

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL



DEPRESIÓN EN PRIMIGESTAS

MÉDICO Y CIRUJANA ALMA CONSUELO MOLINA ZAMORA

CHIQUMULA, GUATEMALA, JULIO 2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL



DEPRESIÓN EN PRIMIGESTAS

Informe final de trabajo de graduación para la obtención del grado de Maestra en Artes en Neuroclínica y Salud Mental, con base en el Normativo para Elaboración de Trabajos de Graduación aprobado por Consejo Directivo en Punto Tercero del Acta 32-2008 de veintisiete de agosto de 2008.

MÉDICO Y CIRUJANA ALMA CONSUELO MOLINA ZAMORA

CHIQUMULA, GUATEMALA, JULIO DE 2019

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**



RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Graduados:	Ing. Evelin Dee Dee Sumalé Arenas
Representante de Estudiantes:	A.T. Estefany Rosibel Cerna Aceituno
Representante de Estudiantes:	P.C. Elder Alberto Masters Cerritos
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso

**COORDINADOR DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD
MENTAL**

Ph.D. Rory René Vides Alonzo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

REF.DEPG-RRVA-19-2018
Chiquimula, 30 de octubre de 2018

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Director del Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente
Su despacho

Maestro Díaz Moscoso:

En cumplimiento de lo normado en los Programas de Maestría en Artes de esta Unidad Académica, procedí a darle acompañamiento a la maestrante Médico y Cirujana **Alma Consuelo Molina Zamora**, registro académico **8816826**, CUI: **2669 93206 0101**, para la elaboración de su trabajo de graduación, previo a obtener el grado académico de **Maestra en Artes en Neuroclínica y Salud y Mental**, para lo cual, le informo que he revisado el informe final de monografía intitulado: "**Depresión en Primigestas**". Dicho documento, a mi juicio reúne satisfactoriamente los requisitos establecidos en el normativo vigente.

Por lo anteriormente expuesto, considero que la maestrante Molina Zamora, puede proceder con su trámite para graduación profesional como Maestra en Artes.

Sin otro particular, me suscribo como su deferente servidor,

"Id y Enseñad a Todos"



Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Coordinador del Programa de Maestría en Neuroclínica y
Salud Mental
Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

REF.DEPG-MA-21-2019

Chiquimula, 20 de febrero de 2019

Ingeniero Agrónomo
Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente
Su despacho

Respetable Ingeniero Coy Cordón:

En cumplimiento de lo normado en los Programas de Maestría en Artes de esta Unidad Académica, procedí a realizar la revisión del informe final de trabajo de graduación de la maestrante Médico y Cirujana **Alma Consuelo Molina Zamora**, registro académico **8816826**, intitulado: **"Depresión en Primigestas"**, el cual cuenta con la aprobación de la coordinación del programa de Maestría en Neuroclínica y Salud Mental, dicho documento, a mi juicio reúne satisfactoriamente los requisitos establecidos en el normativo vigente.

Por lo anteriormente expuesto, considero que la maestrante Molina Zamora, puede proceder con su trámite para obtener la orden de impresión y continuar con su trámite para su graduación profesional como Maestra en Artes.

Sin otro particular, me suscribo como su deferente servidor,

"Id y Enseñad a Todos"

M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Centro Universitario de Oriente



D-TG-MNySM-081-2019

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO **HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Informe Final de Trabajo de graduación de la maestrante **ALMA CONSUELO MOLINA ZAMORA** titulado “**DEPRESIÓN EN PRIMOGESTAS**”, trabajo que cuenta con el aval de su Asesor y Coordinador del departamento de Estudios de Postgrados de esta Unidad Académica. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Informe Final de Trabajo de Graduación** a Nivel de Postgrado, previo a obtener el título de **MAESTRA EN NEUROCLÍNICA Y SALUD MENTAL**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, a nueve de julio de dos mil diecinueve.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
DIRECTOR
CUNORI – USAC



c.c. Archivo

EFCC/ars

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MI FAMILIA

A NUESTRO ASESOR Y REVISOR

Dr. Rory René Vides Alonzo, por su apoyo para la realización de esta Monografía.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE –CUNORI-

Por todo el conocimiento que hoy forma parte de nosotros

A LOS CATEDRÁTICOS DE LA MAESTRÍA EN NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL

Por compartir sus conocimientos y por habernos formado como profesionales

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS DE LA MAESTRÍA

ACTO QUE DEDICO A

A Dios: por permitirme llegar hasta este momento y lograr un objetivo más, así como por su infinito amor y bondad que lo demuestra en cada momento de mi vida.

A mi Madre: María Consuelo Zamora por su apoyo en todo momento, por sus consejos, valores, motivación que me ha permitido ser la persona que soy, por su ejemplo de perseverancia, valor y constancia, pero más que nada por su amor. Para ti va este logro.

A mi Esposo: Gabriel Oswaldo Xitumul por siempre apoyarme y estar en todo momento, por motivarme siempre a dar lo mejor de mí, por animarme a no decaer cuando siento flaquear, éste logro es también para ti.

A mis Hijos: Daniel, Andrés, y Gerson, por su paciencia, amor y apoyo incondicional, espero que este triunfo sea un ejemplo para siempre seguir adelante

A mi nieta Allison Daniela: por haber llegado en el mejor momento de nuestras vidas, y por ser el enlace que nos ha unido más como familia este triunfo también es para ti.

A mi Familia: Silvia, Romeo, Paola, Héctor, Jorge, por ser piezas importantes en mi vida, espero que este ejemplo los inspire para seguir adelante y ser perseverante en las metas que se tracen.

A mis Compañeros de Maestría: porque estos 2 años que hemos compartido me ha permitido verlos como amigos y confidentes, gracias por su amistad.

A mis Amigos: por estar conmigo siempre, y animarme en todo momento, gracias por estar ahí.

A mis Catedráticos: por siempre dar lo mejor de ustedes, gracias por enseñarnos con amor, ética y profesionalismo, para ustedes mis respetos y admiración.

