65 a 1.02). Las intervenciones incluyeron cursos prenatales y postnatales, visitas domiciliarias de personas sin estudios formales, seguimiento temprano posterior al parto, aplicación de modelos de atención continua, el interrogatorio psicológico intrahospitalario y psicoterapia interpersonal.

Las formas que encontramos son: tristeza postparto o también llamado baby blues, es una alteración del estado de ánimo que suele aparecer entre los dos a cuatro días después del parto a causa de los cambios hormonales, psicológicos y sociales. Presenta ansiedad, insomnio, irritabilidad, cefalea, cambios de apetito, labilidad emocional. No requiere atención médica porque desaparece de dos a tres semanas después del alumbramiento.

En la siguiente etapa que encontramos es denominada **Depresión posparto** la cual se caracteriza por aparecer inmediatamente después del alumbramiento, así como días, meses y hasta un año después; algunas mujeres no tienen conocimiento de que puede presentarse y lo deja como un caso aislado y no lo relaciona; las causas pueden estar ligadas a factores patológicos y sociales con entornos que tengan que ver con algún tipo de violencia. Los factores de riesgo que encontramos son: Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad), presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo, DPP previa, complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo), embarazo no planeado y/o deseado, falta de apoyo y problemas familiares y/o sociales, abandono o separación de la pareja y/o que no proporcione apoyo emocional, falta de redes de apoyo, situaciones estresantes, dificultades económicas, abuso físico, emocional o sexual, fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido, mala relación con la madre, antecedente de pérdidas perinatales, Sensibilidad a los cambios hormonales, alteración en la función tiroidea, dificultades en la lactancia, deterioro de la salud del recién nacido y la impotencia que siente para poder brindarle un buen cuidado al recién nacido.

Los síntomas de la depresión postparto incluye: Estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistentes, disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de casi todas las actividades, cambios en los patrones de alimentación y sueño (principalmente insomnio), cansancio o fatiga crónica, ansiedad que puede llegar hasta los ataques de pánico, sentirse abrumada, indefensa e incapaz, autodesvalorización y autorreproches, generalmente relacionados a su competencia como madre, imposibilidad de buscar ayuda y apoyo para sí misma, irritabilidad, problemas de atención, concentración y memoria, dificultad para vincularse con el recién nacido, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, sobreprotección del menor, dificultades en la lactancia, dificultad y/o imposibilidad

de cuidar al recién nacido, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas, relacionados con el hijo (p. ej. revisarlo constantemente cuando está dormido para ver si respira) y con su cuidado (p. ej. lavar y desinfectar varias veces sus artículos), pensamientos negativos hacia el bebé, especialmente creer que lo puede dañar, sentimientos de culpa, pensamientos de dañarse a sí misma o al bebé, pensamientos atemorizantes, ideación suicida

En la etapa final encontramos la psicosis posparto las manifestaciones inician generalmente de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes, Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria, así como otros síntomas graves; puede desarrollarse en mujeres que en los antecedentes personales de un trastorno afectivo (especialmente trastorno bipolar), haber padecido anteriormente esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo, PPP previa, historia familiar de trastornos afectivos, complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo.

4.1.5 TEORÍA DE CHERYL TATANO BECK

4.1.5.1 ASPECTOS BIOGRÁFICOS: Cheryl Tatano Beck completó sus estudios en 1970 en la western Connecticut state university con una licenciatura en enfermería, Durante su primera rotación clínica se dio cuenta de que la enfermería obstétrica iba a ser la especialidad que desarrollaría a lo largo de su vida. Tras su graduación, Beck trabajó como enfermera titulada en el Yale new haven hospital, en la unidad de enfermería de posparto y recién nacidos. En 1972 completó un master en enfermería materna y del recién nacido en la universidad de Yale y obtuvo su certificado como comadrona. En 1982 completó su doctorado en ciencias de la enfermería en la universidad de Boston.

El objetivo de su investigación acabó siendo el periodo posparto y estudios específicos de los trastornos de ánimo después del parto. Este conjunto de trabajos ha dado como resultado una importante teoría de depresión posparto (Beck, 1993) y el desarrollo de la Escala de valoración de la depresión posparto. Y de un listado de los predictores de la depresión posparto. (7)

4.1.5.2 FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA:

Aunque Beck no estudia los cuidados como una construcción teórica o específica para su investigación, ha dirigido varios trabajos que evidencian su convicción de que “los cuidados son la esencia de la enfermería”. Su aplicación de las ideas de

la teoría de los cuidados de Jean Watson confirman los cuidados como algo central para la enfermería, al mismo tiempo que reconoce la preocupación de Watson de que las metodologías cuantitativas pueden no reflejar de forma adecuada el ideal de cuidados transpersonales.

La fenomenología se empleó en el primer estudio importante sobre como las mujeres experimentaban depresión posparto, usando el abordaje de Colaizzi. Una fuente teórica inusual procede del trabajo de Sichel y Driscoll, quienes desarrollaron un modelo tipo terremoto para conceptualizar como las interacciones entre la biología y la vida dan lugar a lo que ellos denominan carga bioquímica. Beck comprendió el modelo de Sichel y Driscoll, y “sugirió que la combinación del mapa genético, la historia hormonal y reproductiva, y las experiencias vitales de una mujer predicen el riesgo de un “terremoto”, que ocurre cuando su cerebro no se estabiliza, y tiene lugar la erupción de problemas del ánimo”.

Beck ha identificado a Robert Gable como una fuente especialmente importante en su trabajo. Gable ayudo a Beck con la operacionalización teórica de su teoría para su aplicación en la práctica.

4.1.5.3 PRUEBAS EMPÍRICAS: Cuando Beck comenzó a examinar la depresión posparto en 1993, se dio cuenta de que solo dos estudios cualitativos contribuían a la base del conocimiento del trastorno. En 1993, tras cuatro grandes estudios sobre mujeres en el periodo posparto, Beck desarrollo una teoría sustantiva sobre la depresión posparto empleando la metodología de la teoría sobre el terreno. La teoría desarrollada se tituló “estar en el límite”, con la pérdida de control como el primer problema psicosocial identificado. Desde el desarrollo de la teoría sustantiva, Beck ha diseñado otros 14 estudios para afirmar la teoría examinando las experiencias de depresiones posparto en las interacciones madre-hijo, el pánico posparto, el estrés postraumático y el traumatismo del nacimiento, para establecer diferencias entre los trastornos del ánimo posparto. Se llevaron a cabo meta-análisis sobre los predictores de la depresión posparto, la relación entre la depresión posparto y el carácter del niño, y los efectos de la depresión posparto sobre la interacción entre madre e hijo. Además, se llevaron a cabo dos meta-análisis cualitativos sobre la depresión posparto y las maternidades múltiples.

4.1.5.4 CONCEPTOS PRINCIPALES & DEFINICIONES

Los principales conceptos de Beck se han afinado y aclarado durante los años de trabajo sobre la depresión posparto. Los dos primeros conceptos, trastornos del ánimo posparto y pérdida del control, son conceptualizaciones que Beck desarrollo utilizando la fenomenología y métodos de teorías sobre el terreno.

TRASTORNOS POSPARTO DEL ANIMO: Depresión posparto y tristeza de la maternidad se han definido mejor con el tiempo, igual que el conocimiento de la psicosis posparto. Se han identificado otros dos trastornos del ánimo perinatales, el trastorno obsesivo-compulsivo posparto y el trastorno de pánico de inicio posparto. También se ha determinado en que se diferencian y como se interrelacionan estos trastornos.

- ❖ *Depresión posparto*: es un trastorno mayor depresivo no psicótico con criterios diagnósticos diferenciados que comienzan a menudo en las primeras cuatro semanas posparto. Puede darse en cualquier momento durante el primer año tras el parto. La depresión posparto no es auto limitada y es más difícil de tratar que una depresión simple. Las tasas de prevalencia son del 13 – 25% con más mujeres afectadas en situación de pobreza, que viven en ciudades del interior o adolescentes. Alrededor del 50% de las mujeres que sufren depresión posparto tienen episodios que duran seis meses.
- ❖ *Tristeza de la maternidad*: conocida también como tristeza posparto y tristeza del bebe, es relativamente transitoria, y es un periodo auto limitado de melancolía y de cambios del ánimo durante la primera parte de posparto. La tristeza de la maternidad afecta hasta el 75% de todas las mujeres en todas las culturas.
- ❖ *Psicosis posparto*: un trastorno psicótico caracterizado por alucinaciones, delirios, agitación e incapacidad para dormir, junto con un comportamiento inusual e irracional. Aunque la psicosis posparto es relativamente infrecuente (1 – 2 por cada 1.000 nacimientos), representa una verdadera urgencia psiquiátrica, porque tanto la madre como el niño (y quizás otros niños) están en grave riesgo de sufrir graves daños. Aunque a menudo se inicia durante la primera semana posparto, frecuentemente no se detecta hasta que no ha habido un daño importante.
- ❖ *Trastorno obsesivo-compulsivo posparto*: se ha identificado recientemente y las tasas de prevalencia no se han descrito. Los síntomas incluyen pensamientos repetitivos e intrusivos de dañar al recién nacido, miedo de quedarse sola con el niño e hipervigilancia a la hora de protegerle.
- ❖ *Trastorno de pánico de inicio en el posparto*: este trastorno se ha identificado recientemente y tampoco se dispone de tasas de prevalencia. Se caracteriza por un inicio brusco de ansiedad, miedo, respiración rápida, palpitaciones, y sensación de muerte inminente.

PERDIDA DE CONTROL: Se identificó como un problema psicosocial en la teoría sustantiva del trabajo iniciada de Beck en 1993. Esta teoría descriptiva se refiere al proceso por el que pasan las mujeres con depresión posparto. Las mujeres experimentaban la pérdida de control en todas las áreas de la vida, aunque las circunstancias concretas podían ser diferentes.

