



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



Maestría en Salud Pública

2017-2019.

Informe final de tesis para optar al

Título de Máster en Salud Pública

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CONTROL PRENATAL, CENTRO INTEGRAL DE SALUD EL JICARITO,
SAN ANTONIO DE ORIENTE, FRANCISCO MORAZÁN, HONDURAS.
OCTUBRE A DICIEMBRE 2018.**

Autora:

Herminia Margarita Moreno Urquía

Médico General

Tutora:

MSc. Rosario Hernández García

Docente e Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, Marzo 2019

INDICE

RESUMEN	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
I.- INTRODUCCIÓN	1
II- ANTECEDENTES	2
III.-JUSTIFICACIÓN	4
IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V. OBJETIVOS	6
VI. MARCO TEÓRICO	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	17
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
IX. CONCLUSIONES	40
X. RECOMENDACIONES	41
XI. BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	44

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de depresión en embarazadas que asistieron al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre 2018

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal en Centro Integral de Salud de Jicarito, de septiembre a diciembre del 2018, a través de encuesta, expediente clínico y test de Hamilton. Se aplicó a 86 embarazadas que acudieron a control prenatal, previo consentimiento informado; el test de Hamilton fue aplicado por un psicólogo, mientras que la recolección de datos y tabulación de información realizados por el investigador.

Resultados: La prevalencia de depresión fue de 25 (29 %), edad de 20 a 36 años 20 (80%), del área rural 17 (68%), escolaridad secundaria 14 (56%), unión libre 17 (68%), nivel socioeconómico pobre 12 (48%) antecedente familiar de depresión 8 (32%), primer embarazo en 11, (44%), no usaban ningún método de planificación familiar 20, (80%), no planearon su embarazo 13 (52%), depresión mayor 7 (28 %), el síntoma más frecuente fue insomnio tardío en 21 (84 %), el menos frecuente idea de suicidio en 2 (8%), se presentaron en primer trimestre del embarazo en 16 (64%).

Conclusiones: De las 86 embarazadas encuestadas, la mayoría no presentó depresión y el tipo de depresión más frecuente era menor. La mayoría de los casos se presentó en: edad reproductiva sin riesgo, del área rural, educación secundaria, era su primer o segundo embarazo, no planeado, no usaban un método anticonceptivo, unión libre, nivel socioeconómico pobre y antecedente familiar de depresión. Los síntomas más frecuentes fueron insomnio tardío e insomnio intermedio, síntomas gastrointestinales y menos frecuentes: ideas de suicidio, se presentaron más en el primer y segundo trimestre del embarazo.

Palabras claves. Embarazo, test de Hamilton, depresión.

Correo electrónico: moreno.urquia@gmail.com

DEDICATORIA

Este nuevo reto cumplido, logrado sin ningún inconveniente se lo dedico primero a Dios, por darme salud, sabiduría y fortaleza para poder culminar mi meta.

A mi esposo:

Ángel Augusto Suazo Ramírez, por apoyarme siempre en mis aspiraciones.

A mis hijos:

Ángel David Suazo Moreno

Fernando Josué Suazo Moreno

Eduardo Daniel Suazo Moreno

Isaac Francisco Suazo Moreno.

A mi nieta:

Mariangel Victoria Suazo Ortez

por no poder compartir algunos momentos importantes.

A mis padres:

Francisco Donalddo Moreno Hernández

Berta Mirian David Urquía.

Por su apoyo emocional, por estar pendiente todos los meses de mi viaje.

A mis suegros, hermanos, cuñados y nueras.

Dra. Herminia Margarita Moreno Urquía

AGRADECIMIENTO

A la Jefatura Regional de Francisco Morazán, por permitirme hacer este estudio en el Centro Integral de Salud el Jicarito.

Al personal de salud: psicólogo, médicos, enfermeras y todo el personal administrativo que contribuyeron a realizar esta investigación.

A todas las embarazadas que gustosamente aceptaron participar en ese estudio.

A los maestros que compartieron su experiencia en cada módulo.

A la maestra Sheila Valdivia por su disponibilidad, por estar pendiente de todos los compromisos a cumplir.

A mi tutora, maestra Rosario Hernández, por compartir su experiencia, por su guía en cada paso del estudio en el que cada momento de reunión fue clave para culminar este trabajo.

A mi grupo de trabajo desde el inicio hasta el final de la maestría.

A todos los compañeros por compartir momentos de camaradería.

Al personal del Hotel Fronteras por su hospitalidad.

Dra. Herminia Margarita Moreno Urquía

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que afecta a unos 350 millones de personas en el mundo y es dos veces más prevalente en las mujeres en edad adulta (entre 18 y 44 años de edad). La prevalencia de depresión es mayor en mujeres, oscila del 14 al 21% y se presenta con mayor frecuencia en la edad reproductiva, por lo que el embarazo y el postparto podrían ser momentos de relevancia para su desarrollo. El embarazo es un período de modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, en la gestación hay cambios en la vida de la mujer. (OMS 2018)

La prevalencia de depresión prenatal fluctúa entre 7 y 20 % a nivel internacional. La mayoría de las investigaciones recalca que la falta de apoyo social y de la pareja se asoció con la depresión prenatal; otros factores: el estrés, violencia doméstica, antecedentes familiares de depresión, nivel socioeconómico bajo y las complicaciones obstétricas son considerados factores desencadenantes. (Baeza, 2017)

En Latinoamérica, Brasil el país con mayor prevalencia de depresión con 5,8 %; en Honduras la prevalencia es de 4,2 %. (OMS,2018)

Este estudio logró determinar la prevalencia de depresión en embarazadas que asistieron al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, Francisco Morazán, Honduras, de octubre a diciembre 2018. Los propósitos del estudio fueron: el diagnóstico, tratamiento oportuno según el tipo de depresión, ya sea referencia al Hospital Psiquiátrico o manejo con psicólogo en el Centro Integral de Salud de Jicarito. Otro fin de este estudio era destacar la importancia de integrar el test de Hamilton en el programa de atención integral a la mujer embarazada.

II. ANTECEDENTES

Rodríguez-Baeza Ana Karen, May-Novelo Lolina de Jesús, Carrillo-Basulto Milagros Berenice, Rosado-Alcocer Ligia María. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Quirófano; Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México. En los antecedentes obstétricos un 53.9% de las mujeres (139) era multigesta. En los antecedentes familiares se encontró que el 15.8% de las madres de embarazadas (41) habían padecido depresión.

Ruiz-Acostaa Greysi Jhoana, Organista-Gabriela Heidi, López-Avendañoa Rosa Armida, Cortaza- Ramírez Leticia, Vinalay-Carrilloa Ilesia. (2017). Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel, Minatitlán, Veracruz, México Resultados En este estudio participaron 89 mujeres con un rango de edad de 16 a 42 años y una media de 23,66 años. Con relación al estado civil de las participantes el 51,7 % vive en unión libre, el 27 % son casadas, el 15,7% solteras, y el 5,6% viudas. Más del 50% de las embarazadas estaban en el tercer trimestre de gestación: en el primer trimestre 9 %, el segundo 31,5 % y 59,5 % en el tercero. Con respecto a los niveles de depresión, la mayor parte de ellas no presentan depresión (76,4%), sin embargo, el 15,7 % presentó depresión leve que se expresa con sensaciones de tristeza y decaimiento emocional; el 6,7 % reportó depresión moderada, es decir, presentaron 2 síntomas con duración de al menos 2 semanas y solo el 1,2 % se ubicó en un nivel severo de depresión. Del 23,6 % de la población que presenta depresión, el 66,6 % de las mujeres lo experimenta en el tercer trimestre del embarazo, mientras que en el segundo trimestre se encontró menor depresión (14,3%). Al analizar la prevalencia de depresión por estado civil se encontró un mayor índice de depresión en embarazadas que viven en unión libre

Sumano-López & Vargas Mendoza. (2016) La depresión y otros trastornos psiquiátricos, Universidad Central del Ecuador, facultad de Ciencias Médicas, Quito. Estudio donde participaron 265 mujeres, grupo de edad de 20 – 34 años 190 (72%) escolaridad secundaria 155 (58.5%), superior 41 (15.5%), primaria 68 (25.7%), estado civil unión libre 121 (45.7%), solera 55 (20.8%), casada 87 (32.8%), viuda 2 (0.8%).

Depresión según grupos de edad: adolescentes 7(14%), adulta joven 36 (69%), adulta media 9(17%), escolaridad superior 15828.859, Secundaria 26 (50%), primaria 11 (21.2%), estado civil soltera 10 (19.2%), casada 15 (28.8%), unión libre 26 (50%), divorciada 1(1.9%), depresión según semestre de gestación primer trimestre 12(23.10%), segundo trimestre 18(34.60%), tercer trimestre 22(42.30%), control prenatal y depresión 39 (75%) tuvieron controles prenatales, tipo de gestación y depresión primigesta 16 (30.8%), multigesta 36 (69.2%).

Reyes Cruz. (2014). Factores psicosociales y depresión en el período grávido-puerperal cuyo objetivo fue establecer la relación entre factores psicosociales y la presencia de depresión en un grupo de ingresadas en el Servicio de Salud Mental Perinatal, del Centro Psiquiátrico José Galigarcía, Cuba. El 35% fueron diagnosticados con trastornos depresivos. El 44 % se encontraba entre los 20 y 25 años de edad. Un total de 11 gestantes (44 %) planificaron y desearon su embarazo, 7 (50 %) presentando los síntomas en el segundo trimestre del embarazo y 5 (46 %) las puérperas que ingresaron con síntomas a partir del segundo mes.

III. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno de humor que afecta 1 en 4 mujeres en algún punto de su vida, así que no debe ser una sorpresa que esta enfermedad puede también ser peligrosa para la madre y el bebé no nacido. La depresión en el embarazo es una enfermedad que puede estar tratada y manejada; sin embargo, es importante buscar la ayuda y el apoyo primero. (Suyón, A. 2017).

A nivel nacional no hay registros o estudios enfocados a estas patologías psíquicas en el embarazo, lo cual hace que estén pasando inadvertidas, ignorándose que la valoración de las madres debe ser integral, involucrando el estudio y control de la esfera psicológica con el seguimiento de los cambios fisiológicos propios de la gestación, lo que permitiría contribuir a garantizar la evolución favorable y satisfactoria del embarazo.

En vista de que es un tema no incluido en la evaluación de rutina de la embarazada, se realizó la investigación de tesis, orientada a determinar la prevalencia de depresión en la embarazada que acudió al Centro Integral de Salud del Jicarito, Municipio de San Antonio de Oriente, Departamento de Francisco Morazán, para la búsqueda de estrategias para seguimiento de estas pacientes diagnosticadas y lograr que culminen un embarazo feliz.

Con este estudio se enfatiza, que el primer paso para el tratamiento de la Depresión prenatal es identificarla como una entidad clínica de relevancia y comprender que el diagnóstico, la evaluación y el control psicológico de la mujer embarazada debe ser parte del control prenatal y debe ser abordado por el personal de salud que brinde atención médica.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Centro Integral de Salud de Jicarito, se desconoce la prevalencia de las embarazadas que presentan depresión; considerando que el embarazo es un evento estresante que puede reactivar estos síntomas ansiosos o depresivos, que son los más frecuentes, funcionando el embarazo como un desencadenante que tiene un ingrediente hormonal y genera vulnerabilidad emocional, afectando la salud materna y del recién nacido. El estudio está orientado a dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Integral de Salud de Jicarito, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre 2018?

Asimismo, las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las embarazadas que acuden al control prenatal?
2. ¿Qué características clínicas y gineco obstétricas presentan las embarazadas que acuden al control prenatal?
3. ¿Cuáles son los síntomas de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal?
4. ¿Cuál es la frecuencia y clasificación según tipo de depresión en las embarazadas que acuden a control?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de depresión en embarazadas que asisten al control prenatal en el Centro Integral de Salud de Jicarito, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre 2018.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente las embarazadas que acuden al control prenatal.
2. Establecer las características clínicas y gineco obstétricas que presentan estas embarazadas.
3. Identificar los síntomas de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal.
4. Clasificar la frecuencia y tipos de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal.

