



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA
DETECCIÓN DE SIGNOS DE DEPRESIÓN EN GESTANTES
DEL CENTRO DE SALUD #12 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

AUTORES:

**TORRES VERA KERLY MARCELA
GERMAN JIMÉNEZ NORA ESTEFANIA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Ing. Bello Tomalá Yadira

Guayaquil, Ecuador

5 de marzo de 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Torres Vera Kerly Marcela y German Jiménez Nora Estefanía**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

f. _____
Bello Tomalá Yadira Ing.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Mendoza Vines Ángela MSC.

Guayaquil, 5 de marzo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Torres Vera Kerly Marcela y German Jiménez Nora Estefanía

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Conocimiento del personal de salud sobre la detección de signos de depresión en gestantes del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada de Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 5 de marzo del 2018

AUTORAS

f. _____
Torres Vera Kerly Marcela

f. _____
German Jiménez Nora Estefanía



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Kerly Marcela Torres Vera y Nora Estefanía German Jiménez

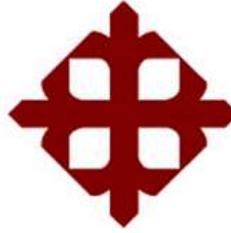
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Conocimiento del personal de salud sobre la detección de signos de depresión en gestantes del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 5 de marzo del 2018

AUTORAS

f. _____
Torres Vera Kerly Marcela

f. _____
German Jiménez Nora Estefanía



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Ing. Bello Tomalá Yadira
TUTORA

f. _____

Lcda. Mendoza Vincés Ángela
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

Lcda. Holguín Jiménez Martha
COORDINADOR DEL ÁREA UTE

Lcda. Mendoza Vincés Ángela
Oponente

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	3
CAPÍTULO I	
Planteamiento del problema	4
Objetivos	7
Preguntas de Investigación	8
CAPÍTULO II	
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL – TEÓRICO	
Marco Teórico	9
Marco Referencial	10
Antecedentes	10
EPIDEMIOLOGÍA	12
SINTOMATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	13
CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN	15
Episodio depresivo leve	14
Episodio depresivo moderado	15
Episodio depresivo grave	15
Episodio depresivo recurrente	15

TRATAMIENTO	16
Intervenciones Psicoterapéuticas	17
Farmacoterapia	17
Otros tratamientos.....	17
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	20
Presentación y Análisis de Resultados	22
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

TABLA #1: Prevalencia de la depresión en gestantes	11
TABLA #2: Clasificación CIE-10 de la Depresión	15
TABLA #3: Variables Generales: Características Sociodemográficas y Niveles de Conocimiento de los Profesionales de la Salud	30
GRÁFICO #1A: Sexo de los profesionales de la salud.....	22
GRÁFICO #1B: Edad de los profesionales de la salud.....	22
GRÁFICO #1C: Población de los profesionales de la salud.....	22
GRÁFICO #2: Porcentaje de profesionales capacitados acerca de la detección de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes...	24
GRÁFICO #3: Conocimientos acerca de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes	25
GRÁFICO #4: Signos de alarma de depresión en gestantes que usted conoce	26
GRÁFICO #5: Capacidad de detección los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes por parte de los profesionales de la salud	27
GRÁFICO #6: Remisión al profesional correspondiente de acuerdo a la detección de signos de alarma mediante observación	28
GRÁFICO #7: Importancia de la detección temprana de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes	29

RESUMEN

La elevada incidencia de trastornos como la depresión a nivel mundial, sobre todo las diagnosticadas en mujeres, evidencia la necesidad de atender de forma emergente la oportuna validación de los síntomas de depresión en grávidas y sus repercusiones biopsico-sociales tanto en la madre como en el niño/a, contemplando su entorno y desarrollo. Para justificar este problema el **tipo de estudio** que se planteará es descriptivo y cuanti-cualitativo para cumplir con el **objetivo general** de identificar el conocimiento del personal de salud sobre la detección de signos de depresión en gestantes del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil. Por ello, la presente investigación describe y analiza las características, los factores predominantes y de riesgo de la enfermedad, aspectos clínicos, diferentes alternativas para su tratamiento y los desafíos actuales para un abordaje psicoterapéutico integral, considerando los distintos aspectos que contemplan la atención brindada por parte del personal de salud.

Palabras Clave: *depresión, embarazo, gestante, signos de alarma.*

ABSTRACT

The increasing incidence of depressive disorders around the world and the high rates of this syndrome reported in female patients, warn about the need to deepend and prioritize the timely validation of the symptoms of depression in gravid and its biopsychosocial repercussions in both the mother as in the child, contemplating their environment and development. To justify this problem, **the type of study** that will be proposed is descriptive and quantitative to meet the **general objective** of identifying the knowledge of personal health about the detection of signs of depression in pregnant women of Health Center # 12 in the city of Guayaquil. Therefore, this research describes and analyzes the characteristics, the predominant factors and the risk of the disease, including the clinical implications of this condition, the treatment alternatives and the current challenges for an integral psychotherapeutic approach, considering the different aspects that contemplate the care provided by health personnel.

Key words: depression, pregnancy, warning signs.

INTRODUCCIÓN

La depresión gestacional representa para la mujer uno de los síndromes más debilitantes durante su etapa reproductiva, ya que irrumpe en el propio cuidado gestacional, el lazo materno-infantil, el correcto desarrollo del feto, incidencias negativas durante la etapa de lactancia, un factor de riesgo de depresión postparto, su relación con el entorno, e incluso convertirse en una afectación crónica posterior a la etapa gestacional y de postparto; motivos predominantes por los que representa un serio problema de salud pública.

Enfrentar un cuadro depresivo es una situación de mucha tensión en cualquier etapa de la vida, pero podría ser especialmente difícil de sobrellevar si este escenario se presenta durante la etapa de gestación, debido a los cambios propios del período dado que existe la expectativa social frente a la llegada de un nuevo ser.

Pero la depresión es una enfermedad y no una elección o actitud, que aqueja aproximadamente a una de cada diez mujeres durante el embarazo, cifra que probablemente se multiplicaría puesto que a muchas personas afectadas les cuesta admitir o reconocer los síntomas, por lo que es común que la depresión gestacional no sea detectada y diagnosticada ya que muchas mujeres piensan que sus sentimientos se deben a los cambios de humor temporales que acompañan este ciclo.

El presente estudio desea evaluar el actual proceso empleado para la atención de las usuarias gestantes por parte de los profesionales de salud del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil, quienes, como responsables de la atención de nivel primario, son los llamados a detectar los signos de alarma de depresión en la población en mención para direccionar su especial seguimiento, mismo que es indispensable para la evaluación de los estados emocionales basada en estudios referenciales, ya que un diagnóstico claro y un tratamiento eficaz de estos trastornos en mujeres en período de gestación, es esencial para la salud pública.

JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno emocional tan común que, aunque es descrito como un problema de salud pública, que no tiene gran trascendencia debido a lo imperceptibles que pueden llegar a ser sus signos y síntomas sobre todo en la fase inicial, y posteriormente a la somatización de estos que conllevan a que el criterio clínico muestre otros frentes que desvían la atención del personal de salud.

Las múltiples y negativas consecuencias de un proceso depresivo no tratado pueden convertirse en una afección crónica alterando la capacidad de un ser humano para enfrentarse a la vida, a la realidad. Sufrir un trastorno depresivo durante el embarazo puede dejar a una madre sin las herramientas emocionales y cognoscitivas básicas, convirtiéndose en una persona negligente para ejercer su nuevo rol.