DEPRESION PRENATAL: Se ha observado que la depresión durante uno o todos los trimestres del embarazo es el predictor más importante de depresión posparto.

ESTRES DEL CUIDADO DEL NIÑO: Acontecimientos estresantes relacionados con el cuidado del niño, como problemas de salud del niño y dificultad en el cuidado relacionado con la alimentación y el sueño.

ESTRES VITAL: Un índice de acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el posparto. El número de experiencias vitales y la cantidad de estrés creado por cada uno de los acontecimientos de la vida se combina para determinar la cantidad de estrés vital que una mujer está experimentando por ejemplo: cambios maritales, cambios ocupacionales o crisis.

APOYO SOCIAL: Apoyo instrumental por ejemplo cuidado del niño y apoyo emocional. Los rasgos estructurales de la red social de una mujer incluyen la proximidad de sus miembros la frecuencia del contacto y el número de confidentes con los que la mujer puede compartir temas personales.

ANSIEDAD PRENATAL: Tiene lugar en cualquier trimestre a lo largo del embarazo. La ansiedad se refiere a los sentimientos de intranquilidad o de aprensión relacionada con una amenaza vaga e inespecífica.

SATISFACCION MARITAL: Se valora el grado de satisfacción con una relación marital e incluye lo feliz o lo satisfecha que esta la mujer con determinados aspectos de su matrimonio, como la comunicación, el afecto, la similitud de valores y toma de decisiones, además del bienestar global.

ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN: Un antecedente de una crisis de depresión antes de este embarazo.

TEMPERAMENTO DEL NIÑO: La disposición y personalidad del niño. El temperamento difícil se materializa en un niño irritable, nervioso, impredecible y difícil de consolar.

TRISTEZA MATERNA: Definida previamente como una situación no patológica después del parto. Episodios prolongados de tristeza materna (más de 10 días).

AUTOESTIMA: Sentimientos generales de la mujer sobre el propio valor y la propia aceptación. Es su confianza y satisfacción en si misma. Una baja autoestima refleja una autoevaluación negativa y sentimientos negativos sobre las propias capacidades de una misma.

SITUACION SOCIOECONOMICA: Categoría o situación de una persona en la sociedad; representa una combinación de factores sociales y económicos, como ingresos, educación y ocupación.

SITUACION MARITAL: Situación de una mujer en lo que respecta al matrimonio; indica si una mujer esta soltera, casada o cohabita, divorciada, viuda, separada o emparejada.

EMBARAZO NO PLANEADO O NO DESEADO: Se refiere a un embarazo que no fue planificado ni deseado. De particular importancia es la cuestión de los embarazos que siguen sin ser deseados tras una ambivalencia inicial.

Estos últimos conceptos representan la consecuencia de todos los conceptos predictores y de riesgo que se usan para detectar síntomas de depresión posparto.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DE LA DEPRESIÓN: Incapacidad para dormir incluso si el niño está dormido, con sacudida y vueltas antes de caer dormida, despertándose en medio de la noche, con dificultad para volverse a dormir, pérdida del apetito.

ANSIEDAD E INSEGURIDAD: Hipertensión a temas relativamente banales, sentimientos de estar fuera de sí, sensación de la necesidad de estar moviéndose o caminado. Sentimiento constante de inseguridad y sensación de estar sobrepasada en el nuevo papel de madre.

LABILIDAD EMOCIONAL: Sensación de que las emociones son inestables y están fuera del control de la mujer, lo que se caracteriza frecuentemente por llanto sin ninguna razón especial, irritabilidad, rabia explosiva y temor a no volver a ser feliz.

CONFUSION MENTAL: Incapacidad acusada para concentrarse, centrarse en una tarea concreta o tomar decisiones.

PERDIDA DE UNA MISMA: El sentimiento de las mujeres de que los aspectos de sí mismas que reflejan su identidad personal han cambiado desde el parto, de forma que no pueden identificar quienes son realmente y tienen miedo de no poder volver a ser nunca ellas mismas de nuevo.

CULPABILIDAD Y VERGÜENZA: Percepción de la mujer de que lo está haciendo mal como madre, con pensamiento negativos respecto a su hijo.

PENSAMIENTOS SUICIDAD: Pensamiento frecuentes de dañarse a sí misma o de terminar con su vida para escapar de la pesadilla de la depresión posparto.

4.1.5.5 METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

PERSONA: Las personas se describen en términos de un todo, con componentes biológicos, sociológicos y psicológicos, además, existe un fuerte compromiso con la idea de que las personas, o la personalidad, se comprende en el contexto de familia y de la comunidad.

CUIDADO O ENFERMERÍA: Beck describe constantemente la enfermería como una profesión de cuidados con la obligación de cuidar a las personas a su cargo, a los estudiantes y entre unos y los otros. Además las relaciones interpersonales entre las enfermeras y las personas a las que cuidan son las principales vías mediante las que estas profesionales alcanzan los objetivos de salud y la sensación de formar parte de un todo.

SALUD: Beck no define salud de forma explícita. Sin embargo, en sus escritos incluye las ideas tradicionales de salud física y mental. La salud es producto de las respuestas de la mujer a las vidas y los ambientes que las rodean. Los contextos de salud son vitales para entender el singular tema de la salud.

ENTORNO: Beck escribe sobre el entorno en término amplios, que incluyen factores individuales, además del mundo exterior de cada persona. El entorno externo incluye acontecimientos, situaciones, cultura, aspectos físicos, ecosistemas y sistemas sociopolíticos.

4.1.5.6 AFIRMACIONES TEÓRICAS

- ❖ El cerebro se puede acomodar bioquímicamente a diversas situaciones de estrés relacionadas con acontecimientos externos e internos.
- ❖ Los acontecimientos estresantes internos o externos, especialmente a lo largo de periodos prolongados, dan lugar a una alteración de la regulación biológica en el cerebro.
- ❖ El cerebro normal y único de las mujeres, además de su química hormonal, dan lugar a una vulnerabilidad ante los trastornos de ánimo en los momentos delicados de su vida, incluido el posparto.

- ❖ La depresión posparto es producto de una combinación de estresantes biológicos, psicológicos, sociales. Relacionales, económicos y situacionales.
- ❖ La depresión posparto no es un trastorno homogéneo.
- ❖ Culturalmente, se espera que las mujeres se sientan felices, parezcan felices y comprendan como ser madres de una forma natural, y que experimenten la maternidad con un sentimiento de estar completas.
- ❖ Los estigmas unidos a las enfermedades mentales aumentan considerablemente cuando una enfermedad mental se relaciona con el nacimiento de un hijo, lo que hace que las mujeres sufran en silencio.
- ❖ Dentro del marco de la prevención, la depresión posparto se puede evitar mediante la identificación y el alivio de los factores de riesgo durante el periodo posparto.
- ❖ Algunas consecuencias y desafíos biológicos, sociológicos y psicológicos son completamente normales en todos los embarazos.

4.1.5.7 FORMA LÓGICA: Chinn y Kramer identificaron la lógica inductiva como la base de los métodos cualitativos, con el razonamiento de los particulares a los generales. Por el contrario, el razonamiento deductivo se mueve de lo general a lo particular, extrayendo conclusiones que son lo general. La teoría de depresión posparto de Beck identifica como lógica inductiva y deductiva la forma significativa al desarrollo de la teoría. Debido a que la teoría de Beck refleja una vía muy compleja y centrada en su evolución, es útil ser claro sobre qué criterios se usaron para comprender y presentar la teoría. La evolución de la teoría de Beck es instructiva por varias razones, los incesantes esfuerzos lineales y lógicos de Beck para desarrollar la teoría con el propósito de una práctica pragmática condujeron a una teoría que aborda un problema práctico completo. El objetivo de Beck ha sido comprender la depresión posparto de una forma que permita a los profesionales desarrollar estrategias de prevención adecuadas, de detección sistemática para así evitar el daño a las mujeres sus hijos y sus familias.

4.1.5.8 CRÍTICA

- ❖ CLARIDAD: La teoría de Beck evidencia una claridad semántica porque los conceptos se definen claramente y con coherencia.
- ❖ SIMPLICIDAD: La depresión posparto es un fenómeno experimental y teóricamente complejo. Sin embargo, la teoría del posparto de Beck sigue

una progresión lógica específica de las observaciones realizadas en la práctica enfermera.

- ❖ GENERALIDAD: Chinn y Kramer observan que la generalidad se refiere a la capacidad de la teoría para seguir siendo conceptualmente simple, representando así un amplio abanico de experiencias empíricas.
- ❖ CONSECUENCIAS DEDUCIBLES: el valor del trabajo de Beck es cada vez de mayor importancia en la enfermería y en otras disciplinas. Existe un reconocimiento cada vez mayor de que la identificación y la intervención precoz de la depresión posparto permanece a más personas de las que principalmente son las responsables de cuidar a las mujeres durante el embarazo e inmediatamente después del parto.