VI. MARCO TEÓRICO

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS,2018)

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. (OMS,2018)

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar. Un desorden afectivo es la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad. Se han llevado a cabo estudios en pacientes con depresión a largo plazo, encontrando que existen dos formas básicas de depresión: la exógena y la endógena y que las causas pueden incluir factores: genéticos, químicos y psicosociales. Por casi 2,500 años los desórdenes afectivos han sido descritos como enfermedades muy comunes del hombre, pero sólo recientemente han despertado interés como un problema mayor de salud pública. (Guadarrama, s.f)

La depresión es una condición que ya fue reconocida clínicamente por los antiguos griegos, aunque fue hasta mediados del siglo XX que se iniciaron estudios sobre los

neurotransmisores involucrados, estudios que aportaron conocimientos esenciales para el tratamiento exitoso de la depresión. Es una de las formas más comunes de enfermedad mental en la población en general. En general la prevalencia es del 15%, la asociación que mantiene con morbilidad y mortalidad es sustancial e impone una gran carga tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados. De acuerdo con datos recientes la depresión es la 5a. causa de discapacidad en el mundo y es alrededor del 4% de la carga total de enfermedades en el mundo. Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% de mujeres y 12% de hombres en algún momento durante su vida. Las mujeres son doblemente susceptibles a sufrir depresión y los síntomas generalmente se incrementan con la edad, pero a pesar de eso más hombres que mujeres mueren por suicidio. (Guadarrama, s.f)

La depresión y sus causas.

La opinión generalizada es que ambos conceptos son aceptables, de ser así se deben considerar dos formas básicas de depresión, exógena y endógena. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica, como ocurre en las psicosis bipolar (maniaco-depresiva) o unipolar (depresiva), nuevamente debe uno preguntarse ¿esta división tan precisa existe realmente?

(Guadarrama, s.f)

En la vida diaria los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales, todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo sólo para el individuo afectado. Ese valor afectivo varía de individuo a individuo y, como ya se mencionó antes, la experiencia de cada individuo es la variable que introduce la diferencia en la respuesta. En otras palabras, el estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y éste no puede separarse de los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Por lo tanto, se puede inferir que la llamada depresión exógena depende de ambos factores, la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los

substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y, por ende, en la función cerebral. (Guadarrama, s.f)

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen: • Factores genéticos • Factores químicos: alteraciones de neurotransmisores • Factores psicosociales como: experiencias adversas en la infancia: dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima. (Guadarrama, s. f)

Síntomas de la depresión.

Las características claves por medio de las cuales se podrían definir los desórdenes depresivos son: • Talante bajo • Energía reducida • Pérdida del interés o del disfrute
Otros síntomas comunes incluyen baja concentración, reducida autoestima, pensamientos de culpabilidad, pesimismo, ideas de auto daño o suicidio, disturbios del sueño y alteraciones del apetito.¹ El papel de los factores físicos o biológicos en la patogénesis de la depresión se ha sospechado desde la antigüedad. Sin embargo, sólo en la mitad tardía del siglo XX la tecnología y la metodología experimental han estado disponibles para estudiar estos procesos en los desórdenes del talante. (Guadarrama s.f)

Factores asociados a la depresión.

En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica.

La depresión es una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo cuya principal manifestación es la alteración en el sentido de ánimo bajo. Junto a los trastornos de adaptación, los trastornos depresivos son el grupo más frecuente de los atendidos por el médico de Atención Primaria. (Guadarrama s.f)

Hasta un 10-15% de las depresiones mayores pueden llegar a la muerte por suicidio. La depresión es la mayor causa de discapacidad en los países desarrollados, y será el principal motivo en todo el mundo en el año 2020, según la OMS.

La prevalencia de depresión, una de cada cinco personas sufre algún episodio de depresión a lo largo de su vida. La OMS ha estimado que la prevalencia de depresión en la población general oscila entre el 3 y el 5%, y cuando se incluyen las formas mixtas que asocian ansiedad el porcentaje sube hasta el 8%. Pero la ansiedad es también un tema de gran actualidad. Hoy en día los trastornos de ansiedad constituyen el problema psicopatológico de mayor prevalencia en los países de nuestro entorno. Aunque la investigación sobre las causas de estos trastornos y sobre sus tratamientos efectivos ha sido abundante a lo largo del siglo veinte, todavía se desconocen muchos aspectos relevantes para la práctica clínica relativos a la psicopatología específica de cada trastorno, a los indicadores de adherencia al tratamiento o a la elección del tratamiento más efectivo para cada tipo de trastorno y para cada paciente. Tal vez el problema central en el abordaje clínico de los trastornos de ansiedad sea el encontrar un modelo teórico comprensivo y una metodología de investigación rigurosa que permita conectar el estudio de la ansiedad patológica con el estudio experimental de los procesos emocionales y afectivos normales. Sin duda, los avances en la investigación reciente sobre la emoción, fundamentalmente desde las perspectivas psicobiológica y psicofisiológica, están abriendo nuevas vías de comprensión de los mecanismos que subyacen a los procesos emocionales normales y patológicos, incluyendo los trastornos de ansiedad. (OMS, s.f)

En el estudio realizado por la OMS en centros de Atención Primaria de 14 países del mundo se constató una prevalencia de un 7,9% para los trastornos de ansiedad generalizada. Además del bajo nivel educacional, otra variable sociodemográfica asociada al mismo fue el tener más de 2 hijos pequeños en el hogar. También el hecho de padecer enfermedad física, se asociaba al trastorno de ansiedad (a diferencia de lo que ocurría en el caso de la depresión). La conclusión de las investigaciones y trabajos que se han realizado hasta la actualidad, refieren que el bebé desde que está en el útero, es sensible al estado mental de la futura madre, y puede ser afectado por este. Por tanto, si la mujer que está embarazada tiene depresión, esta puede afectar al feto, dando como resultado un parto de alto riesgo, prematuro o aborto. Así como

determinados problemas en el desarrollo físico y cognitivo del bebé, como bajo peso o retraso en el lenguaje. (OMS, s.f)

Los trastornos mentales son altamente prevalentes, destacando la depresión y la ansiedad. Gran parte de los pacientes con trastornos de ansiedad y trastornos depresivos son vistos cada vez más en Atención Primaria. Los problemas de Salud Mental constituyen un reto que debe enfocarse con estrategias a largo plazo que permitan una adecuada atención a estos problemas que, a menudo se cronifican, constituyen una de las mayores cargas que soporta el sistema sanitario y, por ende, la sociedad hondureña.

Por otra parte, tras el nacimiento, la depresión afecta al vínculo entre madre e hijo, interfiriendo en el rol que la madre tiene en la crianza con sus hijos. Los síntomas de la depresión en las madres pueden afectar el establecimiento de los lazos afectivos madre e hijo, tan importante para el desarrollo cognitivo, emocional y físico del bebé. (OMS, s.f)

Con depresión es menos probable que una mujer que acaba de dar a luz pueda estar emocionalmente disponible para atender las necesidades del recién nacido e interpretar adecuadamente los mensajes del bebé y, por tanto, más difícil poder dar una respuesta adecuada a la necesidad y atender el cuidado en la salud. (OMS, s.f)

El embarazo está supuesto a ser uno de los tiempos más alegres en la vida de una mujer, pero por muchas mujeres esto es un tiempo de confusión, miedo, estrés y aún depresión. Según a The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), entre 14-23% de mujeres lucharán con algunos síntomas de depresión durante el embarazo. (OMS, 2008)

Mujeres con la depresión usualmente experimentarán algunos de los siguientes síntomas por 2 semanas o más: tristeza persistente, dificultad concentrando, durmiendo muy poco o demasiado, pérdida de interés en actividades que usted usualmente disfrutara, pensamientos recurrentes de muerte, suicida, o desesperanza, ansiedad, sentimientos de culpabilidad o inutilidad y cambios en hábitos alimenticios. La depresión que no está tratada puede tener riesgos peligrosos potenciales a la

madre y el bebé. Como también pueden ser la pobre nutrición, tomar alcohol, fumar y comportamiento suicidio, los que pueden causar entonces nacido prematuro, peso de nacimiento bajo y problemas de desarrollo. Una mujer que está deprimida a menudo no tengo la fuerza o el deseo cuidar adecuadamente por ella misma o su bebé desarrollados. Los bebés nacidos a madres quien son deprimidas pueden ser menos activos, muestran menos atención, o ser más agitados que los bebés nacido a madres quienes no son deprimidas. Esto es la razón por obtener la ayuda correcta es importante para ambos la madre y el bebé. (Méndez, C. 2017).

La gestación puede generar ansiedades normales en una mujer embarazada: “Es una experiencia fuerte, biológicamente intensa. El cuerpo experimenta una serie de fenómenos que impactan la parte física. El embarazo, es un evento estresante, puede reactivar estos síntomas ansiosos o depresivos, que son los más frecuentes. Funciona como un disparador que también tiene un ingrediente hormonal y genera vulnerabilidad emocional”. (Méndez, C. 2017).

Gestación y características clínicas por trimestre.

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (OMS, 2008).

Existen elementos que caracterizan a los tres trimestres del embarazo. El primer trimestre se caracteriza por la felicidad natural de la certeza de estar esperando un hijo. Existen cambios psicológicos en la mujer, con algunas manifestaciones físicas, como molestias en las mamas, las mañanas con náuseas o vómitos, la somnolencia, etc. Algunas veces la preocupación de un sangrado, que coincide con la implantación del huevo fecundado, hace sentir temor de perderlo. (OMS, 2008)

El segundo trimestre el más disfrutable. Los trastornos digestivos pasan. Los temores acerca de la evolución normal del bebé se atenúan con los resultados de los

exámenes. El crecimiento uterino no es tan rápido como el siguiente trimestre. Es la etapa de equilibrio a todo nivel. La sexualidad se vive en forma más plena, el tamaño del abdomen no molesta. En el tercer trimestre hay un crecimiento más acelerado y visible del bebé y, por lo tanto, del abdomen. La frecuencia de las relaciones sexuales a veces disminuye. Esta nueva etapa de la vida de la mujer implica algunos cambios fisiológicos en el organismo que explican, en parte, los cambios en el estado físico y anímico. La gestación es un período en el que aumentan notablemente las necesidades nutritivas. (OMS, 2008).

Este incremento se debe a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto y para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación como son la placenta, el útero, las glándulas mamarias y la sangre; así como para la constitución de depósitos de energía para el tiempo de la lactancia. (Mendez, C.2017).

Entre los cambios físicos, se encontraron: el retiro de la menstruación, aumento de peso, aumento del tamaño de los pechos y del útero (donde se alojarán el feto, la placenta y el líquido amniótico), mareos, fatiga, somnolencia y aumento en la frecuencia de las micciones. Los cambios psicológicos son frecuentes, sobre todo en el primer embarazo, los estados depresivos, el llanto fácil e irritabilidad. Todos estos cambios son provocados por las hormonas que aumentan durante el embarazo. Se segregan cantidades importantes de estrógeno, progesterona, gonadotrofina coriónica, entre otro aumento de peso, cambios en el metabolismo, el sistema cardiovascular, aumento de volumen de sangre, disminución de la movilidad gastrointestinal. (OMS, 2008)

La depresión durante el embarazo, o depresión antes del parto, es un trastorno de humor justo como depresión clínica. Trastornos de humor son enfermedades biológicas que involucran cambios en la química del cerebro. Durante el embarazo, cambios de hormonas pueden afectar los químicos en su cerebro, los cuales están directamente relacionado a depresión y ansiedad. Estos pueden estar exacerbado por situaciones de vida difíciles, los cuales pueden resultar en depresión durante el embarazo. (Méndez, C. 2017).

Mujeres con la depresión usualmente experimentarán algunos de los siguientes síntomas por 2 semanas o más: tristeza persistente, dificultad de concentración durmiendo muy poco o demasiado, pérdida de interés en actividades que usted usualmente disfrutara, sentimientos de culpabilidad o inutilidad, pensamientos recurrentes de muerte, suicida, o desesperanza, cambios en hábitos alimentarios. La depresión que no está tratada puede tener riesgos peligrosos potenciales a la madre y el bebé. Depresión no tratada puede conducir a pobre nutrición, tomando alcohol, de fumar y comportamiento suicidio, los que pueden causar entonces nacido prematuro, peso de nacimiento bajo y problemas de desarrollo. Una mujer que está deprimida a menudo no tengo la fuerza o el deseo cuidar adecuadamente por ella misma o su bebé desarrollando. (Mendez, C. 2017).

Díaz Mardorys, Amato Rosanaa, Chávez José G., Ramírez Mónica 4, Rangel Shirley, Lucy Rivera Lucy, López Jesús. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas, Perinatología del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas Universidad de Carabobo, Hospital Universitario Ángel Larralde, Departamento Clínico Integral del Sur. Escuela de Medicina. Universidad de Carabobo, Espacio Miguel Peña. Casa Las Brisas. DESCO. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. De la muestra estudiada que estuvo constituida por 236 embarazadas, 72% tenía entre 20 y 34 años de edad, 56,4% pertenecían al estrato socioeconómico IV, 66,1% tenían entre 2 y 4 gestas y 51,3% se encontraba en el tercer trimestre de embarazo. Siguiendo con los datos obtenidos el 81,4% de las embarazadas tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado. Según la escala de Hamilton. Con respecto a la depresión, 33,9% no se encontraban deprimidas, 29,7% presentó depresión ligera o menor, 16,9% depresión moderada y 19,4% presentó un cuadro de depresión severa o muy severa según la escala aplicada; asimismo, 66,1% tuvo algún nivel de depresión.