RESUMEN

La depresión es una condición médica más común de lo que se imagina, casi 350 millones de personas la padecen a nivel mundial, se estima que el 5% de los latinoamericanos padecen algún tipo de depresión, y no reciben tratamiento, a pesar de que este tipo de tratamiento ya sea farmacológico como conductual, son los más efectivos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Durante el embarazo, tanto los cambios fisiológicos como bioquímicos que ocurren en el cuerpo, (cambios hormonales y físicos), asociado la mayoría de veces a los factores psicosociales y personales, pueden desencadenar un episodio de depresión. Si es en una paciente primigesta en la cual la misma inexperiencia de lo que está sucediendo en su cuerpo y de lo que pasa en su entorno la hace mucho más propensa a presentar, en formas leves de depresión, y esto muchas veces se confunde con los signos y síntomas propios del embarazo, lo cual puede llegar a pasar desapercibido o confundirse con pacientes a las que les gusta llamar la atención (Psicopatología: Psicopatología Anormal).

Es muy difícil el querer hacer una relación entre la depresión y el embarazo, ya que no se cuentan con datos suficientes a nivel local de la Salud Mental en cualquier periodo de la vida, y más en etapas trascendentales, como lo es el embarazo, ya que ayudaría al personal de salud que tienen contacto con pacientes embarazadas el poder diferenciar y reconocer los signos y síntomas de depresión, y cuando estas señales son solamente parte del mismo.

TÍTULO

Depresión en primigestas

SUBTÍTULO

Revisión monográfica realizada en el Centro Universitario de Oriente CUNORI, con pacientes del Hospital Nacional de Chiquimula. Julio-Agosto 2018.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
General	4
Específicos	4
MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO I	5
1. Depresión	5
1.1. Etiología	5
1.1.1. Factores Biológicos	5
1.1.2. Factores Psicosociales	6
1.1.3. Factores Genéticos	6
1.2. Sintomatología	7
1.3. Factores Precipitantes	8
1.4. Clasificación	8
1.4.1. Trastorno Depresivo Mayor	9
1.4.2. El Trastorno Distímico	9
1.5. Tratamiento	10
1.5.1. Tratamiento Farmacológico	10
1.5.2. Tratamiento Psicoterapéutico	14
CAPÍTULO II	17
2. Embarazo	17

2.1. Conceptos Básicos	17
2.2. Diagnóstico	17
2.3. Etapas del Embarazo	18
2.3.1. El Primer Trimestre (semana 1 a la 12)	18
2.3.2. El Segundo Trimestre (semana 13 a la 28)	18
2.3.3. El Tercer Trimestre (semana 29 a la 40)	19
2.5. Complicaciones del Embarazo	20
2.5.1. Físicas	20
2.5.1.3. Enfermedad Gestacional del Trofoblasto	21
2.5.2. Emocionales	24
 CAPÍTULO III	 26
ANÁLISIS PERSONAL	26
3. Relación de Depresión durante embarazo	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
APÉNDICE	32

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2017), la depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial, y se calcula que afecta a más de 350 millones de personas. En América Latina las cifras son muy similares, se cree que el 5% de la población adulta lo sufre y no reciben tratamiento.

Hay que hacer la diferencia entre depresión y las distintas 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 (en el peor de los casos puede llevar al suicidio), y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%. La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria, y el estigma social asociado a los trastornos mentales son algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada, además de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de la depresión. En la región, se calcula que el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a salud mental es inferior al 2% y de este, el 67% se gasta en hospitales psiquiátricos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Y a pesar que los tratamientos son eficaces, la mayoría de estos pacientes no lo reciben a causa de, no solo la estigmatización de los trastornos mentales, una evaluación clínica inexacta, así como la falta de capacitación de personal sanitario y los recursos que se disponen (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres. Entre 2 de cada diez madres de países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o postparto (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Durante el embarazo surgen una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para el padecimiento de trastornos en la esfera psíquica de la mujer, lo que ocasiona la aparición de desórdenes psicológicos destacando entre los más importantes la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el embarazo y posparto. También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan a la mujer a presentar dichos síntomas.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbilidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones.

De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos.

Es la unión de los factores fisiológicos y los factores emocionales los que pueden desencadenar en mujeres principalmente las primigestas, el que presente muchos de estos trastornos, los cuales pueden llegar a confundirse con los signos y síntomas normales de cualquier paciente embarazada.

JUSTIFICACIÓN

Los seres humanos le dan poca importancia a este tipo de temas, ya que al visitar el área de estadística del Hospital Nacional de Chiquimula y ver los registros de mujeres embarazadas, se puede constatar que no existen datos de trastornos emocionales y/o mentales, en este caso de depresión y primigestas.

El tema de problemas psiquiátricos en pacientes primigesta es un tema poco conocido por el personal de salud, por lo tanto se puede pasar desapercibido y no brindar la atención necesaria a estas pacientes, teniendo como consecuencia problemas emocionales inestables.

La depresión es una enfermedad que se presenta frecuentemente en la población a nivel mundial, afectando a más de 350 millones de personas. En América Latina se calcula que se presenta en el 5 % de los adultos jóvenes, de los cuales solo el 6% reciben tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Este problema se presenta más frecuentemente en mujeres, debido a cambios hormonales y que estos cambios pueden llegar a causar, en algún momento de su vida un episodio depresivo (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La depresión se presenta en la población de primigestas con una prevalencia de 6-10 %, de las cuales solamente un tercio reciben tratamiento ya sea con medicamentos o con psicoterapia, dependiendo de la gravedad en que se presente.

OBJETIVOS

General

1. Conocer la depresión en pacientes primigestas, en el Hospital Nacional de Chiquimula.

Específicos

1. Identificar los signos y síntomas de la depresión en pacientes Primigestas que consultaron al Hospital de Chiquimula.
2. Determinar el tipo de depresión (leve, moderada o severa) que se presenta en pacientes primigestas que consultan al Hospital de Chiquimula
3. Identificar la etapa del embarazo donde se presenta con más frecuencia la depresión en pacientes primigestas que consultan al Hospital de Chiquimula.
4. Identificar los factores que contribuyen a presentar depresión en pacientes primigestas que consultan al Hospital de Chiquimula.
5. Identificar el lugar de procedencia de las pacientes primigestas con depresión que consultan al Hospital de Chiquimula.
6. Establecer el número de casos de acuerdo a su prevalencia, de las primigestas con depresión que consultan al Hospital de Chiquimula.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. Depresión

Algunos autores mencionan la depresión como un trastorno emocional, que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales.

Para la Organización Mundial de la Salud (2017), “es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), estos síntomas deben estar presentes en el mismo periodo durante por lo menos 2 semanas. Como es del conocimiento el estado de ánimo deprimido debe de presentarse la mayor parte del día, casi todos los días, según manifieste el individuo (Psychiatric Association American, 2017).

