

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

**INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES DE 10 A 45 AÑOS
QUE ASISTEN A SU CONTROL PUERPERAL A LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR JUCUARÁN DEPARTAMENTO DE
USULUTÁN, BOBADILLA SAN ALEJO Y EL SAUCE EN EL DEPARTAMENTO
DE LA UNIÓN; PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2013.**

PRESENTADO POR:

**ELMER ALEJANDRO CHICAS MÉNDEZ
LÁZARO AVILIO MARTÍNEZ RAMÍREZ
HENRY GABRIEL ORTIZ COLINDRES**

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DRA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ.

DICIEMBRE DE 2013

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRA CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA FACULTAD
MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN

ASESORES

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

ASESORAS DE METODOLOGÍA

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR ESTADÍSTICO

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

DOCENTE ASESOR

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH

JURADO CALIFICADOR

LICENCIADA SONIA MARGARITA RAMOS

JURADO CALIFICADOR

Elmer Alejandro Chicas Méndez
Henry Gabriel Ortiz Colindres
Lázaro Avilio Martínez Ramírez

Carné No. CM03062
Carné No. OC03007
Carné No. MR05107

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES DE 10 A 45 AÑOS QUE ASISTEN A SU CONTROL PUERPERAL A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR JUCUARÁN DEPARTAMENTO DE USULUTÁN, BOBADILLA SAN ALEJO Y EL SAUCE EN EL DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN; PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2013.

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dra. Patricia Roxana Saade Stech
Jurado calificador

Licda. Sonia Margarita Ramos
Jurado calificador

Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez
Docente asesor

Dra. Norma Oziris Sánchez de Jaime
Miembro de la Comisión Coordinadora

Dr. Henry Rivera Villatoro
Miembro de la Comisión Coordinadora

Dr. Amadeo Arturo Cabrera Guillén
Coordinador General de Procesos de Graduación de la Carrera de Medicina

Vo.Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay
Jefe del Departamento de Medicina

Vo.Bo. Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Directora General de Procesos de Graduación de la FMO

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, DICIEMBRE DE 2013

DEDICATORIA

En primer lugar a **DIOS TODOPODEROSO**, por permitirme la gran oportunidad de ser una herramienta para ayudar a los demás con mi trabajo, de ver una sonrisa de satisfacción en cada paciente que he ayudado incondicionalmente, por darme una luz de esperanza cuando pensé que ya todo estaba perdido y hoy más que nunca **“GRACIAS MI SEÑOR”** por un logro más alcanzado en mi vida.

A mi madre; que siempre creyó en mí y me dio ánimos para continuar adelante cada día para superar cada reto de este gran éxito.

A mi abuelita; que con todo su amor, comprensión y ayuda jamás habría sido capaz de salir adelante.

A mi amada esposa; Diana Molina, quien siempre confió en mí, ayudo y nunca dejo que mis fuerzas desvanecieran para seguir adelante.

A mi familia; quien siempre me apoyo cuando en aquellas largas noches de estudio ya no podía más.

A mis compañeros de tesis; Lázaro y Elmer por haber sido más que unos compañeros de tesis “mis hermanos”

A mis amigos; por su apoyo incondicional, siempre que me sentía que no llegaría a la meta.

A mis maestros; quienes dieron de su valioso tiempo para enseñarme un poco de su aprendizaje con el ejemplo de su vida.

A la Universidad de El Salvador; por ser mí segundo hogar, forjarme durante toda mi carrera y llenar de sabiduría mi vida.

HENRY GABRIEL ORTIZ COLINDRES

DEDICATORIA

Agradezco a **DIOS TODOPODEROSO** por permitirme culminar un paso importante en mi vida, guiarme por el buen camino y sobre todo protegerme.

A mi familia: Luz María y Luis Alonso Chicas por todo su apoyo y comprensión en los momentos que necesite esa palabra de esperanza que motiva a perseverar.

A mi abuela; María Méndez por sus palabras y oraciones en los momentos difíciles y darme siempre una razón para seguir adelante y por recordarme que Dios siempre tiene un propósito en nuestras vidas te quiero abuelita

A mi tío; Álvaro Méndez por ser parte fundamental en mi vida , por ser esa persona que me brindo su ayuda incondicionalmente que siempre creyó en mí, infinitas gracias por enseñarme que la vida al final siempre tiene algo bueno, me enseñó a no rendirme ante las adversidades de la vida, porque siempre tuvo el tiempo necesario para mí.

A mis amigos: por ser una pieza clave en la vida diaria, por vivir las experiencias de esta maravillosa carrera tantas experiencias, tantas historias que contar.

A Nidia Isabel Medrano Chávez: por estar a mi lado en los momentos críticos en las buenas y en las malas, por enseñarme la humildad para manejar las cosas y ser parte importante cuando más necesite de esa persona que te brinda todo a cambio de nada, jamás olvidare eso.

Pero sobre todo dedicar mis logros a un ser supremo que nunca te abandona, que como buen padre te castiga, te da amor y sabe lo que necesitas infinitas gracias Dios mío.

ELMER ALEJANDRO CHICAS MÉNDEZ

DEDICATORIA

Agradezco a **DIOS TODOPODEROSO** por ser una pieza fundamental en mi vida ya que Él es fuente de toda inspiración, sin Él nada en esta vida fuera posible, Él ha estado siempre a mi lado y más en aquellos momentos de angustia y dolor cuando he sentido que no queda nada de esperanza de una forma milagrosa mi Alma se reconforta y se alegra y le canta alabanza y coros de satisfacción, oh Dios mío eres maravilloso he incomparable la razón del ser humano el fin último de todos los esfuerzos, el descanso eterno muchas gracias, Amen.

A mi familia; por ser una fuente de apoyo en todos los sentidos, en especial a mis padres por haberme enseñado a discernir entre lo bueno y lo malo a predicarme con el buen ejemplo, a mi madre por apoyarme en todo momento por desvelarse junto a mi cuando era necesario, por corregirme cuando he fallado a mi padre por ser un hombre recto en sus decisiones, a mi abuela que ella me enseñó el buen camino que es Dios nuestro padre y protector, a mis hermanas y hermano.

A mis compañeros; de tesis por ser unos verdaderos amigos incondicionales en las buenas y en las malas, por ser unas personas que en momentos de crisis hemos sabido sobrellevar nuestras diferencias y hemos salido adelante juntos a dar lo mejor de nosotros y aprender a corregir nuestras fallas.

Y a una persona muy especial en mi vida, que ha sido fuente de mis fortalezas y sustentos en mis debilidades.

LÁZARO AVILIO MARTÍNEZ RAMÍREZ

TABLA DE CONTENIDOS

	PAG.
LISTA DE TABLAS	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA EN ESTUDIO.....	16
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	17
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
2. MARCO TEÓRICO.....	18
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSIÓN.....	55
7. CONCLUSIONES.....	56
8. RECOMENDACIONES.....	57
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

LISTA DE TABLAS	PAG.
Tabla No. 1: Grupos etarios.....	35
Tabla No. 2: Etapa del puerperio.....	36
Tabla No. 3: Estado Civil.....	37
Tabla No. 4: Paridad.....	38
Tabla No. 5: Ocupación.....	39
Tabla No. 6: Procedencia.....	40
Tabla No. 7: Educación.....	41
Tabla No. 8: Tipo de Parto.....	42
Tabla No. 9: He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.....	43
Tabla No. 10: He disfrutado mirar hacia delante.....	44
Tabla No. 11: Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente.....	45
Tabla No. 12: He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.....	46
Tabla No. 13: He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.....	47
Tabla No. 14: Las cosas me han estado abrumando.....	48
Tabla No. 15: Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.....	49
Tabla No. 16: Me he sentido triste o desgraciada.....	50
Tabla No. 17: Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.....	51
Tabla No. 18: Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.....	52
Tabla No. 19: Estado Emocional.....	53

LISTA DE GRÁFICOS	PAG.
Gráfico No. 1: Grupos etarios.....	35
Gráfico No. 2: Etapa del puerperio.....	36
Gráfico No. 3: Estado Civil.....	37
Gráfico No. 4: Paridad.....	38
Gráfico No. 5: Ocupación.....	39
Gráfico No. 6: Procedencia.....	40
Gráfico No. 7: Educación.....	41
Gráfico No. 8: Tipo de Parto.....	42
Gráfico No. 9: He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.....	43
Gráfico No. 10: He disfrutado mirar hacia delante.....	44
Gráfico No. 11: Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente.....	45
Gráfico No. 12: He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.....	46
Gráfico No. 13: He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.....	47
Gráfico No. 14: Las cosas me han estado abrumando.....	48
Gráfico No. 15: Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.....	49
Gráfico No. 16: Me he sentido triste o desgraciada.....	50
Gráfico No. 17: Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.....	51
Gráfico No. 18: Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.....	52
Gráfico No. 19: Estado Emocional.....	53

LISTA DE ANEXOS	PAG.
Anexo 1: Glosario.....	62
Anexo 2: Presupuesto y financiamiento.....	64
Anexo 3: Cronograma de Actividades.....	65
Anexo 4: Listado de Siglas.....	66
Anexo 5: Consentimiento informado.....	67
Anexo 6: Escala de Edimburgo.	68

RESUMEN

La depresión postparto se caracteriza por sentimientos de ansiedad, irritación, tristeza con llanto e inquietud, que también se denominan "depresión puerperal", casi siempre desaparecen pronto, sin necesidad de tratamiento, de acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV). **El objetivo:** principal fue determinar la incidencia de depresión postparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión; periodo de septiembre a noviembre de 2013. **La Metodología:** fue un estudio prospectivo de corte transversal y descriptivo se tomó una muestra de 41 mujeres puérperas a las que se aplicó criterios de inclusión y exclusión que posteriormente se les evaluó con la escala de Edimburgo que nos dio la información necesaria para poder interpretar la incidencia y así comprobar nuestra hipótesis, se utilizó el programa SPSS V 19.0.0 para la tabulación y análisis y la interpretación de los resultados obtenidos. **Resultados:** La Depresión Postparto en mujeres adultas representa un 33%, en adolescentes 27%, un 45% corresponde al puerperio precoz y un 19% al puerperio tardío, según el estado civil: En las acompañadas 30%, las casadas 38% y en solteras 20%, en la paridad pudimos observar que la tendencia en las primíparas es del 21% y en las multíparas 21%, en las amas de casa se presenta en un 26%, en las estudiantes en un 50% y las que ejercen un trabajo profesional en un 67%, según procedencia las del área urbana incidió en un 41% y en el área rural en un 25%, con respecto a la escolaridad las que cursaron educación básica presentaron depresión postparto en un 32%, las de educación media en un 25% y de educación superior en un 67%, en cuanto a la vía del parto se encontró que la incidencia de depresión postparto fue mayor en pacientes con partos vaginales con un 17% en comparación a partos abdominales 15% pero de todas las que verificaron parto vaginal se presentó en un 26% en cambio en a las que se le realizó cesárea se presentó en el 43%. La incidencia de depresión postparto en la población en estudio fue del 32%.

Palabras Clave: Depresión postparto, puerperio, incidencia, edad, madre, hijo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA EN ESTUDIO

La depresión postparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8% al 25%, la prevalencia descrita internacionalmente fluctúa entre 10% y 20%, siendo mayor en niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes. (1).

Estudios realizados en Suecia y Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) describen tasas de detección espontánea de síntomas depresivos en el período postparto de 2% y 6%. (2). en México el 3%, respectivamente.

Las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. (2).

En el país no hay un estudio que certifique que cantidad de salvadoreñas padecen de este problema, los principales factores desencadenantes y la falta de interés que muestra el Ministerio de Salud ante la gravedad de la situación.

Considerando que la derivación para consulta psiquiátrica puede no ser expedita, es posible realizar la evaluación de estas pacientes a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes podrán iniciar el tratamiento oportunamente, y derivar sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con comorbilidad psiquiátrica.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De lo antes descrito se derivó el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es la incidencia de depresión postparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión; periodo de septiembre a noviembre de 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La depresión postparto es una patología que afecta a muchas mujeres en el puerperio y que puede causar una morbilidad importante, sin embargo a pesar de la gravedad de la enfermedad se hace poco para identificarla tempranamente y poder dar una atención oportuna y un adecuado tratamiento tanto psicológico como farmacológico una vez que esta se diagnostica.

Los médicos están acostumbrados a que haya cambios emocionales durante el período postparto, por lo tanto hay una tendencia a considerar normal el comportamiento materno y probablemente no tomar a las actitudes de la mujer muy seriamente.

En El Salvador no se conoce el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que padecen de depresión postparto, la falta de información e investigaciones sobre depresión postparto, es una de las razones por el cual el grupo investigador tuvo especial interés por dicho tema, ya que sería el primero a nivel nacional y específicamente de la zona oriental, dando a conocer la población femenina más vulnerable a padecerla en nuestro contexto, pues permitirá obtener datos concretos y a través de ella realizar acciones encaminadas a tratar a la madre evitando que se afecte el vínculo madre-hijo y la ruptura de la relación familiares.

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalente en la patología psiquiátrica a nivel mundial y más frecuente en la mujer, además de ser también una de las importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio, cuyas probabilidades de padecerla aumentan durante el puerperio.

Las cifras de incidencia de depresión en el postparto son variables pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%. Se ha reportado incremento de la incidencia durante la adolescencia. (2).

En clínicas de primer nivel de atención no se tienen datos estadísticos de dicha patología, lo que provoca que la detección de este trastorno sea difícil y que su incidencia se encuentre subestimada y que muchas de estas pacientes pasen

desapercibidas, por lo cual pareció de mucha importancia realizar un estudio que pudiera proporcionar datos de la incidencia actual del problema en el primer nivel de atención en el cual las pacientes hacen su control puerperal y puedan ser identificadas a tiempo para un mejor tratamiento terapéutico, el estudio podrá servir de referencia para estudios futuros.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de depresión postparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión; periodo de septiembre a noviembre de 2013.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Detectar a través de la escala de Edimburgo la incidencia de depresión postparto, en mujeres que consultan las unidades de salud.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 PUERPERIO.

Definición de puerperio: es el período que comprende desde el alumbramiento hasta las 6 semanas post-parto o 42 días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de las glándulas mamarias. (3).

2.1.1 CAMBIOS DURANTE EL PUERPERIO:

- **Involución uterina y de los genitales:** En el útero se produce una reducción muy rápida del volumen y del peso. También se produce rápidamente la involución de los genitales externos y de la vagina. La vagina queda algo ampliada y el himen

se convierte en pequeños restos de la mucosa. El introito puede permanecer más abierto que antes del parto.