Diagnóstico de depresión.

Para medir la presencia de estas patologías existen múltiples test utilizados con frecuencia en el ámbito psiquiátrico y psicológico, entre estos se encuentran las Escalas Psicométricas de Hamilton para la depresión y la ansiedad, que para efectos de esta investigación resultan ideales, ya que de manera sencilla y fidedigna permiten detectar estos trastornos. (López, L. 2017).

Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. (López, L. 2017).

Existe una versión reducida realizada por el mismo autor¹⁷⁸ de 17 ítems, Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. (López, L. 2017).

Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. (López, L. 2017).

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana (López, L. 2017).

Basados en las premisas de que las mujeres embarazadas que presentan ansiedad prenatal y síntomas depresivos están frecuentemente asociadas a trastornos psiquiátricos y que son un factor de riesgo para padecer trastornos posparto, resulta indispensable comprender la importancia de la evaluación psicológica de la embarazada en la consulta del control prenatal con el seguimiento de los cambios fisiológicos propios de la gestación, para hacer diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías, por lo que se planteó analizar los niveles de depresión en embarazadas que acudieron a la consulta de centro integral de salud de Jicarito de octubre a diciembre 2018.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal.

b. Área de estudio

El estudio se realizó en el Centro Integral de salud de Jicarito, del Municipio de San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras.

c. Universo y Muestra:

Constituido por las 86 embarazadas que acudieron a control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, de octubre a diciembre 2018.

d. Unidad de análisis

Las embarazadas que acudieron a control prenatal al establecimiento de salud de Jicarito que cumplieron con los criterios de inclusión

e.- Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Embarazada que acudió a control prenatal
- Que aceptó participar en el estudio
- Que firmó el consentimiento informado
- Que su expediente clínico estaba disponible y completo.

Criterios de exclusión

- Embarazada que se negó a firmar el consentimiento informado
- Embarazada con retraso mental u otra discapacidad de tipo mental
- Que su expediente clínico no estaba disponible o estaba incompleto.

f.- Variables por objetivo

Objetivo número 1:

Caracterizar sociodemográficamente a las embarazadas que acudieron al control prenatal.

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Estado civil
- Empleo
- Nivel socioeconómico

Objetivo número 2:

Establecer las características clínicas y gineco obstétricas que presentaron estas embarazadas.

- Partos
- Abortos
- Controles prenatales
- Embarazo planeado
- Antecedentes familiares
- Hábitos
- Violencia
- Cesáreas
- Hijos vivos
- Hijos muertos
- Fallo de método de anticoncepción familiar.

Objetivo número 3:

Identificar los síntomas de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal.

- Humor deprimido
- Sensación de culpabilidad
- Idea de suicidio
- Insomnio precoz

- insomnio intermedio
- insomnio tardío
- Problemas en el trabajo y actividades
- Inhibición psicomotora
- agitación psicomotora.
- Ansiedad psíquica
- Ansiedad somática
- Síntomas somáticos gastrointestinales
- Síntomas somáticos generales
- Síntomas sexuales
- Hipocondría
- Pérdida de peso
- Toma de conciencia de la enfermedad.

Objetivo 4:

Clasificar la frecuencia por trimestre y según tipos de depresión en embarazadas que acudieron al control prenatal

- Frecuencia por trimestre
- Tipo de depresión.

g.- Fuente de información

Fuente primaria: las embarazadas que acudieron al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito. Fuente secundaria: información de la hoja de control clínica perinatal base (HCPB).

h.- Técnica de recolección de la información

Se le invitó a participar en el estudio y previa firma de su consentimiento informado se le hizo una entrevista para la recolección de datos; a cada mujer se le aplicaron los instrumentos:

I Parte: características sociodemográficas.

II Parte: Test de Hamilton

III Parte: características gineco obstétricas

Estos instrumentos aplicados a las embarazadas por el medico investigar y el psicólogo.

i.- Instrumentos de recolección de información

Instrumento para obtener las características sociodemográficas de las embarazadas, encuesta de 25 preguntas, información extraída de las fichas domiciliarias, que utiliza la secretaria de salud para establecer un hogar como pobre, o en extrema pobreza, donde se valora las necesidades básicas insatisfechas (NBI) I.- características de la vivienda, II.- higiénico sanitarias (abastecimiento de agua, agua para consumo, eliminación de excretas, eliminación de basura), III.- Económica (electricidad, hacinamiento, bono familiar), se establece como hogar pobre con 1 condición higiénico sanitaria, hogar con extrema pobreza, si presenta 2 o más condiciones socioeconómicas (vivienda con características físicas inadecuadas, la vivienda tiene servicios inadecuados, hogar en estado de hacinamiento (más de 3 miembros por habitación), hogar con alta dependencia económica (más de 3 dependientes por familia).

Test de Hamilton para la Depresión. Es una escala administrada por entrevista. Consta de 17 ítems, La escala evalúa la gravedad de los síntomas depresivos. La puntuación total de la escala oscila entre 0 puntos (ausencia de síntomas depresivos) y 54 (síntomas depresivos graves), clasificando la depresión según puntuación obtenida en el test (8 – 12 puntos depresión menor, 13 – 17 puntos menos que depresión mayor, 18 – 54 puntos depresión mayor).

Y el instrumento para obtener las características gineco obstétricas, consta de 16 preguntas obtenidas de la HCPB.

j.- Procesamiento de la información

Software estadístico SPSS20. Se elaboró la base de datos, se realizaron análisis estadístico de frecuencia, se elaboraron tablas y gráficos.

k.- Consideraciones éticas

Se solicitó autorización para el estudio por medio de una carta dirigida al Jefe Regional de Francisco Morazán. Se realizó hoja de consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información y estos formatos se encuentran en poder de la investigadora.

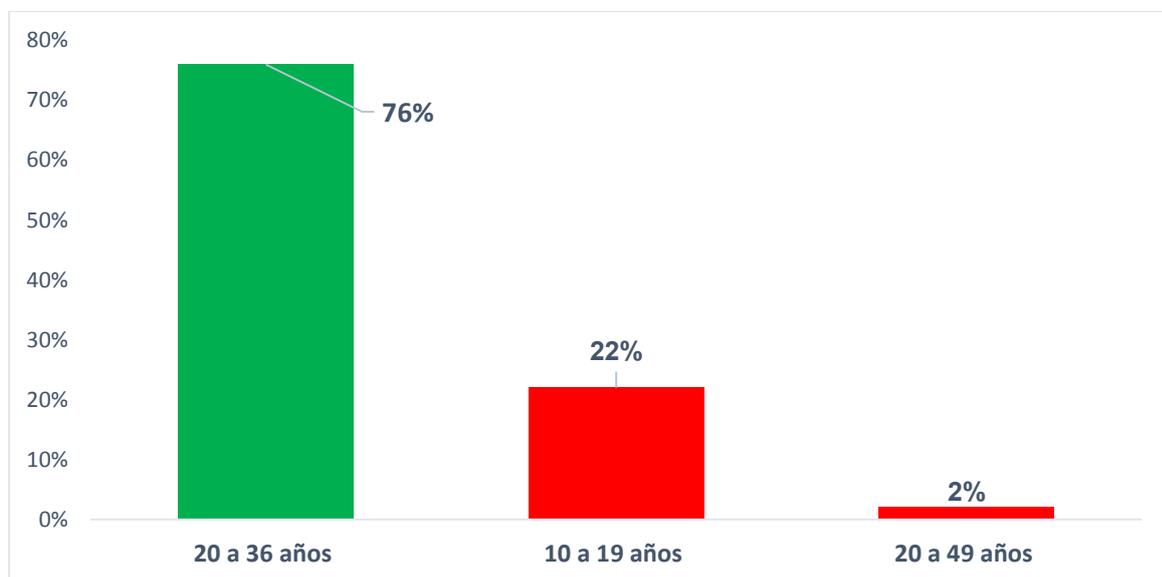
l.- Trabajo de campo.

El trabajo de campo se inició con el abordaje de la embarazada en su control prenatal, iniciando con consentimiento informado, posteriormente Test de Hamilton para depresión, encuesta socioeconómica y características gineco obstétricas se obtuvo del expediente de la HCPB, iniciando el mes de octubre a diciembre 2018, las encuestas fueron aplicadas por médico investigador, y psicólogo, se aplicaron , de lunes a viernes de las 8:00 a.m. hasta las 2: 00 p.m., según afluencia y los segundos jueves de cada mes en el club de embarazadas; las encuestas se realizaron en físico.

IX. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1: Caracterizar sociodemográficamente las embarazadas, que acudieron a control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre del 2018.

Gráfico 1: Edad de las embarazadas, que acudieron a control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre del 2018.



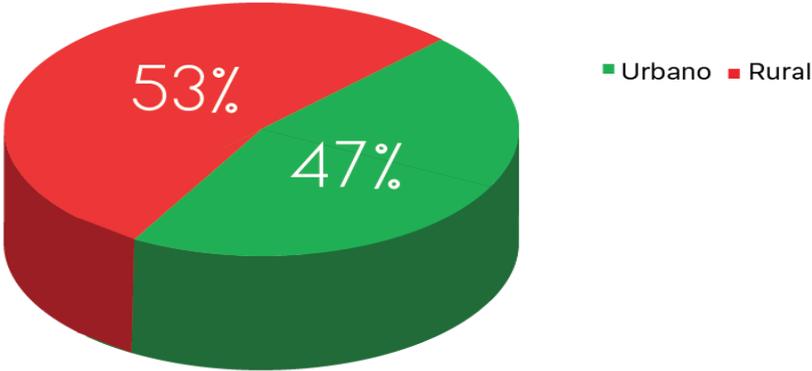
Fuente: Expediente clínico (Hoja de Control Perinatal Base).

En relación a los datos demográficos se observa que 65 (76%) de las embarazadas que acudieron al control prenatal estaban entre las edades de 20 – 36 años, menor de 19 años un 19 (22%), mayor de 37 años un 2 (2 %) (Ver anexo 7, tabla 5).

Estos resultados concuerdan con estudio de Sumano-López & Vargas Mendoza. 2016. Ecuador. donde la mayoría de las embarazadas que asistieron a control prenatal estaban en rango de edad de 20 – 34 años.

Con estos resultados se destaca que la mayoría de las embarazadas del estudio se encontraban en la edad reproductiva de menos riesgo (20 – 36 años), esta es la edad de mayor riesgo de padecer depresión de las embarazadas.

Gráfico 2. Procedencia de las embarazadas que acudieron a control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

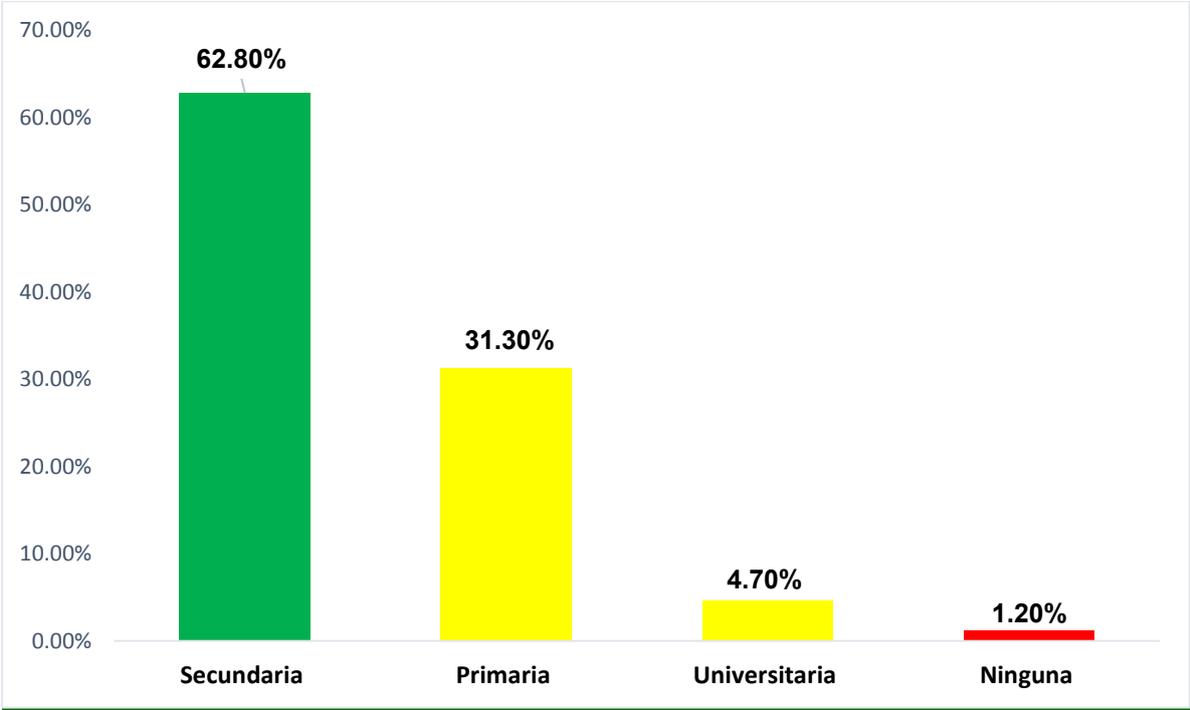


Fuente: Expediente clínico (Hoja de Control Perinatal Base).