5 MARCO LEGAL

5.1 LEY 1616 DE ENERO 21 DE 2013:

Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas. (8)

5.2 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, CALI, DICIEMBRE DE 2005:

“Una Política Nacional de Salud Mental debe ser una política pública que apunte a reducir la carga que representan los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar las capacidades del Estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática, dentro del contexto del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud” (9)

5.3 GUÍA PARA LA PLANEACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, BOGOTÁ, OCTUBRE DE 2005:

“Este documento es fruto del esfuerzo conjunto de instituciones, expertos, ciudadanos y el gobierno, por avanzar en la búsqueda de mecanismos efectivos para el abordaje de la problemática de salud mental en el territorio nacional, y que sumados, a la información del Estudio Nacional de Salud Mental y a los lineamientos de Política de Salud Mental, constituyen los insumos para orientar el diseño e implementación de planes territoriales y locales de salud mental” (10)

5.4 RESOLUCIÓN NO. 02358 DE 1998;

Define la salud mental como la “Capacidad que tienen las personas y los grupos de éstas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Agrega que es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. (11)

6 MARCO CONCEPTUAL

- ❖ **DEPRESIÓN:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (12)
- ❖ **PERÍODO NEONATAL:** se define como el espacio de tiempo entre la semana 28 de gestación y el séptimo día de vida extrauterina. (13)
- ❖ **PERÍODO PERINATAL:** Se refiere a los primeros 28 días de vida. Durante este tiempo, la maduración de los distintos sistemas orgánicos los va a capacitar para la adaptación a la vida extrauterina.
- ❖ **PUERPERIO:** Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato. (14)
- ❖ **SALUD:** Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.(15)
- ❖ **FAMILIA:** La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. (16)
- ❖ **FACTORES DE RIESGO:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (17)
- ❖ **FACTORES PROTECTORES:** Características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que se puede tener sobre la salud y el bienestar (18)
- ❖ **SALUD MENTAL:** Actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no

solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.
(19)

7 MARCO INVESTIGATIVO

- ❖ Ramírez Bonilla, Edna Janneth (2012).Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. Tesis Línea de Investigación: Cuidado para la salud materna perinatal. La presente investigación buscó establecer la relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión postparto, en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá D.C. La realización de esa investigación enfatiza en la importancia en la detección temprana de la depresión posparto. Establece el tipo de maltrato, la gravedad del y las dimensiones más afectadas en la mujer con sintomatología depresiva en el postparto. Invita además al desarrollo de actividades desde la academia para el conocimiento, estudio, divulgación, de estas situaciones que afectan la salud de la mujer en la etapa perinatal, y al planteamiento de propuestas de intervención desde enfermería para las instituciones de salud. (20)
- ❖ Campbell SB. Depresión materna y la adaptación de los niños durante la primera infancia. Enciclopedia sobre el desarrollo de la Primera Infancia. (2011). La depresión, reflejada en tristeza prolongada y sentimientos de desesperanza, está asociada con una crianza menos comprometida, estimulante y proactiva, y con una gama de problemas sociales y cognitivos en niños pequeños durante la infancia, la niñez temprana (o etapa de caminadores) y los años de preescolar. Dado que los niños pequeños dependen principalmente de sus madres para su estimulación cognitiva e interacción social, tienen una mayor probabilidad ser vulnerables al impacto de la depresión materna que los niños en edad escolar o que los adolescentes. (21)
- ❖ Iván Gómez-Sánchez, MD, MSc, FacogGuía De Práctica Clínica Para LaPrevención Y Detección Temprana De LasAlteraciones Del Embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 64 No. 3. Julio-Septiembre 2013 (245-288)Representantes del Grupo Desarrollador de la Guía - Universidad Nacional deColombia - Alianza Cinets. (2013). Realizar recomendaciones para la prevención detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo en Colombia. (22)
- ❖ Dr. Juan José Arévalo Bermejo.Depresión Postparto Y Factores De Riesgo Asociados. Estudio analítico en puérperas de 14 a 45 años de edad atendidas en la consulta externa de los hospitales: General San Juan de Dios, Roosevelt, Ginecología y Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2011). Identificar los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Hospital de Ginecología y Obstetricia, Hospital General

Dr. Juan José Arévalo Bermejo), Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt durante los meses de mayo y junio 2011. (23)

- ❖ T. Carro garcía, j. M.^a sierra manzano, m^a j. Hernández gómez, e. Ladrón moreno, e. Antolín barrio. Trastornos Del Estado De Ánimo En El Postparto. Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas. (24)
- ❖ Erica Medina-Serdán. Perinatología y Reproducción Humana. Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia. Universidad Anáhuac del Norte. (2013). Diferencias Entre La Depresión Postparto, La Psicosis Postparto Y La Tristeza Postparto. Los trastornos del estado de ánimo del puerperio: tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto tienen una alta prevalencia, tanto en nuestro país como en otras partes del mundo. Éstos afectan directamente la salud física y emocional de la madre, al igual que la del recién nacido y la pareja, produciendo inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece. Por lo mismo, se han convertido actualmente en la primera complicación perinatal, así como en un problema de salud pública. (25)
- ❖ Canaval, Gladys Eugenia. González, Marta Cecilia. Martínez Schallmoser, Lucy Tovar, María Clara Valencia, Celmira. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Su objetivo determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante la etapa prenatal y postnatal; si la calidad de vida y el apoyo social se relacionan con la sintomatología depresiva en el postparto y establecer cuáles de las variables estudiadas son predictores de la sintomatología depresiva en el postparto. (26)
- ❖ Jadresic Vargas, Enrique; Jara V., César; Miranda, Mirtha; Arrau, Beatriz; Araya, Ricardo Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. Los estudios sobre los trastornos emocionales del embarazo y/o puerperio, realizados casi exclusivamente en EE.UU. y Europa Occidental, muestran que entre el 10 al 15% de las madres se deprime en el puerperio. (27)

- ❖ Drs. Gregorio Evans M., Mcjohn Vicuña M, Rodrigo Marín. Depresión Postparto Realidad En El Sistema Público De Atención De Salud. REV CHIL OBSTET GINECOL 2003. La depresión postparto es un problema de salud pública con prevalencia que oscilan entre un 10 y 15% en la literatura mundial. Durante el puerperio existen cambios bioquímicos y estrés que pueden desencadenar estos trastornos. No existen trabajos a nivel nacional que enfoquen este problema. Se realizó un estudio prospectivo a nivel de atención primaria para evidenciar la real incidencia, y algunos factores de riesgo para esta condición. (28)

- ❖ Ma. Asunción Lara, Claudia Navarro, Laura Navarrete, Alejandra Cabrera, Jesús Almanza, Francisco Morales, Francisco Juárez. Síntomas Depresivos En El Embarazo Y Factores Asociados en Pacientes De Tres Instituciones De Salud De La Ciudad De México. El objetivo de este trabajo fue estudiar la prevalencia de la depresión en las mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados a la misma en mujeres que reciben atención prenatal. (29)

- ❖ Cruz Dantas, Maihana Maíra. Morais Sales, Ana Carolina. Augusto Machado, Ingryd Cintya. Bezerra de Araújo, Priscilla Cristhina Menezes Gouveia de Medeiros, Thayza. Chaves Maia, Eulália Maria. Los factores de riesgo asociados con la ansiedad y la depresión materna en el puerperio. (30)

- ❖ David Rincón-Pabón, Robinson Ramírez-Vélez. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal. En un estudio descriptivo transversal, secundario de la información obtenida en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (ENSIN 2010), en 1.659 mujeres con un rango de edad entre 15 y 45 años. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, cuidado obstétrico y autorreporte de depresión posparto mediante encuesta estructurada. Se establecieron asociaciones mediante la construcción de modelos de regresión y factores asociados. (31)

- ❖ Olga Lucía Cuero-Vidal, Angélica María Díaz-Marín: Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. Determinar la prevalencia de depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) en entre septiembre y diciembre de 2011, e identificar los factores relacionados con la enfermedad. Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una muestra consecutiva de 149 mujeres que tuvieron un recién nacido sin complicaciones, atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Cali, Colombia, entre septiembre y diciembre 2011. Este es un hospital general privado de mediana complejidad del suroccidente colombiano. El diagnóstico de depresión se hizo mediante la

aplicación de la Escala de Edimburgo para depresión posparto. Se midieron la edad, edad gestacional, estado marital, relación con el padre, nivel de ingresos, estrato socioeconómico, depresión previa, depresión en la familia e ingesta de alcohol. Se realizó estadística descriptiva y un análisis univariado y multivariado para determinar los factores relacionados con la enfermedad. la prevalencia de depresión posparto fue alta en la población estudiada, las gestantes con antecedente de depresión tienen alto riesgo de desarrollar la enfermedad y necesitarán evaluaciones adicionales y, eventualmente, tratamiento preventivo. (32)

- ❖ Gladys Eugenia Canaval, Marta Cecilia González, Lucy Martínez Schallmoser, María Clara Tovar, Celmira Valencia. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. Determinar si las mujeres expresan sintomatología depresiva durante la etapa prenatal y postnatal; si la calidad de vida y el apoyo social se relacionan con la sintomatología depresiva en el postparto y establecer cuáles de las variables estudiadas son predictoras de la sintomatología depresiva en el postparto. Se destaca la importancia del apoyo social y la calidad de vida; se recomienda tenerlos en cuenta en la atención a las mujeres, en especial en la atención que brindan los profesionales de enfermería a través de la aplicación del cuidado transdimensional. (26)
- ❖ José Fidel Latorre-Latorre, Leddy Marina Contreras-Pezzotti, Susana García-Rueda, Juan Arteaga Medina. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. LUGAR: Departamento de psiquiatría universidad industrial de Santander – UIS- Bucaramanga, Colombia. establecer la incidencia de depresión posparto en adolescentes de Bucaramanga y compararla con la presentada en mujeres mayores. la depresión posparto constituye un problema de salud frecuente en Bucaramanga. Las madres adolescentes no presentan un riesgo mayor que el de otras mujeres para estimar la prevalencia en estudios epidemiológicos. (33)

8 METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo.

8.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de la investigación, con previo permiso institucional, se obtuvieron las listas de las usuarias que asistieron para atención del parto durante los meses Mayo y Junio del 2014, se seleccionó a todas las puérperas que cumplieran los requisitos descritos en los criterios de inclusión.

A través de comunicación telefónica a cada una de las 21 usuarias se informó sobre los objetivos del proyecto, una vez obtenido el permiso verbal se interrogaron acerca de los criterios de inclusión y exclusión. De las 21 usuarias, 1 realizó cambio de domicilio a otra Ciudad, 5 decidieron no participar, 3 tuvieron por cesárea, 3 No fue posible la comunicación por número fuera de servicio por tanto la muestra quedo constituida por 9 usuarias.

A través de la técnica educativa “visita domiciliaria” se obtuvo el consentimiento informado y la aceptación de participar voluntariamente en el desarrollo del proyecto, en el cual se aplicó el instrumento La escala de detección sistemática de la depresión posparto de Beck y Gable, versión en español

8.3 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

El escenario de la investigación fue la IPS El Barzal de la E.S.E. del municipio de Villavicencio.