- **Entuertos puerperales:** Son unas contracciones uterinas ligeramente dolorosas que aparecen durante los primeros días después del parto. Suelen aumentar al dar de mamar y generalmente son menos frecuentes en las mujeres que tienen su primer embarazo.
- **Loquios:** Se trata de unas secreciones procedentes del útero que se eliminan por los genitales externos durante el puerperio. Al principio son de un color rojo, sanguinolento, y no suelen exceder la cantidad de una menstruación normal. Conforme va pasando el tiempo se van haciendo serosanguinolentos, de color rosado, y se eliminan en menor cantidad. Finalmente sólo permanece una secreción poco abundante, de color amarillento. Es importante tener en cuenta que los loquios no son malolientes. No es adecuado utilizar tampones higiénicos. Conviene cambiar de compresas higiénicas con frecuencia.
- **Estreñimiento:** Representa otra molestia habitual del puerperio que se evitará, generalmente, con una dieta adecuada. Puede estar motivado/reforzado por el miedo al dolor perineal, la episiotomía y las hemorroides.
- **Alteraciones de la micción:** También pueden aparecer alteraciones de la micción, no siendo rara la dificultad para la misma o la incontinencia. Generalmente, estas molestias se resuelven en los primeros días.
- **Cambios de coloración de la piel:** Se habían producido durante el embarazo. Inician también su regresión, aunque pueden tardar varios meses en desaparecer del todo.
- **Recuperación del peso:** Siempre que el peso ganado durante el embarazo no sea excesivo, se recuperará fácilmente después del parto. Aproximadamente, la mitad de los 10-11 kg. aumentados se van a perder durante el parto; y en los siguientes días, 3-4 kg. más. La mayor parte de las mujeres logran, sin excesiva dificultad, equilibrar el peso previo en las siguientes semanas.
- **Recuperación de la tonicidad del abdomen:** Se irá produciendo a lo largo del puerperio. Durante este tiempo la piel recobra la elasticidad, aunque persisten las

estrías. Realizando los ejercicios necesarios, los músculos recobrarán pronto su tono habitual.

2.1.2 TIPOS DE PUERPERIO:

- **Puerperio precoz:** Comprende las primeras 24 horas después del parto hasta los 7 días.
- **Puerperio tardío:** Comprende desde el día 8 hasta los 42 días posteriores al parto.

2.2. DEPRESIÓN POSTPARTO

2.2.1 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO:

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV), basado en estudios epidemiológicos, se considera un episodio de depresión de presentación postparto si comienza dentro de las 4 semanas, pero con un rango de inicio de hasta los 3 primeros meses postparto. (4).

Los síntomas pueden ser leves al inicio pero se perpetúan más allá de las 4 semanas. Los sentimientos de ansiedad, irritación, tristeza con llanto e inquietud, que también se denominan "depresión puerperal", casi siempre desaparecen pronto, sin necesidad de tratamiento.

La depresión postparto puede ocurrir cuando la depresión puerperal no desaparece o cuando los signos de depresión comienzan uno o más meses después de dar a luz. Existen tres tipos de depresión postparto que las mujeres pueden tener después de dar a luz. (5).

Los *baby blues* son padecidos por muchas mujeres en los días inmediatamente después del alumbramiento. Una nueva madre puede tener súbitos cambios en el estado de ánimo, como sentirse muy feliz y de repente sentirse muy triste. Tal vez llore sin una razón y se sienta impaciente, irritable, inquieta, ansiosa, sola y triste.

Los baby blues pueden durar sólo unas horas o hasta 1 a 2 semanas después del parto, no siempre requieren de tratamiento por parte de un proveedor de cuidado médico. A menudo, ayuda integrarse a un grupo de apoyo de nuevas madres o hablar con otras madres.

La ***depresión postparto*** (DPP) puede suceder unos días o incluso meses después del alumbramiento. La DPP puede ocurrir después del nacimiento de cualquier hijo, no sólo del primero. Una mujer puede tener sentimientos similares a los que se experimentan con la condición baby blues - tristeza, desesperanza, ansiedad, irritabilidad - pero los siente con mucho más intensidad.

La DPP a menudo evita que la mujer haga las cosas que necesita hacer diariamente. Cuando la capacidad de una mujer para realizar sus tareas resulta afectada, esto es una señal segura de que necesita ver a su proveedor de cuidado médico de inmediato.

Si no recibe tratamiento para su DPP, los síntomas pueden empeorar y durar hasta 1 año. Aunque la DPP es una condición seria, puede ser tratada con medicamentos y asesoramiento.

La ***psicosis postparto*** es una enfermedad mental muy seria que puede afectar a las nuevas madres.

Esta enfermedad puede suceder rápidamente, con frecuencia dentro de los 3 meses después del alumbramiento. Las mujeres pueden perder el contacto con la realidad y a menudo tienen alucinaciones auditivas (escuchar cosas que no están sucediendo realmente, como oír hablar a una persona) e ilusiones (ver las cosas de manera distinta a la realidad).

Las alucinaciones visuales (ver cosas que no existen) son menos comunes. Otros síntomas incluyen insomnio (no poder dormir), sensación de nerviosismo (agitación) y enojo, así como sentimientos y comportamientos extraños.

Las mujeres que padecen de psicosis postparto necesitan tratamiento de inmediato y casi siempre requieren de medicamentos. Algunas veces las mujeres tienen que ser internadas en un hospital ya que están en riesgo de hacerse daño a sí mismas o a otras personas.

2.2.2 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO.

Las mujeres comúnmente presentan cambios en el estado anímico durante el embarazo, especialmente después del parto. Estos cambios pueden ser causados por cambios en los niveles hormonales.

Según publicó la revista Archives of General Psychiatry en su última edición, las concentraciones de la hormona corticotropina están involucradas con la depresión postparto que sufren muchas mujeres.

La corticotropina (CRH, por sus siglas en inglés) es producida por el hipotálamo en pequeñas cantidades como respuesta al estrés, y en las embarazadas la placenta genera 100 veces más CRH que el hipotálamo. Según los científicos de la Universidad de California en Irvine, esa hormona prepara a la mujer para el trabajo del parto.

Luego del parto los niveles de CRH decaen y se produce una retracción hormonal que puede causar confusión en el sistema endocrino. La CRH causa reacciones en la glándula pituitaria que concluye con el incremento de la producción de las hormonas del estrés, como el cortisol.

Según los científicos, la depresión postparto ocurre en las mujeres con más cambios en los niveles hormonales. Las mujeres que a las 25 semanas de embarazo presentaban altos niveles de esa hormona tenían más riesgos de sufrir depresión postparto, descubrieron los investigadores.

Muchos factores distintos a los hormonales también pueden afectar el estado de ánimo durante este período:

- Cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto, cambios en las relaciones laborales y sociales, tener menos tiempo y libertad para sí misma, falta de sueño, preocupaciones acerca de su capacidad como madre, tiene menos de 20 años.
- Actualmente consume alcohol, alucinógenos o fuma (éstos también ocasionan riesgos serios para la salud del bebé), no planeó el embarazo o tuvo sentimientos contradictorio acerca de éste.
- Tuvo depresión, trastorno bipolar (por ejemplo, depresión maníaca) o un trastorno de ansiedad antes del embarazo o en un embarazo anterior.
- Vivió un hecho estresante durante el embarazo o el parto, por ejemplo, una enfermedad, muerte o padecimiento de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, un parto prematuro o una enfermedad o anomalía congénita en el bebé.
- Tiene un familiar cercano que haya experimentado depresión o ansiedad, tiene una mala relación con la pareja o es soltera, tiene problemas financieros (bajos ingresos, vivienda inadecuada), tiene poco apoyo de la familia, los amigos o la pareja.

2.2.3 SINTOMATOLOGÍA:

Los síntomas de depresión postparto son los mismos que los síntomas de la depresión que ocurre en otros momentos en la vida: Agitación e irritabilidad, cambios en el apetito, sentimiento de inutilidad o culpa, falta de placer o interés en todas o en la mayoría de las actividades, pérdida de la concentración, pérdida de energía, problemas para realizar las tareas en el hogar o el trabajo, ansiedad considerable, pensamientos de muerte o suicidio, dificultad para dormir.

Una madre con depresión postparto también puede:

- Ser incapaz de cuidar de sí misma o de su bebé.
- Sentir temor de quedarse sola con el bebé.
- Tener sentimientos negativos hacia el bebé o incluso pensar en hacerle daño (aunque estos sentimientos son aterradores, casi nunca se materializan).
- Preocuparse intensamente por el bebé o tener poco interés en él.

2.2.4 DIAGNOSTICO:

No existe un examen único para diagnosticar la depresión postparto. El médico puede solicitarle que llene un cuestionario como la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto en su visita al consultorio para buscar signos de depresión o riesgos para esta enfermedad.

Criterios diagnósticos para depresión postparto (DSM IV). ⁽⁶⁾.

Requiere 5 de los siguientes síntomas presentes por 2 semanas o más, que causan dificultad en la funcionalidad:

- Ánimo triste o depresivo.
- Anhedonia (es incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades).
- Baja de energía.
- Disminución en la concentración o toma de decisiones
- Retardo o agitación psicomotora
- Ideación suicida.

Algunas veces, la depresión después del embarazo puede estar relacionada con otros trastornos médicos. El hipotiroidismo, por ejemplo, ocasiona síntomas como fatiga, irritabilidad y depresión. Las mujeres con depresión postparto deben hacerse exámenes de sangre para buscar causas físicas de dicha depresión.

2.2.5 COMPLICACIONES:

Sin tratamiento, la depresión postparto puede durar meses o años. La depresión postparto puede afectar la habilidad de la mujer para ser madre. Puede que le falte

energía, tenga problemas para concentrarse, sea irritable, y no pueda llenar la necesidad de amor y afecto del bebé.

Como resultado, se puede sentir culpable y perder confianza en sí misma y en sus habilidades como madre, lo cual puede agravar la depresión.

Los investigadores creen que la depresión postparto afecta al bebé causando retrasos en el desarrollo del habla, problemas emocionales, problemas de comportamiento, nivel de actividad bajo, problemas para dormir, y angustia o sufrimiento.

Ayuda si el padre o alguna otra persona llenan las necesidades emocionales del bebé mientras la madre está deprimida.

2.2.6 TRATAMIENTO:

Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que exprese cómo se siente realmente tras el parto de su hijo. Si manifiesta sentirse triste, desgraciada, irritable, incompetente, asustada y desinteresada por el bebé, debe aceptarse esto con una actitud comprensiva, no con alarma y reproches.

El decirle a la madre que todo lo que le está pasando es consecuencia de que tiene una enfermedad llamada depresión postparto suele ser de gran ayuda, ya que por lo menos sabrá a qué tiene que enfrentarse. Hay que tranquilizarla e intentar convencerla de que ella no es una madre caprichosa, extravagante o una mala madre, y de que otras muchas personas han padecido y padecen la misma enfermedad.

Hay que advertir a la paciente que el tratamiento necesitará su tiempo para hacer efecto y que será necesario el concertar algunas citas para que reciba el apoyo necesario hasta que se recupere.

En este momento es importante el involucrar a la pareja de la paciente de forma que él pueda comprender qué es lo que ha estado pasando. Posiblemente él sea quien mejor pueda apoyar a la paciente, aunque también necesitará algo de apoyo para sí mismo, especialmente si es el primer hijo que tiene la pareja y si se ha sentido

desplazado tras su llegada. Este es un aspecto realmente importante ya que si el marido está resentido y no comprende hasta qué punto su esposa necesita de su apoyo y ayuda podrán surgir más problemas.

Los tratamientos psicológicos; más especializados tales como la psicoterapia (mediante la cual intentará comprender la depresión en términos de lo que le ocurrió en el pasado) y la terapia cognitiva (que intentará hacerle sentir más positivo sobre sí mismo) constituyen también una gran ayuda y pueden ser solicitadas por su médico de cabecera a los profesionales de la Unidad de Salud Mental que le corresponda.

Sin embargo, en ocasiones la naturaleza de la depresión es tal que hace necesario un tratamiento con fármacos antidepresivos.

- Paroxetina (40 mg diario dosis única).
- Sertralina (50 a 100 mg dosis diaria única)
- Nortriptilina (40 mg diario dosis única).

Estos medicamentos:

- No son adictivos, no crean dependencia.
- No son tranquilizantes ni estimulantes
- Necesitan dos semanas o más para empezar a hacer efecto.
- No hacen necesario el suspender la lactancia materna ya que entre los muchos antidepresivos disponibles existen algunos que no pasan a la leche materna y por tanto no afectarán a su hijo en absoluto.
- Necesitan ser mantenidos durante al menos 6 meses tras la depresión para reducir el riesgo de recaída.

A muchas mujeres les parece más atractiva la posibilidad de recibir tratamiento con hormonas en lugar de con antidepresivos ya que consideran a éstas más naturales. Sin embargo, las evidencias disponibles sobre su eficacia son cuestionables y además no están exentas de efectos secundarios.

La progesterona parece funcionar mejor en supositorios, mientras que los estrógenos se aplican actualmente en forma de parches en la piel.

No existe duda de que muchas mujeres creen que el tratamiento hormonal que han recibido les ha beneficiado, pero todavía está por demostrar que este sea algo más que un placebo, es decir que la curación se produce más por la esperanza puesta en el tratamiento que por el propio tratamiento en sí.

Existen tres formas de prevención: detectar precozmente el trastorno, tratarlo rápidamente y evitar sus consecuencias.

2.3 INCIDENCIA:

Refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición. (7).

Se puede medir con dos índices: incidencia acumulada y densidad (o tasa) de incidencia.

Incidencia acumulada: Es la proporción de individuos que desarrollan el evento durante el periodo de seguimiento. Se calcula

$$IA_{(et)} = \frac{N^{\circ} \text{ eventos nuevos}}{N^{\circ} \text{ individuos susceptibles al comienzo}}$$

Características:

- Es una proporción
- No tiene dimensiones.
- Su valor oscila entre 0 y 1, aunque también se suele expresar como porcentaje.

Tasa de Incidencia:

Se calcula mediante un cociente en donde el numerador viene marcado por el número de casos nuevos de un determinado evento mientras que el denominador lo ocupa el número de personas en riesgo de desarrollar ese evento multiplicado por el tiempo que cada una de esas personas está en riesgo.

2.4 ESCALA DE EDIMBURGO:

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad.