En relación a los datos demográficos se observa que 46 (53%) de las embarazadas acudieron al control prenatal de procedencia rural y un 40 (47%) de procedencia urbana, (ver anexo 7, tabla 5).

Según las normas de Atención Materno Infantil en Honduras, se considera como riesgo social reproductivo, vivienda rural.

Gráfico 3. Escolaridad de las embarazadas que acuden al control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



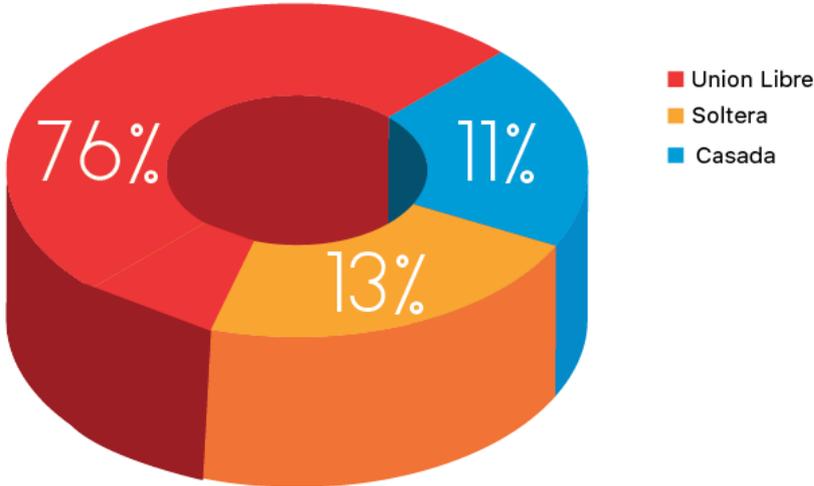
Fuente: expediente clínico (Hoja de Control Perinatal Base).

Según datos demográficos de escolaridad 54 (62.8 %) habían estudiado hasta la secundaria, un 27 (31.3%) la escolaridad primaria, grado universitario embarazadas 4 (4.7%), ningún grado de escolaridad 1(1.2%), (ver anexo 7, tabla 5).

Estos resultados concuerdan con estudio de Sumano-López & Vargas Mendoza. En 2016. Ecuador. encontró que la escolaridad secundaria predominó en la mayoría de las embarazadas. 155 (58%)

Con estos resultados se confirma que la baja escolaridad es un problema social importante que influye en la salud materna, y que con el paso de los años no ha mejorado a nivel país y en países de Latinoamérica.

Gráfico 4. Estado civil de las embarazadas que acudieron al control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018



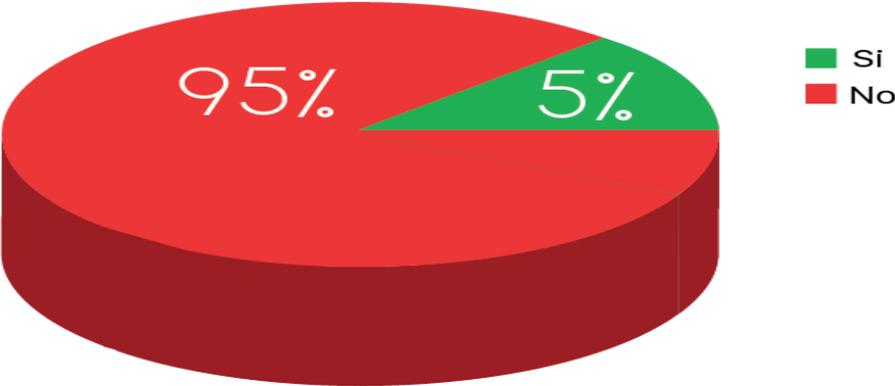
Fuente: Expediente clínico (Hoja de Control Perinatal Base).

Según datos sociodemográficos el estado civil que más refirieron la embarazada fue el de unión libre con un 65 (76%), solteras con un 11 (13 %), casadas con 10 (11%), (ver anexo 7, tabla 5).

Según estudio de Ruiz-Acostaa. En el año 2017 en México, se encontró que la mayoría de las embarazadas en el estudio su estado civil unión libre.

Con estos resultados se destaca la importancia de brindar atención al contexto social en el que se desarrolla el embarazo, en Honduras la unión libre predomina sobre el matrimonio legal. Al igual que algunos países de Latinoamérica.

Gráfico 5. Empleo de las embarazadas que acudieron al control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

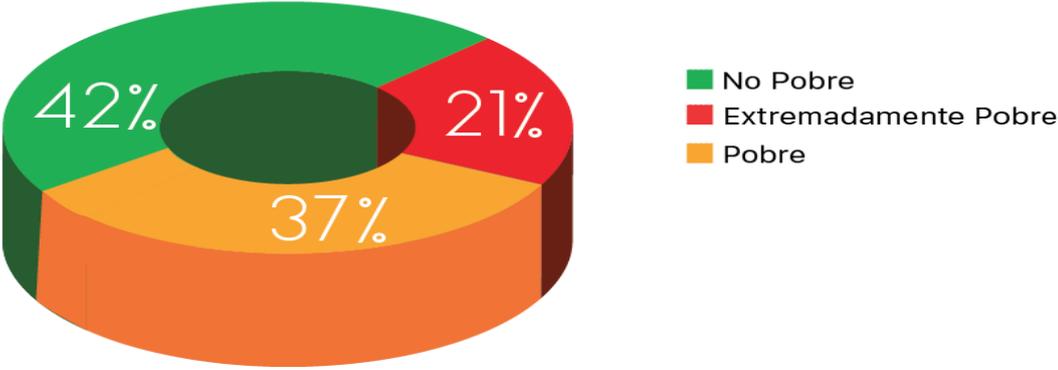


Fuente: Instrumento características sociodemográficas.

En relación a los datos sociodemográficos se observa que el 82 (95%) no tenían un empleo formal y un 4 (5 %) contaban con empleo formal (ver anexo 7, tabla 5).

Con estos resultados se confirma que el desempleo es un problema social importante, que influye en el hogar y salud materna, debe ser tomado en cuenta al brindar atención integral a la embarazada. Es un problema a nivel de país.

Gráfico 6. Nivel socioeconómico de las embarazadas que acudieron al control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



Fuente: Instrumento características sociodemográficas.

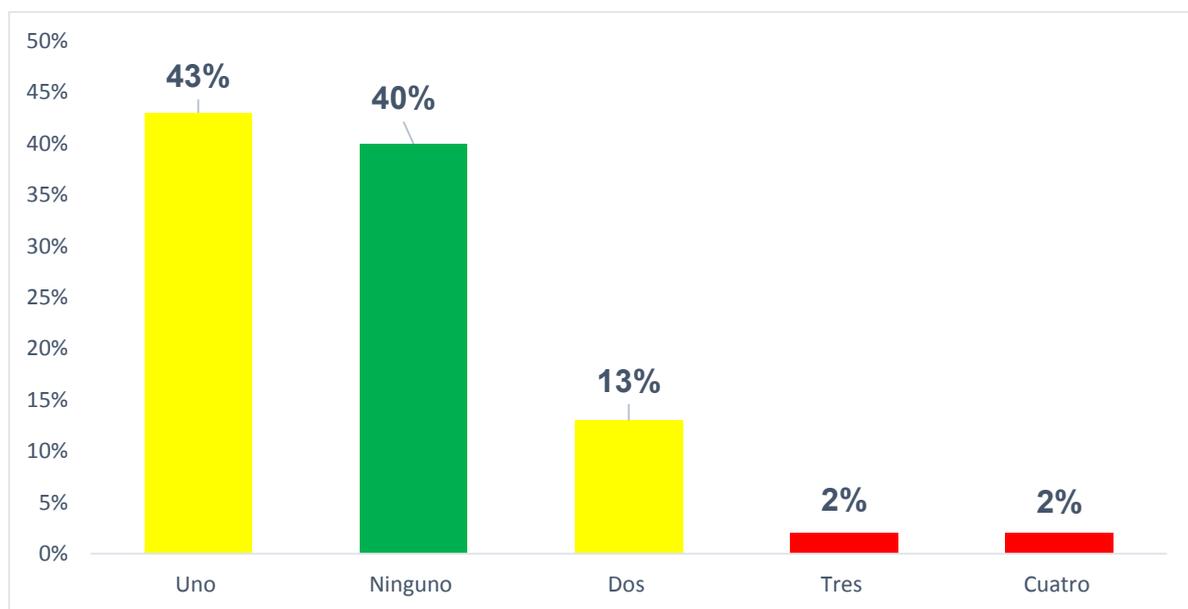
En relación a los datos socio demográficos pobre un 32 (37%) y en extrema pobreza un 18 (21%), 36 (42%) no pobre, (ver anexo 7, tabla 5).

Estos resultados concuerdan con estudio de Rodríguez-Baeza en 2017. En Venezuela, encontraron que el 56.45% de las embarazadas pertenecen a un estrato socioeconómico pobre.

Estos datos evidencian que la condición económica es un problema social importante, la situación económica pobre y extrema pobreza crea circunstancias de preocupación en el hogar, y debe ser tomado en cuenta al brindar atención integral de las embarazadas, es un problema a nivel de país donde el 43.3% es pobre y el 23.3% pobreza extrema.

Objetivo 2. Características clínicas y gineco obstétricas. de las embarazadas que acudieron al control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018

Gráfico 6. Antecedentes de partos que presentaron las embarazadas que acudieron al control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



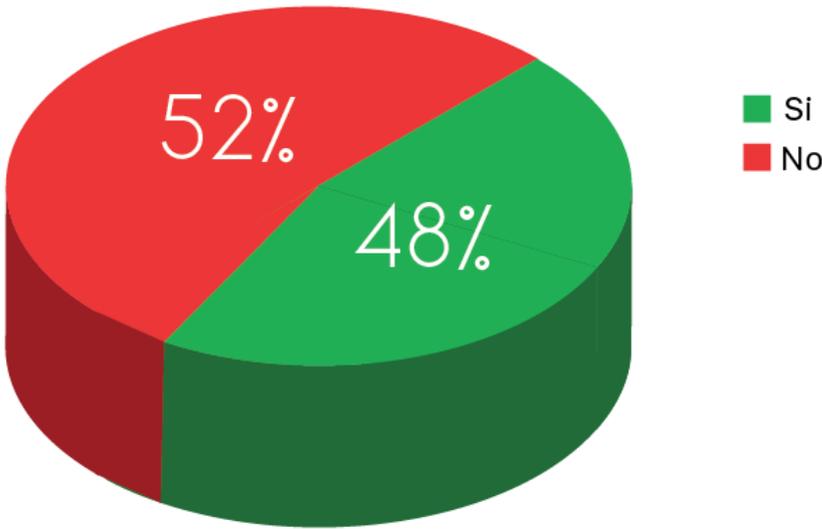
Fuente: expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base).

En relación a los datos gineco obstétricos un 34 (40 %) sin antecedentes de partos, el 37 (43 %) con antecedente de un parto, el 11 (13 %) con dos partos, un 2 (2 %) con antecedente de tres y cuatro partos (ver anexo7, tabla 7).

No concuerda con estudio de Sumano-López & Vargas Mendoza. En 2016 en Ecuador, la mayoría de las embarazadas con depresión era multigesta.

Esta discordancia de resultados confirma que, aunque todas las gestantes viven el mismo desequilibrio hormonal, no a todas les afecta de igual manera. Influye su entorno social para sobrellevar cualquier circunstancia estresante, independiente si es nulípara o multípara.