Al representar un problema de salud pública, se puede inferir que su oportuna detección debería ser concebida en un nivel primario de salud; es por este motivo que se debe evaluar periódicamente el conocimiento de los profesionales que brindan atención en ese nivel, puesto que es imposible alertar sin saber lo que deben observar e identificar en la gestante, desde el primer contacto.

Una vez evaluado el personal de salud se contará con la capacidad de distinguir las falencias en el proceso de identificación y atención de usuarias que presentan signos de alarma de depresión y, a partir de ello, construir un grupo de recomendaciones basadas en las necesidades observadas que podrán ser utilizadas como protocolo para direccionar de forma óptima la atención de las gestantes.

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como: “Un trastorno mental frecuente, caracterizado 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.”

A partir de ello, las últimas estimaciones de la OMS indican que más de 300 millones de personas en el mundo sufren de depresión, las mismas que por miedo al estigma y la falta de una red de apoyo no acceden al tratamiento que necesitan siendo la causa principal de problemas de salud y discapacidad.

Por otra parte, la OPS – Organización Panamericana de la Salud, cita que: “La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y es, además, una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan.”

El embarazo adolescente o embarazo temprano es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia, misma que es establecida por la OMS como el ciclo comprendido entre los 10 y los 19 años, período que trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.

El embarazo como tal, representa un reto en casi todos los aspectos de la vida, dicho esto podemos aseverar que la adolescencia suma varios escalones de dificultad para enfrentar de forma adecuada esta etapa; los factores emocionales y fisiológicos se ven alterados en ambos estadios que, de forma ideal, deberían ser afrontados por separado.

La maternidad adolescente constituye uno de los problemas de salud pública más importantes relacionados con la conducta sexual de los jóvenes, dado que son gestaciones de mayor riesgo y que principalmente representan un problema social, debido a que se genera un mayor índice de abandono de la formación académica, ausencia de los progenitores y falta de apoyo de la familia de la madre e ingresos económicos basados en trabajo informal, condiciones que son consideradas como factores que reducen su idoneidad para asumir el conjunto de responsabilidades que conlleva desarrollar su rol de madre a cabalidad.

Los problemas sociales que derivan del embarazo y maternidad adolescente se convierten en factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de las jóvenes madres de padecer depresión postparto.

El inicio de la visualización de los problemas antes citados, durante la etapa de gestación, suele ser el detonante de síntomas depresivos tales como: aislamiento, llanto espontáneo sin causa aparente, irritabilidad, omisión de cuidados prenatales, consumo de alcohol o sustancias ilícitas y la alteración en patrón alimenticio y de sueño, patrones que al ser detectados por los profesionales de la salud suelen ser asociados con la falta de competencia y madurez de la madre, justificando su falta de vinculación al neonato.

Frente a dichas alteraciones se desarrolla un gran signo de alarma, dado que el principal factor de riesgo ante una depresión postparto es precisamente que la presencia de los primeros síntomas se anuncie durante el embarazo.

A dicho escenario se suma el hecho de que suele tratarse de embarazos no planificados, ideación de aborto, mala relación con la madre, episodios depresivos previos, antecedentes de abuso físico o sexual y conflictos con el progenitor del bebé.

Es de vital importancia para el profesional en enfermería y para todos los profesionales de la salud, tener pleno conocimiento de los factores de riesgo asociados con la depresión postparto, con énfasis en la gestación y maternidad adolescente, con el fin de identificarlos de forma temprana, ya

sea para intervenirlos directamente o para aplicar acciones de prevención o tratamiento oportuno, que permitan aminorar complicaciones a largo plazo o efectos permanentes tanto en la madre como en el hijo.

El personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe estar ampliamente capacitado para sustentar criterios de detección de los signos y síntomas de la patología y así, prevenir complicaciones que pongan en riesgo la salud de la madre y el normal desarrollo del niño.

El propósito de la presente investigación es la protocolización de la valoración de enfermería dirigida a la oportuna detección de signos y síntomas de depresión postparto durante el puerperio inmediato de usuarias adolescentes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar el conocimiento del personal de salud sobre la detección de signos de depresión en gestantes del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características demográficas de los profesionales del Centro de Salud #12.
- Determinar los conocimientos de los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud #12 sobre la detección de signos de alarma de depresión en usuarias gestantes.
- Describir el proceso de la derivación de las pacientes con signos de alarma al profesional competente.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las características demográficas de los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil?
- Los profesionales de la salud del Centro de Salud #12 ¿poseen conocimientos acerca de la detección de signos de alarma de depresión en gestantes?
- ¿Cuál será el proceso de derivación de las pacientes con signos de alarma de alarma de depresión?

CAPÍTULO II.

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL - TEÓRICO

MARCO REFERENCIAL:

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental que se presenta con frecuencia, y se evidencia con 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. ⁽⁶⁾

Este padecimiento puede ser recurrente o crónico comprometiendo parcial o totalmente el desempeño del individuo y su relación con el entorno, y en su forma más grave, puede conducir al suicidio.

En el estadio leve, la depresión puede ser tratada sin necesidad de medicamentos, pero en el estadio moderado, puede emplearse medicación y terapia profesional, siempre que el padecimiento sea diagnosticado de forma fiable y el ámbito de la atención primaria.

ANTECEDENTES:

Los pensamientos, las emociones y sobre todo la conducta de un individuo pueden verse afectados por las acciones o las características reales, perceptivas o inferidas por otros. Dichas características pueden basarse en la genética de la conducta en donde intervienen factores hereditarios incluyendo capacidades cognitivas, personalidad y psicopatologías.

Todas estas condiciones afectan la conducta humana a diario y son comúnmente influenciadas por el lugar de crianza, ambiente social, clase o posición social, educación, entre otros. ⁽⁷⁾

Así mismo se conoce que los vínculos afectivos son cruciales para el desarrollo de una correcta inteligencia emocional en los individuos⁽⁸⁾, pero su disfuncionalidad, puede resultar perturbadora y desencadenar graves trastornos y padecimientos que en muchos casos empiezan en la infancia y en caso de que ser ignorados podrían extenderse y agudizarse durante la pubertad y etapa adulta.

La pubertad por su parte, es un período en el que el individuo sufre múltiples transiciones, incluyendo cambios biológicos, cognitivos y sociales, mismos que podrían ocasionar un ajuste o, en el peor de los escenarios, un desajuste emocional. ⁽⁹⁾

Durante la etapa adulta, los trastornos afectivos o emocionales ⁽¹⁰⁾, son parte de los padecimientos más comunes, sin embargo, tienen gran incidencia durante la niñez y la adolescencia, estadio en el que su repercusión es aún mayor. Además, presentar cuadros depresivos en la infancia o durante la adolescencia, incrementa en un 60% el riesgo de repetir episodios depresivos en la edad adulta.

En la actualidad, la depresión es uno de los principales problemas de salud mental en el que las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales, siendo más frecuente con una incidencia de 2 a 1, a 1.5 a 1 en comparación con los hombres. ⁽¹¹⁾

Las usuarias que solicitan los servicios de los centros de salud de atención primaria, suelen estar expuestas a los factores de riesgo de este trastorno, pero dada la ausencia de un proceso estandarizado que deba aplicar el personal de salud para la oportuna validación de los signos, su diagnóstico es pasado por alto o no se realiza ya que estas patologías pueden estar enmascaradas por síntomas somáticos.