Universo: Estuvo conformado por usuarias puérperas, atendidas durante los meses Mayo y Junio de 2014. En las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) adscritas a la E.S.E Municipal de Villavicencio.

La población: Veintiuno (21) mujeres, que asistieron al control de puerperio programado durante los meses Mayo y Junio de 2014 en la IPS El Barzal, las cuales para la fecha de recolección de la información se encontraban cursando el cuarto mes de posparto.

La muestra: Nueve (9) mujeres, que asistieron al control de puerperio programado durante el mes Mayo y Junio de 2014 en la IPS El Barzal, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión solicitados en el estudio.

❖ Criterios de inclusión:

- ✓ Puérpera, que no haya pasado los seis meses posparto.
- ✓ Que haya sido atendida en control posparto en cualquiera de las nueve IPS de la E.S.E del municipio de Villavicencio.
- ✓ Que su lugar de residencia actual sea el municipio de Villavicencio, zona urbana.
- ✓ Que el parto haya sido vaginal.
- ✓ Que el producto sea un recién nacido vivo.
- ✓ Que el embarazo no haya terminado en aborto.
- ✓ Que el producto sea un recién nacido en buenas condiciones generales.

❖ Criterios de exclusión:

- ✓ Enfermedad mental y/o depresión de base
- ✓ Gestación de alto riesgo.
- ✓ Antecedentes de pérdida perinatal u hospitalización del neonato
- ✓ Antecedentes de alcohol o uso de sustancias psicoactivas por la mujer
- ✓ Alteración en la comunicación verbal o escrita.
- ✓ Enfermedades endocrinas y metabólicas diagnosticadas en la gestante (Hipotiroidismo, diabetes gestacional).

8.4 VARIABLES DE ESTUDIO

❖ Variables Dependiente: Depresión posparto.

- ✓ Concepto. Enfermedad que sufren las madres durante el periodo posparto, su gravedad y sintomatología.
- ✓ Definición operacional. La escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Beck y Gable, versión en español, valora la gravedad general y siete síntomas específicos que presentan las madres que sufren depresión posparto.

❖ Variables Independientes: Variables socio demográficas a saber; Edad, Estado civil, Escolaridad, Procedencia, Ocupación, Afiliación al sistema de salud, Tiempo de convivencia, Apoyo percibido, Embarazo deseado/planeado.

8.5 INSTRUMENTO

Post partum Depression Screening scale. (Escala de detección sistemática de depresión posparto de Cheryl Tatano Beck, y Robert K. Gable versión en español). La primera versión de este instrumento fue creado por la enfermera

Cheryl Tatano Beck y el Psiquiatra Robert K Gable, en el año 2000 -2001. Sus principales características son: Es un cuestionario auto aplicable que consta de 35 preguntas tipo Likert, con puntajes que van desde uno “completamente en desacuerdo” a cinco “completamente de acuerdo”.

Las puntuaciones en la escala van de 35 hasta 175, una puntuación por encima de 60 indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto y mayor a 120 puntos depresión en el posparto.

Mide el fenómeno de depresión posparto en siete subescalas: Trastornos del sueño / alimentación, - ansiedad e inseguridad, - labilidad Emocional, - confusión mental, - pérdida de sí misma, - culpabilidad y vergüenza y pensamientos suicidas.

Permisos: El cuestionario de Depresión posparto, versión en español, será comprado directamente a sus distribuidores: Western Psychological Services, en los Ángeles – California. Con el permiso de los dueños de los derechos de autor. Señora Susan Dunn Weinberg WPS Rights and Permissions.

La primera versión de este instrumento fue creado por la Enfermera Cheryl Tatano Beck y el Psiquiatra Robert K Gable, en el año 2000 - 2001. Sus principales características son:

Es un cuestionario auto aplicable que consta de 35 preguntas tipo Likert, con puntajes que van desde uno “completamente en desacuerdo” a cinco “completamente de acuerdo”. Las puntuaciones en la escala van de 35 hasta 175, una puntuación por encima de 60 indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto y mayor a 120 puntos depresión en el posparto.

Mide el fenómeno de depresión posparto en siete sub-escalas: Trastornos del sueño/ alimentación, -Ansiedad e inseguridad, -Labilidad Emocional, -Confusión mental, -Pérdida de sí misma, -Culpabilidad y Vergüenza y Pensamientos Suicidas.

Características Psicométricas de la escala. Las pruebas psicométricas de la escala original se llevaron a cabo con una muestra de 525 madres primigestantes. La consistencia interna dimensiones/ fiabilidad en las siete dimensiones, se encontró entre rangos de 0.83 (disturbios del sueño) a 0.94 (culpabilidad y vergüenza). El Análisis factorial confirmatorio, dio un apoyo empírico a la hipótesis de las siete dimensiones.

La validez y confiabilidad de la traducción al español de la escala sistemática de depresión posparto, se realizó con una muestra de 377 mujeres hispanas, correspondientes a los grupos más representativos que habitan en Estados

Unidos (mexicanas, cubanas, puertorriqueñas, peruanas y colombianas), en un promedio de 10 semanas después del parto.

El factor de confirmación (CFI) para la versión en español fue de 0.87, la sensibilidad de la prueba de 0.84%, la especificidad de 0.84%, el valor predictivo positivo de 0.75%, el valor predictivo negativo de 0.90%. El rango de las puntuaciones totales de la PDSS versión en español fue de 35 a 137 con una media de 60,7.

Teniendo en cuenta cada una de las dimensiones de la escala, se encontró 0.95 de alfa consistencia interna y 0.99 de confiabilidad, con un N= 377.

En Chile se estudió la Validez y confiabilidad del instrumento el cual estableció un alfa de Cronbach del total del instrumento en su versión en español, de 0.95, con confiabilidad por dimensión entre 0.71 a 0.86. " Ramírez, Edna. (2012) .

9 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

“El proyecto tuvo en cuenta todas las consideraciones estipuladas en la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud, capítulo I: Investigación en Seres Humanos y IV Investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, óbitos y fetos y de la fertilización artificial. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” Dirección de Investigación Sede Bogotá (1993). Y el consentimiento y permiso de los padres de los sujetos menores de edad según constitución política de Colombia.

Ley 911 del 2004 (Capítulo I: Principios y Valores Éticos, Capítulo II Título III: Responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado.

Capítulo IV:
La responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia.

Se tendrá en cuenta principios éticos como el respeto y la autonomía en donde la población objeto estará en la capacidad de decidir si desea ser parte de la investigación dando autorización.

10 PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Caracterización general de las participantes en la investigación.

El 100% de las usuarias residen en el municipio de Villavicencio, solo una (1) procede del Departamento de Antioquia. Las edades de las encuestadas oscilaron entre los 14 y 37 años, rangos de edad que ubicados en pirámide poblacional corresponden a población económicamente activa donde la carga de enfermedad equivale perdida de mucho dinero para un país, sin contar la perdida invaluable cuando está de por medio la vida del infante en el caso de “infanticidios” En la investigación: La Depresión en Madres Adolescentes de Bucaramanga (Latorre-Latorre, Contreras-Pezzotti, García Rueda, & Arteaga Medina, 2006) afirman que se presenta en mayor frecuencia en mujeres adolescente embarazadas que en mujeres puerperas mayores de edad.

Todas están afiliadas al SGSSS en régimen subsidiado. En relación a la escolaridad el 60% tiene educación media completa y el 20% tiene graduación de secundaria y el 20% restante secundaria incompleta.

En relación al estado civil 40% de los casos corresponden a estado civil casadas 20% a unión libre y 40% restante son madres solteras. Considerando los hallazgos en relación a estado civil en el estudio de Urdaneta M José (2011) y Gladys Canaval (2009) quienes determinaron por sus resultados que el estado civil casada era un factor protector en el desarrollo de la depresión posparto, se encuentra una marcada diferencia con lo obtenido en este estudio donde una de las usuarias con estado civil casada posee la más alta puntuación en la escala PDSS; y el subnivel de síntomas de Ideas Suicidas con la puntuación más alta que las adolescentes.

El 55.6% son primigestantes, y el 44.4% han tenido dos embarazos. El tipo de planificación familiar preferido por la mayoría de las participantes (7 casos) fue el hormonal inyectable trimestralmente; Solo dos utiliza método de barrera (preservativo). Ninguna de las participantes manifestó tener antecedentes personales de algún tipo de depresión.