No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

2.4.1 INSTRUCCIONES DE USO:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.

3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas para leer o sea analfabeta.
5. La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

2.4.2 PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi: La depresión postparto tiene una incidencia igual o mayor del 20% en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Bobadilla, El Sauce y Jucuarán.

3.2. HIPÓTESIS NULA

Ho: La depresión postparto tiene una incidencia menor del 20% en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Bobadilla, El Sauce y Jucuarán.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Hi: La depresión postparto tiene una incidencia igual o mayor del 20% en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal en las unidades comunitarias de salud familiar de Bobadilla, El Sauce y Jucuarán.</p>	V ₁ : Incidencia	Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.	Casos nuevos	Mujeres con depresión postparto entre el total de pacientes	Mujeres con depresión postparto
	V ₂ : Depresión postparto	<p>Depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde.</p> <p>La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.</p>	<p>Aspectos sociodemográficos</p> <p>Sintomatología</p>	Mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo	<p>Escala de Edimburgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Estado Civil. • N° de hijos. • Ocupación. • Procedencia. • Escolaridad. • Tristeza • Insomnio • Culpa • Miedo

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue Descriptivo:

Porque se hizo una descripción de la incidencia de depresión postparto, así como en que mujeres fue más frecuente según sus factores sociodemográficos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue Prospectivo:

Porque este estudio posee una característica fundamental, es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, que en este caso es la depresión postparto y luego se siguió a través del tiempo a una población determinada.

Según el período y secuencia del estudio fue Transversal:

Porque se estudió la incidencia del fenómeno depresión posparto en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo, ya que fue ejecutado en el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2013.

4.2. POBLACIÓN O UNIVERSO.

UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR	POBLACIÓN
UCSF JUCUARÁN	16
UCSF BOBADILLA	11
UCSF EL SAUCE	14
TOTAL	41

FUENTE: Todas las pacientes que llegaron a su control puerperal a cada UCSF de Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión; del cual se obtuvieron los datos, en el periodo la ejecución de la investigación de septiembre a noviembre de 2013.

4.3. MUESTRA:

En este caso no se tomó muestra, ya que la muestra fue toda la población que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.

4.4. CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Puérperas de 10-45 años.
- En los primeros 60 días pos parto.
- Parto de pretérmino, término, postérmino, único o múltiple.
- Parto intra y extra hospitalario.
- Que verificaron parto vaginal o cesárea.
- Que la paciente participe en el estudio de investigación mediante consentimiento informado. (Anexo N°. 5).

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Complicaciones del embarazo como: embarazo ectópico, enfermedad gestacional del trofoblasto.
- Madre sordomuda.
- Madres puérperas con retraso mental.
- Paciente que no quiera participar en el estudio.

4.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.5.1. TÉCNICAS DOCUMENTALES

- **Documental bibliográfica:** Esta permite realizar una recopilación adecuada de datos que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación, elaborar hipótesis, etc.
- **Documental hemerográfica:** En la cual la información se obtiene del periódico o de publicaciones en revista.

4.5.2. TÉCNICA DE TRABAJO DE CAMPO

- En este caso se usó la escala prediseñada; la Escala de Edimburgo.

4.6. INSTRUMENTO

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, la cual consta de una serie de preguntas en las que las mujeres valoraron cómo se han sentido en los últimos 7 días, a partir de 10 descripciones cortas de síntomas depresivos comunes con cuatro opciones a elegir por cada una de ellas.

A cada una de las 10 respuestas se le asigna un valor de entre 0 y 3, pudiéndose alcanzar una puntuación total de entre 0 y 30.

Con un punto de corte 10 puntos mayor de este puntaje sugiere depresión postparto. (Anexo N°. 6).

4.7. PROCEDIMIENTO

4.7.1 PLANIFICACIÓN

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y las coordinadoras del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con la cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se realizaría la investigación. Además se inició la búsqueda de información sobre el tema a investigar.

Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se le realizaron correcciones señaladas por la asesora y jurado calificador, luego se presentó el protocolo de investigación se defendió, fue aprobado, se ejecutó, se tabularon los datos obtenidos, se analizaron los datos obtenidos, se discutió, se concluyó y se recomendó y finalmente se elaboró el informe final de la investigación, contando con asesoría metodológica y estadística.

4.7.2. EJECUCIÓN

La población estudiada fue de 41 mujeres puérperas de 10-45 años distribuidas de la siguiente manera Unidad Comunitaria de Salud Familiar Bobadilla 11, El Sauce 14 y Jucuarán 16, esto se llevó a cabo en el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2013.

El trabajo se realizó cuando la mujer puérpera llegó a su control puerperal a las distintas Unidades Comunitarias de Salud Familiar en donde se realizó el estudio, en donde se les explicaba en qué consistía el estudio y si estaba dispuesta a participar en él, posteriormente se le proporcionaba el consentimiento informado se procedía a pasar la escala de Edimburgo la cual era leída a la paciente para que ella escogiera su respuesta, a la vez se le dio respuesta a cada una de las interrogantes hechas por la paciente.

4.7.3. PLAN DE ANÁLISIS

Para darle respuesta a los resultados de la investigación, con respecto a la incidencia de depresión posparto, se realizó la tabulación utilizando el programa SPSS V 19.0.0 (Software procesador de datos estadísticos versión 19.0.0), de esta manera se realizaron tablas y gráficos que permitieron el adecuado análisis e interpretación de los resultados de los datos obtenidos.

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se les explicó a las pacientes puérperas durante la consulta la importancia de la investigación, se les informó sobre la confidencialidad de los datos proporcionados, se les pidió colaboración para responder a las interrogantes necesarias y su consentimiento a las pacientes para ser parte del estudio.

5. RESULTADOS.

5.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LAS PACIENTES PUÉRPERAS.

Tabla No. 1: Grupos etarios.

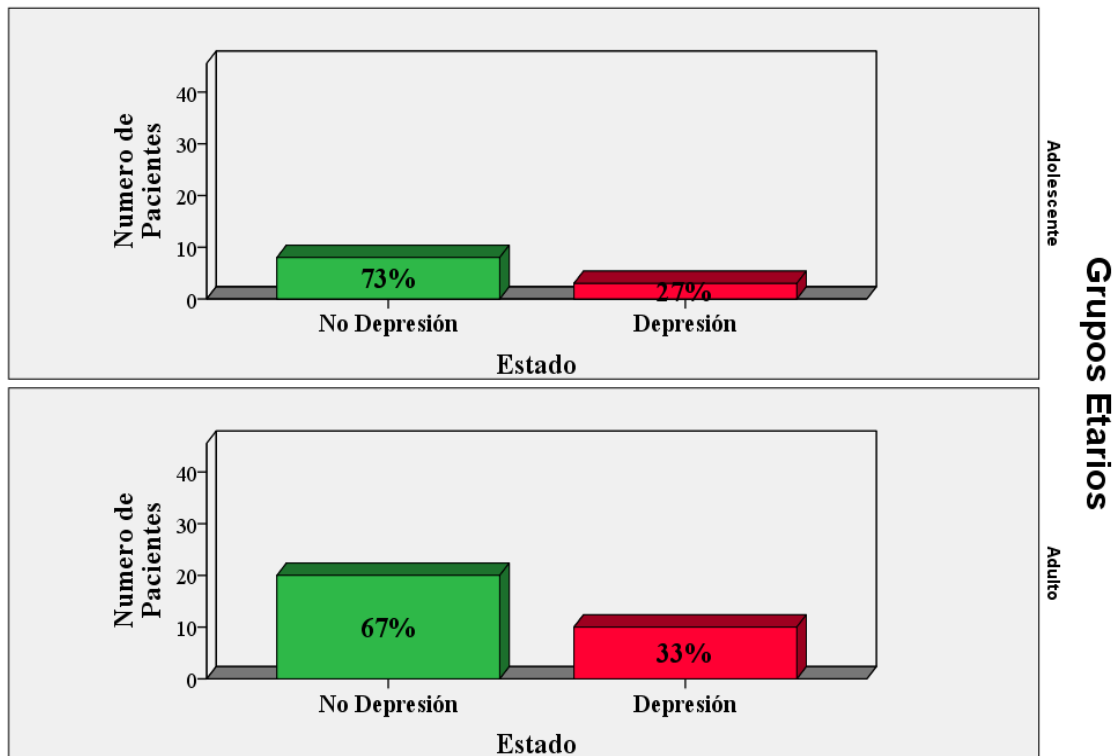
Estado	Grupos Etarios			
	Adolescente		Adulto	
	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	8	73%	20	67%
Depresión	3	27%	10	33%
Total	11	100%	30	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: De las pacientes adultas sin depresión postparto representan el 67% y las con depresión postparto 33%, en cambio en las adolescentes 73% no tienen depresión postparto y un 27% si.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes con depresión postparto son adultas.

Gráfico No. 1: Grupos etarios.



Fuente: Tabla No. 1

Tabla No. 2: Etapa del puerperio.

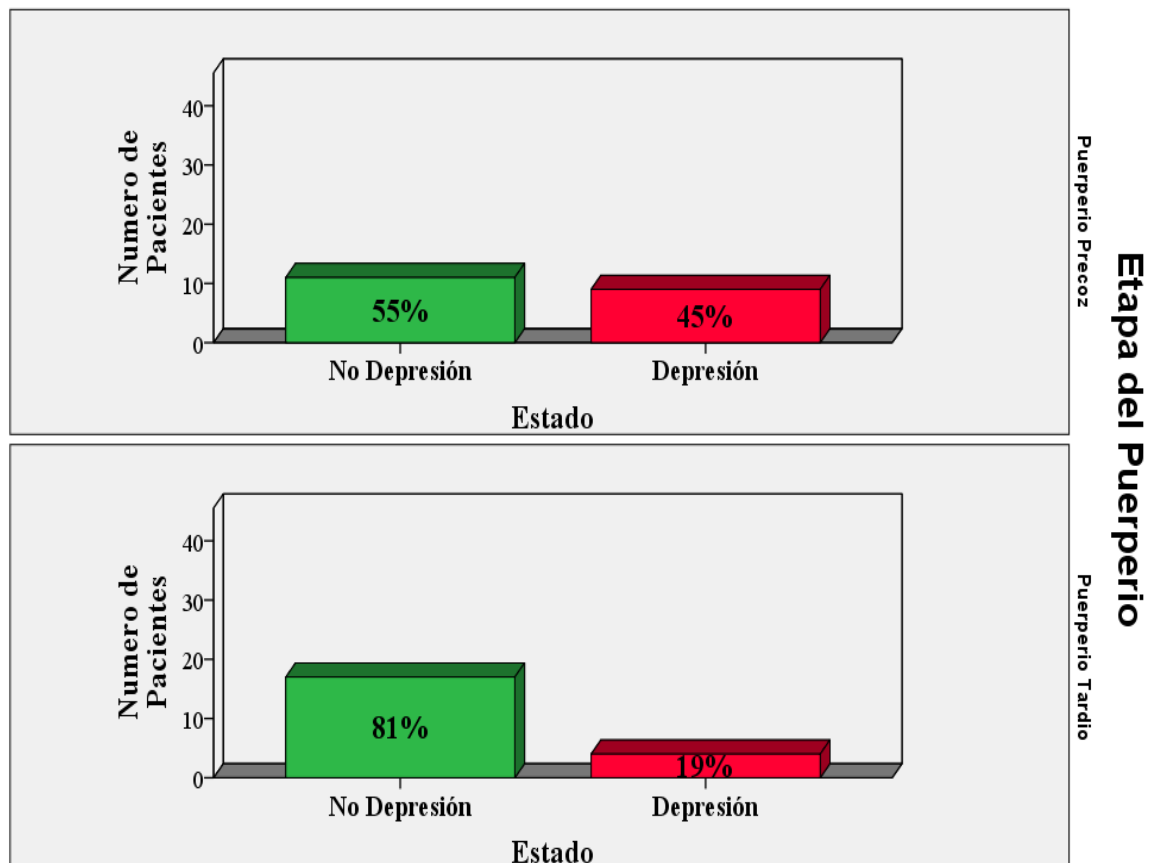
Estado	Etapa del Puerperio			
	Puerperio Precoz		Puerperio Tardío	
	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	11	55%	17	81%
Depresión	9	45%	4	19%
Total	20	100%	21	100%

Fuente: Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: El 81% de las pacientes en puerperio tardío no presentan depresión postparto, en cambio un 19% si. Un 55% de las pacientes en puerperio precoz no presentan depresión postparto y un 45% si.

INTERPRETACION: El mayor numero de pacientes con depresión postparto se presentan en el puerperio precoz.

Gráfico No. 2: Etapa del puerperio.



Fuente: Tabla No. 2

Tabla No. 3: Estado Civil.

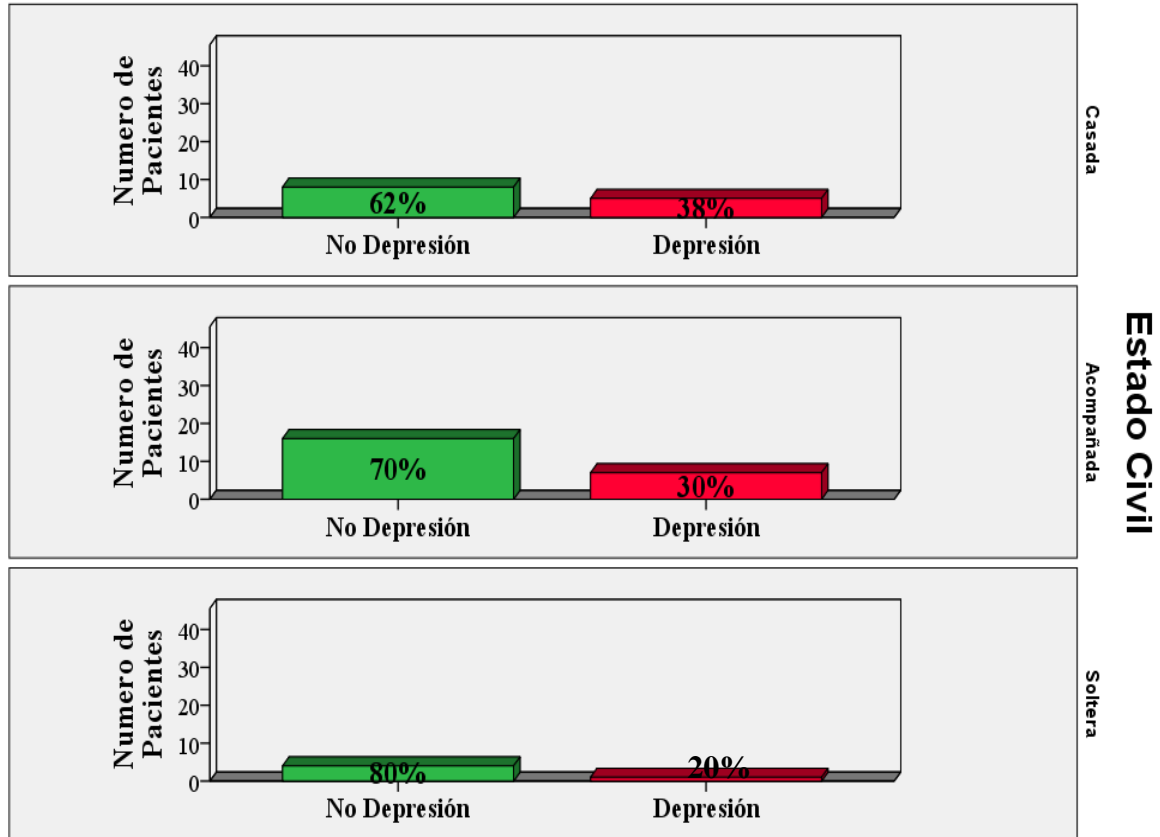
Estado	Estado Civil					
	Casada		Acompañada		Soltera	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	8	62%	16	70%	4	80%
Depresión	5	38%	7	30%	1	20%
Total	13	100%	23	100%	5	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Las pacientes acompañadas el 70% no presentan depresión postparto y el 30% si. En cambio las casadas un 62% no presentan depresión postparto y el 38% si y las solteras en 80% no presentan depresión postparto y 20% si.

