



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“NIVELES DE DEPRESIÓN COMO PRODUCTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MUJERES INTERNAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012 - MARZO 2013.”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Almeida López, Ana Victoria

**Tutora:** Dra. Llerena Poveda, Verónica del Carmen

**Ambato – Ecuador**

**Marzo, 2014**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“NIVELES DE DEPRESIÓN COMO PRODUCTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MUJERES INTERNAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012 - MARZO 2013”** de Ana Victoria Almeida López estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado Examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre 2013

LA TUTORA

.....  
Dra. Verónica del Carmen Llerena Poveda

## AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el trabajo de investigación “**NIVELES DE DEPRESIÓN COMO PRODUCTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MUJERES INTERNAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012 - MARZO 2013**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre 2013

LA AUTORA

.....  
Ana Victoria Almeida López

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no ponga en ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre 2013

LA AUTORA

.....  
Ana Victoria Almeida López

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“NIVELES DE DEPRESIÓN COMO PRODUCTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MUJERES INTERNAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012 - MARZO 2013”** de Ana Victoria Almeida López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Marzo 2014

Para constancia firman

.....  
**PRESIDENTE/A**

.....  
**1<sup>er</sup> VOCAL**

.....  
**2<sup>do</sup> VOCAL**

## DEDICATORIA

El presente, está dedicado principalmente a Dios por regalarme todos los días la oportunidad de vivir, ser mejor y vencer mis temores; con mucho amor a mis hermanos: Andrés, Sebastián, Mateo y Maximiliano por ser el eje fundamental de mi vida y por brindarme ese espíritu de lucha para seguir en el día a día.

A mis padres Víctor y Anita, por ser los impulsores primordiales para conseguir mis metas y por jamás dudar de mis capacidades, a mis queridos abuelitos María Elena y Carlos Alonso por darme el amor y cariño necesarios en los momentos de adversidad. A mis demás familiares con los que he podido contar en todo momento.

Finalmente a mis amigos Carolina, Andrea y Oscar por llenar mi vida de alegría.

Mi éxito es de ustedes.

Ana Victoria Almeida

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que depositaron la confianza necesaria en mis capacidades y que ayudaron en mi formación personal; mis padres, hermanos y abuelitos.

A la Universidad Técnica de Ambato que me acogió para terminar con mi formación académica, profesional y personal; a su vez a mi querida Tutora Dra. Verónica Llerena que acertadamente supo guiarme con sabiduría e inteligencia. De manera muy especial al Psc. Clínico Juan Sandoval por el inmenso apoyo brindado.

Al Hospital Provincial Docente Ambato por brindarme la apertura para realizar mi investigación; así como a cada una de las mujeres embarazadas internas que fueron el eje fundamental de este estudio.

*Espero en silencio delante de DIOS  
porque de Él proviene mi Victoria  
Salmo 62; 1*

Ana Victoria Almeida

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

### A. PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....	xi
RESUMEN .....	xv
SUMMARY .....	xvii

### B. TEXTO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I .....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 TEMA .....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	2
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN .....	2
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO .....	8
1.2.3. PROGNOSIS.....	9
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	10



1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	11
1.2.6. DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	12
1.4. OBJETIVOS.....	13
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
 CAPÍTULO II.....	 14
MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	14
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	17
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	18
2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	24
2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	25
2.6. CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLES.....	26
2.7 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VARIABLES.....	30
2.8. HIPÓTESIS.....	58
2.9. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	59
 CAPÍTULO III.....	 60
METODOLOGÍA.....	60
3.1. ENFOQUE.....	60
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	62

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	63
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	66
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	68
3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	69
CAPÍTULO IV .....	70
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....	70
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN .....	70
4.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	70
4.1.3 ESCALA PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG .....	91
4.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	121
4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS .....	126
CAPÍTULO V .....	131
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	131
5.1. CONCLUSIONES .....	131
5.2. RECOMENDACIONES.....	134
CAPÍTULO VI.....	136
PROPUESTA DE SOLUCIÓN .....	136
6.1. DATOS INFORMATIVOS:.....	136
6.2. ANTECEDENTES.....	137
6.3. JUSTIFICACIÓN .....	138
6.4. OBJETIVOS .....	139
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	139
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA .....	140

6.7. METODOLOGÍA – MODELO OPERATIVO .....	147
---	-----

### **C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BIBLIOGRAFÍA .....	152
LINKOGRAFÍA .....	154
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA .....	156
ANEXOS .....	157

### **ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

#### **TABLAS**

TABLA N°1 .....	63
TABLA N°2 .....	64
TABLA N°3 .....	68
TABLA N°4 .....	70
TABLA N°5 .....	71
TABLA N°6 .....	73
TABLA N°7 .....	74
TABLA N°8 .....	75
TABLA N°9 .....	77
TABLA N°10 .....	78
TABLA N°12 .....	81
TABLA N°13 .....	83
TABLA N°14 .....	84