El origen del desorden depresivo no está claramente establecido, pero afecta a cerca de 350 millones de personas, enfatizando su presencia con entre el 10% y 30% en mujeres embarazadas en América Latina.⁽¹²⁾ El sustento clínico común sobre causas y tratamiento integral se presenta con un enfoque pluralista que reconoce factores genéticos, bioquímicos, psicológicos y socioambientales.⁽¹³⁾ Cerca del 25% de las mujeres que solicitan servicios de atención primaria en salud atraviesan cuadros depresivos sin llegar a ser diagnosticadas⁽¹⁴⁾; su prevalencia mundial en edad fértil es de 22%⁽¹⁵⁾ y en las embarazadas oscila entre 10 y 25%.⁽¹⁶⁾

El desarrollo de la mujer y específicamente su experiencia durante la etapa reproductiva, influye notablemente sobre su rol, biología y status social. ⁽¹⁷⁾

Las circunstancias que envuelven los eventos reproductivos son múltiples, así como todas las reacciones que puede presentar durante el embarazo, etapa en la sería más difícil de manejar dado que la propia etapa suele presentar alteraciones emocionales, y si el médico desconoce cómo asociarlas, podría errar en el diagnóstico.

MARCO TEÓRICO:

La depresión, del latín depressus que significa abatimiento⁽¹⁾, es la más antigua enfermedad psiquiátrica, que en sus inicios, fue denominada melancolía (del griego antiguo μέλας "negro" y χολή "bilis"), originándose en Hipócrates y continuando hasta el Renacimiento.

En 1725, Richard Blackmore renombró el padecimiento como depresión ⁽²⁾, término que se usa hasta el momento. Esta patología al igual que el resto de trastornos mentales bordeaba entre la magia y el carácter empírico hasta el nacimiento de la psiquiatría y su farmacología donde pasa a tratarse como una enfermedad digna de atención médica.

Basados en dichos preceptos, se pensaba que el embarazo protegía a la mujer de la depresión y que el riesgo real del padecimiento era en la etapa de postparto, pero las actuales investigaciones afirman que las altas tasas de depresión gestacional afectan a cerca del 15% de las embarazadas. ⁽³⁾

Acorde al concepto, el embarazo, también conocido como gravidez o gestación, es la fase que transcurre entre la implantación del cigoto hasta el momento del alumbramiento, ciclo que representa cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos significativos en la mujer. Es decir que el término gestación hace referencia al proceso de crecimiento y desarrollo del feto en el útero materno. ⁽⁴⁾

Propio de los cuidados necesarios durante la gestación, los Centros de Salud de Atención Primaria o de Tipo A, dado su contacto directo con la comunidad ⁽⁵⁾, atienden las necesidades básicas más frecuentes de la población, entre las que destaca el cuidado gestacional, atención que es realizada en dichas entidades regentadas por el Ministerio de Salud Pública, en donde se ofertan servicios de medicina familiar contemplando la

promoción de la salud y prevención de enfermedades con un alcance de cobertura de 2001 a 10000 usuarios. Dichos cuidados, están a cargo de un equipo de salud conformado por médicos, enfermeros (as) y técnicos de atención primaria.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos actuales muestran una prevalencia entre el 9% y 66%, reportando preponderancia acorde al siguiente detalle ⁽¹⁸⁾:

TABLA 1: PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN GESTANTES

PAÍS	PORCENTAJE
Ecuador	64 %
Colombia	66 %
México	30,7 %
Chile	15,3 %
Argentina	12 %
España	11 %
Perú	11 %
República Dominicana	9,8 %

Sustentado en estadísticas establecidas por la OMS en 2012 ⁽¹⁹⁾, se conoce que las afectaciones ocasionadas los cuadros depresivos son el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo con más de 350 millones de personas de todas las edades, donde entre el 60% y el 65% no reciben atención; entre el 20% y el 40% de los pacientes, son mujeres en etapa de

gestación y de dicha cifra general un millón muere cada año por causa de suicidio representando prevalencia en América con 63.000 casos.

El 76,5% de los países de América Latina y el Caribe cuentan con un plan nacional de salud mental que atiende estos padecimientos. Ecuador no cuenta con programas preventivos o de tratamiento, ni procesos estandarizados de detección.

SINTOMATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La depresión durante el embarazo se evidencia en mayor proporción con la fatiga y problemas para conciliar el sueño, padecimientos que en combinación con sentimientos de tristeza, ocasionan que se pierda la capacidad para sentir placer y en muchos casos, la habilidad de realizar actividades de su vida diaria. Sin embargo existe variabilidad en cada proceso y en cada paciente.

Pese a estas evidencias, la alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por antecedentes personales o características de la personalidad del paciente como irritabilidad, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias, síntomas obsesivos preexistentes o preocupaciones hipocondriacas, los síntomas más comunes en las gestantes son:

- ✓ Desinterés en sus cuidados prenatales y actividades diarias en general
- ✓ Sentimiento de tristeza o "vacío" durante la mayor parte del día
- ✓ Llanto constante
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Ansiedad
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Falta de energía o fatiga que no disminuye después de descansar
- ✓ Cambios en los patrones de alimentación o sueño
- ✓ Sentimientos de culpa
- ✓ Sentimientos de inferioridad
- ✓ Perspectiva sombría del futuro

Se ha observado que la incidencia de depresión durante el embarazo presenta variaciones en función de la cultura⁽²⁰⁾, es así que en países en los cuales las gestantes tienen acceso a redes de apoyo psicosocial funcionales, la incidencia de este trastorno es baja; también se conoce que existe mayor probabilidad de desarrollar estos síntomas durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Entre los factores de riesgo y predicción que sustenta el surgimiento de la depresión durante el embarazo, se evidencian: eventos estresantes previos al embarazo, historia de trastorno depresivo mayor o disfórico, embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, el ser madre soltera o la disfunción de la relación de pareja y relaciones familiares, la baja autoestima materna y el bajo nivel socioeconómico.

La depresión materna podría afectar el normal desarrollo del feto⁽²¹⁾, aunque varios estudios sugieren que la depresión gestacional se asocia a un riesgo mayor de partos pre término o recién nacidos a término pero con bajo peso.

Con estos antecedentes, la depresión de una gestante puede traducirse en alteraciones conductuales en las que entre las más frecuentes figuran los cuidados prenatales negligentes que ocasionan el deterioro de la salud de la gestante debido al incumplimiento de las directrices médicas.⁽²²⁾

CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

En la actualidad, la depresión se clasifica en base a la intensidad de los síntomas y al deterioro funcional de la gestante como leve, moderado y grave, y a la repetición de los episodios como recurrente.⁽²³⁾

TABLA 2: Clasificación CIE-10 de la Depresión

F32 EPISODIO DEPRESIVO
<ul style="list-style-type: none">• F32.0 Episodio depresivo leve• F32.1 Episodio depresivo moderado• F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas sicóticos• F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos• F32.8 Otros episodios depresivos• F32.9 Episodio depresivo, no especificado
F33 EPISODIO DEPRESIVO RECURRENTE

Fuente: OMS, Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 ⁽²⁴⁾

Episodio depresivo leve:

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo leve debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Episodio depresivo moderado:

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos para identificar un episodio depresivo moderado. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso. El episodio depresivo moderado debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o

doméstica.