INTERPRETACION: De las pacientes con depresión postparto la mayoría estan acompañadas.

Gráfico No. 3: Estado Civil.



Fuente: Tabla No. 3

Tabla No. 4: Paridad.

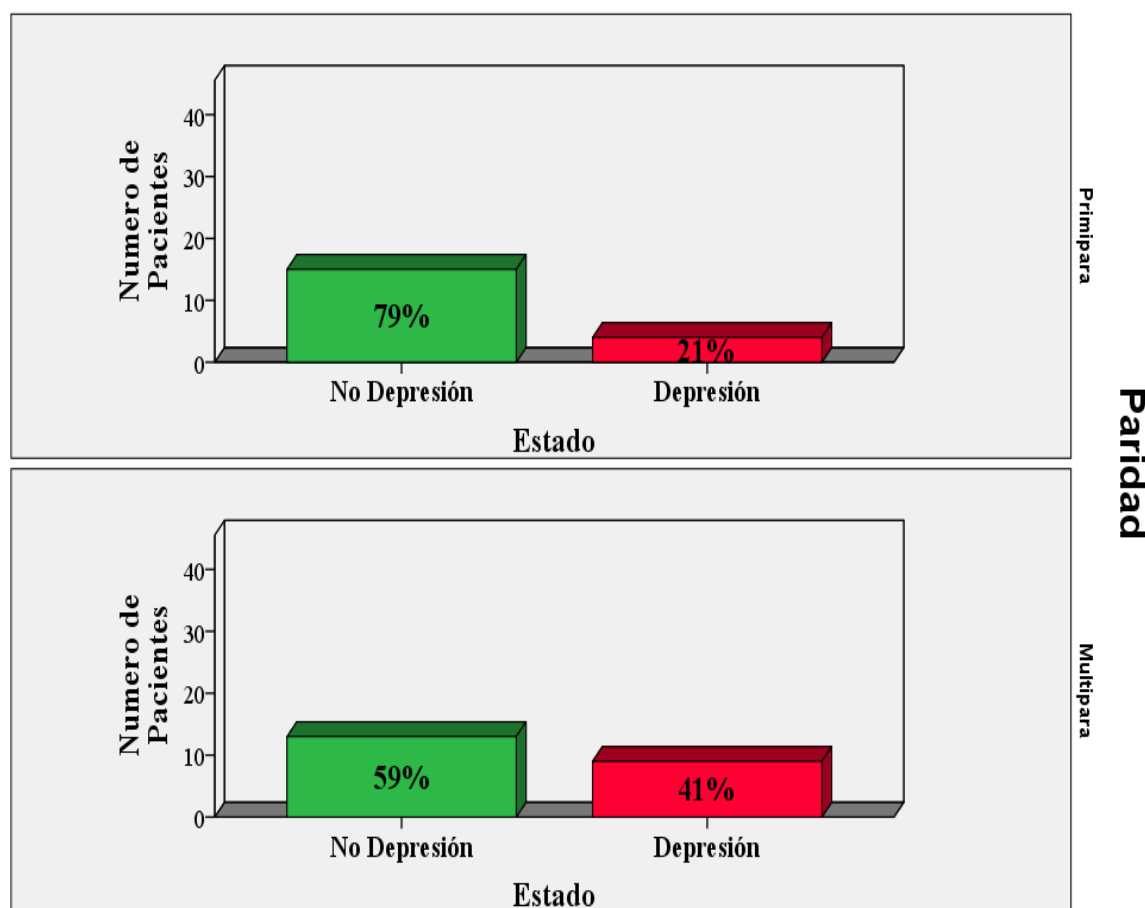
Estado	Paridad			
	Primípara		Múltipara	
	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	15	79%	13	59%
Depresión	4	21%	9	41%
Total	19	100%	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: El 79% de las pacientes primipara no presentan depresión postparto, un 21% si. En cambio 59% de multiparas no presentan depresión postparto y un 41% si.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes con depresión postparto son multiparas.

Gráfico No. 4: Paridad.



Fuente: Tabla No. 4

Tabla No. 5: Ocupación.

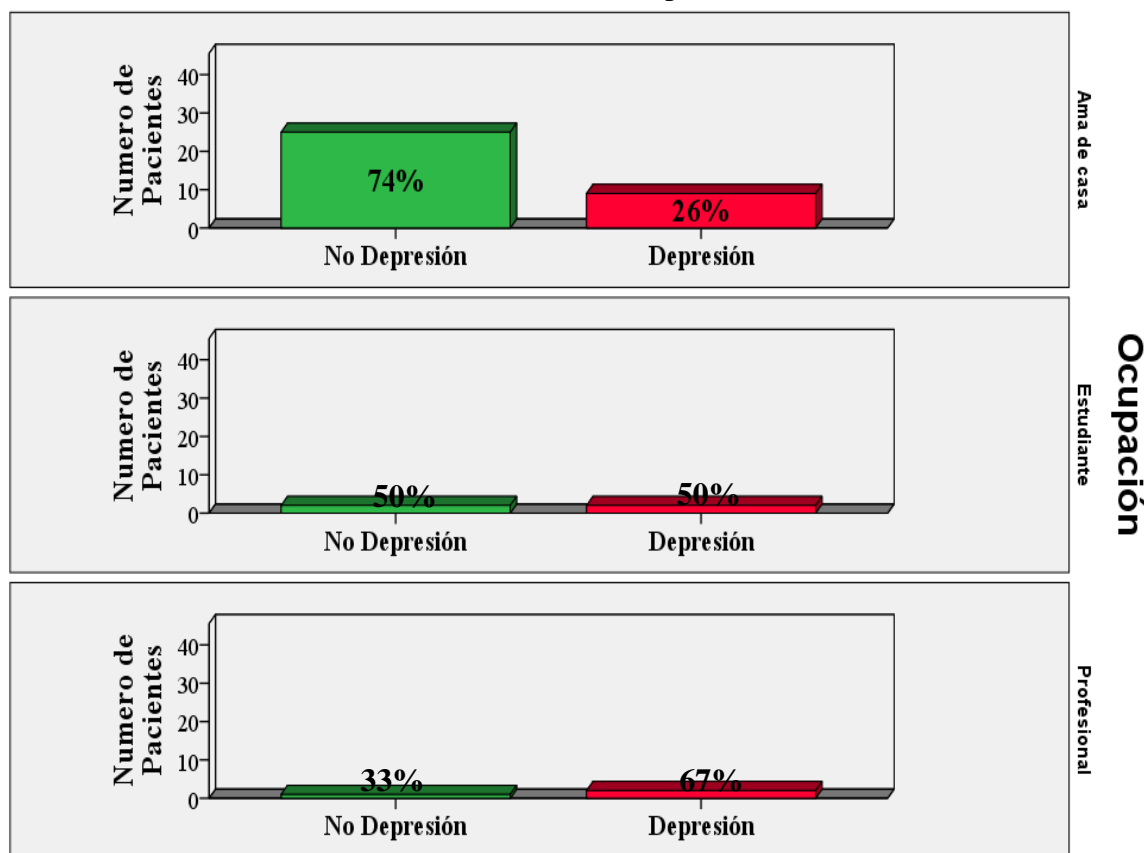
Estado	Ocupación					
	Ama de casa		Estudiante		Profesional	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	25	74%	2	50%	1	33%
Depresión	9	26%	2	50%	2	67%
Total	34	100%	4	100%	3	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: De las pacientes amas de casas un 74%, no presentan depresión postparto y un 26% si y de las pacientes estudiantes un 50% no presentan depresión postparto y un 50% si. Del area profesional un 67% si la presentan y un 33% no.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes que presentan depresión postparto son amas de casa.

Gráfico No. 5: Ocupación.



Fuente: Tabla No. 5

Tabla No. 6: Procedencia.

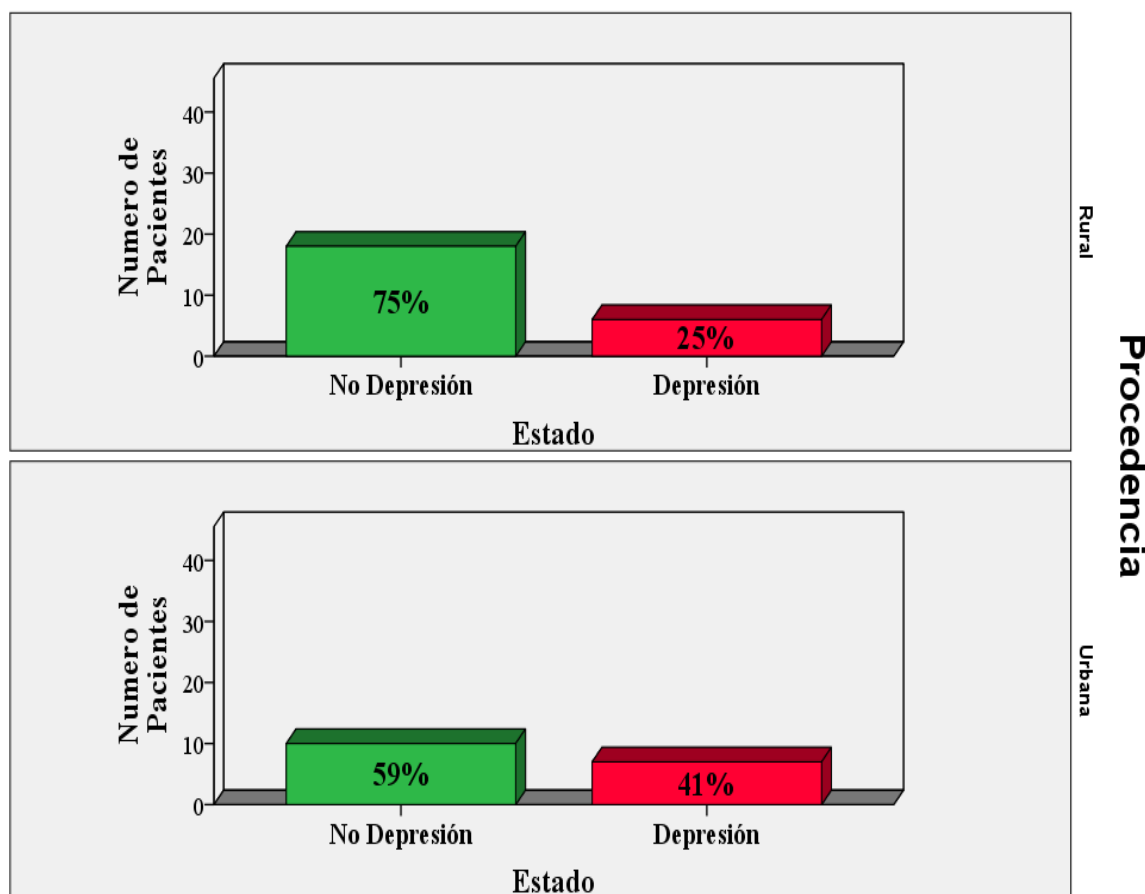
Estado	Procedencia			
	Rural		Urbana	
	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	18	75%	10	59%
Depresión	6	25%	7	41%
Total	24	100%	17	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: El 75% de las pacientes del area rural no tienen depresión postparto y el 25% si. Del area urbana el 59% no presento depresión postparto y un 41% si.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes con depresión postparto pertenecen al area urbana.

Gráfico No. 6: Procedencia.



Fuente: Tabla No. 6

Tabla No. 7: Educación.