1.1. Etiología

Su etiología es en sí compleja, en ella intervienen múltiples factores, de los cuales se pueden mencionar genéticos, biológicos como psicosociales (Hernández, Marañón, & Mato, 2016).

1.1.1. Factores Biológicos

Se ha demostrado que aparece una disminución de mono aminas biogénicas, entre las que se pueden mencionar la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC); además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Existe una participación de factores, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina, dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en

el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico (Sarason & Sarason, 2006).

El sistema límbico tiene un papel principal en la producción de emociones comportamientos que obedecen a la motivación (Rodríguez, 2010).

1.1.2. Factores Psicosociales

Se presentan múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar al proceso morboso. Se coincide con la literatura revisada, que las personas con trastornos del humor, tienen asociados problemas sociales como desencadenantes, entre los que se pueden mencionar la separación matrimonial, el *status* de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno; es así como también, la pertenencia al sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión (Sarason & Sarason, 2006).

Entre estos se pueden incluir además la participación de la familia como apoyo, el duelo (como sería la pérdida de un ser querido, pérdida del empleo o dificultad para obtener uno, la pérdida de la pareja o falta de apoyo de la misma o de núcleo familiar (Sarason & Sarason, 2006).

1.1.3. Factores Genéticos

Este tipo de trastorno no sigue un patrón clásico de herencia mendeliana, sino que se considera que sigue un modelo de umbral de susceptibilidad. Este modelo explica que hay una variable que es “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” y que ésta se reparte de forma continua en la población, de manera que solo los que superen un determinado umbral de esta variable manifestarán el trastorno. Se cree que están involucrados una serie de genes de efecto menor la expresión de los cuales podría estar modulada por un gran número de factores ambientales (Hernández, Marañón, & Mato, 2016).

Los psiquiatras y genetistas llevan décadas preguntándose las causas genéticas de la depresión, por lo que ha habido gran cantidad de estudios en relación que han llegado a algunas

conclusiones que pueden permitir mejorar el tratamiento de este trastorno tan frecuente (Sarason & Sarason, 2006).

Las hormonas como la serotonina, la dopamina y la norepinefrina están vinculadas con la depresión, ya que problemas como una capacidad baja para producirlas hace que las personas estén predispuestas a tomarse mal algunas situaciones. Estos problemas se pueden heredar, así que tienen una base genética (Rodríguez, 2010).

El gen SIRT1 (sirtuina) está implicado en la generación de mitocondrias (orgánulos que dan energía a la célula), cosa que evidencia que las mitocondrias están implicadas en este trastorno mental. Se ha visto que los pacientes con depresión tienen más ADN mitocondrial. El gen LHPP (fosfolisina fosfohistidina), en cambio, es un gran desconocido, por lo tanto los estudios con este tipo de genes todavía es no concluyente, ya que todavía no hay estudios que evidencia una participación activa, por lo tanto no se puede involucrar (Hernández, Marañón, & Mato, 2016).

1.2. Sintomatología

Los síntomas de depresión deben estar presentes casi cada día, por lo menos durante 2 semanas. El rasgo principal de la depresión es que durante ese tiempo el paciente experimente un estado de ánimo depresivo (criterio A) o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Así como al menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales (Psychiatric Association American, 2017):

Cambios en el apetito, con aumento o disminución del mismo casi todos los días.

- Insomnio o Hipersomnia casi todos los días.
- Cambios en el peso, sin dietas o aumento del mismo.
- Cambios en actividad psicomotora, agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Energía disminuida, casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Dificultad para pensar y concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.
- Planes o intentos de suicidio.

1.3. Factores Precipitantes

Cualquier persona puede padecer depresión en algún momento de su vida. No obstante, existen algunas que tienen una mayor predisposición (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013):

- Vivir un suceso estresante.
- Estrés crónico (estrés continuo).
- Pérdida de empleo o tienen dificultades para encontrarlo.
- Mujeres con desequilibrio bioquímicos o que experimentan cambios hormonales.
- Historia familiar o personal de depresión.
- Personas con infancia difícil incluyendo las primeras experiencias de duelo.
- Mujeres embarazadas.
- Personas con alguna enfermedad física o problemas de salud mental.
- Personas con enfermedad potencialmente mortal o con dolor crónico.
- Carencias en la exposición a luz solar en invierno.
- Personas con dificultades de adaptación tras desplazarse a otro país.

1.4. Clasificación

La Depresión se ha clasificado según su etiología en (Psychiatric Association American, 2017):

- Endógena: aquella cuya causa no se conoce, pero se considera ligada a una predisposición constitucional biológica del sujeto.
- Psicógena: asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales.
- Orgánica: secundaria a un fármaco o enfermedad médica por un mecanismo fisiológico.

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-V y CIE-10. Entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho el DSM-V toma los códigos de la CIE-10. El DSM-V clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Distímico (Psychiatric Association American, 2017).

1.4.1. Trastorno Depresivo Mayor

Es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas.

Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, se encuentra un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica.

Se llama Depresión Melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que se experimenta habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo. En general, la depresión melancólica es de mayor gravedad que la no melancólica (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015).

Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruina e hipocondría. Estas depresiones más graves pueden también complicarse con síntomas catatónicos como son la acinesia, el mutismo, la catalepsia, la flexibilidad cerea, o el negativismo (Psychiatric Association American, 2017).

1.4.2. El Trastorno Distímico

Se define como un tipo de trastorno afectivo o del estado de ánimo que a menudo se parece a una forma de depresión grave (clínica) menos severa, pero más crónica. Sin embargo, estas personas también pueden experimentar a veces episodios de depresión grave. Es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Puede afectar o alterar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar, pero no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que

pueda disiparse o modificarse a voluntad. Las personas que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "recobrar el ánimo" y reponerse. A menudo es necesario el tratamiento que, a veces es incluso decisivo para la recuperación (Psychiatric Association American, 2017).

Existen cuatro tipos de depresión que pueden clasificarse en:

- Depresión grave (depresión clínica)
- Síndrome maniaco depresivo (trastorno bipolar)
- Distimia (trastorno distímico)
- Depresión post parto

Los cambios fisiológicos pueden explicar ciertas transformaciones en la esfera mental. Sin embargo, no constituyen la única condición que explica la presencia de síntomas mentales durante el posparto.