Episodio depresivo grave:

En caso de presentar varios síntomas propios de la depresión leve y moderada, está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio, dado que éstas anomalías representan un cuadro de depresión grave durante el cual el enfermo no será capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado, por presentar una considerable angustia o agitación.

Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo o los sentimientos de inutilidad sean importantes y se presente el riesgo de suicidio.

Trastorno depresivo recurrente:

Como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión, sin antecedentes de episodios aislados.

TRATAMIENTO

El tratamiento de usuarias embarazadas con depresión es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, aminorando los riesgos para el feto en desarrollo, para lo cual se emplean uno de los siguientes procesos, o la combinación de ambos.

Intervenciones psicoterapéuticas

Las usuarias con cuadros depresivos leves o moderados pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia, en donde se aplican técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual que son de gran apoyo para tratar la ansiedad que deriva en la depresión.

Para las alteraciones de estados de ánimo, que no sean extremos, la primera alternativa será la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia.

Farmacoterapia

El uso de medicación para el tratamiento de cuadros depresivos en gestantes, se debe emplear en casos moderados o graves, o en su defecto, cuando hay una alta probabilidad de la usuaria recaiga.

Se puede concluir que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRA), son una excelente opción de terapia farmacológica para usuarias gestantes.

Otros tratamientos

Sin ser menos importante, como tercer paso para la adecuada diligencia del tratamiento de las usuarias gestantes con depresión, se recomienda la aplicación del Modelo de Adaptación a partir de la Teoría de Enfermería de Callista Roy, misma que se basa en que los seres humanos (como individuos o grupos) son sistemas holísticos y adaptables, rodeados de estímulos internos y externos que lo afectan, en donde la salud es considerada un estado que conduce a la integridad.

Los cuidados de enfermería son requeridos cuando la usuaria desgasta energía sin poder lograr sus metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio de sí.

Para ello, se debe incrementar el nivel de adaptabilidad de una persona en salud, enfermedad y afrontamiento de nuevos roles, promoviendo su respuesta de manera efectiva incluyendo valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

En dicho escenario, la meta de la enfermería es proporcionar las herramientas de adaptación con conlleven a la salud global del ser acorde a cinco componentes esenciales:

- ✓ Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.
- ✓ Meta: que el paciente se adapte al cambio.
- ✓ Salud: proceso de llegar a ser una persona con predisposición a la adaptación.
- ✓ Entorno: condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- ✓ Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para atender estos elementos se utilizan sistemas, mecanismos de afrontamiento y módulos de adaptación, que obedecen de tres clases de estímulo:

- ✓ Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- ✓ Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- ✓ Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

La teoría de Callista Roy, considera que las personas tienen cuatro planos de adaptación:

- ✓ Las necesidades fisiológicas básicas: son las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- ✓ La autoimagen: el yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

- ✓ El dominio de un rol o papel: cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

- ✓ Interdependencia: la autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

CAPÍTULO III.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Nivel:

- ✓ Descriptivo

Método:

- ✓ Cuanti - cualitativo

Según el tiempo:

- ✓ Prospectivo

Según el diseño:

- ✓ Transversal

Población:

- ✓ Personal del equipo de salud que labora en el Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil (médicos generales, médicos rurales, ginecólogo, obstetra, , licenciadas en enfermería, enfermeras rurales, tecnólogos médicos).

Procedimiento para la recolección de la información:

- ✓ Entrevista
- ✓ Encuesta

Instrumentos de recolección de datos:

- ✓ Cuestionario de preguntas con respuestas de alternativas múltiples y dicotómicas dirigidas a las Licenciadas en Enfermería.
- ✓ Entrevista con preguntas claves que permitan identificar el proceso que actualmente se emplea en el Centro de Salud #12 para la atención de usuarias embarazadas.

Técnica de procesamiento y análisis de datos:

Una vez recolectado los datos se utilizó el programa excel en la elaboración del reporte correspondiente, obteniendo los resultados con las fórmulas del sistema. Para la presentación de resultados se elaboraron gráficos de acuerdo al problema observado.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Grafico #1 Características demográficas del personal de salud.

GRÁFICO #1A: Sexo de los profesionales de la salud

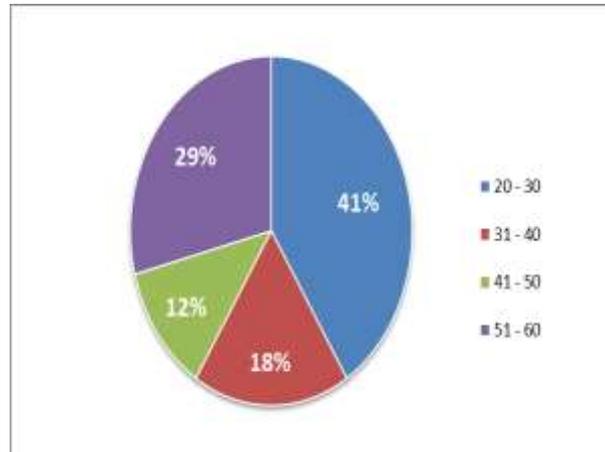


GRÁFICO #1B: Edad de los profesionales de la salud

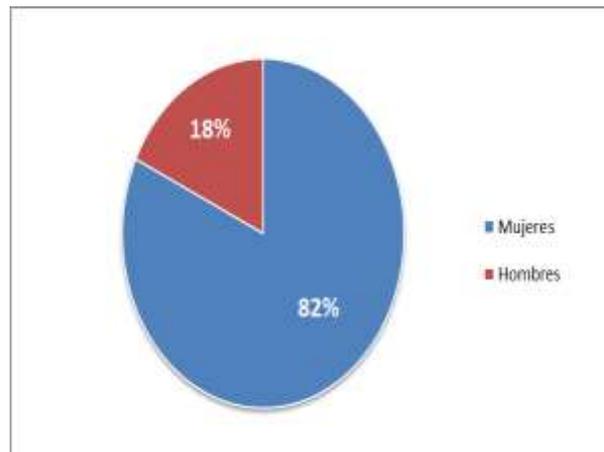
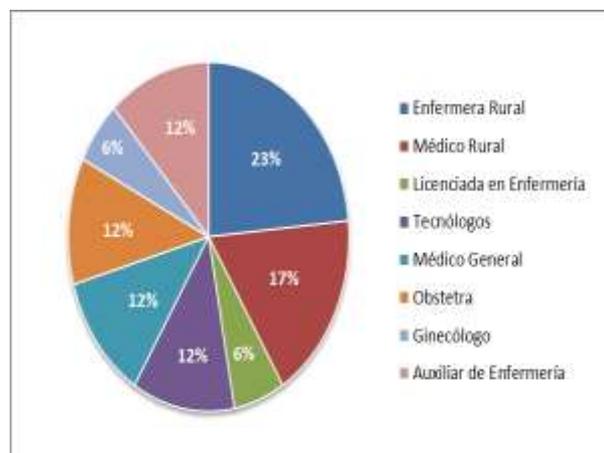