TABLA N°15.....	86
TABLA N°16.....	87
TABLA N°17.....	89
TABLA N°18.....	90
TABLA N°19.....	91
TABLA N°20.....	92
TABLA N°21.....	94
TABLA N°22.....	95
TABLA N°23.....	97
TABLA N°25.....	100
TABLA N°26.....	101
TABLA N°27.....	103
TABLA N°28.....	105
TABLA N°29.....	106
TABLA N°30.....	108
TABLA N°31.....	109
TABLA N°32.....	111
TABLA N°34.....	114
TABLA N°35.....	115
TABLA N°36.....	117
TABLA N°37.....	118
TABLA N°38.....	120
TABLA N°39.....	121
TABLA N°40.....	123

TABLA N°41 .....	124
TABLA N°42 .....	127
TABLA N°43 .....	128
TABLA N°44 .....	129
TABLA N°45 .....	147
TABLA N°46 .....	151

### **GRÁFICOS**

GRÁFICO N° 1 .....	25
GRÁFICO N°2.....	71
GRÁFICO N°3.....	72
GRÁFICO N°4.....	74
GRÁFICO N°6.....	76
GRÁFICO N°7.....	78
GRÁFICO N°8.....	79
GRÁFICO N°9.....	81
GRÁFICO N°10.....	82
GRÁFICO N°11.....	84
GRÁFICO N°12.....	85
GRÁFICO N°13.....	87
GRÁFICO N°14.....	88
GRÁFICO N°15.....	89
GRÁFICO N°16.....	90
GRÁFICO N°17.....	92
GRÁFICO N°18.....	93

GRÁFICO N°19.....	95
GRÁFICO N°20.....	96
GRÁFICO N°21.....	98
GRÁFICO N°22.....	99
GRÁFICO N°23.....	101
GRÁFICO N°24.....	103
GRÁFICO N°25.....	104
GRÁFICO N°26.....	106
GRÁFICO N°27.....	107
GRÁFICO N°28.....	109
GRÁFICO N°29.....	110
GRÁFICO N°31.....	113
GRÁFICO N°32.....	115
GRÁFICO N°33.....	116
GRÁFICO N°34.....	118
GRÁFICO N°35.....	119
GRÁFICO N°36.....	121
GRÁFICO N°37.....	122
GRÁFICO N°38.....	124
GRÁFICO N°39.....	125
GRÁFICO N°40.....	128
GRÁFICO N°41.....	130

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“NIVELES DE DEPRESIÓN COMO PRODUCTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MUJERES INTERNAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012 - MARZO 2013”

**AUTORA:** Ana Victoria Almeida López

**TUTOR:** Dra. Verónica Llerena

**FECHA:** Noviembre, 2013

## **RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tuvo como objeto principal determinar si los niveles de depresión son producto de las complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el período septiembre 2012–marzo 2013, partiendo desde la apreciación de las alteraciones del estado de ánimo y cognitivas de la madres embarazadas en estudio, presentaron durante el período de investigación. De esta manera el enfoque de este estudio fue cuanti-cualitativo, aplicando la investigación conjunta con un nivel de asociación de variables. Así se evaluó a las 80 madres embarazadas que presentaron cuadros depresivos; mediante la Historia Clínica Psicológica para la obtención de datos demográficos y relevantes, se utilizó además

Escala para la Depresión de ZUNG donde se identificó los distintos niveles depresivos como son leves, moderados y graves. También se manejó un cuestionario estructurado con el fin de determinar los tipos de complicaciones frecuentes durante el embarazo y a la vez analizar cómo estas influyen en el estado anímico de la mujer embarazada.

Dentro del período descrito se evidenció que las complicaciones físicas por la que las mujeres embarazadas estaban atravesando, sí les causan niveles depresivos sobretodo de nivel moderado en un porcentaje de 65% que tiene relación con la complicación de hipertensión, por lo cual se planteó como propuesta la aplicación del modelo Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual, que consiste en preparación tanto psíquica y física a la mujer embarazada con alguna complicación durante su embarazo para reducir sus niveles depresivos.