También otros factores, como los psicosociales y ambientales, condicionan a la mujer a presentar dichos síntomas.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo o en el posparto son de gran importancia, no sólo por su asociación con los indicadores de morbilidad, sino también, por las consecuencias y sus posibles complicaciones. De ahí que en los últimos años se viene intentando optimizar el diagnóstico y poner a disposición tratamientos tempranos y eficientes para prevenir y tratar estos trastornos (Ministerio de Salud de Panamá, 2015).

1.5. Tratamiento

Los tratamientos más efectivos para la depresión son los fármacos antidepresivos, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal.

1.5.1. Tratamiento Farmacológico

En la actualidad se dispone de más de dos docenas de antidepresivos, si bien la mayoría de ellos comparten un mecanismo de acción principal similar, aunque con algunas diferencias derivadas del perfil de su unión a receptores (Sarason & Sarason, 2006).

Antes de la aparición de la imipramina y la iproniazida, la teoría predominante sobre la causa de la depresión sostenía que ésta surgía de procesos psicodinámicos basados en conflictos intrapsíquicos, motivo por el cual se consideraba que los fármacos no podrían hacer otra cosa que enmascarar los síntomas de una depresión (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Las primeras evidencias que relacionaban a las mono aminas cerebrales con la depresión datan de los años cincuenta. Por aquel entonces, se observó que la reserpina, un fármaco antihipertensivo que produce una profunda depleción de serotonina y noradrenalina cerebrales, generaba síntomas depresivos como efecto adverso. La demostración de que la imipramina antagonizaba los efectos de la reserpina y de que inhibía la recaptación de noradrenalina sirvió de base a William Bunney Jr. y a Joseph Schildkraut para proponer, en 1965, la hipótesis del déficit de catecolaminas en la etiología de la depresión. Posteriormente, Alec Coppen y Herman van Praag señalaron también la importancia del déficit de serotonina en la génesis de este trastorno (Zarranz, Meana, & González, 2011).

La hipótesis del déficit monoaminérgico en la depresión, aunque ya parcialmente superada, ha sido la que ha guiado la búsqueda y el desarrollo de la mayoría de antidepresivos. Según esta hipótesis, la depresión se produce en presencia de un déficit de catecolaminas (noradrenalina/dopamina) y/o serotonina. Por consiguiente, se han ensayado numerosas estrategias que persiguen aumentar la cantidad disponible de estos neurotransmisores en las sinapsis del sistema límbico. En general, el desarrollo posterior de nuevos fármacos se ha basado fundamentalmente en el refinamiento de los mecanismos de acción de los primeros antidepresivos, es decir, de la inhibición de la MAO o del bloqueo de la recaptación de monoaminas, fundamentalmente de este último (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Así, puede afirmarse que la gran mayoría de los antidepresivos de los que se dispone en la actualidad son producto de un proceso evolutivo, más que revolucionario, ya que tienen el mismo mecanismo de acción que los viejos antidepresivos tricíclicos y, en consecuencia, su eficacia y el abanico de pacientes que tratan no son mayores. Algunos de los problemas que planteaba el uso de los primeros antidepresivos, como el inicio diferido de la acción, el bajo porcentaje de remisión

de los síntomas o el bajo cumplimiento del tratamiento, siguen siendo todavía aspectos que deben mejorarse, si bien es cierto que algunos antidepresivos de reciente aparición postulan un inicio de acción más temprano y la mayoría de ellos presenta un perfil más favorable de seguridad y efectos adversos, así como una posología de una sola administración diaria sin necesidad de escalonado de dosis. Tradicionalmente, los antidepresivos se han clasificado en función de su mecanismo de acción principal (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Los fármacos más utilizados en los trastornos depresivos son los Tricíclicos y los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (Zarranz, Meana, & González, 2011).

1.5.1.1. Antidepresivos Tricíclicos y Tetra cíclicos

A pesar del paso de los años y del progreso científico, con seguridad, ningún antidepresivo ha podido superar en eficacia a los clásicos tricíclicos en el tratamiento de los trastornos depresivos graves (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Los tricíclicos con una estructura de amina terciaria (imipramina, amitriptilina, clomipramina, trimipramina y doxepina) tienen mayor potencia sobre la inhibición de la recaptación de serotonina, mientras que la desipramina, la nortriptilina y la protriptilina, que poseen una estructura de amina secundaria, inhiben con mayor potencia la recaptación de noradrenalina (Zarranz, Meana, & González, 2011).

La aparición de efectos secundarios, que condiciona notablemente el uso de todos ellos, se vincula a su falta de especificidad, ya que bloquean los receptores histaminérgicos H1 (somnolencia, aumento de peso y sedación), colinérgicos (sequedad de mucosa, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria) y alfa-1-adrenérgicos (hipotensión postural, disfunción sexual, alteraciones cognitivas y somnolencia) (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Producen también toxicidad cardíaca (amitriptilina) y disminuyen el umbral convulsivo. Precisamente debido a su mala tolerabilidad, deben administrarse a dosis progresivamente crecientes, lo que alarga el tiempo hasta que muestran su eficacia, y preferiblemente en horario nocturno, por su efecto sedativo (Zarranz, Meana, & González, 2011).

La maprotilina (similar a la amitriptilina, pero con menos efectos anticolinérgicos y mayor efecto pro convulsivo) y la mianserina (de elección en casos de patología cardíaca y en ancianos) son los mejores representantes de los antidepresivos tetra cíclicos (Zarranz, Meana, & González, 2011).

1.5.1.2. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina: (ISRS)

La aparición de los ISRS, y en particular de la fluoxetina, primera molécula de esta nueva generación, representó un paso adelante muy significativo en el tratamiento de los trastornos depresivos. Son mejor tolerados que los tricíclicos y, en general, se admite que son una buena elección como primer tratamiento, ya que son más sencillos de utilizar y tienen pocas interacciones, si bien es cierto que no todos comparten un mismo perfil farmacológico y existen entre ellos algunas diferencias dignas de consideración (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Así, la paroxetina y la fluvoxamina tienen un perfil sedante, mientras que la fluoxetina es un fármaco activador y se diferencia del resto por su prolongada vida media, lo cual tiene la ventaja de producir menores efectos de discontinuación, aunque precisa más tiempo que el resto de antidepresivos para alcanzar las concentraciones plasmáticas en equilibrio y también para ser eliminado del organismo tras la suspensión del fármaco (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Por otra parte, la sertralina, el citalopram y el escitalopram son los que más bajo potencial de interacción farmacológica presentan dentro de este grupo. Los principales efectos adversos de los ISRS son de tipo serotoninérgico: náuseas, malestar abdominal, cefalea, disfunción sexual, etc. A pesar de que todos ellos son muy bien tolerados, destaca sobre el resto la actividad anticolinérgica de la paroxetina, que se manifiesta en efectos adversos como el estreñimiento, tiene también efecto sobre el peso corporal, que suele aumentar notablemente en tratamientos a largo plazo, y es también el ISRS que con mayor frecuencia presenta síndrome de discontinuación (Zarranz, Meana, & González, 2011).