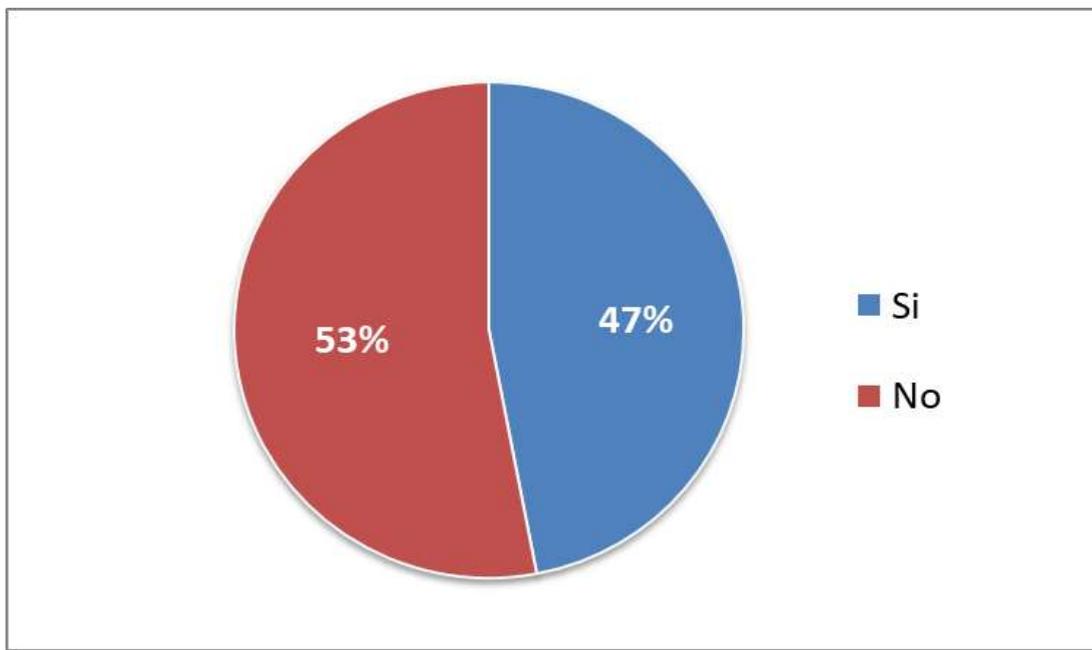
GRÁFICO #1C: Cargo de los profesionales de la salud



Análisis en relación a características demográficas del personal de salud:

La encuesta fue aplicada a 17 profesionales de la salud que laboran para el Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil que está representado por 14 mujeres y 3 hombres con edades que en su mayoría (41%), oscilan entre los 20 y 30 años de edad, y en donde prevalecen los médicos y enfermeras rurales.

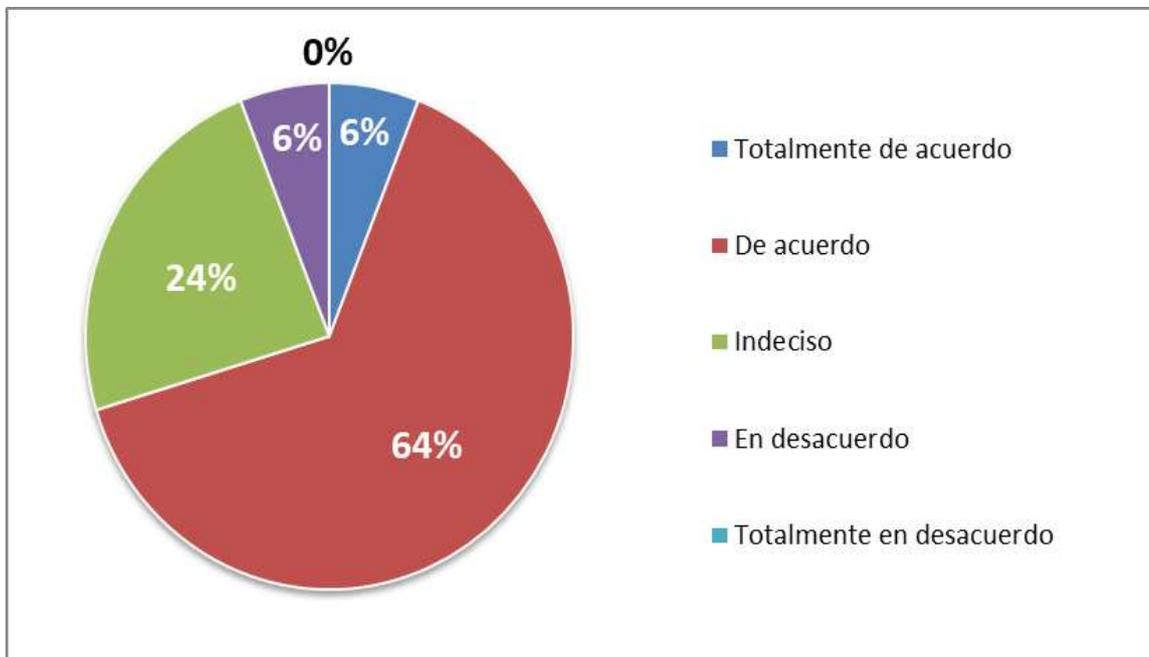
GRÁFICO #2: Porcentaje de profesionales capacitados acerca de la detección de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes



Análisis en relación a la capacitación recibida por los profesionales de la salud:

Acerca del proceso de capacitación sobre la detección de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes, el 53%, indicó que no ha recibido ningún tipo de instrucción, versus el 47% que afirman haber sido capacitados.

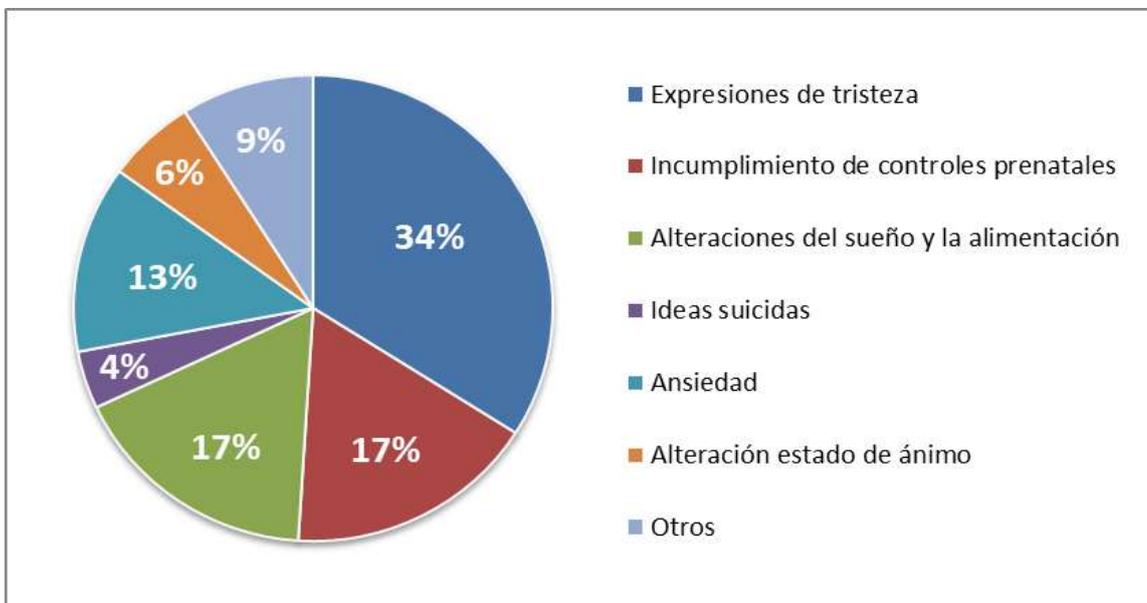
GRÁFICO #3: Conocimientos acerca de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes



Análisis en relación a los conocimientos sobre signos de alarma:

En la medición de conocimientos de los profesionales de la salud del Centro de Salud #12 acerca de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes, se detectó que todos los encuestados consideran que su nivel de comprensión es alto respecto al caso, contando con una respuesta afirmativa por parte del 64% de los profesionales.