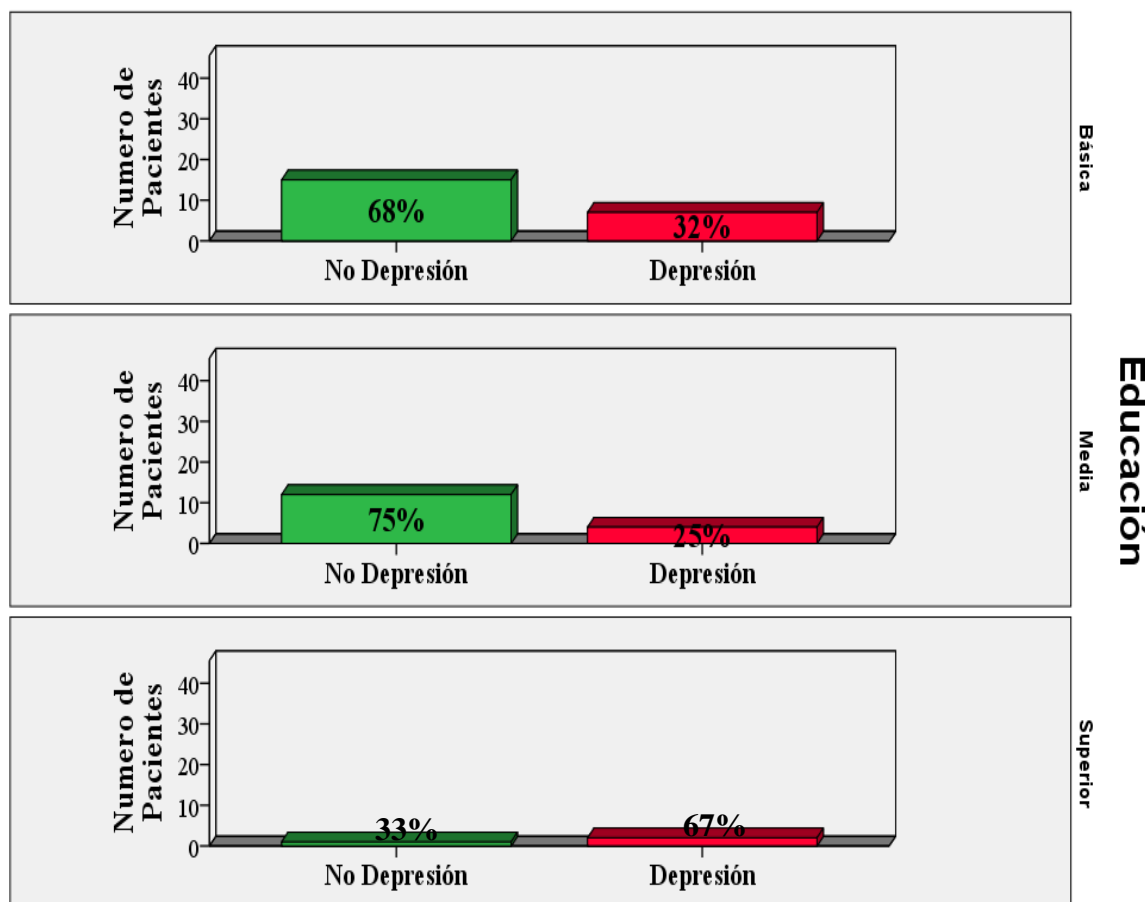
Estado	Educación					
	Básica		Media		Superior	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	15	68%	12	75%	1	33%
Depresión	7	32%	4	25%	2	67%
Total	22	100%	16	100%	3	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Las pacientes básica el 68% no presentan depresión postparto y el 32% si. En cambio las educacion media con un 75% no presentan depresión postparto y el 25% si y las educacion superior en 33% no presentan depresión posparto y 67% si.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes con depresión postparto solamente curso la educacion basica.

Gráfico No. 7: Educación.



Fuente: Tabla No. 7

Tabla No. 8: Tipo de Parto.

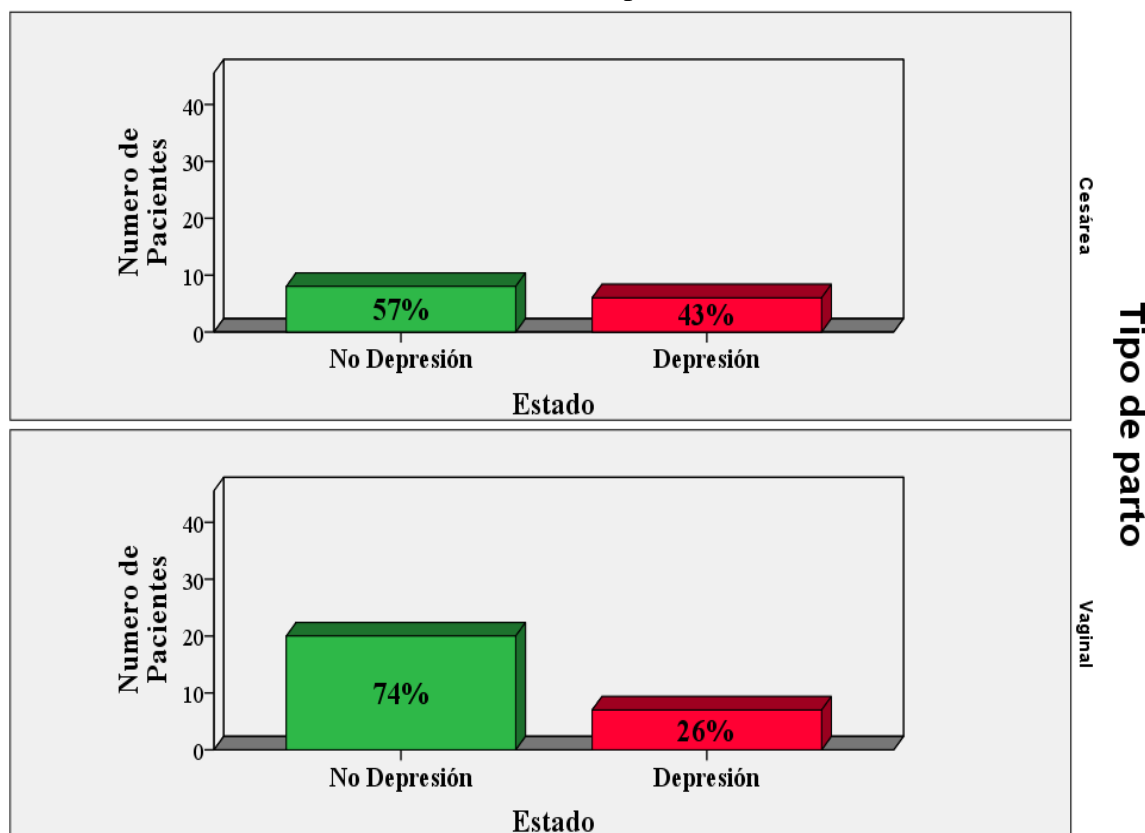
Estado	Tipo de parto			
	Cesárea		Vaginal	
	Recuento	%	Recuento	%
No Depresión	8	57%	20	74%
Depresión	6	43%	7	26%
Total	14	100%	27	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Las pacientes quienes verificaron parto via vaginal y no presentan depresión postparto es del 74%, y el 26% si. Y las pacientes que verificaron parto via cesárea no teinen depresión postparto representan un 57% y un 43% si la presentan.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes con depresión postparto verificaron parto via vaginal.

Gráfico No. 8: Tipo de Parto.



Fuente: Tabla No. 8

Tabla No. 9: He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.

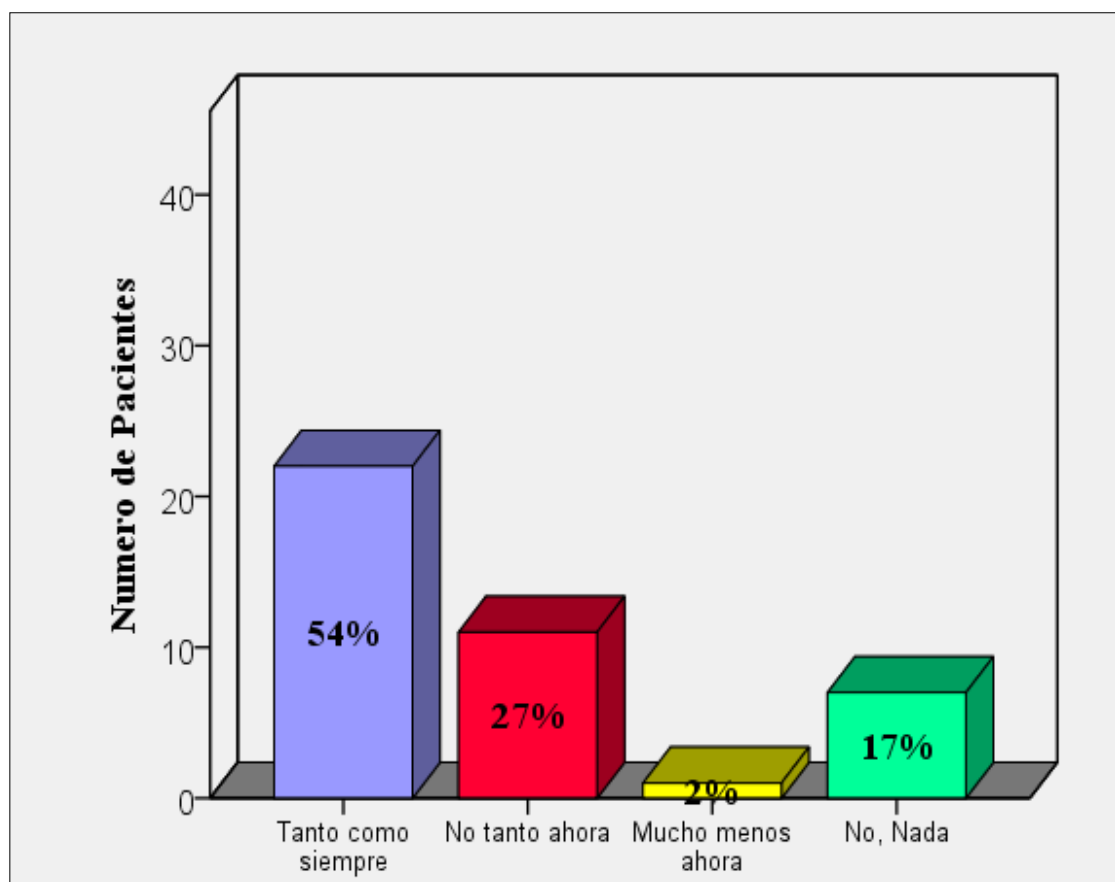
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Tanto como siempre	22	54%
No tanto ahora	11	27%
Mucho menos ahora	1	2%
No, nada	7	17%
Total	41	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Del 100% de paciente un 54% manifiestan que han sido capaz de reírse y ver el lado divertido de las cosas tanto como siempre y un 2% mucho menos ahora.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes manifiestan que han sido capaz de reírse como siempre. Grafico

Gráfico No. 9: He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.



Fuente: Tabla No. 9

Tabla No. 10: He disfrutado mirar hacia delante.

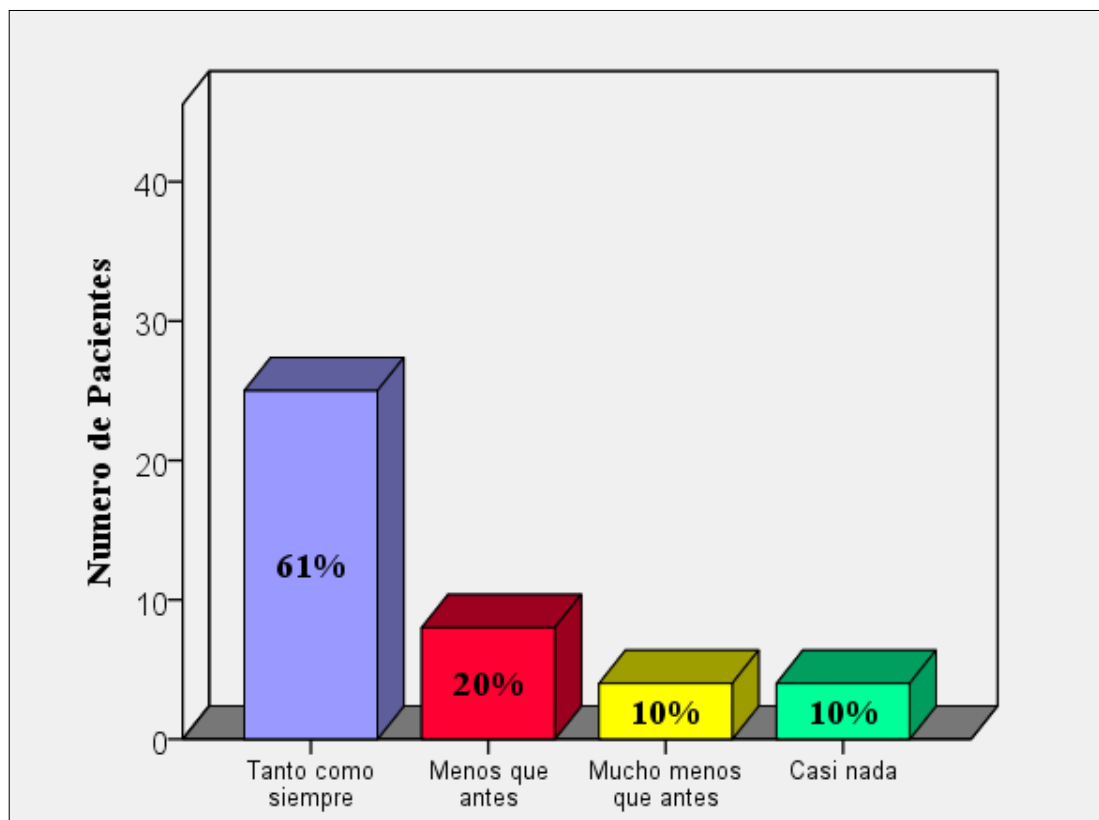
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Tanto como siempre	25	61%
Menos que antes	8	20%
Mucho menos que antes	4	10%
Casi nada	4	10%
Total	41	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Del 100 % de pacientes un 61 % manifiestan que si han disfrutado mirar hacia delante tanto como siempre, un 10 % mucho menos que antes y un 10 % casi nada.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes han disfrutado mirar hacia delante como normalmenten lo han hecho.

Gráfico No. 10: He disfrutado mirar hacia delante.



Fuente: Tabla No. 10

Tabla No. 11: Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente.