Los ISRS, con la excepción de la fluvoxamina, se administran una sola vez al día y, en un gran porcentaje de casos, la dosis inicial coincide con la dosis eficaz, de forma que no es necesario un escalonamiento de la misma (Zarranz, Meana, & González, 2011).

1.5.2. Tratamiento Psicoterapéutico

El tratamiento psicológico que ha demostrado mayor efectividad en cuadros de depresión, siempre y cuando sean de inicio reciente y de intensidad leve a moderada, se encuentra (Sarason & Sarason, 2006):

1.5.2.1. Terapia Cognitiva

Este tipo de terapia trabaja con los pensamientos y las percepciones, los estudia y evalúa cómo estos pueden afectar tanto en los sentimientos como en el comportamiento en las personas (Sarason & Sarason, 2006).

Tras un primer análisis, su trabajo consiste en modificar los pensamientos negativos para que el individuo pueda, a partir de ahora, aprender formas más flexibles y positivas de pensar, que en última instancia ayuden a mejorar su estado afectivo y emocional (Beck, 1979).

Según Beck (Beck, 1979), los pensamientos, sentimientos y comportamientos están interconectados y mediante la identificación y el cambio de estos pensamientos incorrectos o distorsionados, el comportamiento problemático y las respuestas emocionales angustiantes, las personas pueden trabajar en la superación de sus dificultades y el cumplimiento de sus objetivos.

Esta tipo implica terapeutas que trabajan en colaboración con los clientes para desarrollar habilidades para identificar y reemplazar los pensamientos y creencias distorsionadas, en última instancia, cambiar el comportamiento habitual asociada a ellos. Por lo general se centra en el presente y es un tratamiento orientado a la resolución de problemas (Beck, 1979).

En un estado de angustia, a menudo no pueden reconocer que sus pensamientos son inexactos, por lo que la Terapia Cognitiva ayuda a identificar estos pensamientos y volver a evaluarlos (Sarason & Sarason, 2006).

La Terapia Cognitiva asume un enfoque de desarrollo de habilidades, lo que significa que el terapeuta ayudará al cliente a aprender y practicar estas habilidades de forma independiente para que pueda seguir disfrutando de los beneficios después de que hayan finalizado sus sesiones (Beck, 1979).

Beck (1979), es considerado el padre fundador de la Terapia Cognitiva y su teoría y el modelo continúa para formar los cimientos de muchos enfoques de Terapia Cognitiva y Conductual utilizados en la actualidad (Beck, 1979).

Trabajando con pacientes que sufren de depresión, Beck (1979), encontró que comúnmente experimentan una avalancha de pensamientos negativos que se presentaban espontáneamente. Llamó a estos conocimientos “pensamientos automáticos”, y los clasificó en tres categorías:

- Ideas negativas sobre sí mismos
- Los pensamientos negativos sobre el mundo.
- Los pensamientos negativos sobre el futuro.

A partir de sus estudios, Beck (1979), llegó a la conclusión de que el tiempo dedicado reflexionar sobre estos conocimientos conducen generalmente a los pacientes que tratarlos como válidos. Comenzó a ayudar a los clientes a volver a evaluar estos pensamientos para que pensarán de manera más realista, lo que conduce a mejoras en la funcionalidad emocional y conductual (Beck, 1979).

Se producen intervenciones exitosas tras educar a una persona a reconocer y ser consciente de su pensamiento distorsionado y poner a prueba sus efectos (KormanI, 2013).

Hoy en día, la Terapia Cognitiva es más comúnmente conocida como la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), debido a que es casi exclusivamente practicada en tándem con los principios de comportamiento – aunque algunos terapeutas siguen ofreciendo la Terapia Cognitiva de forma independiente (Beck, 1979).

Este tipo de terapia se utiliza más comúnmente para el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión, a pesar de que puede ser adecuada en algunas otras situaciones donde los patrones negativos de pensamiento se han desarrollado, la cual puede darse sola, o en combinación con los medicamentos anteriormente descritos, cuando el cuadro se encuentra en etapas avanzadas o presenta un tiempo mayor de evolución (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013).

CAPÍTULO II

2. Embarazo

Embarazo o Gestación se define como el periodo durante el cual el embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo de la madre cuya duración comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto (Cunningham, et al. 2011).

Es el tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo, hasta el parto, durante el cual en la cavidad uterina se forma y desarrolla un nuevo ser. Tiene una duración de 280 días, 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses y 10 días calendario solar, contando a partir del primer día de la última menstruación. Como consecuencia casi todos los órganos, aparatos, y sistemas de la gestante experimentan modificaciones anatómicas y físicas que se revierten en el puerperio (Hoffman, et al, 2011).

2.1. Conceptos Básicos

Paridad: es el número de partos, y fetos viables (>22 Sem, peso > 500gr).

Nuligesta: ningún embarazo.

Primigestas: primer embarazo

Nuliparidad: mujeres sin ningún parto, nunca en su vida.

Primípara: la mujer que ha parido una vez por vía vaginal.

Múltipara: ha parido más de una vez.

2.2. Diagnóstico

Es uno de los más fácil de realizar, pero por lo mismo es de los más complicados de realizar, principalmente cuando se realiza en las primeras semanas, ya que el útero se encuentra todavía intrapélvico (Cunningham, et al. 2011).

Para asegurar que el diagnóstico sea el correcto, se realiza una historia clínica completa, no dejando pasar ningún aspecto, tanto prenatal como post concepcional, un examen físico completo, ayudado de una serie de exámenes complementarios que confirmarán y descubrirán problemas que se pueden modificar (anemias, infecciones), o enfermedades que no obstaculicen el desarrollo del nuevo ser, los cuales comprenden (Cunningham, et al. 2011).