GRÁFICO #4: Signos de alarma de depresión en gestantes que usted conoce

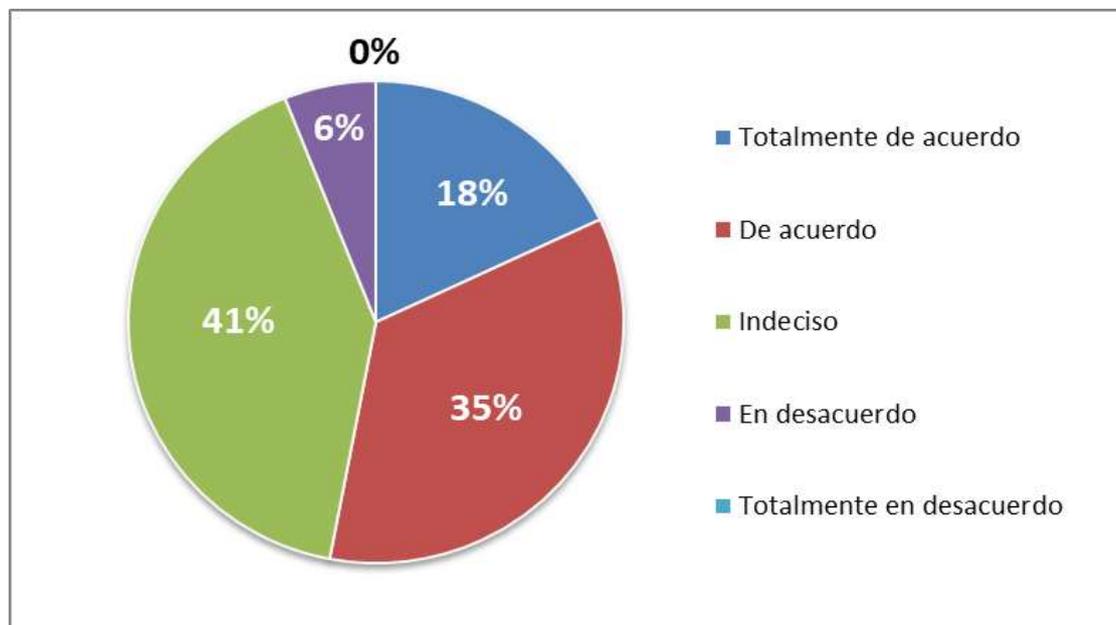


Análisis en relación a signos de alarma:

La encuesta contempló una consulta que permitiera detectar cuáles son los signos de alarma de depresión en gestantes que conocen los profesionales de la salud del Centro de Salud #12 en donde mayoritariamente, el 34% indicó que expresiones de tristeza, seguido del incumplimiento de controles prenatales y las alteraciones del sueño y de alimentación, que en ambos casos representaron el 17% de tendencia.

En menor proporción encontramos las señales de ansiedad, alteración del estado del ánimo y las ideas suicidas.

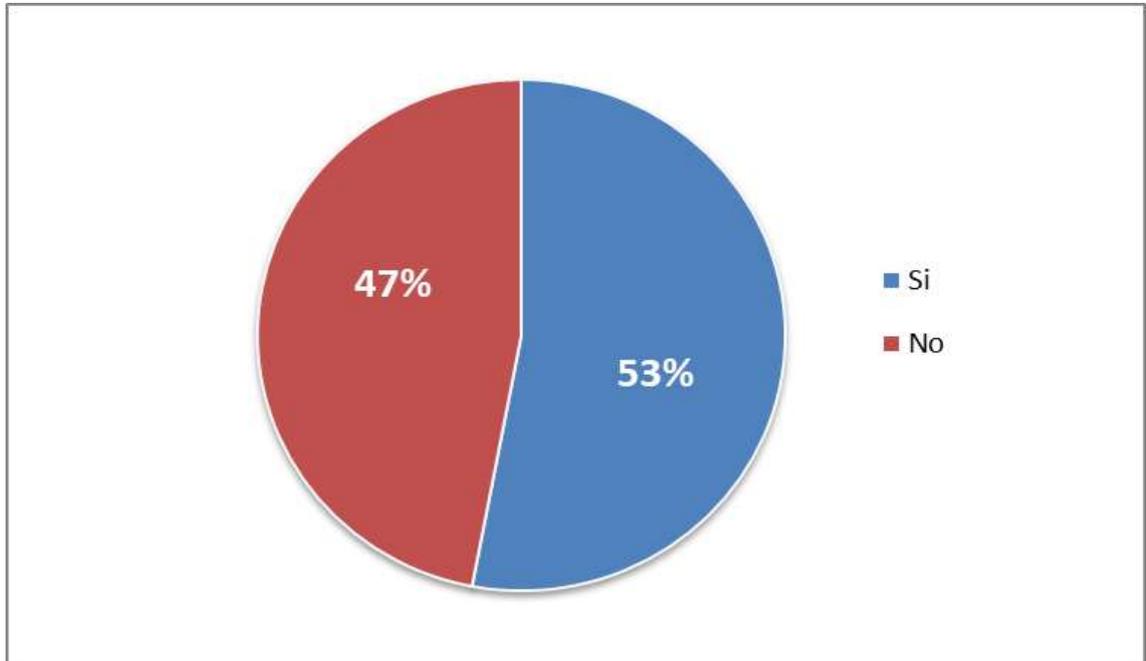
GRÁFICO #5: Capacidad de detección los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes por parte de los profesionales de la salud



Análisis en relación a la capacidad de detección de signos de alarma por parte de los profesionales de la salud:

Con base en el conocimiento que actualmente poseen los profesionales de la salud encuestados, se detectó que únicamente 18% se considera totalmente apto para detectar dichos signos, 35% estuvo de acuerdo con la afirmación y mayoritariamente, el 41% se encuentra indeciso.

GRÁFICO #6: Remisión al profesional correspondiente de acuerdo a la detección de signos de alarma mediante observación



Análisis en relación a proceso de remisión de pacientes con signos de alarma:

Respecto a la correcta viralización de las evidencias observadas en las gestantes, para el conocimiento del profesional competente, el 53% afirmó haber comunicado los eventos identificados y el 47%, indicó que no dirigió el caso al experto correspondiente.

GRAFICO #7: Importancia de la detección temprana de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes



Análisis en relación a la importancia de la detección de signos de alarma:

Finalmente, acerca de la importancia de detectar los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes, el 100% de la muestra coincidió con estar totalmente de acuerdo con dicha afirmación.

FUENTE: encuesta aplicada a los profesionales de salud del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil.