Gráfico 7. Embarazo planeado de las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



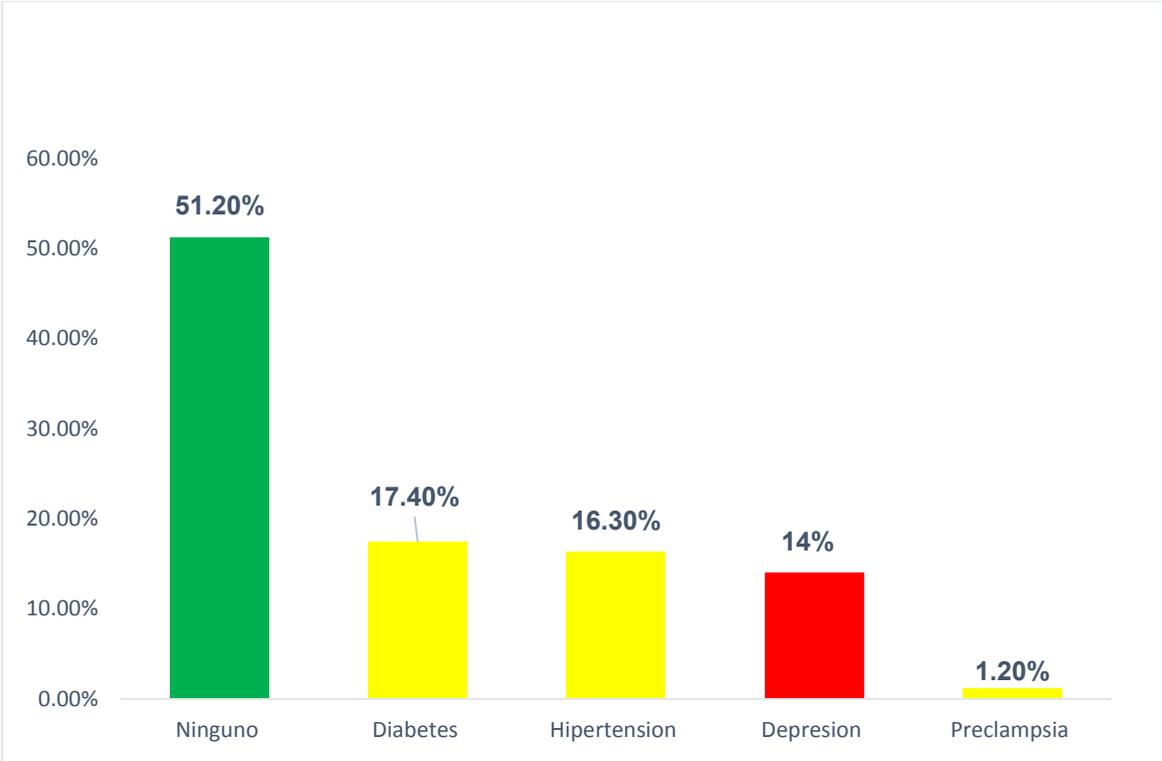
Fuente: Expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base).

Según datos clínicos el 45 (52%) no planearon su embarazo, el 41 (48%) sí planearon su embarazo 8 (ver anexo 7, tabla 7).

Estos resultados concuerdan con investigación de Reyes Cruz. En el año 2014, en Cuba, encontraron que menos del 50% de las embarazadas planearon su embarazo.

Estos resultados evidencian que la baja o nula educación sexual es un problema de salud importante, debe tomarse en cuenta al brindar atención preconcepcional en relación a la planificación familiar, a la mujer en edad reproductiva.

Gráfico 8. Antecedentes familiares de las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



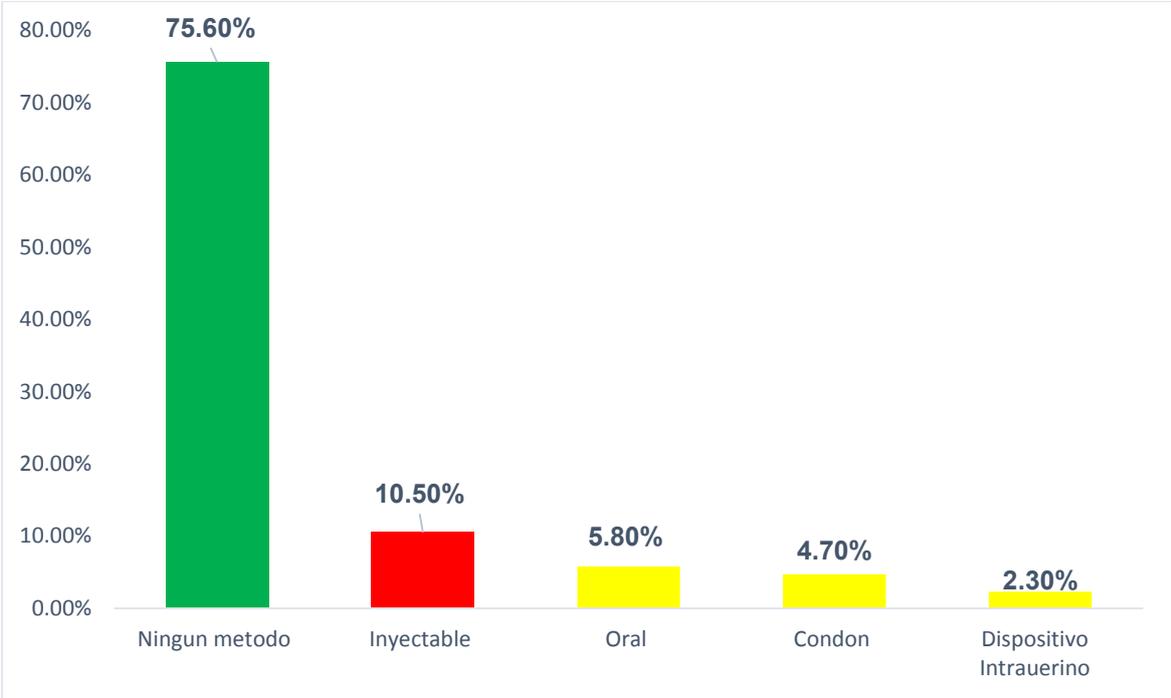
Fuente: expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base).

Según datos clínicos el 44 (51%) de las embarazadas sin antecedentes familiares de enfermedades, un 15 (17%) con antecedente familiar de diabetes mellitus, un 14 (16%) con antecedente de hipertensión arterial, un 12 (14%) con antecedente de depresión y un 1 (1%) con antecedente de preeclampsia (ver anexo 7, tabla 7).

Concuerda con estudio de Rodríguez-Baeza 2017. En México en los antecedentes familiares se encontró que el 15.8% de las madres de embarazadas (41) habían padecido depresión.

Con estos resultados se confirma que el antecedente familiar de depresión, debe ser abordado integralmente en la consulta médica preconcepcional. Para la detección y tratamiento oportuna.

Gráfico 9. Fallo de método anticonceptivo de las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

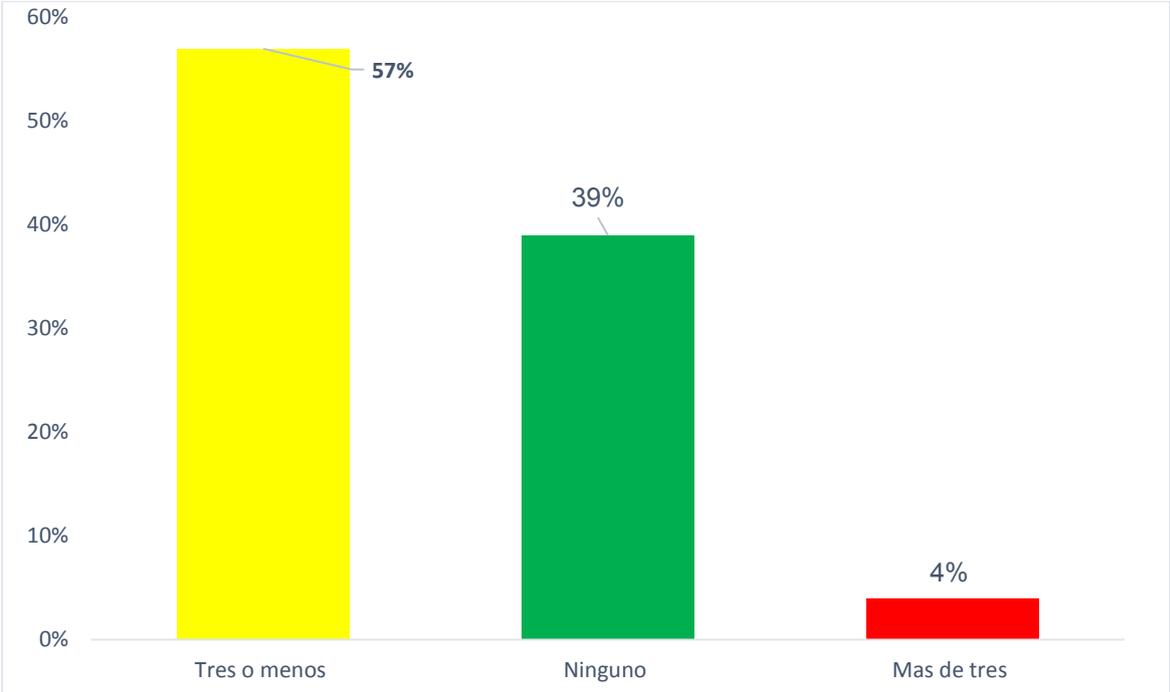


Fuente: expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base).

Según datos clínicos un 65 (75.6 %) no usaba ningún método de planificación familiar, a 9 (10.5 %) le falló el método inyectable, a 5 (5.85) fallo del método oral, un 4 (4.7 %) tuvo fallos en el uso del condón y a 2 (2.3 %) un fallo en el uso del DIU, (ver anexo 7, tabla 7).

Este estudio refleja el poco o nulo conocimiento en relación a la prevención del embarazo, alerta a buscar estrategias para la educación sexual y preconcepcional, aunque un grupo de estas mujeres no deseaban embarazo, tampoco buscaban un método para evitarlo y las que usaban metodos se observa que el fallo de los mismos es mínimo.

Gráfico 10. Número de hijos vivos de las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

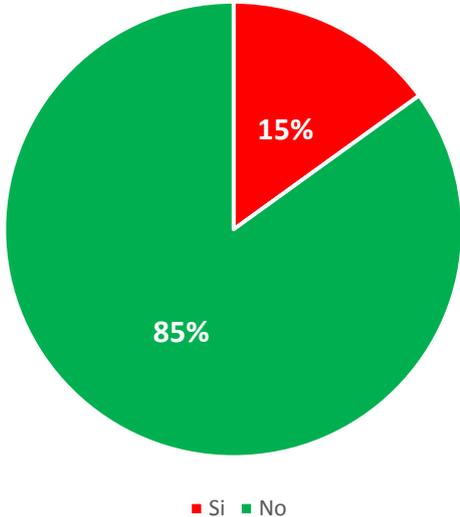


Fuente: expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base)

Según datos clínicos un 49 (57 %) tenían menos de 3 hijos, un 34 (39%) ningún hijo y el 3 (3.5%) más de 3 hijos, (ver anexo 7, tabla 7).

En estos resultados se observa que las embarazadas encuestadas no estaban en riesgo reproductivo, solo el 3 (3.5%) tenían más de 3 hijos. las normas de atención a la mujer lo consideran riesgo reproductivo más de 4 partos. Una parte de las embarazadas del estudio planificaron sus embarazos,

Gráfico 11.- Antecedentes de abortos en las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

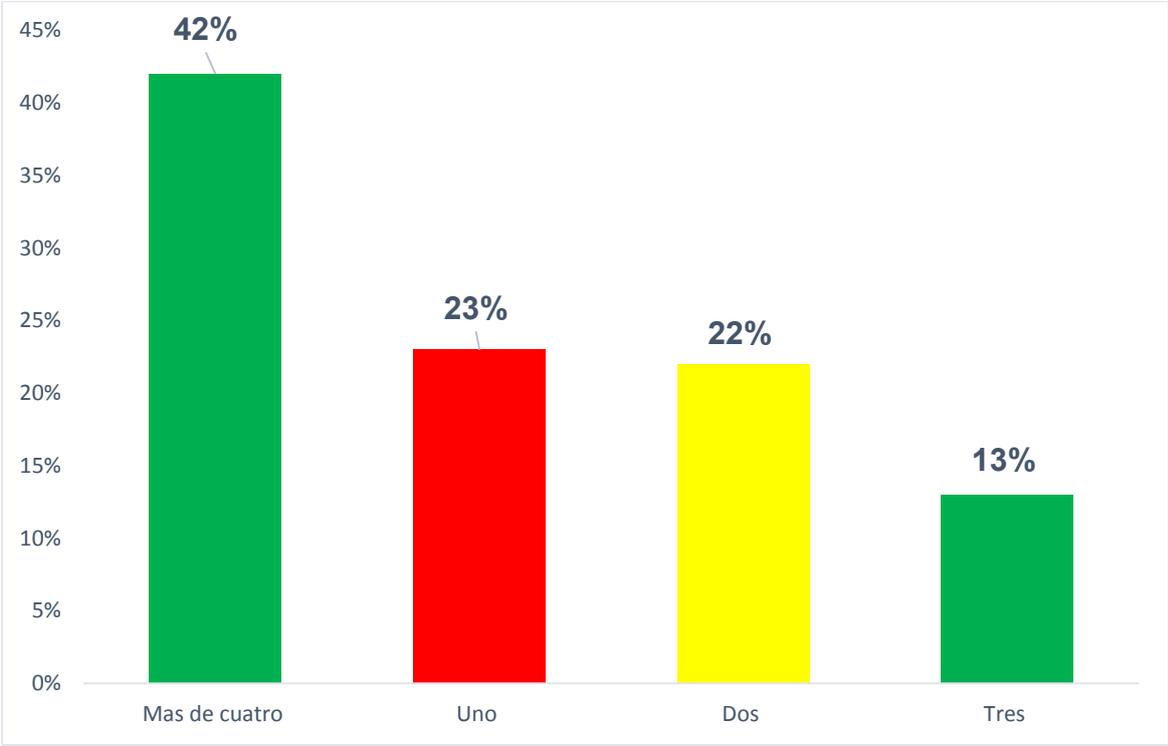


Fuente: expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base)

Según antecedentes gineco obstétricos 73 (84.9 %) no tenían antecedentes de aborto y 13 (15.1%) presentaron antecedentes de aborto. (Ver anexo 7, tabla 7).