**PALABRAS CLAVES:** ESTADO\_ÁNIMO, DEPRESIÓN, EMBARAZO, COMPLICACIONES, HIPERTENSIÓN.



**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**CLINICAL PSYCHOLOGY RACE**

"LEVELS OF DEPRESSION AS A PRODUCT OF COMPLICATIONS DURING PREGNANCY IN WOMEN INTERNAL AREA OF PROVINCIAL HOSPITAL MATERNITY AMBATO TEACHING IN THE PERIOD SEPTEMBER 2012 - MARCH 2013"

**AUTHOR:** Ana Victoria Almeida López

**TUTOR:** Dra. Veronica Llerena

**DATE:** November, 2013

**SUMMARY**

This research study was to determine whether primary depression levels are the result of complications during pregnancy of female inmates in the area of maternity Ambato Provincial Teaching Hospital in the period September 2012- March 2013, starting from the appreciation of the mood disturbances and cognitive pregnant mothers in the study, presented during the investigation period. Thus the focus of this qualitative study was quantitative, using joint research with a level of association of variables. So the 80 pregnant women who had depressive symptoms was assessed , using the Psychological Clinical Record to obtain demographic and relevant data are also used Scale for Depression depressive ZUNG where different levels are identified as mild, moderate and severe. Structured in order to determine the types of common complications during pregnancy and also analyze how are

you influencing the mood of the pregnant woman also managed questionnaire.

Within the period described was shown that the physical complications that pregnant women were going through, do cause them depression levels above moderate level at a rate of 65% is related to the complication of hypertension, for which he proposed as proposal applying the model psychoprophylactic Cognitive Behavioral, which involves both mental and physical preparation for pregnant women with complications during pregnancy to reduce their depressive levels.

**KEY WORDS:** MOOD\_DISORDERS, DEPRESSION, PREGNANCY, COMPLICATIONS, HYPERTENSION.

## INTRODUCCIÓN

La investigación tiene como tema: **“NIVELES DE DEPRESIÓN COMO PRODUCTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MUJERES INTERNAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012 - MARZO 2013.”** Su importancia reside en conocer la existencia de niveles de depresión que la madre presenta como producto de complicaciones que ha presentado durante su embarazo.

La etapa de embarazo representa un cambio en la vida de una mujer, se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba su nivel de madurez emocional; a su vez representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella. La influencia de factores psicosociales, tales como los socioeconómicos: el empleo, pobreza y trabajo doméstico; fisiológicos como enfermedades, físicas, crónicas; y psicológicas como el aislamiento social; nivel socioeconómico, presencia de estrés por conflictos de pareja, insatisfacción con respecto al embarazo o por complicaciones durante este.

No favorecen la adaptación de la mujer a su nuevo estado, le causan conflicto al incumplir las exigencias del exterior, esto impacta a su estado emocional generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas; estas manifestaciones suelen ser de tipo transitoria y son dependientes al desarrollo y resolución del embarazo, sin embargo, se requiere la intervención terapéutica de un profesional de la salud mental brindando apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina molestias internas, externas o ambas.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA**

“NIVELES DE DEPRESIÓN COMO PRODUCTO DE LAS COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MUJERES INTERNAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2012 - MARZO 2013.”

### **1.2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

#### **1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN**

##### **NIVEL MACRO**

En cuanto a los datos sobre la salud materna la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en agosto de 2013 que aproximadamente 287.000 mujeres murieron por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto durante el 2010, debido a la falta de acceso a una atención de mejor calidad durante el embarazo, parto y puerperio.

Es así que más del 99% de las defunciones ocurren en países en desarrollo como Ecuador debido que no existen servicios sanitarios y de atención materna y neonatal eficaces; sin embargo las defunciones maternas solo son parte de la historia, por cada mujer en la edad adulta o adolescente que muere a consecuencia de causas relacionadas con el embarazo, también existirá 20 a 30 mujeres que desarrollen trastornos ginecológicos a corto y largo plazo.

En cuanto a la tasa de mortalidad maternal en Ecuador el nivel es alto, estas cifras de mortalidad materna varían según su procedencia, ya sea por complicaciones durante el embarazo físicas como psicológicas dentro de estas los trastornos el estado de ánimo graves o severos; los cálculos que se han obtenido indican que entre 500 y 700 mujeres mueren cada año como causa de complicaciones relacionadas con el embarazo.

Además, cada año de 10.000 a 21.000 mujeres en la edad adulta y adolescentes ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo o el parto. (CASTI, 2001)

En el Ecuador se encontró gran incidencia de complicaciones durante el embarazo con respecto a la preeclampsia y eclampsia, situándose en la primera causa de muerte materna con un porcentaje de 22% del total de mujeres embarazadas, se hace referencia que el nivel de educación influye de manera directa en la presencia de complicaciones de los trastornos hipertensivos provocados por el embarazo, debido que aún existe analfabetismo y bajo nivel de escolaridad en un porcentaje de 1.2%, lo que trae como consecuencia es el desconocimiento de las mujeres embarazadas con respecto a dicha patología en cuanto al número de controles prenatales y la identificación de signos de alarma.