Tabla No.1 Frecuencia de síntomas según el PDSS versión español; Total muestra (n=9)

Ítem	Siglas en Inglés	Rangos	Puntuación								
			Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	>4	1	0	1	1	0	2	1	1	2
La puntuación total de escala Detección Sistemática de Depresión Postparto	PDSS	117	50	36	37	36	36	65	60	63	39
Subnivel de Contenido de Síntomas											
Alteraciones de Dormir/Comer	SLP	> 14	5	5	6	5	6	14	5	9	5
Ansiedad / Inseguridad	ANX	>15	15	6	6	5	5	8	16	12	5
Labilidad Emocional	ELB	>15	5	5	5	5	5	14	14	13	7
Confusión Mental	MNT	> 14	5	5	5	5	5	11	7	8	5
Pérdida de uno Mismo	LOS	>13	5	5	5	5	5	8	8	5	7
La culpa / Vergüenza	GLT	>13	8	5	5	6	5	5	5	8	5
Pensamientos Suicidas	SUI	>6	7	5	5	5	5	5	5	8	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en el IPS El Barzal durante el mes de Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Tabla 2. Distribución porcentual de las características demográficas de las puérperas atendidas en IPS de la ESE Municipal de Villavicencio, población estudio para PDSS. Primer semestre 2014

Características	Grupo 1 Con DPSS (n=0)	Grupo 2 Con síntomas significativos para DPSS (n= 3)	Grupo 3 Con adaptación normal (n= 6)
Promedio de edad (años) (rango entre 14 - 37)	0	1.33	24
Antecedentes de depresión			
SI	0	0	0
NO	0	3	6
Fue tratada por la depresión			
Si	0	0	0
No	0	3	6
Escolaridad			
Menos de secundaria	0	1	1
Graduación de secundaria	0	0	2
Colegio (sin título)	0	2	3
Estado civil			
Solteras	0	1	1
Casadas	0	0	2
Otros	0	2	3
Número de embarazos			
1	0	2	3
2	0	1	3
Número de nacidos vivos			
1	0	2	4
2	0	1	2

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 3. Rangos e interpretación de los puntajes del total de la PDSS aplicada a puérperas atendidas en la IPS El Barzal del Municipio de Villavicencio. I Trimestre 2014

Rangos total de la PDSS	frecuencia	Porcentajes	Media	Mediana	DE	Observaciones
35-59 Adaptación Normal	6	66.7	39	36.50	5.514	No necesita ser remitida a evaluación Psiquiátrica.
60 – 79 Síntomas significativos de depresión posparto	3	33.3	62.67	63	2.517	Necesitan evaluación psiquiátrica formal. Se debe tener en cuenta otras fuentes de información incluyendo la presentación de la entrevista clínica, su historia médica y psiquiátrica,.
80 y más Positivas para depresión mayor posparto	0	0	0	0	0	Valor Negativo de Depresión postparto.

Fuente: Elaboración propia y las Observaciones son las consideradas por el autor de la escala de PDSS.

De acuerdo a los datos que muestra la tabla N°1; se puede asegurar la validez de las respuestas, se calculó el Índice de respuesta inconsistente (INC); la suma de las diferencias en puntaje de las respuestas de 10 pares de elementos PDSS para los cuales las calificaciones tienden a ser muy similares, en todos los casos estuvo por debajo de cuatro (4), al hacer el conteo de los números de los pares de elementos las marcas de verificación determinaron que el 100% de las preguntas fueron entendidas, que las usuarias establecidas como muestra del estudio prestaron atención al cuestionario de principios a fin.

Frente a los resultados obtenidos en el “Perfil de contenido por síntoma”: El 88.88% de las usuarias que constituyeron la muestra no presenta sintomatología relacionada con “apetito y/o el sueño”, es decir que una (1) usuaria obtiene un puntaje mayor a 14. En relación al síntoma de ansiedad e inseguridad el 88.88%, es decir que una (1) usuaria obtiene un puntaje superior a 15 puntos, lo que según los autores de la escala indica un alto nivel de ansiedad, que puede incluir agitación psicomotora y sentirse abrumada y/o aislada.

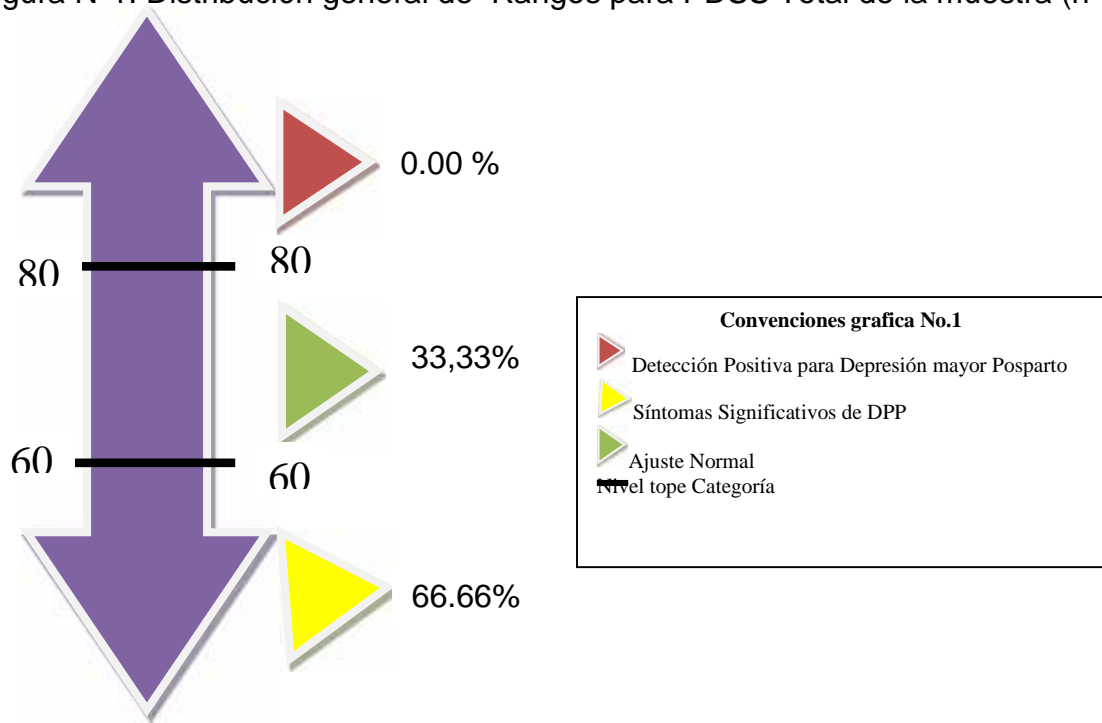
El 100% de las usuarias que constituyeron la muestra no presenta resultados alterados según la escala en el síntoma “labilidad emocional”.

En el síntoma “Confusión Mental”. El 100% de las usuarias que constituyeron la muestra obtuvieron un puntaje por debajo de 15. El 100% de las usuarias que constituyeron la muestra no presenta resultados alterados según la escala en el síntoma “pérdida de uno mismo”.

El 100% de las usuarias que constituyeron la muestra no presenta resultados alterados según la escala en el síntoma “Culpa/vergüenza” En relación al síntoma “pensamiento suicida”; el 22,2%, dos (2) de las puérperas que conforman la muestra, presentan puntajes que determinan presencia de estos síntomas; para estas mujeres puede ser entretenido tener pensamientos de hacerse daño a sí mismas, es importante una valoración clínica con respecto a su nivel de las tendencias suicidas. La escala sugiere que deben ser evaluadas por un profesional de salud mental.

Teniendo en cuenta los datos de la puntuación total de la escala PDSS de las usuarias que constituyeron la muestra, la distribución de categorización del DPP en la muestra se aprecia en la figura No. 1.

Figura N°1. Distribución general de Rangos para PDSS Total de la muestra (n=9)



Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio

Caracterización Caso # 1

Paciente de 20 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento de Meta. Reside en el barrio San Carlos zona urbana del municipio de Villavicencio. reside en vivienda familiar. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Vive en unión libre y es ama de casa. Escolaridad secundaria incompleta. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. G2 P2 A0 C0 V2 M0. Fecha ultimo parto: 1 de Junio de 2014; tipo de parto: vaginal. Actualmente planifica con preservativo. Lactancia materna exclusiva. Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo lo siguientes resultados:

Tabla No 4. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso # 1

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	1
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	50
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	5
Ansiedad / Inseguridad	ANX	15
Labilidad Emocional	ELB	5
Confusión mental	MNT	5
Perdida de Uno Mismo	LOS	5
La culpa / Vergüenza	GLT	8
Pensamientos Suicidas	SUI	7

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 2

Paciente de 29 años, procedente del municipio de Villavicencio, Departamento del Meta. Reside en el barrio Brisas del Caney; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Su estado civil es casada y es ama de casa. Escolaridad secundaria incompleta. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. G2 P2 A0 C0 V2 M0. Fecha ultimo parto: 19 de mayo de 2014; tipo de parto: vaginal. Actualmente planifica método hormonal inyectable trimestral. Lactancia materna exclusiva.

Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo lo siguientes resultados:

Tabla No 5.Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso # 2

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	0
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	36
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	5
Ansiedad / Inseguridad	ANX	6
Labilidad Emocional	ELB	5
Confusión mental	MNT	5
Perdida de Uno Mismo	LOS	5
La culpa / Vergüenza	GLT	5
Pensamientos Suicidas	SUI	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 3

Paciente de 28 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento del Meta. Reside en el barrio La floresta; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Reside en vivienda familiar. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Es soltera y es ama de casa. Escolaridad secundaria incompleta. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. Actualmente planifica con método hormonal inyectable trimestral. G1 P1 A0 C0 V1 M0. Fecha de parto 20 de mayo de 2014; tipo de parto: vaginal. Lactancia materna reforzada con biberon. Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo lo siguientes resultados:

Tabla No 6.Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso # 3

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	1
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	37
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	6
Ansiedad / Inseguridad	ANX	6
Labilidad Emocional	ELB	5
Confusión mental	MNT	5
Perdida de Uno Mismo	LOS	5
La culpa / Vergüenza	GLT	5
Pensamientos Suicidas	SUI	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 4

Paciente de 24 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento del Meta. Reside en el barrio San Marcos; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Vive en casa arrendada. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Vive en unión libre y actualmente se encuentra trabajando como secretaria. Escolaridad técnico en sistemas. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. Actualmente planifica método hormonal inyectable trimestral. G2 P1 A1 C0 V1 M0. Fecha de último parto 31 de mayo de 2014; tipo de parto: vaginal. Lactancia materna reforzada con biberon. Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo los siguientes resultados:

Tabla No 7. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso #4

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	1
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	36
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	5
Ansiedad / Inseguridad	ANX	5
Labilidad Emocional	ELB	5
Confusión mental	MNT	5
Perdida de Uno Mismo	LOS	5
La culpa / Vergüenza	GLT	6
Pensamientos Suicidas	SUI	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 5

Paciente de 30 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento del Meta. Reside en el barrio La Salle; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Reside en vivienda arrendada. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Es casada y trabaja independiente. Escolaridad secundaria completa. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. Actualmente planifica método hormonal inyectable trimestral. G1 P1 A0 C0 V1 M0. Fecha ultimo parto 7 de junio de 2014; tipo de parto: vaginal. Lactancia materna combinada con biberon. Según la escala de detección sistemática de Depresión

Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo lo siguientes resultados:

Tabla No 8. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso #5

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	0
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	36
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	6
Ansiedad / Inseguridad	ANX	5
Labilidad Emocional	ELB	5
Confusión mental	MNT	5
Perdida de Uno Mismo	LOS	5
La culpa / Vergüenza	GLT	5
Pensamientos Suicidas	SUI	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 6

Paciente de 24 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento del Meta. Reside en el barrio guadalajara; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Reside en vivienda arrendada. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Es soltera y es empleada en un salón de belleza. Escolaridad técnico en manicure y pedicure. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. Actualmente planifica con preservativo. G2 P2 A0 C0 V2 M0. Fecha ultimo parto 28 de junio de 2014; tipo de parto: vaginal. Lactancia materna exclusiva. Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo lo siguientes resultados:

Tabla No 9. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso #6

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	2
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	65
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	14
Ansiedad / Inseguridad	ANX	8

Labilidad Emocional	ELB	14
Confusión mental	MNT	11
Perdida de Uno Mismo	LOS	8
La culpa / Vergüenza	GLT	5
Pensamientos Suicidas	SUI	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 7

Paciente de 19 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento del Meta. Reside en el barrio Portales del Llano; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Reside en vivienda familiar. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Vive en unión libre y trabaja como auxiliar de enfermería. Escolaridad técnico auxiliar de enfermería. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. Actualmente planifica método hormonal inyectable trimestral. G1 P1 A0 C0 V1 M0. Fecha último parto 11 de junio de 2014; tipo de parto: vaginal. Lactancia materna exclusiva.

Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo los siguientes resultados:

Tabla No 10. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso #7

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	1
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	60
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	5
Ansiedad / Inseguridad	ANX	16
Labilidad Emocional	ELB	14
Confusión mental	MNT	7
Perdida de Uno Mismo	LOS	8
La culpa / Vergüenza	GLT	5
Pensamientos Suicidas	SUI	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 8

Paciente de 17 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento del Meta. Reside en el barrio Comuneros; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Reside en vivienda familiar. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Vive en unión libre y es ama de casa. Escolaridad primaria incompleta. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. Actualmente planifica método hormonal inyectable trimestral. G1 P1 A0 C0 V1 M0. Fecha ultimo parto 27 de mayo de 2014; tipo de parto: vaginal. Lactancia materna exclusiva.

Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo lo siguientes resultados:

Tabla No 11. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso #8

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	1
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	63
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	9
Ansiedad / Inseguridad	ANX	12
Labilidad Emocional	ELB	13
Confusión mental	MNT	8
Perdida de Uno Mismo	LOS	5
La culpa / Vergüenza	GLT	8
Pensamientos Suicidas	SUI	8

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

Caracterización Caso # 9

Paciente de 17 años, procedente del municipio de Villavicencio, departamento del Meta. Reside en el barrio urbanización la Sabana; ubicado en la zona urbana del municipio de Villavicencio. Reside en vivienda familiar. Afiliación al SGSSS es del régimen subsidiado. Vive en unión libre y es ama de casa. Escolaridad secundaria incompleta. Manifiesta no tener ningún antecedente personal de depresión. Actualmente planifica método hormonal inyectable trimestral. G1 P1 A0 C0 V1 M0. Fecha ultimo parto 4 de junio de 2014; tipo de parto: vaginal. Lactancia materna exclusiva.

Según la escala de detección sistemática de Depresión Posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (PDSS) Versión en español; arrojo lo siguientes resultados

Tabla No 12. Valores de consolidación de resultados de aplicación del PDSS al caso #9

Ítem	Siglas en ingles	Puntuación
Índice de Respuesta Inconsistente	INC	2
La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto	PDSS	39
Subnivel de contenido de Síntomas		
Alteraciones de Dormir / Comer	SLP	5
Ansiedad / Inseguridad	ANX	5
Labilidad Emocional	ELB	7
Confusión mental	MNT	5
Perdida de Uno Mismo	LOS	7
La culpa / Vergüenza	GLT	5
Pensamientos Suicidas	SUI	5

Fuente: Datos derivados de la aplicación de la metodología de valoración del instrumento PDSS; en mujeres en el cuarto mes del puerperio que asistieron a controles en la IPS El Barzal durante los meses Mayo y Junio de 2014; en la ciudad de Villavicencio.

11 DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica muestra que en general los estudios realizados sobre la depresión posparto se centran principalmente en la identificación del problema por la magnitud devastadora de sus consecuencias, utilizando para ello diferentes instrumentos de valoración.

La aplicación del instrumento Escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable permitió en este estudio determinar en términos descriptivos y considerando los criterios de inclusión estrictos que excluyen factores que se han descrito como implicados en la aparición de esta patología, una incidencia de predictores de 66.66% (6 usuarias), el cual se clasifica en el rango de 60 – 79 de La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto lo cual representan síntomas significativos de depresión postparto, en este rango se requiere de evaluación psiquiátrica formal. Cifra que no pudo ser comparada con otros estudios en mujeres colombianas pues las mediciones obtenidas están dadas bajo la utilización de otro tipo de instrumentos.

Sin embargo en estudios realizados en España se encontró que; la depresión sin psicosis afecta alrededor del 13% (10- 20%) de las mujeres tras el parto (en los primeros 6 meses) y hasta un 26% si se trata de adolescentes. Excede el 25% en quienes tuvieron un episodio previo y un episodio de depresión posparto conduce al 50% de probabilidad de recurrencia en el próximo período posparto. La depresión puerperal es una de las complicaciones más prevalentes y graves del posparto y puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres.

Las puérperas del estudio procedían de IPS públicas y es en donde se presentan más casos, según lo reportado por estudios en los que se consideraron en entidades privadas.

En cuanto a las dimensiones consideradas en el instrumento DPSS empleado en este estudio se encontró significancia estadística asociados a DPP en alteraciones de dormir/Comer, Ansiedad/Inseguridad y pensamientos suicidas que involucran factores individuales psicológicos, fundamentalmente. Según Salazar I, Et al, la presencia de síntomas predisponentes de Depresión posparto apuntan hacia una alta probabilidad de desarrollar una Depresión posparto mayor y necesita acompañamiento del equipo de salud de manera urgente. Oviedo, Ramírez E, enfatizan la importancia de la detección precoz, y en la utilización del instrumento DPP el cual según ellos facilita una orientación en las áreas a trabajar para la no aparición del cuadro depresivo mayor.

En relación con trastornos en la dimensión sueño y alimentación se encontró un 28,1%, situación que según Jadresic M, es un síntoma que se asocia con la presencia de Psicosis puerperal, la cual habitualmente evoluciona rápido y pueden aparecer además acompañado de síntomas como ánimo deprimido o exaltado, desajuste conductual, labilidad emocional, como también delirios y alucinaciones. Centrada en la descripción de los síntomas somato psíquicos o vegetativos, o las alteraciones de los ritmos biológicos. Un 70% y 80% de las mujeres con sintomatología de DPP padecen problemas de sueño, normalmente insomnio si bien en un pequeño porcentaje puede darse hipersomnia. Otros síntomas físicos son: fatiga sobre todo por la mañana, pérdida de apetito, disminución del deseo y la actividad sexual, con frecuencia molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc). Los dolores son las quejas más frecuentes.

El tener antecedentes personales de sintomatología depresiva o trastornos del ánimo, se tomó como criterio de exclusión en este estudio, sin embargo en otros estudios encontraron correlación con la posibilidad de desarrollar DPP.

A diferencia de los datos obtenidos por Bonilla (2009) quien determina que por la heterogeneidad de los grupos etarios en su estudio se logró determinar síntomas propios y específicos por grupo, este trabajo presenta un grupo homogéneo donde las mujeres que conforman la muestra están clasificadas por su desarrollo dentro del grupo de adolescencia y adolescencia tardía (concepto OMS), (14 a 24 años), y adulto joven (24 a 35 años) quienes coinciden con bajo nivel de escolaridad, el estado civil en la mayoría de la muestra es unión libre.

Con relación al estado civil, Romero A, Carrillo A (2010) determinaron en su estudio que el ser soltera o estar en unión libre es uno de los predictores de depresión posparto, ya que alimenta el sentimiento de soledad y falta de apoyo. Resultado que coincide con los obtenidos en este estudio ya que las puérperas que muestran síntomas significativos de depresión posparto se encuentran en unión libre.

RANGO TOTAL

El total de puntaje del PDSS-versión en Español fue de 35 a 174, con un promedio de 73,4 ($DE \pm 31,17$). Del total del grupo que participó, el 66.66% presentó síntomas significativos de DPP (60-79 puntos).

Resultados por debajo de 60 puntos: El 33.33% de las puérperas que conforman la muestra está ubicada en este rango, el cual se interpreta como un ajuste normal representativo donde no hay presencia de síntomas de depresión posparto, las mujeres ubicadas en este rango no requieren de valoración psiquiátrica a menos que haya un fuerte indicador de depresión al realizar la valoración física u otra patología de otra fuente de información. C.T. Beck, (2001)

recomienda en este grupo de pacientes readministrar el PDSS cada tres meses durante los primeros 12 meses después de haber entregado la primera prueba.

Resultados entre 60 y 79 puntos totales: El 66.66% de las usuarias obtuvo este rango dentro del puntaje total de la prueba. Esto representa síntomas significativos de depresión posparto, antes de someter a la usuaria a una valoración psiquiátrica, se deben considerar otras fuentes de información, incluyendo valoración clínica, historia clínica, registro de consultas psiquiátricas anteriores, evaluación de otros médicos, si hay evidencia de que la mujer representa un peligro para sí misma o para otro debe ser remitida inmediatamente a evaluación psiquiátrica, en caso contrario se recomienda un plan y seguimiento a estas mujeres de ejercicios de salud mental posterior a la evaluación médica. Según Salazar, Sainz J, Garcia E y Marrugal B, (2011) la presencia de síntomas predisponentes de Depresión posparto apuntan hacia una alta probabilidad de desarrollar una Depresión posparto mayor y necesita acompañamiento del equipo de salud de manera urgente. Para Oviedo y Mondragón (Ramírez Bonilla, 2012), enfatizan la importancia de la detección precoz, y el instrumento facilita una orientación en las áreas a trabajar para la no aparición del cuadro depresivo mayor.