- Signos y síntomas Presuntivos o de Sospecha.
- Signos de Probabilidad.
- Signos de Certeza o confirmatorios.

2.3. Etapas del Embarazo

El embarazo consiste en aproximadamente 40 semanas las cuales se agrupan en (Cunningham, et al. 2011).

2.3.1. El Primer Trimestre (semana 1 a la 12)

Durante este trimestre, el cuerpo pasa por muchos cambios. De ellos, los hormonales afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos (Dirección General de Salud Pública, 2015). Estos cambios pueden manifestar síntomas incluso en las primeras semanas de embarazo. El retraso menstrual es un signo evidente de embarazo. Otros cambios pueden incluir (Dirección General de Salud Pública, 2015):

- Agotamiento
- Senos sensibles e inflamados. Los pezones también se pueden volver protuberantes.
- Malestar estomacal o malestar matutino con o sin náuseas
- Aberración o antojos hacia ciertos olores o alimentos.
- Cambios de humor.
- Estreñimiento.
- Necesidad de orinar con mayor frecuencia.
- Dolor de cabeza.
- Acidez estomacal.
- Aumento o pérdida de peso.

2.3.2. El Segundo Trimestre (semana 13 a la 28)

La mayoría de las mujeres manifiestan que este trimestre de gestación es más fácil de llevar que el anterior. De todas maneras, algunos síntomas, como las náuseas y la fatiga, desaparecerán y se presentarán nuevos cambios en el cuerpo que serán más evidentes. El abdomen se expandirá de

acuerdo con el crecimiento del feto. Y antes de que termine este trimestre, se percibe los movimientos del feto (Dirección General de Salud Pública, 2015). A medida que el cuerpo cambia para hacer espacio para el feto, es probable que presente algunas de las manifestaciones siguientes:

- Estrías en el abdomen, senos, muslos o nalgas.
- Oscurecimiento de las areolas.
- La línea alba (que se extiende desde el ombligo hasta el vello púbico) se torna oscuro.
- Cloasma, que generalmente se presentan bilateral. Se le conoce como la máscara del embarazo.
- Algunas pueden presentar el síndrome del túnel carpiano.
- Comezón en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies.
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro.

2.3.3. El Tercer Trimestre (semana 29 a la 40)

Algunas de las molestias propias del segundo trimestre continuarán. Además, muchas mujeres sienten dificultad para respirar y necesitan ir al baño con mayor frecuencia (Ministerios de Sanidad Servicio Sociales de España, 2017). Esto se debe a que el feto está creciendo y ejerce más presión sobre algunos, y los síntomas desaparecen al dar a luz.

Entre los cambios corporales más notorios en el tercer trimestre se incluyen:

- Falta de aire
- Acidez
- Inflamación en los tobillos, dedos y rostro. Caracterizados al final del día
- Hemorroides
- Sensibilidad en los senos; pueden secretar una sustancia acuosa que es el líquido precursor de la leche llamado calostro
- Ombligo abultado
- Dificultades para conciliar el sueño
- El desplazamiento del bebé hacia la parte inferior del abdomen.
- Contracciones, irregulares.

Cuanto más se aproxima la fecha del parto, el cuello uterino se vuelve más delgado y suave (a este proceso se lo conoce como borramiento). Este es un proceso normal y natural que ayuda a que el canal de parto o vagina se abra durante el trabajo de parto (Ministerios de Sanidad Servicio Sociales de España, 2017).

2.5. Complicaciones del Embarazo

En términos médicos, se dice que una complicación es problema médico que se presenta durante el curso de una condición, enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. Esta puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos. (Ministerio de Salud de Panamá, 2015).

2.5.1. Físicas

En este apartado se mencionan las principales complicaciones físicas, que se pueden presentar en el transcurso del embarazo, provocando efecto sobre la madre, el feto y que si no se le presta la debida atención pueden repercutir en la morbilidad materna y fetal.

2.5.1.1. Sangrados en la Primera Mitad del Embarazo

Se denomina aborto a la expulsión o extracción del producto de la concepción durante las primeras 22 semanas de gestación, o cuando este pese menos de 500 gramos. Según Cunningham, et al. (2011), se puede clasificar según:

a. Formas clínicas o etapas, y se pueden mencionar (Cunningham, et al. 2011).

- Amenaza de Aborto.
- Aborto en Evolución o Inminente.
- Aborto Inevitable.
- Aborto Incompleto.
- Aborto Completo.
- Aborto Diferido.
- Aborto Habitual o Recurrente.

- Aborto Séptico.

b. Según su origen

- Aborto Espontaneo.
- Aborto Inducido (el cual se divide a su vez en: aborto por indicación médica o aborto terapéutico, aborto por indicación legal, aborto criminal, aborto inseguro o realizado en condiciones de riesgo).

2.5.1.2. Embarazo Ectópico

Según Cunningham, et al., (2011), se produce el embarazo en donde ocurre la implantación, que por lo general es fuera de la cavidad uterina. Los sitios que con mayor frecuencia ocurren

- Trompa de Falopio (más frecuente).
- Ovario.
- Cavidad Abdominal.
- Cérvix (menos frecuente).
- Intersticial o Cornual.

Su diagnóstico y atención oportuna son vitales ya que son la principal causa de muerte materna durante el primer trimestre.

2.5.1.3. Enfermedad Gestacional del Trofoblasto

Son tumores derivados del Trofoblasto, motivo por el cual van a tener sus mismas propiedades, es decir: producción de hormonas típicas de la placenta, entre ellas se menciona B-HCG, así como invasión tisular y vascular y migración a distancia por vía hemática (Ministerio de Salud de Panamá, 2015). De estos los que más frecuentemente se presentan son:

- Mola Hidatiforme (Embarazo molar)
- Mola Completa.
- Mola Incompleta.
- Mola Invasiva

- Tumor trofoblástico del sitio placentario.
- Coriocarcinoma.

2.4.1.4. Hemorragia del Segundo y Tercer Trimestre

El mencionar las hemorragias en esta etapa del embarazo es de suma importancia, ya que este tipo de complicación es la que presentan como de mayor causa de morbilidad materna y partos prematuros, de éstos los que se presentan más comúnmente son (Hoffman, y otros, 2011):

2.4.1.5. Placenta Previa

Es una implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, ya sea cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de la semana 24 de gestación.