Los resultados demuestran que las embarazadas en su mayoría no tenían como riesgo reproductivo el antecedente de aborto. Las probabilidades de culminar sus embarazos felizmente eran mayores.

Gráfico 12. Controles prenatales recibidos por las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

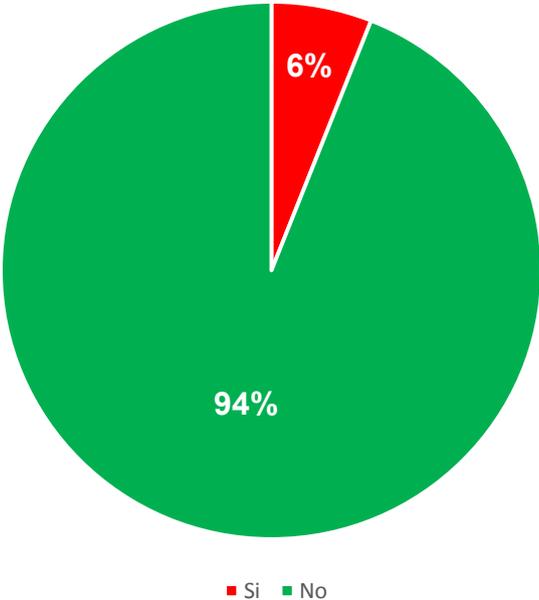


Fuente: expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base).

Según antecedentes gineco obstétricos el 36 (42 %) tenían más de cuatro controles prenatales, el 20 (23 %) tenían un control prenatal, el 19 (22%) tenían dos controles y el 11 (13 %) tenían tres controles. (Ver anexo 7, tabla 7).

Con estos resultados se observa que la afluencia a los controles prenatales de las embarazadas se acerca a el número de controles que las normas de e atención a la mujer exige, que es de por lo menos 5 controles. Cada control es una oportunidad para el diagnóstico oportuno de problemas de salud mental. se demuestra que hay acceso a los servicios de salud.

Gráfico 13. Antecedente de cesáreas en las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



Fuente: expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base).

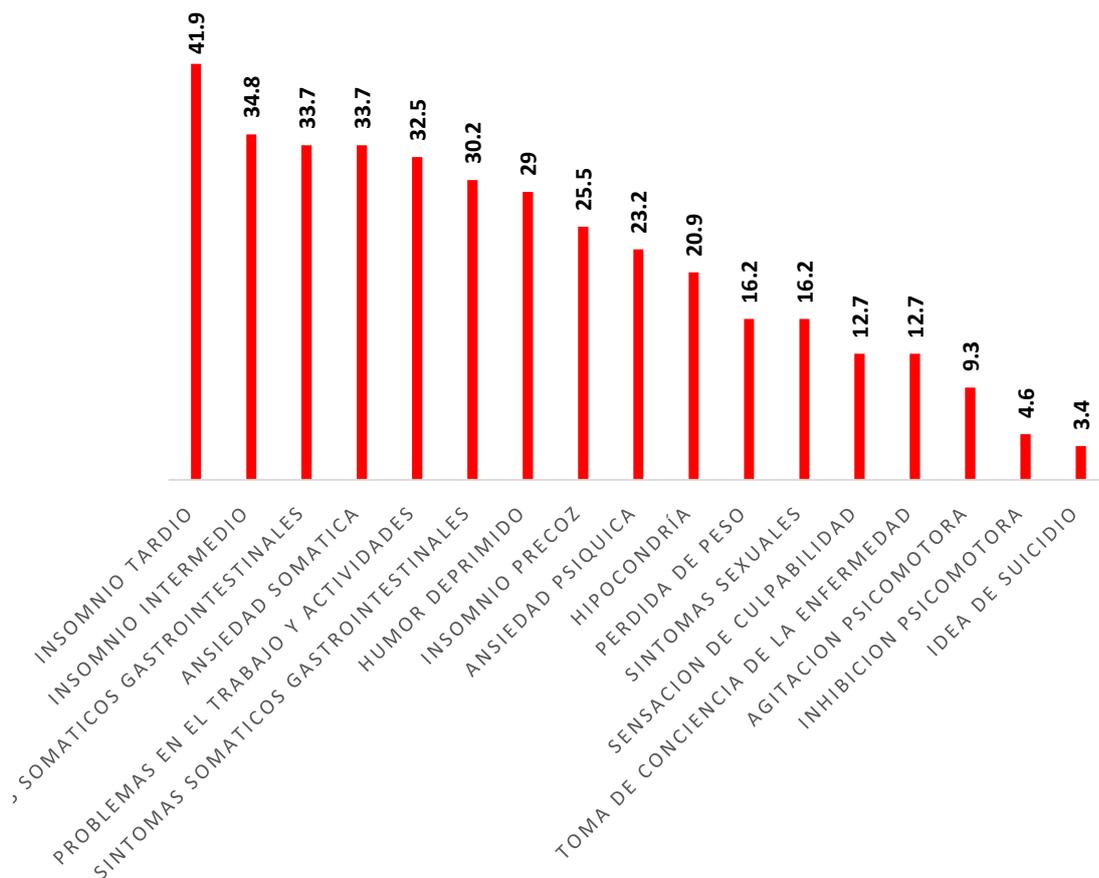
Según antecedentes gineco obstétricos el 81 (94.2%) no tenían antecedentes de cesárea y el 5 (5.8%) sí tenían antecedentes de cesárea (ver anexo 7, tabla 7).

Con este resultado se observa que la mayoría de las embarazadas, no tenían como riesgo reproductivo el antecedente de Cesáreas, en Honduras la cultura de parto es tradicional, la realización de cesáreas solo por emergencias en su mayoría

Las mujeres no se sometieron en su mayoría al stress de las cirujas, esto favorece culminar el embarazo con menos preocupación.

Objetivo 3. Síntomas de depresión en las embarazadas, que acudieron a control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre del 2018.

Gráfico 14. Síntomas de depresión en embarazadas que acudieron a control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



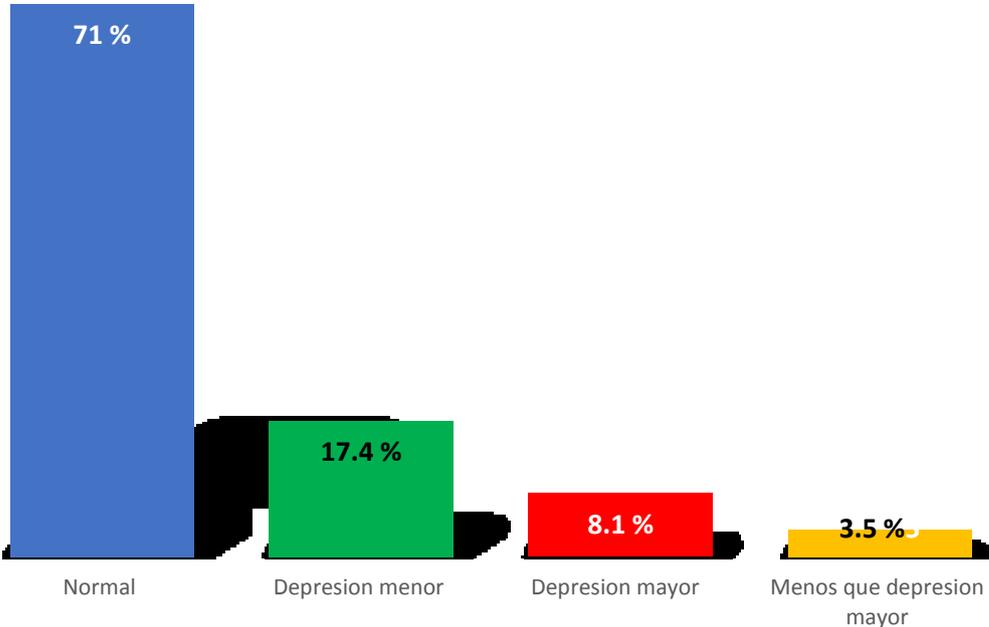
Fuente: Test de Hamilton.

Según el test de Hamilton el 36 (41.9 %) presentaron insomnio tardío, 30 (34.85) insomnio intermedio, síntomas somáticos generales 29 (33.7), ansiedad somática 29 (33.7%), problemas en el trabajo y actividades 28 (32.5 %), síntomas somáticos gastrointestinales 26 (30.2%), humor deprimido 25 (29%), insomnio precoz 22 (25.5%), ansiedad psíquica 20 (23.2%), hipocondría 18 (20.9%), pérdida de peso 14 (16.2 %), síntomas sexuales 14 (16.2%), sensación de culpabilidad 11(12.7%), toma de conciencia de la enfermedad 11(12.7%), agitación psicomotora 8 (9.3%), inhibición psíquica 4(4.6%), idea de suicidio 3 (3.4 %) (ver anexo 7, tabla 7).

En este estudio la mayoría de las embarazadas presentaron síntomas de melancolía y trastornos del sueño.

Objetivo 4. Determinar frecuencia y clasificación de la depresión en las embarazadas, que acudieron a control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre del 2018.

Gráfico 15. Frecuencia según tipos de depresión en embarazadas que acudieron al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



Fuente: Test de Hamilton

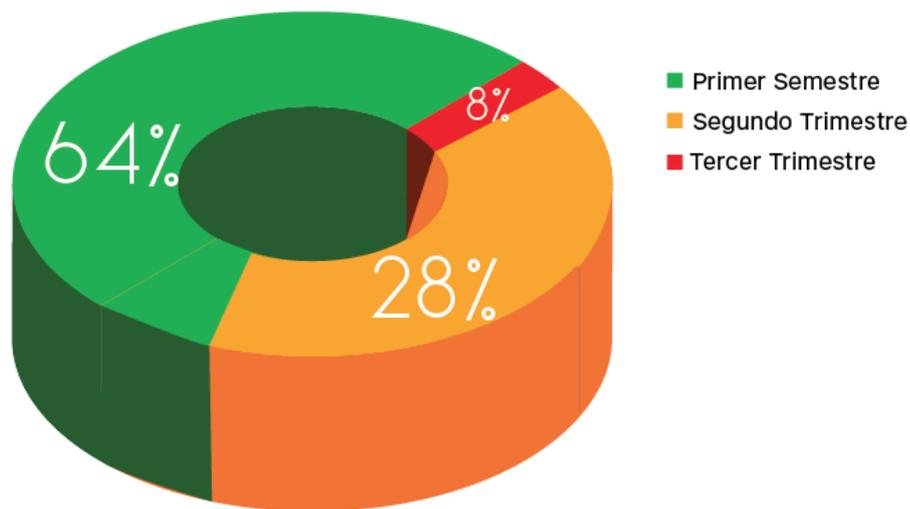
Según resultados del Test de Hamilton el 61 (71 %) de las embarazadas encuestadas no presentaron ningún tipo de depresión, el 15 (17.4 %) presentaron depresión menor, el 7 (8.1 %) presentaron depresión mayor y un 3 (3.5 %) presentaron menos que depresión mayor (ver anexo 7, tabla 8).

Esto concuerda con datos obtenidos de Ruiz-Acostaa. En 2017 en México encontraron que la mayoría de las embarazadas no presentaron depresión, seguido de depresión menor.

Con estos resultados se confirma que la depresión en el embarazo es un problema de salud pública importante que debe ser diagnosticado y tratado oportunamente.

Es un problema a nivel de Latinoamérica, donde las determinantes sociales al igual que en Honduras influyen en la salud materna.

Gráfico 26. Frecuencia de depresión según semanas de gestación en embarazadas que acudieron al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.