Entre algunas de las causas médicas directas de mortalidad materna se encuentran la hemorragia o sangrado, infección, aborto en condiciones de

riesgo, trastornos por hipertensión, parto obstruido. Otras causas incluyen el embarazo ectópico, embolia, y riesgos relacionados con el uso de anestesia. Condiciones médicas tales como la anemia 22%, diabetes 7%, infecciones de transmisión sexual (ITS) 35%. (MAYORGA, 2011)

Ahora bien, existen distintos trastornos psicológicos que provocan alteraciones biológicas de manera negativa en el embarazo, el parto e incluso en la salud del futuro niño o niña, entre estas, están la depresión y la ansiedad materna, se calcula que un 10 y 20% de mujeres embarazadas sufren depresión, condición que se hace frecuente durante el primer trimestre y en los últimos meses de embarazo.

Entre los factores destacados que pueden desencadenar en depresión tenemos que la edad de la madre influye de manera significativa cuanto más joven sea la madre más riesgo habrá de aparición de depresión, por otra parte haber padecido dicho trastorno antes del embarazo o tener familiares con estos antecedentes, haber tenido episodios de trastorno disfórico premenstrual, así también que el embarazo sea no deseado o no planificado, que el periodo de embarazo tenga problemas de salud o complicaciones, antecedentes de aborto, pasar por situaciones de estrés como conflictos con la pareja, enfrentarse sola a este período, tener limitado apoyo social, problemas económicos, atravesar por duelo de familiares o personas allegadas. (ARBOIX, 2011)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la publicación del año 2011 asocia a la depresión con el insuficiente crecimiento intrauterino, resultados que se relacionan con el bajo peso al nacer, a más del retraso en el desarrollo psicomotor, de lenguaje, y socialmente durante la primera infancia, según las conclusiones que ha examinado la relación entre la depresión, la mujer embarazada y el desarrollo del sistema neuroendocrino de su hijo, sufrir depresión durante la gestación genera altos niveles de estrés, menor

tono muscular así como alteraciones de conducta y neurológicas en el niño o niña.

Estos datos en cuanto a mortalidad y trastornos maternos tanto físicos como psicológicos pueden evitarse con intervenciones sanitarias apropiadas, con trabajo multidisciplinario donde se interactuó tanto médicos como psicólogos.

## **NIVEL MESO**

En relación a datos estadísticos obtenidos de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua indica que a nivel de la provincia se presentan las siguientes complicaciones durante el embarazo en pacientes atendidas en consulta externa durante el primer semestre del año 2012:

De 755 pacientes atendidas las estadísticas en cuanto a aborto espontáneo, complicaciones consecutivas al aborto, embarazo ectópico, hipertensión gestacional, hipertensión materna, hemorragia precoz, diabetes mellitus, embarazo múltiple, parto prematuro en mujeres embarazadas de 15 a 49 años pertenecen a un porcentaje de 1,32%. Infecciones de las vías genitourinarias son 45.69%, placenta previa son 2,91%, desnutrición entre otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo son 22,78%. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)

Para la mayor parte de mujeres el embarazo es una etapa de gran regocijo, mientras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión, difícil de llevar debido que se ven inmersas en cambios hormonales, cambios físicos, fisiológicos y psicológicos entre estos el cumplir distintos roles como ser madres, esposas, profesionales, entre otras.

En la provincia de Tungurahua existen investigaciones realizadas por egresados de distintas carreras de la Universidad Técnica de Ambato con respecto a las mujeres embarazadas y las distintas etapas del mismo, así por ejemplo en la tesis realizada en el 2011 por Cubero Tamara con el tema "*La ansiedad materna y sus efectos previa a la labor de parto de madres primigestas*" donde se concluyó que el 100% de las pacientes investigadas presentaba ansiedad de algún tipo, así lo demuestra datos estadísticos con 40% ansiedad moderada, 40% ansiedad leve y 20% ansiedad severa de acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck que fue aplicado, pudiendo los mismos incrementar de forma considerable, siendo este un factor desencadenante de reacciones psicológicas frente a la a labor de parto. (CUBERO, 2012)

En la investigación realizada en el 2011 por Pazmiño Amanda con el tema "*La adecuada preparación física en las mujeres embarazadas en los partos normales*" se menciona que el 10% de embarazadas sufren de depresión, 40 especialmente entre las 6ta y 10ma semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Así mismo se concluyó que el 50% de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollaran depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante este periodo. (PAZMIÑO, 2012)



## **NIVEL MICRO**

En relación a datos estadísticos proporcionados por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua con respecto al cantón Ambato indica que a nivel de complicaciones durante el embarazo en pacientes atendidas en consulta externa durante el primer semestre del año 2012:

De 391 pacientes atendidas de 15 a 49 años las estadísticas en cuanto a aborto espontáneo son 1,27%, hipertensión materna son 0,25%, hemorragia precoz son 2,30%, diabetes mellitus son 0,25%, parto prematuro son 0,25%, infecciones de las vías genitourinarias son 30,43 %, desnutrición, entre otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo son 0,25%, placenta previa son 5,62%, amenaza de aborto son 13,81%, siendo ésta la complicación con mayor porcentaje. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2012)