ELABORADO POR: Kerly Marcela Torres Vera y Nora Estefania German Jiménez

**VARIABLES GENERALES: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVELES DE
CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para la atención del paciente.	Características Sociodemográficas	Sexo	Mujer Hombre
		Edad	20 - 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60
		Profesión	Auxiliar de Enfermería Enfermera Rural Ginecólogo Licenciada en Enfermería Médico General Médico Rural Obstetra Tecnólogos

Conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para la atención del paciente.	Nivel de Conocimiento	Posee capacitación acerca de signos de alarma de depresión en gestantes	Si No
		Nivel de conocimiento acerca de signos de alarma de depresión	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		Signos de alarma de depresión en gestantes que conoce	Expresiones de tristeza Incumplimiento de controles prenatales Alteraciones del sueño y la alimentación Ideas suicidas Ansiedad Alteraciones del estado de ánimo
		Posee conocimiento de escalas de	Si No
		Escalas de medición de depresión en	Escala de Edimburg Ninguna
		Es capaz de detectar los signos de alarma de depresión en gestantes	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		Remisión al profesional	Si No
		Importancia de la detección temprana de depresión en gestantes	Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

DISCUSIÓN

Es ampliamente conocido que la mayor prevalencia de trastornos depresivos se presenta en mujeres ⁽²⁶⁾ y que el riesgo de desarrollar esta patología incrementa en ciertos estadios de la vida, como ocurre durante el embarazo, dado que representa un período de mayor susceptibilidad frente a todos los cambios de dicha etapa.

Lamentablemente, las expectativas asociadas a cómo se asume el nuevo rol materno, pueden convertirse en un estresor adicional y ser un obstáculo para buscar una atención adecuada ya que el temor a ser devaluada o criticada puede interferir con la búsqueda de ayuda oportuna de una mujer que está atravesando síntomas depresivos durante la gestación. ⁽²⁷⁾

A esta problemática se suman las falencias en el sistema de atención primaria por la ausencia de direccionamiento por parte del Ministerio de Salud Pública como ente regulador, mismo que no ha protocolizado la detección y tratamiento de la depresión gestacional para su correcta y pertinente atención, pese a representar un problema de interés público.

Como referencia a la importancia de las grávidas en la sociedad, el 76,5% de los países de América Latina y el Caribe, cuenta con la estandarización de protocolos y programas de vinculación para el tratamiento de enfermedades mentales y específicamente, en pro de la detección de trastornos depresivos en gestantes. ⁽²⁸⁾

Por ello consideramos que se debe realizar un especial llamado al ente regulador y dador de soluciones integrales para la correcta atención de los padecimientos mentales dado que la ausencia de procesos estandarizados, es uno de los principales factores que afecta la efectividad de la atención para pacientes que requieren asistencia psicológica, como es el caso de las gestantes que padecen cuadros depresivos.

Para mejorar este punto, podemos tomar como referencia los programas establecidos en países vecinos que invitan y mantienen la formación de

profesionales y de la comunidad acerca de este tipo de trastornos, más aún, considerando que de la población total responsable del Centro de Salud #12 corresponde a 19.344 personas, de las cuales el 1.5% (297 personas), son gestantes de las que no se posee ningún tipo de historial de seguimiento psicológico.

Respecto de los objetivos del estudio, nuestros resultados confirman que el 100% de los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud #12 consideran importante el oportuno reconocimiento de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes, pero sólo el 18% se siente en la capacidad de reconocer dichos síntomas y únicamente el 6% conoce una de las escalas de detección del padecimiento.

Frente a este escenario deducimos que un abordaje apropiado de eventos de este tipo, exigen un mayor reconocimiento de aspectos psicológicos en toda gestante durante sus controles prenatales pues, como ya se ha expuesto, uno de los predictores más arraigados, es el desconocimiento de los signos de alarma.

Finalmente, considerando que la premisa por parte de los organismos de primera respuesta, como son los centros de atención primaria en salud es la prevención, se requeriría de un mayor énfasis profiláctico en la salud mental gestacional y en todo lo que pueda comprometerla, por medio de un filtro de control psicológico aplicado como una de las estrategias más simples de protección que se debe implementar de forma sistemática si se mantiene en el tiempo.

CONCLUSIONES

- Cerca de la mitad de los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil afirman haber recibido algún tipo de capacitación acerca de la detección de signos de alarma de depresión en gestantes pero sólo la décima parte de los expertos afirma conocer una escala de medición de la enfermedad.
- El actual proceso de atención las grávidas con signos de depresión se compone de: visitas prenatales en las que el personal de obstetricia evalúa el estado de la gestante y en caso de reconocer algún signo de alarma, realiza la observación en la historia clínica y la deriva al profesional competente.
- El equipo de salud que labora en el Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil está conformado de médicos generales, licenciadas y auxiliares en enfermería, obstetrix y psicóloga, y así mismo, con un grupo de trabajadores que cursan su medicatura y licenciatura rural quienes representan una debilidad para la organización dada la alta rotación de éstos colaboradores que aún se encuentran en proceso de formación.
- El Centro de Salud #12 cuenta con el siguiente personal:
 - 06 Médicos de los cuales tres son rurales y cuatro son de planta; y entre ellos, solo uno es especialista en ginecología. Tres son mujeres y tres son hombres.
 - 05 licenciadas en enfermería de las cuales una es de planta y cuatro son rurales.
 - 02 auxiliares en enfermería, de planta.
 - 02 tecnólogas en atención primaria en salud, de planta.

RECOMENDACIONES

La información obtenida a través del estudio realizado permitió identificar una serie de indispensables necesidades que presentan las usuarias que padecen depresión gestacional y su entorno familiar. Éstas se traducen en demandas concretas, que deben ser atendidas en la medida de lo posible por el ente regulador responsable del sistema de salud, en aras de una mejora continua del proceso asistencial:

1. Alentar una labor activa por parte de los profesionales de salud en los centros de atención primaria formándolos de manera pedagógica y continua para posibilitar un diagnóstico precoz de la depresión por parte de todo el personal de salud, incluyendo al personal rural y, considerando las dificultades o resistencias que a menudo concurren por parte del paciente y/o su entorno familiar al demandar asistencia sanitaria para así fomentar una desestigmatización progresiva de la depresión.
2. Dadas las repercusiones e impacto de la depresión en el entorno familiar, se debe considerar a la familia de la usuaria a lo largo del proceso de atención ya que constituye una fuente complementaria de información para una mejor evaluación y diagnóstico.
3. Fomentar la prevención del trastorno y optimizar su seguimiento, adhiriendo a los controles prenatales una valoración preventiva de salud mental.
4. Forjar el tratamiento de la depresión de una forma integral, con una perspectiva psicosocial y humana, proporcionando la ayuda necesaria para la estabilización de la usuaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matilde Lena Luna Matos, Joel Salinas Piélag, Antonio Luna Figueroa, Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, [Internet]. 2010. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v26n4/v26n4a04.pdf
2. Cobo-Gómez J. El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología clasificación. Rev Suma Psicológica [Internet]. 2010;7(4):217–25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3681331&info=resumen%20&idioma=SPA>
3. Enrique Jadresig M., Depresión en el embarazo y el puerperio, [Internet]. 2010. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500003&script=sci_arttext
4. Dirección General para la Salud Pública. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer, Control básico del embarazo en la comunidad Valenciana, España, 2002, Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. <http://www.matronas-cv.org/rs/65/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/957/filename/control-basico-del-embarazo-cv.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual del Modelo de Atención Integral en Salud - MAIS, [Internet]. 2012. https://www.google.com.ec/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf&ved=2ahUKEwiRrYu91a7ZAhUNk1kKHQqMDkMQFjAAegQIABAB&usg=AOvVaw38tDJmXVvEhF8F2uWbig2g
6. Cristian Morales Fuhrmann, La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar, [Internet]. 2017 <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>
7. Atencia Olivas Stephenie María, Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion durante abril - junio, 2015, [internet]. 2015. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4355>