Fuente: Expediente clínico. (Hoja Clínica Perinatal Base).

Según la hoja clínica el 16 (64 %) de las embarazadas presentaron sus síntomas de depresión en el primer trimestre del embarazo, un 7 (28 %) en el segundo trimestre y un 2 (6 %) de las embarazadas presentaron los síntomas de depresión en el tercer trimestre, (ver anexo 13, tabla 9).

Según Sumano-López & Vargas Mendoza. En el 2016. En Ecuador la mayoría de casos se presentaron en el tercer trimestre del embarazo.

En este estudio la mayoría lo presento en el primer trimestre del embarazo.

Esta discrepancia de resultados confirma que los cambios emocionales se pueden presentar en cualquier trimestre del embarazo, depende como la embarazada canalice

las circunstancias, los cambios hormonales son agudizados por problemas sociales, económicos y familiares. Independiente de su semana de gestación.

X. CONCLUSIONES

- 1.** La mayoría de las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito estaban en edad reproductiva adulta joven, de escolaridad secundaria, procedencia del área rural, estado civil unión libre, sin empleo formal y estrato socioeconómico pobre.
- 2.** Las embarazadas que acudieron al Centro Integral de Salud de Jicarito en su mayoría secundigestas, primigesta, no planearon su embarazo, no usaron método anticonceptivo; con antecedente importante de depresión en la familia, sin antecedentes de abortos y cesáreas, la mayoría acudieron a más de 4 controles prenatales.
- 3.** Los síntomas de depresión que más presentaron las embarazadas fueron: insomnio tardío e intermedio, síntomas somáticos generales y gastrointestinales, el síntoma que menos presentaron fue ideas de suicidio.
- 4.** La mayoría de las embarazadas no presentaron depresión, el tipo de depresión predominante fue depresión menor, pero hubo un grupo importante de embarazadas que presentó depresión mayor, el primer trimestre de gestación fué donde más se presentaron los casos de depresión.

XI. RECOMENDACIONES

1.- A nivel Regional:

Jefe Regional, Departamento de Salud Mental, Departamento de Promoción, Departamento de Marco Normativo

- Incluir dentro de los instrumentos de atención preconcepcional y prenatal el test de Hamilton.
- Justificar a nivel regional la importancia de un psicólogo por red de servicios.

2.- A nivel local:

Director del Centro Integral de Salud de Jicarito, Directora municipal de educación, Patronato, Comité de salud, Alcaldía municipal

- Búsqueda de estrategias para educación sexual en establecimientos de salud, tomando en cuenta los centros educativos.
- Capacitar al personal de salud (médico, enfermeras) para el diagnóstico oportuno de depresión
- Asignar un espacio como clínica de atención a la mujer donde se de apertura a este servicio en el Centro Integral de Salud de Jicarito
- Socializar resultados del estudio con actores sociales de la comunidad para búsqueda de estrategias de apoyo.

XII. BIBLIOGRAFÍA

Antonio Sosa, C. (2016). Prevalencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y factores asociados en personas > o igual a 18 años en zonas de influencia atendidas por los medicos en servicio social. Honduras: facultad de ciencias médicas.

Baeza, A. K., M. N.-A. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Mexico

Cruz, R. (2014). Factores psicosociales y depresión en el periodo grávido -puerperal. Centro Psiquiátrico José Galigarcía.

Guadarrama, L. (s.f.). Bases neuroquímicas y neuroanatomías de la depresión. UNAM.

Karina G. Sainz Aceves, M. A. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. México: Issue.

López, L. (2017). Depresión y ansiedad durante el embarazo. Honduras: Scielo.

Mardorys Diaz, R. A. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. Valencia , Venezuela.

Mendez, C. (1 de Diciembre de 2017). Cambios físicos y psicológicos por ajustes hormonales en el embarazo. pág. 28.

(OMS,2018) La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a mas de 300 millones de personas en el mundo.

Piñero, S. (2016). Bases neuroquímicas y neuroanatomías de la depresión. Mexico: ejournal.

Rodríguez-Baeza A.K., May-Novelo LJ, Carrillo-Basulto MB, Rosado Alcocer LM. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25(3): 181-8.

Ruíz Acosta G. J., Organista Gabriela. H., López-Avendaño R. A., Cortaza Ramírez, L., Vinalay Carrillos I. (2017). Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. México.

Suyon, A. (2017). La depresión durante el embarazo.

(UNAH, 2017) Conocimientos, actitudes, práctica y situación anímica de las mujeres embarazadas relacionado con el control y prevención del ZIKA en zonas de influencia atendidas por los médicos en servicio social. (2017).

Unisis. (2 de Diciembre de 2017). Depresión en embarazadas en el primer trimestre de gestación. pág. 34

Vargas Mendoza, S. L. (2016). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México.

ANEXOS

Anexo 1:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1: Caracterizar sociodemográficamente las embarazadas que acuden al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Edad	% por grupo de edad	Años cumplidos	Años	Continua
Procedencia	% por procedencia	Lugar de donde procede la persona	Urbana Rural	Nominal
Escolaridad	% por grado de escolaridad	Grado máximo de estudios aprobados	Iletrada Primaria Secundaria Media	Nominal
Estado civil	% según estado civil	Condición particular que los caracteriza en referencia a sus vínculos personales	Soltera, casada Viuda Divorciada Unión libre	Nominal
Empleo	% ocupación fuera del hogar	Labores fuera del hogar del que obtiene un ingreso	Sí No	Nominal
Nivel socioeconómico	% de mujeres embarazada condiciones adecuadas, de pobreza y extrema pobreza	Según abastecimiento de agua, agua para consumo eliminación de excretas y basura, características de la vivienda, hacinamiento, servicios básicos del hogar	Pobreza Extrema pobreza Necesidades básicas satisfechas	Nominal

Objetivo 2.- Establecer las características clínicas y gineco obstétricas que presentan estas embarazadas al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Partos	% embarazadas según número de hijos	Final de un embarazo y nacimiento del producto de la concepción	1, 2, 3, 4 o más, ninguno	Ordinal
Abortos	% embarazadas según antecedente de abortos	Interrupción del desarrollo del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación	Sí No	Nominal
Control prenatales	% según # de visitas de control	Visitas programadas al ES	1,2,3,4 o mas	Ordinal
Embarazo planeado	% de embarazadas que planearon su embarazo	No usaba ningún método de planificación familiar al salir embarazada	Si No	Nominal
Antecedentes familiares	% de embarazadas con antecedente familiar de enfermedad	Embarazada con historia familiar de alguna enfermedad	Diabetes Hipertensión Preclamsia Eclampsia Depresión Ninguno	Nominal
Hábitos	% embarazadas según habito	Resultado de una acción que se repite frecuentemente	Cigarros Drogas Alcohol Ninguno	Nominal
Violencia	% embarazadas sufren violencia	Sufre de cualquier tipo de violencia: familiar, psicológica, patrimonial	Sí No	Nominal

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Cesáreas	% de cesáreas en embarazos anteriores	Procedimiento quirúrgico para finalizar el embarazo	Sí No	Nominal
Hijos vivos	% de hijos nacidos vivos	Producto vivo resultado del embarazo	Menos de tres más de tres ninguno	Ordinal
Hijos muertos	% de hijos nacidos muertos	Producto muerto resultado del embarazo	Sí No	Nominal
Fallo de método de planificación familiar	% de mujeres que usaba un método de PF al momento de salir embarazada	Cualquier método de PF disponible	Condón DIU Oral Inyectable Implanon ninguno	Nominal

Objetivo 3. Identificar los síntomas de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Variable	Indicador	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Humor deprimido	% de embarazadas con humor deprimido	Tristeza depresión desamparo inutilidad	0 1 2 3 4	Ordinal
Sensación de culpabilidad	% de embarazadas con sensación de culpabilidad	Culpa a sí misma, decepción a las personas	0 1 2 3 4	Ordinal
Idea de suicidio	% de embarazadas con ideas de suicidio	Perdida de interés a la vida, deseo de morirse, intento de suicidio	0 1 2 3 4	Ordinal
Insomnio precoz	% de embarazadas con insomnio precoz	Dificultad para dormirse más de media hora, cada noche	0 1 2	Ordinal
Insomnio intermedio	% de embarazadas con insomnio intermedio	Inquietud y/o despierto durante la noche	0 1 2	Ordinal
Insomnio tardío	% de embarazadas con insomnio	Se despierta en la madrugada y no	0 1 2	Ordinal

Variable	Indicador	Definición operacional	Valores	Escala de medición
		puede volverse a dormir		
Problemas en el trabajo y actividades	% de embarazadas con problemas en el trabajo y actividades	Sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con su trabajo	0 1 2 3 4	Ordinal
Inhibición psicomotora	% de embarazadas con inhibición motora	Lentitud de pensamiento y de palabra, disminución de la concentración, actividad motora disminuida	0 1 2 3 4	Ordinal
Agitación psicomotora	% de embarazadas con agitación psicomotora	Tensión de subjetividad, preocupación por pequeñas cosas, actitud aprehensiva	0 1 2 3	Ordinal
Ansiedad psíquica	% de embarazadas con ansiedad psíquica	Tensión subjetiva e irritabilidad, preocupación por pequeñas cosas	0 1 2 3 4	Ordinal
Ansiedad somática	% de embarazadas con ansiedad somática	Síntomas concomitantes de ansiedad: trastornos gastrointestinales,	0 1 2 3 4	Ordinal

Variable	Indicador	Definición operacional	Valores	Escala de medición
		cardiovasculares, respiratorios, urinarios		
Síntomas somáticos gastrointestinales	% de embarazadas con síntomas somáticos gastrointestinales	Pérdida del apetito, pesadez abdominal, dificultad en comer	0 1 2	Ordinal
Síntomas somáticos generales	% de embarazadas con síntomas somáticos generales	Pesadez en extremidades, espalda, cabeza, dorsalgias, cefalalgias, mialgias, fatigabilidad,	0 1 2	Ordinal
Síntomas sexuales	% de embarazadas con síntomas sexuales	Disminución de la libido	0 1 2	Ordinal
Hipocondría	% de embarazadas con hipocondría	Lamentación constante, preocupada por su salud	0 1 2 3 4	Ordinal
Pérdida de peso	% de embarazadas con pérdida de peso	Pérdida de peso definida por la embarazada	0 1 2	Ordinal

Variable	Indicador	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Toma de conciencia de la enfermedad	% de embarazadas con conciencia de la enfermedad	Se da cuenta de que está deprimido o enfermo, atribuye la causa a mala alimentación	0 1 2	Ordinal

Objetivo 4.- Clasificar la frecuencia y tipos de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Tipo de depresión según test de Hamilton	% de embarazadas según grado de depresión	Grado de depresión según puntuación obtenida en test de Hamilton	Depresión menor Menos que depresión mayor Depresión mayor	Ordinal
Trimestre de gestación de aparición de síntomas	% de embarazadas con depresión según trimestre de embarazo	Embarazada que presente depresión según semanas gestación	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Nominal

Anexo 2

Instrumentos de Recolección



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



Encuesta: Características sociodemográficas de las pacientes que acuden a control prenatal

Fecha _____ # encuesta _____

A continuación, se le hacen una serie de preguntas, el encuestador debe colocar sí o no en el cuadro correspondiente

HIGIÉNICOS SANITARIOS			
I. Características de la vivienda:		3.- Eliminación de excretas:	
I.- CON 2 O MÁS CONDICIONES INADECUADAS (SECCIÓN 2)			
Techo con materiales inadecuados		Letrina de fosa simple	
Paredes con materiales de desecho		Inodoro o servicio sanitario	
III.- CON NINGUNA CONDICIÓN INADECUADA			
Piso de tierra		Letrina de cierre hidráulico	
IV.- ESTÁ EN OTRA CONDICIÓN INADECUADA			
Biológicos		Aire libre	
Antecedente de depresión y /o ansiedad en la familia		4.- Eliminación de basura:	
II. Higiénicos sanitarios:		Tren de aseo	
1. Abastecimiento de agua:		La entierra	
Pozo publico		Quema de basura	
Pozo en domicilio		Aire libre	

Carro cisterna		III.- Económicos:	
Llave pública		Energía eléctrica	
Conexión o llave en domicilio		Hacinamiento	
2. Agua para consumo:		Beneficio de bono	
No tratada			
Botellón agua purificada			
Filtrado			
Hervida			
Clorada			
SOCIO ECONÓMICOS			
1.-LA VIVIENDA TIENE CARACTERÍSTICAS FÍSICAS INADECUADAS			
2.- LA VIVIENDA TIENE SERVICIOS INADECUADOS			
3.- EL HOGAR SE ENCUENTRA EN ESTADO DE HACINAMIENTO CRÍTICO			
5.- EL HOGAR TIENE UNA ALTA DEPENDENCIA ECONÓMICA			

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

LA DEFINICION ESTABLECE:

A UN HOGAR COMO POBRE SI PRESENTA UNA DE LAS CONDICIONES

EN SITUACION DE EXTREMA POBREZA SI PRESENTA 2 O MÁS DE LAS CONDICIONES C) SOCIO ECONÓMICAS.