En la entrevista realizada el 25 de octubre del 2012 a la Dra. Cortés Fanny Psicóloga Clínica del Hospital Provincial Docente Ambato afirma lo siguiente:

“En consulta externa del hospital he atendido los últimos seis meses por lo menos a 25 pacientes embarazadas de las cuales 9 padecían de niveles de depresión elevados debido a diversos factores entre ellos el más relevante los problemas conyugales, presentándose en ellas dificultades físicas con respecto al progreso de su embarazo siendo más propensas a tener un bebé prematuro. Es trascendental que las mujeres embarazadas reciban atención psicológica debido a que si los síntomas de la depresión no se tratan a tiempo, puede poner en peligro la capacidad para cuidar de sí misma y del bebé”.

Con referencia a la depresión y las complicaciones durante el embarazo no existen datos estadísticos disponibles en el Hospital Provincial Docente Ambato por lo mismo hace que este trabajo de investigación sea de gran importancia, debido que la intervención de salud mental en cuanto a la intervención de Psicología Clínica en este tipo de problemática no solo ayudará a la madre embarazada sino también al niño o niña que viene en camino.

### **1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO**

La Universidad de Granada en España realizó el estudio con el tema "*Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo*" donde se demostró que aproximadamente entre el 10% y el 20% de las mujeres embarazadas desarrollan trastornos del estado de ánimo durante el período perinatal, debido a diversas causas como son los cambios psicofisiológicos, no solo a nivel físico, también a nivel hormonal, familiar, estructural e incluso en su manera de pensar, sentir, actuar frente a esta nueva etapa y en cuanto a cumplir un rol distinto como complejo, el ser madre.

Dentro de las causas que se pudo investigar con respecto a las complicaciones durante el embarazo que tienen influencia en el estado anímico de la mujer embarazada son el tener enfermedades producto de la gestación como la preeclampsia, eclampsia, anemia, diabetes gestacional, haciendo que el mismo disminuya, por ende la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, por la preocupación que acarrear dichas enfermedades, es decir el tener un diagnóstico de complicación durante su embarazo logra que la madre se encuentre realmente preocupada, triste por la inseguridad de llevar a término o no su embarazo. Así también en el caso de la amenaza de parto prematuro hace que la mujer embarazada tenga una

sensación de futuro incierto, ansiedad, y por otro lado conductas depresivas que fueron relevantes en la investigación.

Esta sintomatología depresiva debe ser intervenida a tiempo con el fin de disminuirlas e incluso erradicarlas con la intervención de profesionales de la salud tanto física como de la salud mental.

Otro de los efectos relevantes y evidentes que la mujer embarazada atraviesa por esta nueva etapa es la disminución de autoestima debido que su proyecto de vida se transforma significativamente; las mujeres embarazadas tienden a padecer de trastornos depresivos sobre todo por los problemas intrafamiliares ya sea con la pareja o con los padres cuando son madres solteras porque estos ejercen considerable demanda sobre ellas, así como en su estado de gestación haciendo que se presente inestabilidad emocional. Estos trastornos del estado de ánimo referentes a la depresión se evidencian sobretodo en mujeres que no han planificado su embarazo.

### **1.2.3. PROGNOSIS**

Entre la mujer embarazada y el niño o niña que lleva en su vientre se forma un vínculo fuerte, una simbiosis total que cualquier circunstancia que afecte a la madre también afecta de manera directa a su hijo en gestación; por esta razón la intervención psicológica de mujeres embarazadas que presentan cualquier tipo de complicación durante el embarazo es trascendental y fundamental, con el fin de evitar alteraciones emocionales que afecten al desarrollo y resolución del mismo.

Entre las secuelas relevantes en la mujer embarazada se puede mencionar la depresión pre y post parto, misma que conlleva a riesgos graves si no se

trata a tiempo, dichos riesgos son el cuidado prenatal inadecuado, poco aumento de peso, hábitos alimenticios inadecuados, uso de drogas o alcohol para auto medicarse, a nivel cognitivo se puede indicar que existe culpabilidad e incluso ideas o pensamientos sobre el suicidio.

Por otro lado las consecuencias sobre el niño o niña en gestación, son nacimientos prematuros debido al estrés constante de la madre, bajo peso y estatura al nacer, dificultades con respecto al sueño e incluso a posteriori problemas de aprendizaje durante la escolaridad.

En esta investigación se realizó un estudio exploratorio para conocer las alteraciones psicológicas enfocadas específicamente en los niveles de depresión de mujeres embarazadas en una institución hospitalaria para así establecer un modelo de intervención acorde a las necesidades de las pacientes gestantes.

Además lo que se consiguió es que madres embarazadas tomen conciencia sobre su estado de gestación, sobre los cuidados que implican en el mismo, así como mejorar la calidad de vida, la salud mental no solo de ella y de su hijo sino de las personas que estén incluidas dentro del núcleo familiar.