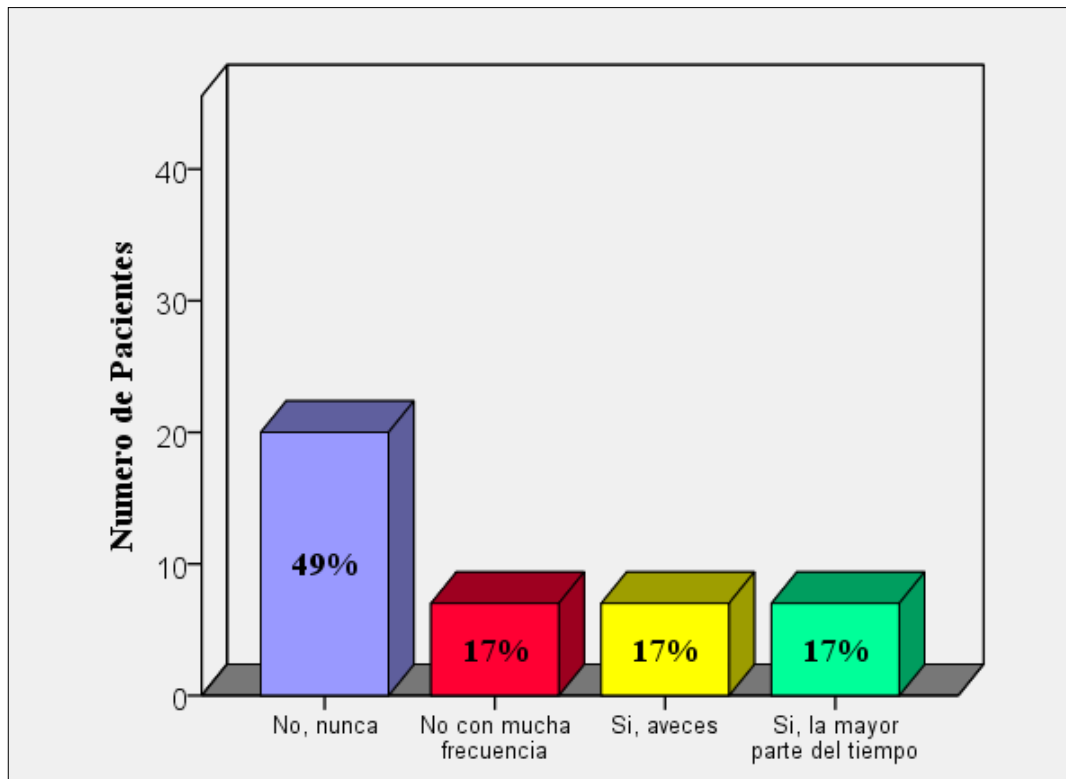
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Sí, la mayor parte del tiempo	7	17%
Sí, a veces	7	17%
No con mucha frecuencia	7	17%
No, nunca	20	49%
Total	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Del 100% de la población el 49% respondió que nunca se culpado a si misma innecesariamente cuando las cosas le han salido mal, 17% no con mucha frecuencia, 17% si, a veces y otro 17% si, la mayor parte del tiempo.

INTERPRETACION: La mayoría de las pacientes no se han culpado asi misma innecesariamente cuando las cosas le han salido mal.

Gráfico No. 11: Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente.



Fuente: Tabla No. 11

Tabla No. 12: He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.

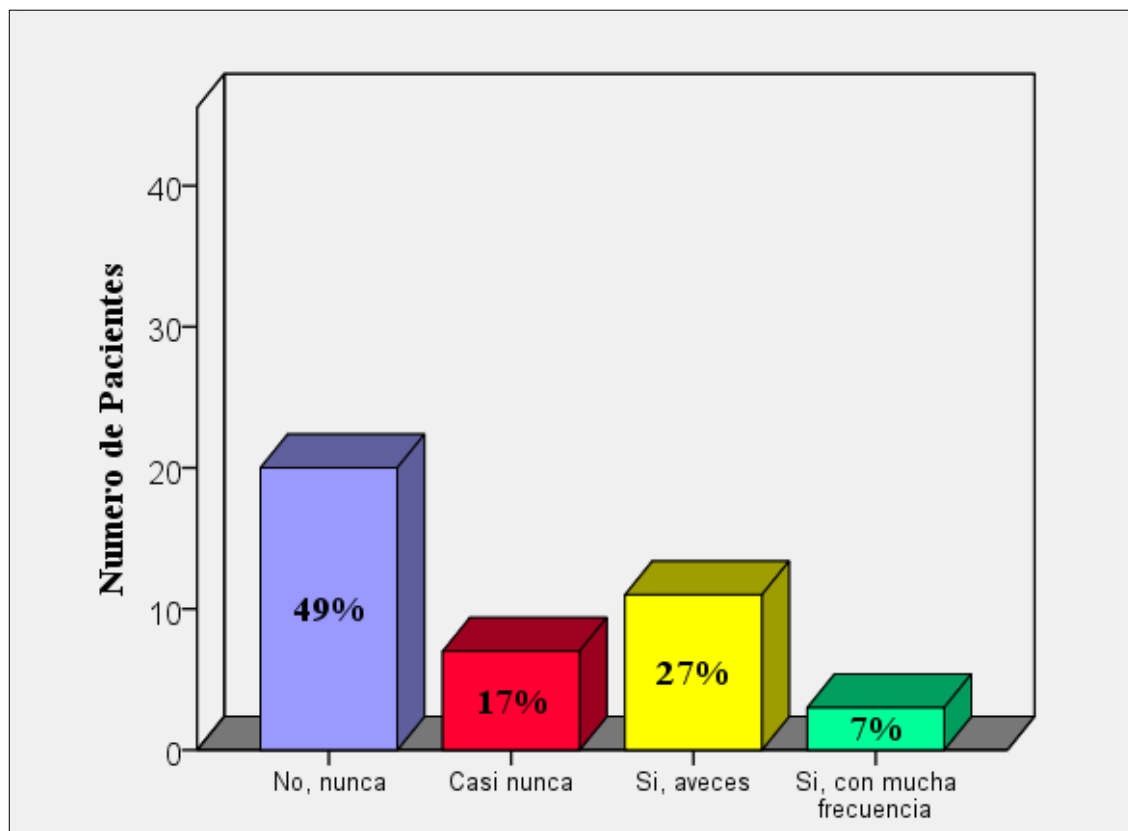
Opciones	Respuestas	Porcentaje
No, nunca	20	49%
Casi nunca	7	17%
Sí, a veces	11	27%
Si, con mucha frecuencia	3	7%
Total	41	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Un 49% dicen que nunca han estado nerviosas o inquietas sin tener motivo y un 7% con mucha frecuencia.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes manifiestan que nunca se han sentido nerviosas o inquietas sin tener motivo.

Gráfico No. 12: He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.



Fuente: Tabla No. 12

Tabla No. 13: He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.

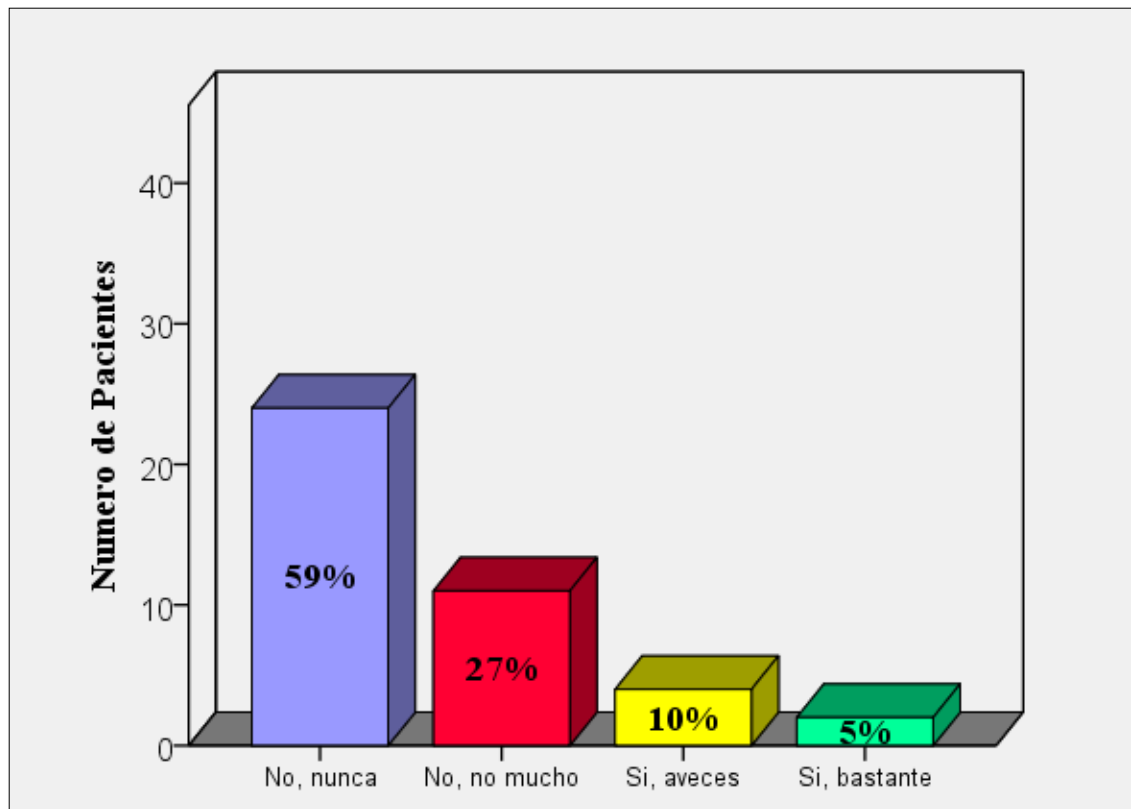
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Sí, bastante	2	5%
Sí, a veces	4	10%
No, no mucho	11	27%
No, nunca	24	59%
Total	41	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Un 59% de pacientes manifiestan que nunca han sentido miedo o ha estado asustadizas sin tener motivo y un 5% si bastante.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes manifiestan que nunca han sentido miedo o ha estado asustadizas.

Gráfico No. 13: He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.



Fuente: Tabla No.13

Tabla No. 14: Las cosas me han estado abrumando.

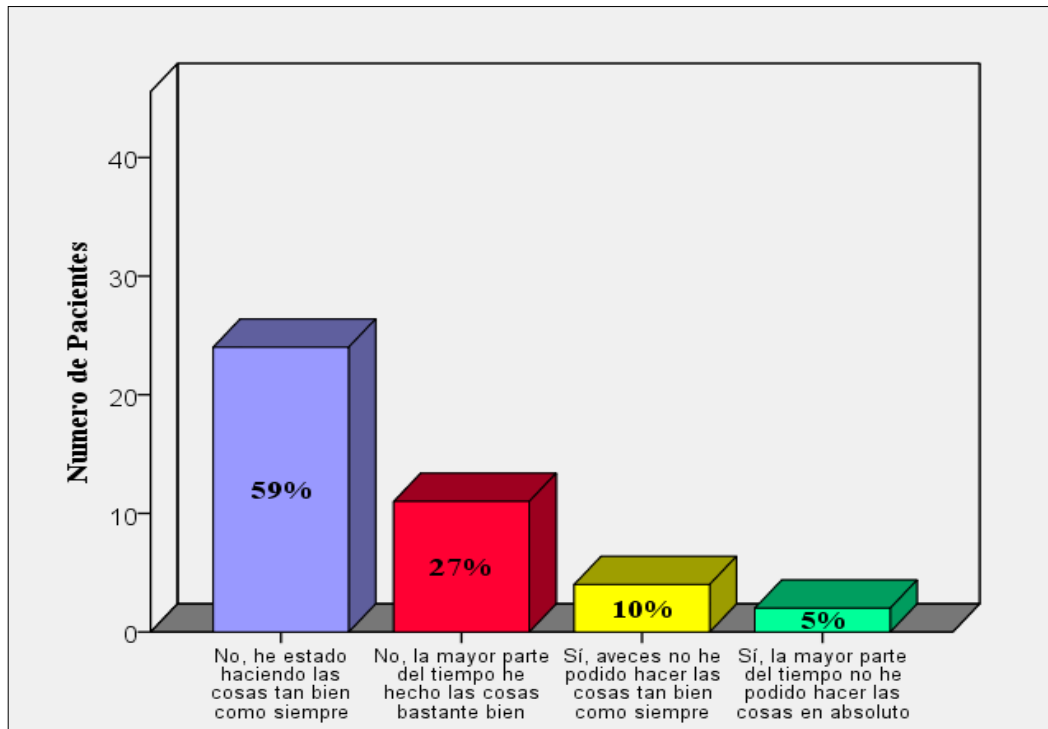
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	2	5%
Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	4	10%
No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	11	27%
No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	24	59%
Total	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Un 59% manifiestan que las cosas no la han estado abrumando es decir que han estado realizando las cosas tan bien como siempre y a un 5% si la han estado abrumando las cosas no han podido hacer las cosas en absoluto.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes manifiestan que han estado realizando las cosas tan bien como siempre.

Gráfico No. 14: Las cosas me han estado abrumando.



Fuente: Tabla No. 14

Tabla No. 15: Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.

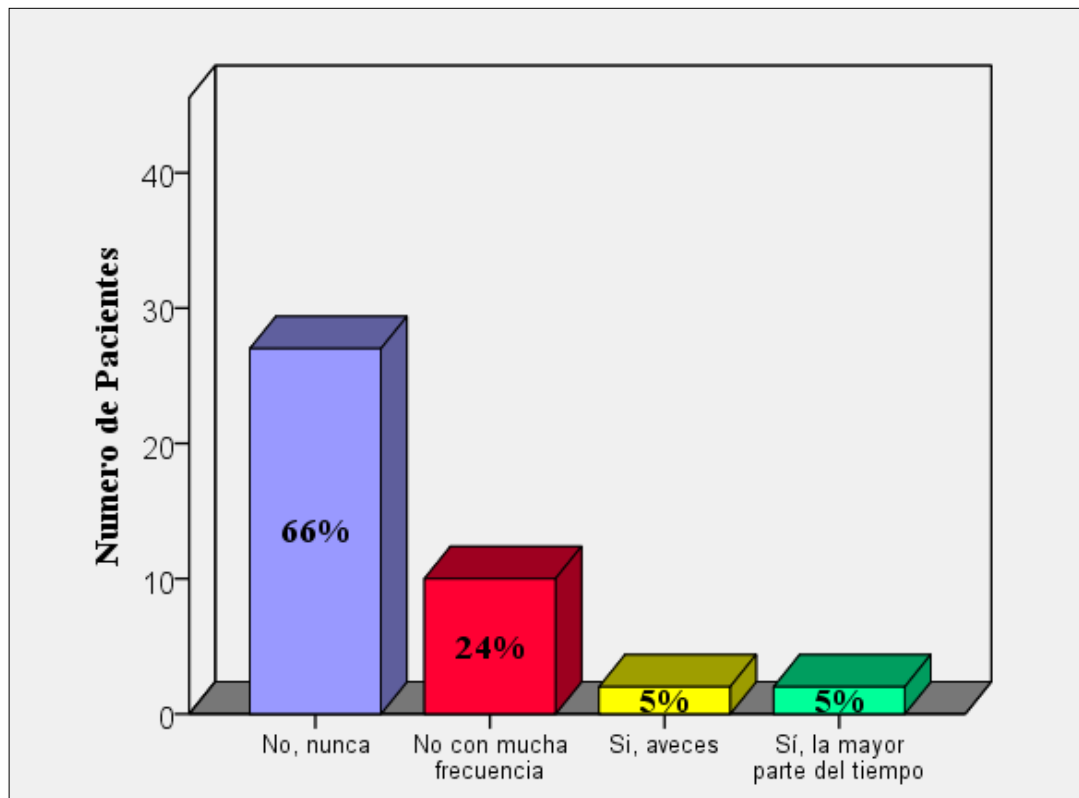
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Sí, la mayor parte del tiempo	2	5%
Sí, a veces	2	5%
No con mucha frecuencia	10	24%
No, nunca	27	66%
Total	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Un 66% manifiestan que nunca se han sentido tan desdichada y no han tenido dificultad para dormir y un 5 % si la mayor parte del tiempo se han sentido tan desdichada que han tenido dificultad para dormir.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes nunca se han sentido desdichadas y no han tenido dificultad para dormir.