Anexo 3



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



Escala de Depresión de Hamilton

ANTIDEX[®]
escitalopram



Nombre del paciente _____
Edad _____
Sexo _____ No. de expediente _____

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) _____
 0 puntos Ausente.
 1 punto Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.
 2 puntos Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.
 3 puntos Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.
 4 puntos El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad _____
 0 puntos Ausente.
 1 punto Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
 2 puntos Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
 3 puntos La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
 4 puntos Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio _____
 0 puntos Ausente.
 1 punto Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.
 2 puntos Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
 3 puntos Ideas o amenazas de suicidio.
 4 puntos Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz _____
 0 puntos Ausente.
 1 punto Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
 2 puntos Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio intermedio _____
 0 puntos Ausente.
 1 punto El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
 2 puntos Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...)
6. Insomnio tardío _____
 0 puntos Ausente.
 1 punto Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.
 2 puntos No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Problemas en el trabajo y actividades _____
 0 puntos Ausente.
 1 punto Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.
 2 puntos Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
 3 puntos Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
 4 puntos Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y de palabra; disminución de la concentración; actividad motora disminuida) _____
 0 puntos Palabra y pensamiento normales.
 1 punto Ligero retraso en el diálogo.
 2 puntos Evidente retraso en el diálogo.
 3 puntos Diálogo difícil.
 4 puntos Torpeza absoluta.
9. Agitación psicomotora _____
 0 puntos Ninguna.
 1 punto "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
 2 puntos Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica _____
 0 puntos No hay dificultad.
 1 punto Tensión subjetiva e irritabilidad.
 2 puntos Preocupación por pequeñas cosas.
 3 puntos Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
 4 puntos Terrores expresados sin preguntarle.
11. Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como: —
 •Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
 •Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
 •Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
 •Frecuencia urinaria.
 •Sudoración
 0 puntos Ausente.
 1 punto Ligera.
 2 puntos Moderada.
 3 puntos Grave.
 4 puntos Incapacitante.

ANTIDEX[®]
escitalopram
El antidepresivo selectivo y eficaz

- 12. Síntomas somáticos gastrointestinales** _____
- 0 puntos Ninguno.
 1 punto Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
 2 puntos Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.
- 13. Síntomas somáticos generales** _____
- 0 puntos Ninguno.
 1 punto Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.
 2 puntos Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.
- 14. Síntomas sexuales como disminución de la libido y trastornos menstruales** _____
- 0 puntos Ausentes
 1 punto Débiles.
 2 puntos Graves.
 3 puntos Incapacitantes
- 15. Hipocondría** _____
- 0 puntos No la hay.
 1 punto Preocupado de sí mismo (corporalmente)
 2 puntos Preocupado por su salud.
 3 puntos Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
 4 puntos Ideas delirantes hipocondríacas.
- 16. Pérdida de peso (completar solo A o B)** _____
- A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)
- 0 puntos No hay pérdida de peso.
 1 punto Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
 2 puntos Pérdida de peso definida según el enfermo.
- B. Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)
- 0 puntos Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).
 1 punto Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).
 2 puntos Pérdida de peso de más de 1 Kg por semana (de promedio).
- 17. Toma de conciencia de la enfermedad** _____
- 0 puntos Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
 1 punto Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
 2 puntos Niega estar enfermo.

Escala de medición de Hamilton

Puntaje	Clasificación de la depresión
0 – 7 puntos	Normal
8 – 12 puntos	Depresión menor
13 – 17 puntos	Menos que depresión mayor
18 – 52 puntos	Depresión mayor

Anexo 4



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua



Encuesta: características gineco obstétricas de las pacientes que acuden a control prenatal (Historia Clínica Perinatal Base)

Fecha: _____ **# Encuesta:** _____ **# de Expediente:** _____

Nombre de paciente: _____

Edad: _____ **Procedencia:** _____

Estudios: Ninguno _____ Primaria _____ Secundaria _____

Estado Civil: Casada _____ Unión libre _____ Soltera _____

Empleo: sí _____ no _____

Antecedentes Familiares: Hipertensión Arterial _____ Diabetes Mellitus _____

Preclamsia _____ Eclampsia _____ Depresión _____

Gestas previas: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más _____

Abortos: sí _____ no _____

Hijos Vivos: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más de 4 _____

Hijos nacidos muertos: si _____ no _____ **Embarazo planeado:** si _____ no _____

Partos vaginales: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más de 4 _____

Cesáreas: si _____ no _____

Fracaso de método anticonceptivo: no usaba _____ Barrera _____ DIU _____
Hormonal _____

Fuma: sí _____ no _____ **Drogas:** sí _____ no _____ **Violencia:** sí _____ no _____

Trimestre de gestación de aparición de síntomas:

Primer trimestre _____ Segundo trimestre _____ Tercer trimestre _____

Anexo 5



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua**



Formulario de Consentimiento informado

He sido invitado a participar en la investigación **CARACTERIZACION DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS CON DEPRESION QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO INTEGRAL DE SALUD DE JICARITO, FRANCISCO MORAZAN, HONDURAS, OCTUBRE A DICIEMBRE 2018**

Entiendo que voy a contestar el Test de Hamilton para considerar la enfermedad Depresión en mi estado de embarazo y 2 encuestas para completar la información necesaria, se me ha brindado información sobre esta enfermedad

He leído la información proporcionada o me ha sido leída, He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante se me ha proporcionado el nombre del investigador y el psicólogo que van a participar en esta investigación

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ / _____ / _____

Si no sabe leer

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Anexo 6



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua**



**REGION DEPARTAMENTAL DE FRANCISCO MORAZAN
JEFATURA REGIONAL**

OFICIO 314-2018-JRDFM

Tegucigalpa, M.D.C. 18 de septiembre, 2018

**DOCTORA
MARGARITA MORENO
COORDINADORA DE RED JICARITO**
Su Oficina

Estimada Doctora Moreno:

En referencia a su solicitud de permiso para realizar el trabajo de investigación para su tesis **“FACTORES DETERMINANTES DE DEPRESION EN LAS PACIENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE SALUD DE JICARITO DE SEPT. 2018 A FEBRERO 2019”**, me permito informarle que ha sido **APROBADO** por parte de esta jefatura regional.

Atentamente.

Ana Ludys Velásquez
704 Dra. Ana Ludys Velásquez
Jefe Regional Dptal. F.M.



cc. Archivo

**Col. La Campaña 1era entrada antiguos Laboratorios del PANI, Tegucigalpa. F.M.
Correo electrónico: rdfmsalud@yahoo.com**

Anexo 7

Tabla 5. Características sociodemográficas de las embarazadas, que acudieron a control prenatal al centro integral de salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre del 2018.

	Frecuencia n = 86	Porcentaje
Procedencia		
<i>Urbano</i>	40	46.5
<i>Rural</i>	46	53.5
Escolaridad		
<i>Iltrado</i>	1	1.2
<i>Primaria</i>	27	31.3
<i>Secundaria</i>	54	62.8
<i>Universitaria</i>	4	4.7
Estado Civil		
<i>Soltera</i>	11	12.8
<i>Casada</i>	10	11.6
<i>Unión libre</i>	65	75.6
Empleada		
<i>Sí</i>	4	4.7
<i>No</i>	82	95.3
Factores socio económicos		
<i>Pobre</i>	32	37.2
<i>Extremadamente pobre</i>	18	20.9
<i>No pobre</i>	36	41.9

Porcentaje sobre la base del total de embarazadas, p.e.: $(40/86) \times 100 = 46.5\%$

Fuente: instrumento características sociodemográficas de las embarazadas que acuden a control prenatal.

Tabla 6. Características clínicas y gineco obstétricas que presentaron las embarazadas que acudieron a control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

	Frecuencia n = 86	Porcentaje
Número de partos		
<i>Ninguno</i>	34	39.5
<i>1</i>	37	43.0
<i>2</i>	11	12.8
<i>3</i>	2	2.3
<i>4</i>	2	2.3
Abortos		
<i>Sí</i>	13	15.1
<i>No</i>	73	84.9
Controles		
<i>1</i>	20	23.2
<i>2</i>	19	22.1
<i>3</i>	11	12.8
<i>4 o más</i>	36	41.9
Embarazo planeado		
<i>Sí</i>	41	47.7
<i>No</i>	45	52.3
Antecedentes familiares		
<i>Diabetes</i>	15	17.4
<i>Hipertensión</i>	4	16.3
<i>Preeclampsia</i>	1	1.2
<i>Depresión</i>	12	14.0
<i>Ninguno</i>	44	51.2
Cesáreas		

	Frecuencia n = 86	Porcentaje
<i>Sí</i>	5	5.8
<i>No</i>	81	94.2
Hijos vivos		
<i>Ninguno</i>	34	39.5
<i>Tres o menos</i>	49	57.0
<i>Más de tres</i>	3	3.5
Fallo del método de planificación		
<i>Ningún método</i>	65	75.6
<i>Condón</i>	4	4.7
<i>DIU</i>	2	2.3
<i>Oral</i>	5	5.8
<i>Inyectable</i>	9	10.5
<i>Sin dato</i>	1	1.2

Porcentaje sobre la base del total de embarazadas, p.e.: $(34/86) \times 100 = 39.5\%$

Fuente: encuesta características clínicas y gineco obstétricas

Tabla 7. Síntomas de depresión que presentaron las embarazadas que acudieron a control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Síntoma de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Insomnio tardío	36	41.9
Insomnio intermedio	30	34.8
Síntomas somáticos generales	29	33.7
Ansiedad somática	29	33.7
Problemas en el trabajo y actividades	28	32.5
Síntomas somáticos gastrointestinales	26	30.2
Humor deprimido	25	29
Insomnio precoz	22	25.5
Ansiedad psíquica	20	23.2
Hipocondría	18	20.9
Pérdida de peso	14	16.2
Síntomas sexuales	14	16.2
Sensación de culpabilidad	11	12.7
Toma de conciencia de la enfermedad	11	12.7
Agitación psicomotora	8	9.3
Inhibición psicomotora	4	4.6
Idea de suicidio	3	3.4

Fuente. Test de Hamilton.

Tabla 8. Clasificación de depresión, según test de Hamilton en embarazadas que acudieron al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Puntaje	Clasificación de depresión	Frecuencia	Porcentaje
0 – 7 puntos	Normal	61	71
8 – 12 puntos	Depresión menor	15	17.4
13 – 17 puntos	Menos que depresión mayor	3	3.5
18 – 52 puntos	Depresión mayor	7	8.1

Fuente: Test de Hamilton

Tabla 9. Prevalencia de depresión según semanas de gestación en embarazadas que acudieron al control prenatal al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Trimestre de gestación	Embarazadas con depresión	Porcentaje
Primero	16	64
Segundo	7	28
Tercero	2	8
Total	25	100

Fuente: Test de Hamilton

Tabla 10. Características sociodemográficas de las embarazadas que presentaron depresión y acudieron a control prenatal al centro integral de salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, Honduras, octubre a diciembre del 2018.

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menor de 19 años	3	12
20 – 36 años	20	80
Mayor de 37 años	2	8
Procedencia		
Urbana	8	32
Rural	17	68
Escolaridad		
Primaria	11	44
Secundaria	14	56
Estado civil		
Unión libre	17	68
Casada	6	24
Soltera	2	8
Empleo		
Sí	0	0
no	25	100
Factor socioeconómico		
No pobre	6	24
Pobre	12	48
Extrema pobreza	7	28

Fuente: expediente clínico (Hoja Clínica Perinatal Base)

Tabla 11. Características clínicas y gineco obstétricas que presentaron las embarazadas con depresión que acudieron a control prenatal, al Centro Integral de Salud de Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, de octubre a diciembre del 2018.

Características clínicas y gineco obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
Número de partos		
Ninguno	11	44
Uno	11	44
Dos	3	8
Tres	1	4
Abortos		
Sí	4	16
No	21	84
Controles prenatales		
Uno	4	16
Dos	6	24
Tres	5	20
Cuatro o más	10	40
Embarazo planeado		
Sí	12	48
No	13	52
Antecedentes familiares		
Diabetes	2	8
Hipertensión	4	16
Preeclampsia	0	0
Depresión	8	32
Ninguna	11	44
Cesáreas		
Sí	1	4
No	24	96
Hijos vivos		
Ninguno	9	36
Tres o menos	15	60
Más de tres	1	4
Fallo método anticonceptivo		
Ningún método	20	80

Condón	2	8
DIU	1	4
Oral	0	0
Inyectable	2	8

Fuente: expediente clínico (Hoja Clínica Perinatal Base)