#### **1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo las complicaciones durante el embarazo de las mujeres internadas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el período septiembre 2012 – marzo 2013 inciden en la presencia de diversos niveles de depresión?

### **1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Qué niveles de depresión son los más frecuentes en pacientes que presentan complicaciones durante el embarazo?
- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes durante el embarazo?
- ¿Es posible desarrollar una propuesta de intervención psicoterapéutica con las pacientes investigadas?

### **1.2.6. DELIMITACIÓN TEMPORAL**

#### **1.2.6.1. Delimitación De Contenido**

**CAMPO:** Salud.

**ÁREA:** Psicología Clínica.

**ASPECTO:** Niveles de depresión como producto de complicaciones durante el embarazo.

#### **1.2.6.2. Delimitación Espacial**

La investigación se realizó con 80 mujeres embarazadas internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato.

#### **1.2.6.3 Delimitación Temporal**

Este problema fue investigado en el período de septiembre 2012 a marzo 2013.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

Para una mujer el hecho de tener un bebé es considerado una experiencia trascendental, por un lado el hecho de mantener en su vientre durante un determinado tiempo a su hijo y por el otro darle la vida, durante este período existe una gran variedad de cambios físicos, emocionales y cognitivos que ocurren cuando una mujer está embarazada y luego de haber dado a luz.

En el embarazo se presentan una mezcla de pensamientos y sentimientos contradictorios característico de este proceso que se está llevando a cabo, pero sobre todo estas condiciones se ven exacerbadas cuando existen diversas complicaciones durante el embarazo e incluso pérdidas, es decir, abortos espontáneos; es por esto que la importancia de este estudio radicó en analizar como las diversas complicaciones del embarazo producen niveles depresivos en las mujeres internas del Hospital Provincial Docente Ambato, de manera que permita conocer y comprender la situación real, además de la afectación en dicho grupo de investigación de tal manera que se pueda proponer una alternativa de solución a esta problemática.

Es original, auténtico debido que se ha basado en una problemática real y actual que se ha podido presenciar durante su estancia en el área hospitalaria.

Los beneficiarios directos son la población de mujeres embarazadas internas en el Hospital Provincial Docente Ambato debido que se pretende llegar a concientizar a cerca de la importancia de la estabilidad emocional durante este periodo como forma preventiva dentro de la salud mental, física y familiar, los beneficiarios indirectos son los familiares ya sea el esposo, los hijos, los padres o las personas que vivan con la mujer embarazada porque se pretende hacer llevadero el periodo de embarazo.

La realización de esta investigación es factible gracias a la apertura y autorización del Hospital Provincial Docente Ambato, así como la colaboración desinteresada del personal médico capacitado, se contó con la colaboración de las mujeres embarazadas internas. Además se tuvo amplios recursos de investigación, recursos científicos para sustentar el tema a investigar; elementos fundamentales que permitirán que el desarrollo de la investigación alcance la viabilidad requerida, englobando así factores físicos y psicológicos que promuevan la atención de salud.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Analizar los niveles de depresión como producto de las complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el período septiembre 2012 – marzo 2013.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los niveles de depresión en las mujeres embarazadas.
- Determinar los tipos de complicaciones frecuentes durante el embarazo
- Relacionar las complicaciones del embarazo en la influencia del estado anímico de la mujer embarazada.
- Diseñar un modelo psicoprofiláctico cognitivo conductual de modalidad grupal en las mujeres embarazadas estudiadas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Dentro de los antecedentes de investigación acerca del tema no existen investigaciones donde se vean relacionadas las dos variables, sin embargo, existen investigaciones sobre complicaciones del embarazo y depresión de manera separada y relacionada con otros problemas, así tenemos:

En cuanto a complicaciones durante el embarazo en la investigación realizada con el tema "*Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia*" de Cuba publicada en la REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL versión online, se realizó un estudio de 120 embarazadas, de ellas, 56 eran menores de 20 años.

Donde se efectuó un estudio comparativo entre éstas y las gestantes de más de 20 años de edad, se observó que las adolescentes presentaron mayor número de recién nacidos con bajo peso (88 %) y partos pre término, las causas que se encontraron fueron el consumo del tabaco y la desnutrición materna. Además se obtuvo que dentro de las complicaciones ocurridas durante el embarazo, la anemia, la desnutrición y la sepsis urinaria fueron las que más incidieron para el 14,2 y 10,8 % respectivamente. (PERÉZ, ROSALES, PÉREZ, & YABOR, 1993)

De acuerdo con lo expuesto en cuanto a complicaciones durante el embarazo se puede referir que la falta de madurez de las adolescentes



embarazadas por el cuidado gestacional afectan no solo a la salud de la madre sino también al hijo que llevan en su vientre, es por esto que es indispensable la atención psicológica de las mujeres en dicho estado.