Gráfico No. 15: Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.



Fuente: Tabla No. 15

Tabla No. 16: Me he sentido triste o desgraciada.

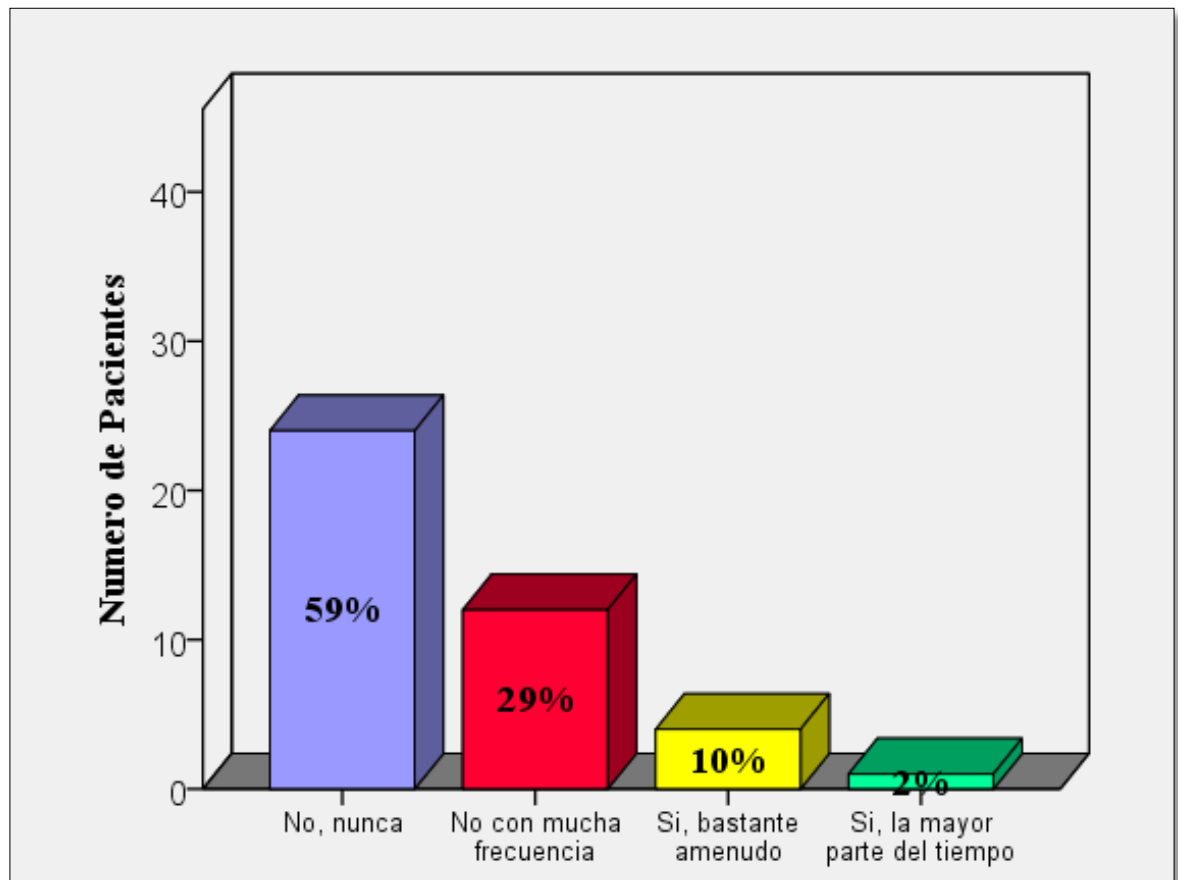
Opciones	Respuestas	Porcentaje
sí, la mayor parte del tiempo	1	2%
sí, bastante a menudo	4	10%
no con mucha frecuencia	12	29%
no, nunca	24	59%
Total	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Un 59% manifiestan que nunca se han sentido triste o desgraciada y un 2% la mayor parte del tiempo se han sentido triste o desgraciada.

INTERPRETACION: La mayoría de pacientes nunca se han sentido triste o desgraciadas.

Gráfico No. 16: Me he sentido triste o desgraciada.



Fuente: Tabla No. 16

Tabla No. 17: Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.

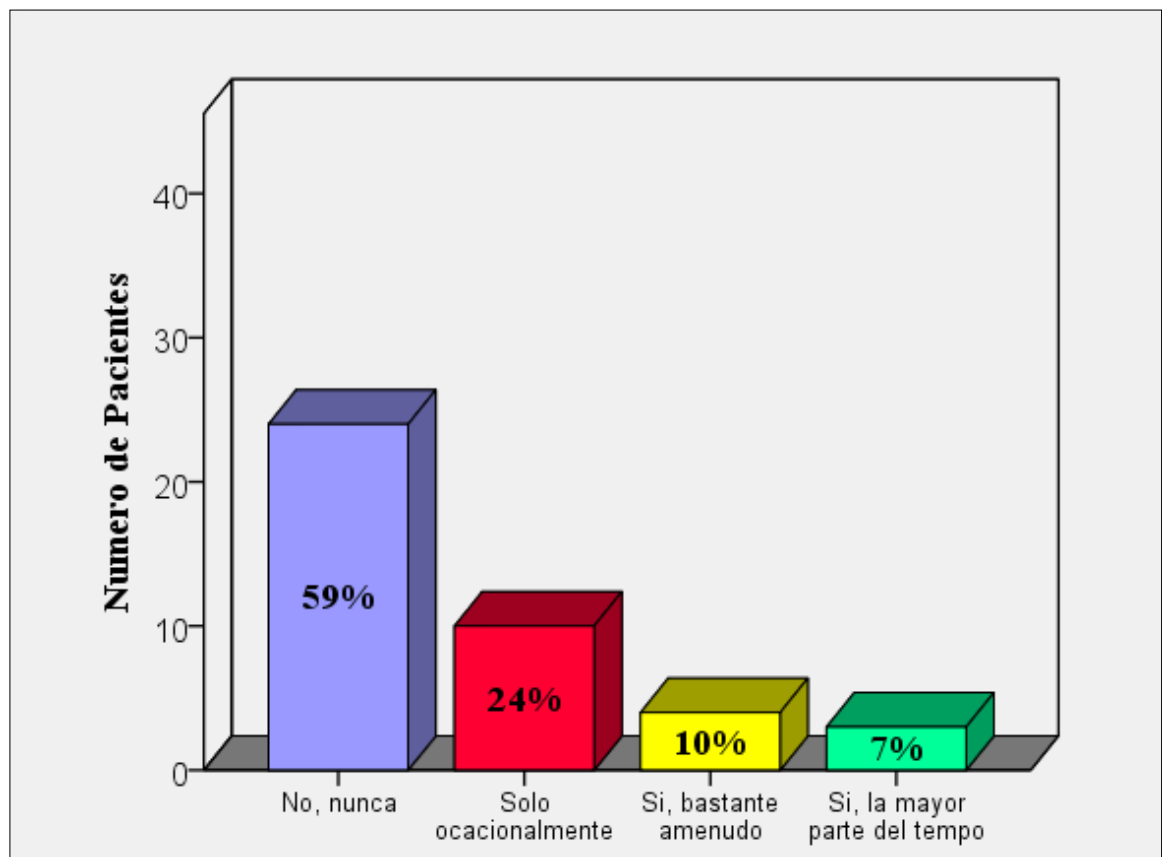
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Sí, la mayor parte del tiempo	3	7%
Sí., bastante a menudo	4	10%
Sólo ocasionalmente	10	24%
No, nunca	24	59%
Total	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Un 59% manifiestan nunca se han sentido desdichada y no han llorado y un 7% si, la mayor parte del tiempo se han sentido tan desdichada que hasta han llorado.

INTERPRETACION: La mayoría de las pacientes nunca se han sentido desdichada ni han llorado.

Gráfico No. 17: Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.



Fuente: Tabla No. 17

Tabla No. 18: Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.

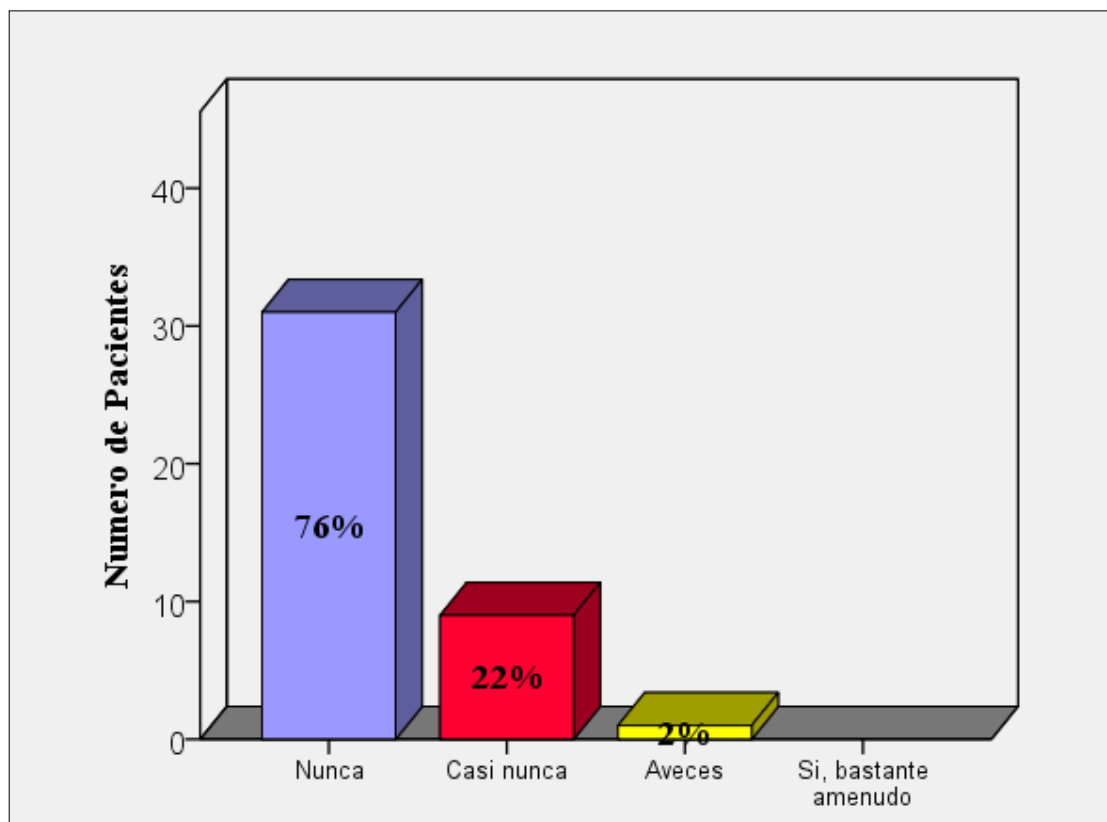
Opciones	Respuestas	Porcentaje
Sí, bastante a menudo	0	0%
A veces	1	2%
Casi nunca	9	22%
Nunca	31	76%
Total	22	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Un 76 % de las pacientes manifiestan que nunca se les ha ocurrido la idea de hacerse daño, y a un 2 % a veces se le ha ocurrido la idea de hacerse daño.

INTERPRETACION: A la mayoría de las pacientes nunca se les ha ocurrido la idea de hacerse daño.

Gráfico No. 18: Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.



Fuente: Tabla No. 18

Tabla No. 19: Estado Emocional.

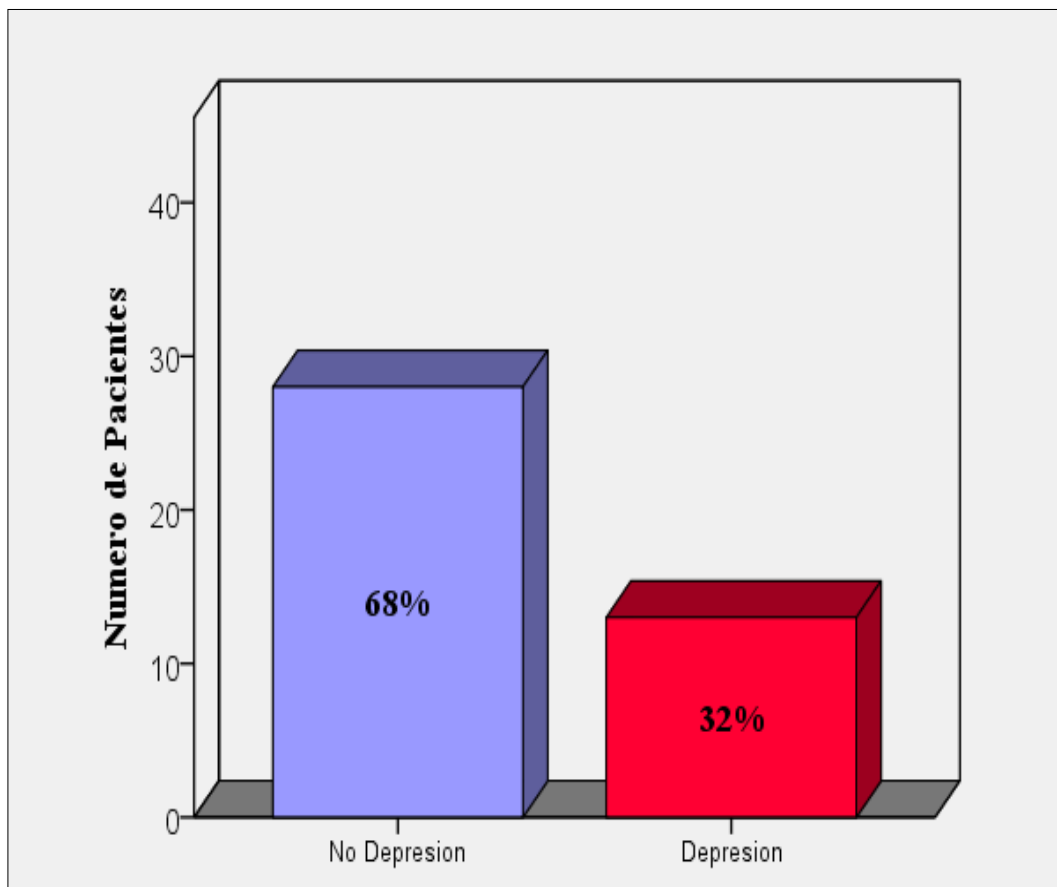
Estado	Pacientes	Porcentaje
No depresión	28	68%
Depresión	13	32%
Total	41	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

ANALISIS: Se obtuvo de la población total que un 32% de las pacientes presenta depresión postparto, en comparación a un 68% que no presenta depresión postparto.