Caso #1

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.4, se observa que el Índice de Respuesta Inconsistente (INC) es de uno (1); este nos indica que hay una alta probabilidad de que la paciente entendiese las preguntas contestando de manera honesta y congruente.

La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) de la paciente fue de cincuenta (50); el cual califica a la paciente en el rango de valor negativo de depresión postparto.

Los síntomas de depresión en esta paciente con la más alta puntuación son los subniveles de ansiedad/inseguridad (puntuación 15), que nos indica que ha perdido el control de su función emocional, sintiéndose sola, y que otras madres son mejores que ella; seguido de Pensamientos Suicidas (puntuación 7). Según la guía de interpretación del PDSS (Kennedy, Beck, & Driscoll, 2003) una puntuación mayor de cinco (5) nos indica que la paciente ve la muerte como una opción de salida para la depresión posparto, requiere apoyo psiquiátrico para determinar el nivel de riesgo e iniciar intervenciones para proteger su integridad.

Caso #2

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.5 El puntaje de Índice de Respuesta Inconsciente (INC) es cero (0); nos confirma que la paciente contestó

las preguntas con sinceridad y presto atención; brindando repuestas con alto nivel de confiabilidad.

En el consolidado de puntaje del Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) genero un total de treinta y seis (36), ubicándola en la escala como adaptación normal, lo cual se interpreta en que la usuaria no requiere evaluación por psiquiatría.

No hay subniveles afectados en este caso, ya que todos los valores se encuentran dentro de los rangos normales.

Caso #3

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.6. El INC de la paciente de este caso es uno (1). Evidenciado su entero entendimiento, concentración y veracidad de las respuestas.

Para la Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS), ella se encuentra en la escala Adaptación Normal; con un puntaje de treinta y siete (37).Ubicándola en la escala como adaptación normal, lo cual se interpreta en que la usuaria no requiere evaluación por psiquiatría.

No hay subniveles afectados en este caso, ya que todos los valores se encuentran dentro de los rangos normales.

Caso # 4

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.7. Para la paciente de este caso; el INC indica que las respuestas son congruentes y fiables, con un puntaje de uno (1).Evidenciado su entero entendimiento, concentración y veracidad de las respuestas.

Se puede clasificar según PDSS en el rango de Detección Positiva para Depresión Mayor Posparto, con un puntaje de treinta y seis (36).Ubicándola en la escala como adaptación normal, lo cual se interpreta en que la usuaria no requiere evaluación por psiquiatría.

No hay subniveles afectados en este caso, ya que todos los valores se encuentran dentro de los rangos normales.

Caso # 5

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.8Se observa que el Índice de Respuesta Inconsciente (INC) es de cero (0); determinando con certeza que el paciente brindo información veraz.

La puntuación total de Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) de la paciente fue de treinta y seis (36); el cual califica a la paciente en el rango de valor negativo de depresión postparto.

Según la tabla No. 6 podemos clasificar a esta paciente en la Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) en el rango de Adaptación Normal, no requiere remisión a salud mental; según Rhonda B y Heidi W. (2007) solo necesita reforzamiento e información sobre depresión postparto. El perfil de contenido de síntoma muestra satisfacción con su rol parental.

Caso # 6

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.9 La puntuación de Respuesta Inconsciente (INC) en la paciente es dos (2). Según Chaudron y colt.(2010) citando a chely y Beck este puntaje confirma que entendió y atendió de principio a fin a las preguntas formuladas. En la puntuación de la Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) obtuvo un valor de sesenta y cinco (65); Esto representa síntomas significativos de depresión postparto, y se debe someter a la usuaria a una valoración psiquiátrica.

Paolini Cynthia Inés (2013) sugieren que aunque no presente problemas de depresión, es importante brindarle educación relacionada a este tema. Los subniveles de síntoma se encuentran dentro de los parámetros permitidos y de no alerta de depresión. Solo refiere cambio en su concentración.

Los síntomas de depresión en esta paciente con la más alta puntuación son los subniveles de dormir/comer (puntuación 14), en los cuales la mujer presenta dificultad para conciliar el sueño incluso cuando su recién nacido está dormido, y puede incluir o no problemas con el apetito.

Caso #7

Para este caso, según la tabla No.10 La puntuación de Respuesta Inconsciente (INC) en la paciente es uno (1). Según Chaudron y colt.(2010) citando a chely y Beck este puntaje confirma que entendió y atendió de principio a fin a las preguntas formuladas. En la puntuación de la Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) obtuvo un valor de sesenta (60); su valor elevado refiere síntomas significativos de depresión postparto, y se debe someter a la usuaria a una valoración psiquiátrica.

Los síntomas de depresión en esta paciente con la más alta puntuación son los subniveles de ansiedad/inseguridad (puntuación 16) ansiedad/inseguridad (puntuación 15), que nos indica que ha perdido el control de su función emocional, sintiéndose sola, y que otras madres son mejores que ella.

Caso # 8

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.11 La puntuación de Respuesta Inconsciente (INC) en la paciente es uno (1). Según Chaudron y colt.(2010) citando a chely y Beck este puntaje confirma que entendió y atendió de principio a fin a las preguntas formuladas. En la puntuación de la Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) obtuvo un valor de sesenta y tres (63); su valor elevado refiere síntomas significativos de depresión posparto, y se debe someter a la usuaria a una valoración psiquiátrica.

Los síntomas de depresión en esta paciente con la más alta puntuación son los subniveles de Pensamientos Suicidas (puntuación 8). Según la guía de interpretación del PDSS (Kennedy, Beck, & Driscoll, 2003) una puntuación mayor de cinco (5) nos indica que la paciente ve la muerte como una opción de salida para la depresión posparto, requiere apoyo psiquiátrico para determinar el nivel de riesgo e iniciar intervenciones para proteger su integridad.

Caso # 9

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla No.12 Para la paciente de este caso; el INC indica que las respuestas son congruentes y fiables, con un puntaje de dos (2). Evidenciado su entero entendimiento, concentración y veracidad de las respuestas.. En la puntuación de la Escala Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) obtuvo un valor de treinta y nueve (39). Ubicándola en la escala como adaptación normal, lo cual se interpreta en que la usuaria no requiere evaluación por psiquiatría.

No hay subniveles afectados en este caso, ya que todos los valores se encuentran dentro de los rangos normales.

12 CONCLUSIONES

La depresión postparto es un alteración real y hasta ahora invisible de la mujer en los diagnósticos de los profesionales de la salud, frente a la cual se necesita prender alarmas, en razón al impacto sobre, no solo la salud de la madre, sino a la del recién nacido y en ausencia de una búsqueda activa; por lo tanto es indispensable emprender estudios y dimensionar la presencia de la DPSS tanto en Villavicencio, como en la Región.

Ya existen herramientas como la escala DPSS, que es un instrumento corto, de fácil aplicación para el personal de salud, y simple y rápido de contestar para la población, que aporta a las estrategias de prevención de morbilidad materna.

No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de predictores de DPP para nivel socio-económico, edad de la madre, años de estudio de la mujer, estado civil, ni número de hijos previos.

Aunque el tamaño y selección de la muestra no permiten extrapolar los resultados estos deben considerados como relevantes en la región teniendo en cuenta que; existen pocos estudios sobre depresión posparto en mujeres latinas, no se ha llegado a un acuerdo con respecto a las causas y factores asociados y que algunos estudios determinan que la visita puerperal temprana parece reducir la incidencia y mejora la evolución de la depresión posparto aunque harían falta más estudios para reforzar la evidencia en este aspecto.

Los resultados permiten concluir; la presencia en la población de estudio de todos los síntomas predictores para la detección de depresión posparto según instrumento PDSS-versión en español, razón que permite plantear que los profesionales dedicados a la salud de la mujer deben tomar decisiones acertadas respecto a su papel en el cuidado de las mujeres con depresión posparto. El enfoque ideal es interdisciplinario.

No existe en las Instituciones prestadoras de Salud la asistencia humanística y holística de las mujeres con depresión posparto por parte del personal médico y de enfermería.

13 RECOMENDACIONES

Capacitar al personal de salud para la identificación de posibles desequilibrios desde el periodo del parto y las semanas siguientes a éste, tener conocimiento de antecedente personales o familiares de enfermedades de salud mental, para la implementación de tratamiento y la prevención de repercusiones mayores como lo son los periodos de psicosis y el trastorno en el vínculo afectivo.

Destacar y fortalecer la importancia del personal de Enfermería siendo parte activa dentro de la atención de la gestante y la puérpera, a la hora de hacer una detección temprana de ciertas alteraciones, como lo es en este caso, signos y síntomas que nos pueda llevar a una depresión, teniendo en cuenta que a partir del segundo control de puerperio lo realiza el profesional de enfermería.