Por otra parte en diversos estudios realizados en Hospitales del Ecuador datos recogidos de la Dirección de Salud Pública en octubre del 2012: se observó que el 96% hospitalización de 1 a 5 días son por complicaciones obstétricas, aborto incompleto 19%, y desproporción cefalopélvica 19%, amenaza de parto prematuro 12%, infección de vías urinarias 12% y presentación fetal distócica 12%; preeclampsia 8%, expulsivo prolongado 5%, aborto diferido 4%, embarazo ectópico 3% y mortalidad fetal 3%; hipertensión inducida por el embarazo 2%; eclampsia 1%. Estos sin duda son factores que producen altos niveles de depresión en las mujeres internas y que tienen gran implicación socio-económica y cultural.

Ahora refiriéndose a la depresión se encuentra que en la UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA, ESPAÑA en su estudio publicado en la Revista web de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental año 2007 con el tema *“la depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal”* publican lo siguiente:

Junto con la ansiedad la depresión es otra de las alteraciones emocionales que han sido puestas de manifiesto en la mujer embarazada. Ambas alteraciones emocionales están asociadas a una amplificación de desórdenes físicos (vómitos, náuseas, mareos, hipocondriasis, etc.) durante el embarazo. En la investigación concluyen lo siguiente:

a) El nivel de estudios de la mujer influye en el estado emocional del proceso de adaptación al embarazo, presentando las mujeres con estudios primarios mayor índice de depresión, esto se debe a que las mujeres con estudios básicos ven su futuro incierto por la dependencia económica de su cónyuge y menos oportunidades para estudiar y tener un trabajo estable.

b) La edad tanto de la mujer como de su pareja influye en el estado emocional de la mujer gestante, de ahí que una edad inferior a 25 años en ambos, se encuentra un mayor índice de depresión, la mujer ve que existen menos posibilidades de estudiar y a la vez trabajar para mantener su hogar, muchas veces uno de los dos o a su vez los dos dejaron sus estudios para trabajar, esto hace que su proyecto de vida cambie rotundamente.

c) La depresión correlaciona negativamente con el estado de energía y sensación de bienestar, experimentados por la mujer gestante y positivamente con estrés, por esto el estrés genera elevadas cantidades de cortisol, el cual será transmitido directamente al bebé, trayendo consigo varias complicaciones al nacer. (FERNÁNDEZ & SÁNCHEZ, 2007)

Como se puede ver en las conclusiones de la investigación existen varios factores que influyen para que exista depresión en el embarazo como la edad, el nivel de educación, la relación con el estrés por esto se hace indispensable estudiar todas las causas y consecuencias para poder conseguir un óptimo desarrollo y evolución del embarazo con los beneficios que provee a la salud física y psíquica tanto de la madre y del futuro hijo.

En la investigación realizada por el Gobierno de Chile en año 2013 publicada en el sitio web MINSAL serie guías clínicas, con el tema “*depresión en personas de 15 años y más*” se investigó como la depresión surge en distintas etapas evolutivas, entre ellas el embarazo; mencionan que la mayor incidencia de depresión se presenta durante los tres meses posteriores al parto, además que la depresión en el embarazo y posparto es más o menos severa que la depresión en mujeres durante otras etapas.

En el estudio se concluyó que los factores que se constituyen en riesgo para desarrollar depresión en el embarazo son:

1. Falta de Apoyo de la pareja esto en cuanto al desarrollo del embarazo.

2. Ocurrencia de eventos vitales estresantes, especialmente los negativos, por ejemplo de complicaciones médicas durante la etapa.
3. Estrés diario debido a la alteración hormonal.
4. Ansiedad materna por la preocupación de cumplir distintos roles.
5. Violencia doméstica siendo este un factor que gran predominancia para la aparición de depresión.
6. Antecedentes personales de depresión, es decir haber tenido depresión en otras etapas antes del embarazo. (MINISTERIO DE SALUD CHILE, 2013)

Todo ello, hace sumamente importante esta investigación que a más de la recolección de datos tiene por objeto diseñar un método psicoprofiláctico a mujeres embarazadas internadas en un establecimiento hospitalario que presenten niveles depresivos a causa de diversas complicaciones, con el único fin de disminuirlos estos síntomas significativamente, además de mejorar el apoyo social y la autoestima que mantienen relación con el estado emocional de la mujer durante el embarazo.

## **2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

El paradigma de la investigación fue crítico-propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales, llegando a una clarificación del problema planteado pudiendo constatar los casos que presentan en esta casa de salud.

Crítico, porque en este estudio se cuestionó cada uno de los comportamientos, conductas, cuadros psicopatológicos, estado afectivo de

las pacientes internas en el área de maternidad del HPDA, frente a la problemática por la cual estaban atravesando, en este caso los distintos niveles y sintomatología depresiva a causa de las complicaciones durante el embarazo, con la finalidad de intervenir psicoterapéuticamente para mejorar dicha alteración.