8. Ornela Mateu-Martínez, José Antonio Piqueras, María Rivera-Riquelme, José Pedro Espada, Mireia Orgilés, Aceptación/rechazo social infantil: relación con problemas emocionales e inteligencia emocional, [Internet]. 2014.
<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/190>
9. Catalina González-Forteza, Alicia Edith Hermosillo de la Torre, María de los Ángeles Vacío-Muro, Robert Peralta Fernando A. Wagner, Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica, [Internet]. 2015.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149
10. Sandra Constanza Cañon Buitrago, Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes, [Internet]. 2016.
<http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1435>
11. Andrés Vázquez Machado, Depresión: Diferencias de género, [Internet]. 2013.
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
12. World Health Organization. OMS | La depresión [Internet]. World Health Organization. 2016. p. 1.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
13. Marcia Olhaberry Hubiera, Macarena Romero Jiménez, Angela Miranda Largo, Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas, [Internet]. 2015.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>
14. Elkin D. Psiquiatría clínica. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000, pp 64-114 4.
15. Picech AR, Flores, LJ, Lanser RA, Elizalde Cremonte-Ortiz MA, Depresión y Embarazo, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, Corrientes, 2005;145:5-8. 5.

16. Barrera-Oliveros B, Lara OMA, Hernández MS, Gómez SV. Depresión y Embarazo. Rev Salud Publ Nutric (RESPYN), México, 2002, Edición especial No2.
17. Jiménez F, Merino V, Barragán G, Sánchez G. 1993. La ansiedad en la mujer embarazada, Psiquis (Madrid), 1993.
18. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: Estudio transversal. Progresos Obstétricos y Ginecológicos. 2013
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, , España, Edición Electrónica de la CIE 10, [Internet]. 2018. <https://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html>
20. Marcia Olhaberry, Marta Escobar, Irma Morales, Manfred Cierpka, Britta Frey, Andreas Eickhorst, Anna Sido, Estudio comparativo sobre depresión, calidad vincular, desarrollo infantil y variables culturales, [Internet]. 2015. <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281944843009.pdf>
21. Nonacs R, Cohen L, Assessment and treatment of depression during pregnancy, [Internet]. 2003. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=6756909&pid=S0717-9227201000050000300014&lng=es
22. Enrique Jadresig M., Depresión en el embarazo y el puerperio, [Internet]. 2010. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
23. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, Ávila González M, González García A, Guitián Rodríguez D. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [Internet]. 2014. http://www.sergas.es/Docs/Avaliat/avalia_t201306GPCdepression_adulto.pdf

24. Organización Mundial de la Salud, Depresión, [Internet]. 2017.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
25. Reed GM, J. M-C, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry. 2011.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x/full>
26. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. México. 2005.
27. National Institute of Mental Health, [Internet]. 2017.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
28. Organización Panamericana de la Salud, [Internet]. 2017.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

ANEXOS

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD #12 DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL ACERCA DE LA DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DE DEPRESIÓN EN USUARIAS GESTANTES

Sexo: Hombre

Cargo: _____

Mujer

Edad: _____

1. ¿Ha recibido usted capacitación acerca de la detección de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes?

Si

No

2. ¿Cuál considera usted que es su nivel de conocimiento es alto acerca de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes?

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Indeciso

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

3. Mencione los signos de alarma de depresión en gestantes que usted conoce.

4. ¿Conoce usted alguna escala de detección de depresión aplicable para usuarias gestantes?

Si

No

5. ¿Qué escalas para la detección de depresión conoce?

6. Con los conocimientos que posee actualmente: ¿considera usted que podría detectar los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

7. En el momento de la detección de signos de alarma mediante observación, ¿ha comunicado dicho evento al profesional que considera competente para la atención del caso?

- Si
- No

8. ¿Considera importante la oportuna detección de los signos de alarma de depresión en usuarias gestantes?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

ENTREVISTA PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD A CARGO DE EL
ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD #12

1. ¿Con qué frecuencia atiende a usuarias gestantes en su consulta?
2. ¿Cuál es la población de usuarias gestantes del Centro de Salud #12?
3. En los últimos seis meses, ¿Cuántas gestantes fueron diagnosticadas con depresión en su consulta?
4. ¿Con qué frecuencia suelen capacitar al personal de salud sobre la atención para gestantes?
5. ¿Usted ha capacitado al personal de salud sobre los signos de alarma observables de depresión en las gestantes?
6. ¿Cuáles son los signos de alarma de depresión más frecuentes en la población a la usted tiene acceso?
7. ¿Cuáles son las herramientas utilizadas actualmente para la validación del diagnóstico de depresión en usuarias gestantes en el Centro de Salud #12?
8. ¿Existe un protocolo establecido por el Ministerio de Salud pública para brindar atención a gestantes en procesos depresivos? Descríbalo.
9. ¿Cuál es el tratamiento para gestantes que sufren trastornos depresivos?
10. ¿Cuáles son las consecuencias de no diagnosticar y tratar oportunamente a una gestante con trastorno depresivo?



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Torres Vera Kerly Marcela** C.C: # 0925747024 y **German Jiménez Nora Estefanía** con C.C # CC: 0926696626 autoras del trabajo de titulación: **Conocimiento del personal de salud sobre la detección de signos de depresión en gestantes del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **5 de marzo de 2018**

f. _____

Torres Vera Kerly Marcela

CC: 0925747024

f. _____

German Jiménez Nora Estefanía

CC: 0926696626



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Conocimiento del personal de salud sobre la detección de signos de depresión en gestantes del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES)	Torres Vera Kerly Marcela y German Jiménez Nora Estefanía		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Ing. Bello Tomalá Yadira / Lcda. Mendoza Vences Angela		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Licenciatura en Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	05 de Marzo del 2018	No. DE PÁGINAS:	44 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Atención Primaria en Salud: Salud Mental, Madres Adolescentes		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Depresión, embarazo, gestante, signos de alarma.		
<p>Resumen:</p> <p>La elevada incidencia de trastornos como la depresión a nivel mundial, sobre todo las diagnosticadas en mujeres, evidencia la necesidad de atender de forma emergente la oportuna validación de los síntomas de depresión en grávidas y sus repercusiones biopsico-sociales tanto en la madre como en el niño/a, contemplando su entorno y desarrollo. Para justificar este problema el tipo de estudio que se planteará es descriptivo y cuanti-cualitativo para cumplir con el objetivo general de identificar el conocimiento del personal de salud sobre la detección de signos de depresión en gestantes del Centro de Salud #12 de la ciudad de Guayaquil. Por ello, la presente investigación describe y analiza las características, los factores predominantes y de riesgo de la enfermedad, aspectos clínicos, diferentes alternativas para su tratamiento y los desafíos actuales para un abordaje psicoterapéutico integral, considerando los distintos aspectos que contemplan la atención brindada por parte del personal de salud.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-89146135	E-mail: lakekeluna@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: HOLGUIN JIMENEZ MARTHA LORENA		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			