14 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. [Página principal en internet] Temas de Salud: Depresión; 2012 [actualizada septiembre 2014, acceso 8 sep 2014] Disponible en: URL:<http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- (2) Tobón LM. Universidad de los Llanos. Depresión Posparto: Detección De Predictores Según Escala De Beck Y Gable, En Puerperas Atendidas En Las IPS De La E.S.E Municipal. [Trabajo para obtener el título de enfermera]. Villavicencio (Meta): 2014
- (3) López MJ, Vargas JE, Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. E-Magazine Conductitlán. [En línea] 2014 [citado 2014 Oct 10]; 1(1)33-47. Disponible en: http://www.conductitlan.net/revista_electronica_psicologia/03_depresion_mujeres_embarazadas.pdf
- (4) Rojas J, Restrepo J. Universidad de los Llanos. Panorama de la Investigación sobre Depresión Post parto en la Orinoquía Colombiana. 2001-2011. [Tesis para obtener el título de enfermera]. Villavicencio (Meta): 2013.
- (5) Peralta O. Aspectos clínicos del puerperio. M.icmer. [En línea] 2010. [Citado 20 nov 2014]; 23. [7 pantallas] Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
- (6) Granero Pardo JL, Puerperio. Medicina Familiar y Comunitaria Hospital La Inmaculada de Huerca Overa.[En línea] 2008. [citado 2014 oct 10]; 14. [20 pantallas]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Para%20Medicos%20A.P/Puerperio.pdf>
- (7) Martinez A, Roile A. Modelos y teorías en enfermería. Depresión Postparto. Cherlyltatanobeck. U.Connecticut. [En línea] 2008 [Citado 2014 Dic 12] Disponible en: <http://teoriasintermedias.blogspot.com/2013/05/depresion-posparto.html>
- (8) Ley de Salud Mental. Ley 1616/2013 de 21 de Enero. Boletín oficial del estado, (2013)
- (9) Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Ministerio de la protección social y Fundación FES Social. Cali 2005 Dic.

- (10) Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud. Bogotá 2005 Oct. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PLANEACI%C3%93N%20SALUD%20MENTAL%20PLANES%20TERRITORIALES%20DE%20SALUD.pdf>
- (11) Política Nacional de Salud Mental. Resolución 2358/1998 de 18 de Junio. Boletín oficial del estado, (1998)
- (12) Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet] Depresión: Salud Mental; 2012 [actualizada en diciembre de 2014; acceso 16 Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- (13) Desarrollo infantil. [Página principal en internet], Crecimiento y desarrollo: perinatal y neonatal; 2011 [actualizada diciembre 2011, consultado 16 enero 2015]. Disponible en: <http://www.desarrolloinfantil.net/salud-infantil/periodos-perinatal-y-neonatal-del-bebe>
- (14) Pronat. Centro de Educación Pre y Postnatal. [Página principal en internet], Tuluá: Equipo Médico de Analgesia Obstétrica; 2003 [actualizada Diciembre 2014, acceso 16 enero 2015]. Disponible en: <http://www.pronat.org/otros-servicios/obstetricia>
- (15) Álvarez JM. Blogspot.com [internet] Puebla: Benemérita Universidad autónoma de Puebla. 2012 Jun – [consultado 2015 Ene 28]. Disponible en: <http://jairomissaelsosa.blogspot.com.co/2012/06/jairomissael-alvarez-sosalic.html>
- (16) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). [Página principal en Internet], Santiago de Chile: La Familia concepto; 2010 [actualizada enero 2015, consultado 18 enero 2015]. Disponible en: http://www.bcn.cl/ecivica/index_html
- (17) Organización Mundial de la Salud. [Página Principal en Internet] Factor de Riesgo: Definición; 2014 [actualizada enero de 2015, acceso 20 enero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- (18) Martínez C, Vicente C. Salud Vida. Factores Protectores. Infomed. [En Línea]. 2011 [citado 2015 Ene 28]; 28 [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>

- (19) Organización Mundial de la Salud. [Página principal en Internet] salud Mental: Definición; 2009 [actualizada enero 2015, acceso 28 enero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- (20) Ramírez EJ. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. [Tesis Magister]. Bogotá D.C: Unal; (2012). Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/8905/1/539374.2012.pdf
- (21) Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. [Página Principal en Internet], Barcelona: Comité Medico y de enfermería; 2006 [actualizada en septiembre de 2014; acceso 8 febrero 2015] Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/CampbellSBESPxp1.pdf>
- (22) Duarte A. Guía De Práctica Clínica Para La Prevención Y Detección Temprana De Las Alteraciones Del Embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [En Línea]. 2012 [citado 2015 febrero 12]: 35 [8 pantallas]. Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol64No3_Julio_Septiembre_2013/v64n3a04.pdf
- (23) Fuentes AM, Méndez KM, Valenzuela JD, Valdez IE. Depresión Postparto Y Factores De Riesgo Asociados. [Tesis doctoral]. San Carlos: universidad de Guatemala; 2011 Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8800.pdf
- (24) Carro T, Sierra JM, Hernández MJ, Ladrón E, Antolín E, et al. Trastornos Del Estado De Ánimo en el Postparto. Revista Medicina General [En línea] 2013 [citado 2015 febrero 18]; 1(4) [24 pantallas] Disponible en: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
- (25) Medina E. Diferencias Entre La Depresión Postparto, La Psicosis Postparto Y La Tristeza Postparto. Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia. Medigraphic. [En línea] 2013 May-Jun [citado 2015 Febrero 18]; 19. [15 pantallas]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
- (26) Canaval GE, Martinez L, Valencia C. Depresion Posparto, Apoyo Social y Calidad de Vida, en Mujeres de Cali, Colombia. Colombia Medica [En línea]. 2000 [citado 2015 feb 18]; 31(1) [22 pantallas] Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6914/1/Depresion%20postparto.pdf>
- (27) Vargas E, Jara C, Miranda M, Arrau B, Araya R. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres [En línea].

2009 [citado 2015 Feb 20]; 3(2) [13 pantallas] Disponible:
[http://bases.bireme.br/cgi-
bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC
S&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=115865&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=115865&indexSearch=ID)

- (28) Evans G, Vicuña M, Marin M. Depresión Postparto Realidad en el Sistema Público De Atención De Salud. Rev Chil Obstet Ginecol [En línea]. 2003 [citado 2015 Feb 20]; 1(1) [12 pantallas] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006
- (29) Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, Juárez F, et al. Síntomas Depresivos en el Embarazo y Factores Asociados en Pacientes de tres Instituciones de Salud de la Ciudad De México. Medigraphic [en línea]. 2006 [citado 2015 Feb 20]; 32 [9 pantallas] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam064h.pdf>
- (30) Cruz M, Morais AC, Augusto Mahado IC, Bezerra PC, Menezes t, Chavez E, et al. Los Factores de Riesgo Asociados con la Ansiedad y la Depresión Materna en el Puerperio. Bibliopsiquis [En Línea]. 2011 [citado 2015 Feb 24], 3(5) [cerca de 1 p.] Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2600>
- (31) Rincón D, Ramírez Vélez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal. ScienceDirect [En línea] 2013 Dic [citado 2015 Feb 24]; 5. [cerca de 1 p.] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501313001428>
- (32) Cuero OL, Díaz AM. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [En línea]. 2013 [citado 2015 Feb 24]; 64(4). [9 pantallas] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195229800003>
- (33) Latorre JF, Contreas ML, Garcia S, Arteaga J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [En línea]. 2006 [citado 2015 feb 25];57(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000300003&script=sci_arttext

- (34) Normas Científicas, Técnicas Y Administrativas Para La Investigación En Salud. Resolucion nº 008430/1993 4 de Octubre. Boletín oficial del estado, (1993)
- (35) Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Ley 911/2004 6 de Octubre. Diario Oficial No. 45.693

ANEXOS

ANEXO A

LAS SIETE DIMENSIONES DE LA ESCALA DE CRIBADO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO (PDSS) DE BECK Y GABLE*

Dimensión**	Tipos de preguntas
Sueño/alimentación	Dificultad para dormir, pérdida del apetito
Ansiedad/inseguridad	Sensaciones corporales, soledad, sentirse arrollada
Habilidad emocional	Experiencia de diferentes estados emocionales
Alteración cognitiva	Capacidad para enfocar y concentrarse
Pérdida de la identidad	Sentimientos de ser anormal o sensación de irrealidad
Culpa/vergüenza	Sensación de fallo, culpa o sentirse avergonzada
Considerar la autolesión	Amenaza a sí misma

*La PDSS se encuentra disponible mediante los Western Psychological Services 12031 Wilshire Boulevard, Los Ángeles CA 90025-1251 (800-648-8857 o www.wpspublish.com) en versiones corta y larga, con manual para su compra y utilización en marcos clínicos.

**La fiabilidad estimada para esta escala se encuentra entre 0,8 y 0,9, reflejando que es internamente congruente y determina realmente los componentes esenciales de la depresión posparto.

ANEXO B

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad
_____ La meta de este estudio
es _____

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los casetes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los

de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.


Nombre del Participante
Fecha
(En letras de imprenta)


Firma

del Participante

ANEXO C

CARTA ACEPTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE RECOLECTARON LOS DATOS

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Carrera 42 N° 33 - 24 Barzal Alto
Commutador (099) 6614100
Fax (099) 6614100
NIT. 822.062.489-8



229.26-488

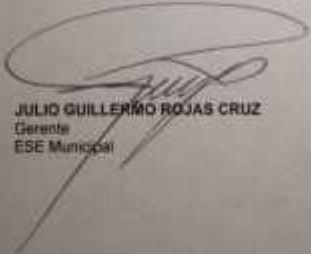
Villavicencio, 14 de octubre de 2014.

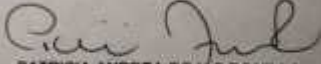
Señora
LUZ MIRIAM TOBON BORRERO
Docente Universidad de los llanos
Facultad ciencias de la salud
Ciudad

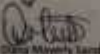
Cordial saludo,

ASUNTO: INFORMACION PARA ESTUDIO INVESTIGATIVO UNILLANOS

Mediante la presente nos permitimos enviar información solicitada con respecto a las puerperas atendidas durante los meses de mayo a junio del 2014 en la IPS BARZAL.


JULIO GUILLERMO ROJAS CRUZ
Gerente
ESE Municipal


PATRICIA ANDREA ROJAS BONILLA
Subdirectora Científica
ESE Municipal


Revisado: Diana Merys Landrau
Coordinadora de P y P
Proyecto: zoonosis zoonosis
Evidencia de apoyo ppo
Anexo: 1 CD

*Mora cobro \$ 71.000
02/11/2014*