Se pueden clasificar según el lugar de localización en relación al agujero cervical interno, por lo cual se mencionan:

- Placenta previa total.
- Placenta previa parcial.
- Placenta previa marginal.
- Placenta previa lateral o baja.

2.4.1.6. Desprendimiento de Placenta Normo Inserta

Es la separación de la placenta que se encuentra normalmente inserta, antes del tercer estadio del parto y que ocurra luego de las 20 semanas.

Su etiología es desconocida aunque está bien relacionada con cualquier injuria o patología que afecte los vasos de la decidua, generando un espasmo o constricción de un vaso dando como resultado alguna área de hipoxia, y por lo tanto aumento de la permeabilidad capilar, lo que produce coágulos, y es ahí donde la placenta se desprende o disecciona (Ministerio de Salud de Panamá, 2015) . Los principales factores de riesgo son:

- Traumas externos.
- Síndromes hipertensivos (causa más frecuentes).

- Disminución brusca del volumen intrauterino (embarazos gemelares y polihidramnios).
- Tumores Uterinos (en el sitio de implantación).
- Cordón umbilical excesivamente corto.
- Consumo de tabaco, alcohol y cocaína.
- Déficit de Proteína C, Hiperhomocisteinemia y Trombofilias.
- Edad (mayor de 35^a).
- Historia previa de desprendimiento.

Se pueden clasificar en:

Grado I (leve)

Grado II

Grado III.

Su diagnóstico es meramente clínico, ya que al reconocer los síntomas/signos se sospecha y se confirma con pruebas especiales. Estos signos y síntomas son los siguientes: Inicio súbito de sangrado transvaginal de color oscuro y con dolor abdominal constante, asociado a actividad uterina y disminución de los movimientos fetales aunque en un 20 % de estos casos no se da sangrado transvaginal. Con signos de sufrimiento fetal. Generalmente la repercusión no es acorde con el sangrado externo. Si la condición clínica lo permite se le realiza aparte USG para descartar placenta previa (Ministerio de Salud de Panamá, 2015).

Existen así mismo complicaciones en la duración del embarazo, el cual en condiciones normales tiene una duración de 37 a 42 semanas normalmente, cualquier variación en este periodo puede aumentar la morbilidad materna y fetal; las más comunes de estas variaciones son las que se mencionan a continuación: (Hoffman, et.al 2011)

- Labor de Parto Pre término.
- Ruptura Prematura de Membranas Ovulares.
- Embarazo Prolongado.

Otro tipo de Complicaciones (Cunningham, et al. 2011):

1. Trastornos hipertensivos del embarazo
 - Eclampsia
 - Pre eclampsia.
 - Hipertensión crónica y pre eclampsia
 - Síndrome de Hellp.
 - Complicaciones del Crecimiento Fetal:
 - a. Restricción del Crecimiento Intrauterino.
 - Complicaciones de la labor de Parto.
 - a. Sospecha de Pérdida de Bienestar Fetal.
 - b. Complicaciones del Alumbramiento y Hemorragia Post Parto
 - Inversión Uterina.
 - Shock Hemorrágico.

2.5.2. Emocionales

El embarazo es uno de los períodos vitales con mayores implicaciones emocionales (Intramed, 2014). A pesar de cada embarazada vivirá una experiencia afectiva y física individual, ciertos cambios físicos y emocionales son comunes en todas las mujeres.

Es evidente que los cambios psicológicos de la embarazada tienen que ver mucho con una serie de aspectos, entre los que se destacan:

- Experiencias vividas con anterioridad en torno al tema de la gestación: Las multíparas se enriquecerán con las experiencias previas. Si fueron satisfactorias, servirán de soporte a su tranquilidad.
- La relación que tiene con su pareja. Durante el embarazo la mujer suele tener una mayor dependencia afectiva, sobre todo con su pareja, es por lo tanto vital que los dos participen del embarazo.
- Condiciones sociales y esfera económica. La situación social de la mujer va a influenciar en este período de adaptación durante el embarazo, la relación con su familia, amigos, trabajo y

su situación económica le harán mucho más fácil esta adaptación o realizarán un efecto totalmente contrario

- Personalidad previa de la mujer. Aquellas pacientes que ya son inestables emocional y psicológicamente antes del embarazo suelen sufrir mayores cambios que en aquellas mujeres que son más fuertes desde el punto de vista psicológico.

El síntoma más frecuente de la embarazada es la ansiedad, en todas sus vertientes, relacionada sobre todo con el grado de información que la misma posea y por supuesto relacionada con las variables descritas anteriormente (Intramed, 2014).

CAPÍTULO III

ANÁLISIS PERSONAL

3. Relación de Depresión durante embarazo

El embarazo es uno de los períodos vitales con mayores implicaciones emocionales. A pesar de que cada embarazada vivirá una experiencia afectiva y física individual, ciertos cambios físicos y emocionales son comunes en todas las mujeres.

Es evidente que los cambios psicológicos de la embarazada tienen que ver mucho con una serie de aspectos, entre los que se mencionan:

En pacientes primigestas el presentar esta serie de cambios tanto físicos como emocionales las llevan a crear depresión, la cual se puede manifestar de diferentes formas, ya que como es bien sabido, cada persona maneja las situaciones de forma diferente, lo cual depende muchas veces del tipo de educación que tenga, es decir a muy temprana edad, las pacientes muchas veces desconocen lo que está sucediendo, esto es hablando de pacientes con poca educación o incluso en pacientes con poca edad, y cuando se habla de esto se refiere a pacientes adolescentes, las cuales muchas veces desconocen lo que está sucediendo en su cuerpo y si a esto se suma el sentirse no apoyada y no acompañada las hace crear diferentes sentimientos de inseguridad e insatisfacción.

Por el hecho que la mujer embarazada necesita más acompañamiento, principalmente de su pareja, es importante que participen ambos de visitas al control prenatal, exámenes especiales y que le pueda dedicar el tiempo necesario para compartir las experiencias de cambios a nivel físico y anatómico. Todos estos factores van a influir incluso en la relación tanto familiar, como psicológico, y social, ya que la mayoría de veces les trastornan las actividades a las cuales están acostumbradas, es decir, viajes, actividades que realizan con la familia, con los amigos, con la pareja. El tener una actitud negativa hacia el embarazo puede determinar o precipitar un episodio de depresión ya que estos factores pueden desencadenar una crisis.