INTERPRETACION: Se encontró que un porcentaje considerable del total de las pacientes sufre de Depresión postparto.

Gráfico No. 19: Estado Emocional.



Fuente: Tabla No. 19

5.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Dado que se refiere a un porcentaje o proporción el planteamiento de la hipótesis y además el tamaño de la muestra es mayor $n > 30$. Entonces se utilizó el estadístico de distribución normal para proporción con aproximación normal. Para ello se efectuaron los siguientes pasos:

1. Estableciendo hipótesis

$$H_i: P \geq 0.20$$

$$H_0: P < 0.20$$

2. Calculando en valor crítico de Z, con la tabla de distribución normal para un 95% de confianza. Este es $Z_t = 1.65$.

3. Obteniendo el valor de Z con los datos muestrales, Z_c .

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \quad \text{donde} \quad \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

Entonces:

$$\sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.20(1-0.20)}{41}} = \sqrt{\frac{0.16}{41}} = \sqrt{0.0039} = 0.0624$$

Por lo que:

$$Z_c = \frac{\frac{13}{41} - 0.20}{0.0624} = \frac{0.3170 - 0.20}{0.0624} = \frac{0.1170}{0.0624} = 1.87$$

4. Regla de decisión

Si $Z_c > Z_t$ entonces se acepta H_i

Si $Z_c < Z_t$ entonces se acepta H_0

5. Decisión estadística

Dado que $Z_c = 1.87 > Z_t = 1.65$ entonces se acepta H_i , es decir que la incidencia de la depresión postparto es mayor del 20% en mujeres de 10 a 45 años que asistes en a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Bobadilla, El Sauce y Jucuarán.

6. DISCUSION

La depresión postparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8% al 25%, estudios realizados en Suecia y Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) describen tasas de detección espontánea de síntomas depresivos en el período postparto de 2% y 6%, las cifras de incidencia de depresión en el posparto son variables pero, en algunas comunidades latinoamericanas, se han informado valores superiores al 20%, en México el 3%.

Debido a todo lo anterior se decidió investigar la incidencia de depresión posparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión.

En este trabajo se utilizó la escala de Edimburgo; para detectar posible depresión en mujeres en etapa del posparto, este cuestionario ha sido reportado por varios autores, en diversos escenarios, con diferentes poblaciones estudiadas. En esta investigación se utilizó para la escala de Edimburgo un punto de corte de 10 puntos; ya que partir de ese corte la mayor parte de los autores consultados, indican que es el más adecuado para identificar posibles casos de depresión posparto. Este punto de corte sugiere que las mujeres tienen más probabilidad de sufrir la depresión posparto, por lo que se recomienda recibir ayuda para ser atendida por personal médico específico.

Obteniendo como datos generales que la incidencia de Depresión Postparto es del 32% encontrándose que la incidencia fue mayor en la población adulta en comparación con las adolescentes, así mismo se encontró con respecto al estado civil, el grupo más vulnerable fue al correspondiente a las acompañadas en comparación a las casadas y solteras, en cuanto a la ocupación se pudo observar que la mayor incidencia fue para las amas de casa en relación a las que ejercen un trabajo profesional y estudiantes, se presentó más en pacientes de procedencia del área urbana en comparación a las del área rural, así mismo se observó que la incidencia fue mayor en pacientes con una educación básica en relación a las que tuvieron una educación media y educación superior, en cuanto a la vía del parto se

encontró que la incidencia de depresión postparto fue mayor en pacientes con partos vaginales en comparación a partos abdominales.

A las pacientes que presentaron depresión posparto al término de la entrevista se les ofreció una orientación verbal corta, haciendo hincapié en que se trataba de un trastorno que se presenta después del parto poco identificado por ellas mismas y que es necesario ofrecer ayuda por parte del personal médico especializado (psicólogo o psiquiatra).

7. CONCLUSIONES:

- Se logró identificar las características sociodemográficas de las pacientes que influyen en la incidencia de la Depresión postparto, encontrándose que fue mayor en la población adulta en comparación con las adolescentes, así mismo se encontró con respecto al estado civil, el grupo más vulnerable fue al correspondiente a las acompañadas en comparación a las casadas y solteras, en cuanto a la ocupación se pudo observar que la mayor incidencia fue para las amas de casa en relación a las que ejercen un trabajo profesional y estudiantes, se presentó más en pacientes de procedencia del área urbana en comparación a las del área rural, así mismo se observó que la incidencia fue mayor en pacientes con una educación básica en relación a las que tuvieron una educación media y educación superior, en cuanto a la vía del parto se encontró que la incidencia de depresión postparto fue mayor en pacientes con partos vaginales en comparación a partos abdominales.
- En la presente investigación se pudo concluir en relación a las etapas del puerperio que la incidencia de la depresión postparto fue mayor en la etapa de puerperio precoz en relación a puerperio tardío.
- La Incidencia de Depresion Postparto en las mujeres de 10 a 45 años de edad que asistieron a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar

Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión, periodo de septiembre a noviembre de 2013 fue de un 32%.

- Al utilizar el estadístico de prueba distribución Z para proporciones con aproximación normal se acepta para esta investigación la hipótesis de trabajo, la cual afirma que la incidencia de Depresión Postparto en la población de 10 a 45 años de edad es igual o mayor al 20%: la incidencia de Depresión Postparto para esta investigación fue del 32%.

8. RECOMENDACIONES.

En base a todos los hallazgos descritos en el presente trabajo de investigación se recomienda lo siguiente:

Ministerio de Salud:

- Tomar en cuenta los datos obtenidos en esta investigación, los cuales reflejan una alta incidencia de Depresión Postparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal en los establecimientos que fueron parte del estudio, teniendo el conocimiento que dicha patología constituye una de las principales causas de discapacidad.
- Brindar capacitaciones al personal de salud sobre los factores de riesgo y los síntomas y signos de la Depresión Postparto, así como las repercusiones sobre la salud al no cumplir el tratamiento indicado.
- A los ginecólogos obstetras a hacer un diagnóstico precoz de dicha patología en los controles prenatales y poder brindarles a las pacientes una atención oportuna y evitar complicaciones.
- Incluir la escala de Edimburgo como instrumento en los controles puerperales y detectar oportunamente esta patología.

Unidades Comunitarias de Salud Familiar:

- Incorporar al plan diario de charlas en los establecimientos de salud temas relacionados con la salud mental.

Universidad de El Salvador:

- Reforzar en el plan de estudio de la carrera de medicina temas relacionados a la depresión postparto para su mejor diagnóstico y tratamiento.
- A los estudiantes de medicina en servicio social: realizar estudios de prevalencia sobre depresión postparto, tomando en cuenta el estudio realizado.

A la población en general:

- Incentivar a la población para asistir oportunamente a sus controles puerperales.
- Detectar adecuadamente la sintomatología asociada a la Depresión Postparto y consultar inmediatamente.
- Al ser diagnosticadas con Depresión Postparto acatar el tratamiento indicado por su médico.

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo Carla Castañón S1, Javier Pinto L2, Rev. Méd Chile 2008; 136: 851-858.
2. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia, revista colombiana de obstetricia y ginecología vol. 57 no. 3 • 2006 • (156-162).
3. Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Período Preconcepcional, Parto, Puerperio y al Recién Nacido, San Salvador, Agosto De 2011, Ministerio De Salud El Salvador, pág. 49.
4. Título: Depresión Postparto, Autor: Dra. Carla Castañón S. Médico Familiar PUC 15 febrero de 2011, acceso; 11 marzo del 2013 URL disponible en: <http://www.medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/041.html>
5. Título: Depresión Postparto: Definición, Tipos, Síntomas y Causas, Autor: Pande Conde, 12 de agosto de 2006, acceso; 11 marzo del 2013 URL disponible en: <http://www.sineljefe.com/depresion-postparto-definicion-tipos-sintomas-y-causas/>
6. Título: Depresión Postparto, autor: Dra. Haydi Magali Caro Gutiérrez 25 de febrero de 2011, 11 marzo del 2013, URL disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2011/02/25/depresion-posparto-240111/>
7. http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_3.html
8. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. Alvarado R, Rojas M. Rev. Psiquiatra 1992; IX (3-4): 1168-76.

9. Postpartum depression: what pediatricians need to know. *Pediatrics in review* 2003; Chaudron LH. 24 (5): 154-60.
10. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. Jadresic E, Jara C. *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 1992; 30: 99-106.
11. The impact of Postnatal Depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*, Murray L. 1992; 33: 543-61.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. AHRQ Publication No. 05-E006-2 February 2005.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1.

GLOSARIO

- **Adrenocorticotropa, Corticotropina o Corticotrofina (ACTH):** es una hormona polipeptídica, producida por la hipófisis y que estimula a las glándulas suprarrenales.
- **Baby Blues:** sentimientos de tristeza, llanto, ansiedad, o irritabilidad que pueden ocurrir en las primeras semanas después de tener un bebé.
- **Depresión** (del latín *depressio*, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.
- **Hormonas:** son sustancias secretadas por células especializadas, localizadas en glándulas de secreción interna o glándulas endocrinas (carentes de conductos), o también por células epiteliales e intersticiales cuyo fin es la de afectar la función de otras células. También hay hormonas que actúan sobre la misma célula que las sintetiza (autocrinas). Hay algunas hormonas animales y hormonas vegetales como las auxinas, ácido abscísico, citoquinina, giberelina y el etileno.
- **Incidencia:** es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.
- **Loquios o lochia:** es el término que se le da a una secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y progresa por tres estadios o etapas. Por lo general, es una secreción que huele similar al olor del flujo menstrual. Un olor fétido de los loquios puede indicar una posible infección -como una endometritis-1 y debe ser reportado a un profesional de salud.
- **Parto:** Proceso mediante el cual el producto de la concepción ya viable y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales.

- **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 pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.
- **Progesterona:** es una hormona esteroide C-21 involucrada en el ciclo menstrual femenino, embarazo (promueve la gestación) y embriogénesis de los humanos y otras especies. La progesterona pertenece a una clase de hormonas llamadas progestágenos, y es el principal progestágeno humano de origen natural. Su fuente principal es el ovario (cuerpo lúteo) y la placenta, la progesterona también puede sintetizarse en las glándulas adrenales y en el hígado.
- **Psicosis:** es un término genérico utilizado en psiquiatría y psicología para referirse a un estado mental descrito como una escisión o pérdida de contacto con la realidad.
- **Sertralina:** es un antidepresivo perteneciente al grupo de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina). Este compuesto actúa inhibiendo la recaptación de la serotonina en el espacio intersináptico por parte de la neurona emisora, lo cual aumenta la disponibilidad de la misma. La sertralina no tiene afinidad sobre el bloqueo de la recaptación de la noradrenalina (norepinefrina) y dopamina, además de no poseer una acción estimulante, sedativa o anticolinérgica, y no afecta la función psicomotriz.
- **Suicidio** es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte.

ANEXO N° 2.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Cantidad	Concepto	Precio Unitario en \$	Precio Total en \$
21	Anillados de informes de investigación	2	42
4	Borrador de goma	0.25	1
7	CD-ROM	0.75	5.25
2	Computadoras Laptops	500	1000
7	Empastados de informe final	5	35
30	Fasters	0.1	3
900	Fotocopias Varias (bibliografía, revistas)	0.03	27
30	Folder	0.15	4.5
5	Lápiz de carbón	0.15	0.75
2	Libretas block de apuntes	1	2
6	Resmas de papel tamaño carta.	5	30
4	Tinta de color	20	80
8	Tinta negra	16	128
6	Trasporte	15	90
		Subtotal	\$ 1448.5
10%	Porcentaje de imprevistos		\$ 144.85
		Total	\$ 1593.35

El gasto monetario total del trabajo, será financiado por el grupo investigador.

ANEXO N° 3.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION CICLO I Y II AÑO ACADEMICO 2013

Meses		MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT				OCTU				NOV				DIC			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Semanas																																									
Actividades																																									
1	Inscripcion del proceso de graduacion.			X																																					
2	Reuniones con la Coordinacion General.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X				X	X	X	X	X	X								
3	Reuniones con los Docentes Asesores.		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
4	Elaboracion del perfil de investigacion.	X	X	X	X	X	X	X	X																																
5	Entrega del perfil de investigacion.					30 de Abril																																			
6	Elaboracion del protocolo de investigacion.									X	X	X	X	X	X	X	X																								
7	Presentacion del protocolo de investigacion.																					16 de Agosto																			
8	Ejecucion de la investigacion.																									X	X	X	X	X	X	X	X								
9	Tabulacion, analisis e interpretacion de los datos.																															X	X	X							
10	Redacion del informe final.																															X	X								
11	Presentacion del documento final.																													25 de Nov.											
12	Exposicion oral de los resultados.																																					2 de Dic.			

ANEXO N° 4.

LISTADO DE SIGLAS

- DPP: La depresión postparto
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- UES: Universidad de El Salvador.
- FMO: Facultad Multidisciplinaria Oriental.
- EE.UU: Estados Unidos de Norteamérica.
- CRH: La corticotropina
- DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ANEXO N° 5.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: _____, **Fecha:** _____

Yo: _____ de _____ años, por medio de la

presente permito que se me pase la escala de Edimburgo, de la cual ya se me explico en

que consiste y el motivo de dicho estudio.

F: _____

O

Huellas: _____

D

I

ANEXO N° 6.

ESCALA DE EDIMBURGO.



Objetivo: Determinar la incidencia de depresión postparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión; periodo septiembre a noviembre de 2013.

Fecha: _____ Edad de la Madre: _____ Edad del Niño/a: _____ Estado Civil: C___ A___ S___ N° de Hijos: _____
Ocupacion: _____ Procedencia: R___ U___ Educacion: _____ Tipo de parto: C___ V___
Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días:

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