Entre los factores precipitantes en mujeres que las lleven a la depresión, pueden ser experiencias de otras mujeres embarazadas que no fueron satisfactorias, poco apoyo social o

familiar, estar sola o no tener pareja, embarazos no deseados, violaciones, o incluso pacientes que han presentado algún tipo de violencia a la que se somete, y si todo esto se presenta en una primigesta, las consecuencias para el futuro ser y para la paciente pueden tener serios daños, quizá no físicos pero si emocionales, un episodio de depresión sin tratamiento durante el embarazo, ya sea porque no se reconocieron los síntomas o por las preocupaciones relacionadas a los efectos de la medicación, puede llevar a una multitud de consecuencias negativas, que incluyen falta de compromiso con las recomendaciones sobre los cuidados prenatales, nutrición y cuidados propios pobres, automedicación, uso de alcohol y otras drogas, pensamientos suicidas y pensamientos de hacerle daño al feto y el desarrollo de depresión postparto luego de nacido el bebé.

Estudios han demostrado que los niños nacidos de mujeres deprimidas mostraron menos expresiones faciales positivas y vocalizaciones, y que también eran más difíciles de consolar (Intramed, 2014).

No es lo mismo una embarazada adolescente con un embarazo no deseado, que una mujer adulta que ansía su primer hijo, o una mujer multípara que un nuevo embarazo significa una carga añadida. Como tampoco es la misma situación cuando se habla de parejas que se embarazan tras años de estrés por esterilidad.

Todo esto hace más consciente la necesidad de atención psicosexual a las parejas sometidas a tratamientos por esterilidad como es el caso de la fecundación in Vitro.

En consecuencia, la relación entre la depresión materna y los problemas tempranos en la niñez podrían ser parte de una secuencia que empieza con síntomas depresivos durante el embarazo, y que por desconocimiento de las personas que trataron a estas mujeres pasan desapercibidas, ya que no se saben reconocer los síntomas de depresión o se pasan por alto.

CONCLUSIONES

- No se puede conocer la cantidad de pacientes deprimidas primigestas que consultan al Hospital Nacional de Chiquimula, ya que no existen datos que relacionen esta patología.
- Los principales signos/síntomas que se presentan en pacientes deprimidas primigestas pueden no saber reconocerse o creer que es parte de los signos/síntomas del embarazo en sí, entre los que se pueden incluir cambios en el patrón de sueño, apetito o energía, tristeza excesiva, sentimiento de culpa o de no estar haciendo bien las cosas, humor negativo.
- El tipo de depresión que presentan las mujeres embarazadas es de leve a moderado, por lo cual los signos y síntomas se pueden llegar a confundir o pasan desapercibido en estas pacientes.
- La etapa del embarazo que presentan más síntomas de depresión son entre el primer y el tercer trimestre, teniendo un mejoramiento de los síntomas en el segundo trimestre, según los estudios presentados.
- Entre los factores precipitantes que pueden desencadenar la depresión se encuentran los factores sociales, historia previa de depresión o historia familiar de depresión.
- Las pacientes del área urbana pueden deprimirse con más facilidad que las pacientes del área rural

RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud y Asistencia Social, agregar como parte de las historias clínicas de los pacientes, los principales signos/síntomas de depresión, en los diferentes programas de Ginecoobstetricia y Salud materno infantil tanto a nivel hospitalario como comunitario, que atienden a pacientes embarazadas.
- Al Ministerio de Salud y Asistencia Social, en los diferentes programas de Salud Mental tanto a nivel hospitalario como comunitario, que vigile los aspectos básicos del embarazo en pacientes primigestas, que puedan influir en su estabilidad emocional.
- A nivel nacional y local, la carrera de Medico y Cirujano realizar estudios de investigación en general sobre problemas mentales en pacientes embarazadas en los tres períodos de gestación principalmente en primigestas.

Bibliografía

- Beck, A. (1979). *Modelo Terapia Cognitiva para la Depresión*. Obtenido de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>
- Consejería de Salud y Binestar Social. *Guías de Autoayuda para la Depresión y Ansiedad*. (2013). Andalucía: EDITA servicio Andaluz de Salud.
- Cunningham, Leveno: Bloom, Hauth, Rouse, Spong. (2011). *Obstetricia de Williams*. McG-H Interamericana.
- Dirección General de Salud Pública, C. d. (15 de 01 de 2015). *Guías de Embarazo Parto y Lactancia*. Obtenido de Servicios de Salud del Principado de Asturias: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/2015/Guia-embarazo-parto-y-lactancia-2015_web.pdf
- El País. (2016). Bioquímica del Embarazo y la Maternidad. *El País, edición América*.
- Hernández, M., Marañón, Q., & Mato, X. (2016). *Genética de la Depresión*. Barcelona, España.
- Hoffman, B. L., Horsager, R., Scott, W. R., Rogers, V. L., Santiago - Muñoz, P., & Worley, K. C. (2011). *Obstetricia*. McGrallHill Interamericana Editorial.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2015). *Depresión*. Infocenter.
- Intramed. (mayo 2014). Trastornos Psiquiátricos en el embarazo. *Intramed*.
- KormanI, G. P. (2013). *El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck*. Río de Janeiro, 65 (3): 470-486: Arquivos Brasileiros de Psicologia 65 (3): 470-486.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2015). *Guías de Complicaciones en embarazadas*. Panamá.
- Ministerios de Sanidad Servicio Sociales de España. (2017). Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. *Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio*, 7-9.
- OPS. (2012). *Día Mundial de la Salud Metal*. Washington,DC.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Obtenido de Temas de Salud:
<https://www.who.int/topics/depression/es/>

Psychiatric Association American, 2. (2017). *DSM-5 Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez, F. M. (2010). Sexualidad en el Embarazo y Puerperio.

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: El Problema de la conducta Inadaptada*. Pearson, Educación.

Zarranz, J., Meana, J., & González, J. (2011). *Neurofarmacología Contemporanea*. J.J. Zarraz.

APÉNDICE

CRONOGRAMA

Actividades	Semanas						
	1 al 8 de julio	9 al 15 de julio	16 al 22 de julio	23 al 29 de julio	30 de julio al 5 de agosto	6 al 12 de agosto	14 de agosto
Selección del tema.							
Elaboración del Título, Subtitulo.							
Objetivos, Justificación y Marco Teórico.							
Introducción, Conclusiones Recomendaciones y Normas APA.							
Índice, Bibliografía y Abstrac.							
Revisión de investigación							
Presentación de temas.							