Propositiva, porque conjuntamente con las pacientes se crearon alternativas de solución con lo que se logró restablecer áreas personales, familiares y sociales de las mujeres evaluadas. Además de proponer una intervención del modelo Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual, el cual consiste en una preparación tanto psíquica y física a la mujer embarazada con alguna complicación durante su embarazo con el fin de reducir niveles depresivos y promover la salud mental.

Este método facilitó la interacción sujeto-objeto debido que se participó activamente tanto la investigadora como las madres en estudio, permitiéndose así flexibilidad en cuanto a comentarios, preguntas y dudas.

### **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

#### **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

#### **ARTÍCULOS RELACIONADOS A LA LEY DE MATERNIDAD**

#### **GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA**

#### **Sección séptima**

#### **Salud**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

#### **Sección cuarta**

##### **Mujeres embarazadas**

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

#### **Título VII**

##### **RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR**

## **Capítulo primero**

### **Inclusión y equidad**

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**TRIGÉSIMA.-** El Fondo de Solidaridad, en el plazo de trescientos sesenta días, de forma previa a su liquidación, transformará al régimen de empresas públicas las de régimen privado en las que sea accionista.

Para ello, dispondrá que dichas empresas realicen previamente un inventario detallado de sus activos y pasivos, y contraten en forma inmediata la realización de auditorías, cuyos resultados servirán de base para su transformación.

El Estado garantizará el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el Fondo de Solidaridad, en particular la de maternidad gratuita y atención a la infancia, así como de los recursos comprometidos por esa institución para los programas de desarrollo humano en ejecución, hasta su culminación.

### **De los derechos de parturientas, fetos y recién nacidos:**

**Derecho a un embarazo, parto, nacimiento y post-parto respetados y con:**

- El personal y medios idóneos para la atención prenatal y la asistencia durante la labor, el parto y el post-parto.

- Tecnología y procedimientos adecuados culturalmente, usados de manera apropiada, con el consentimiento informado, de tal manera que éstos no se utilicen en forma rutinaria e indiscriminada.
- Acceso equitativo a servicios prenatales, obstétricos y neonatales, con calidad y calidez, respetando las particularidades culturales locales.
- Servicios de salud integrales que brinden educación, preparación y asesoría durante el embarazo, posparto y lactancia.
- Un sistema público y privado de salud, de seguridad social y medicina pre pagado, que brinden cobertura de atención en el lugar donde la mujer y su familia elijan: hospital, centros de salud, clínicas, maternidades, casas de partos o en su domicilio.

**Derecho a libre acceso a la información y a ser debidamente notificadas sobre:**

- Sus derechos;
- La fisiología materna, del feto y del recién nacido;
- Rutinas y sistemas de atención, índices de cesáreas, episiotomías, uso de anestésicos y medicamentos en general, etc., durante el embarazo, parto y posparto, tanto de la gestante como del neonato.
- Criterios y alternativas en la atención del parto y posparto.
- Criterios y alternativas en la recepción del neonato.

**Derecho a decidir sobre:**

- Su propio cuerpo y sobre la aplicación de los procedimientos a ser utilizados durante el embarazo, labor de parto, parto y postparto.

- La(s) persona(s) que le acompañen, familiar y/o profesional, durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y posparto.
- El lugar donde dar a luz, ya sea domicilio, consultorio, casa de partos, hospital, clínica o maternidad.
- Los procedimientos a ser realizados sobre su hija/o recién nacido, a través de un conocimiento informado.
- La manera de llevar su labor de parto, sea caminando, bailando, en el agua, comiendo, bebiendo, paseando, acostada o durmiendo, o cualquier otra forma que ella decida, etc.
- La posición para parir: sentada, semi-sentada, parada, en cuclillas, etc.

**Derecho a expresar libremente las emociones:** jadeando, gritando, riendo, llorando, gimiendo, etc.

**Derecho del recién nacido a:**

- Permanecer junto a su madre, desde el instante del nacimiento, de forma permanente durante las 24 horas del día, aún si lo tienen que examinar, favoreciendo el alojamiento permanente conjunto de la díada madre-hijo.
- Ser tratado con respeto y amor. El recién nacido tiene derecho a no ser sometido a prácticas y procedimientos rutinarios y agresivos, en la mayoría de los casos innecesarios como: el corte inmediato de cordón, la aspiración de secreciones, la sonda oro-naso gástrica, la sonda anal, circuncisión, etc.



- Ser amamantado desde el instante del nacimiento y a no recibir suministro de soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes.

## **LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE**

### **CAPITULO II**

#### **DERECHOS DEL PACIENTE**

##### *Derechos de las mujeres embarazadas*

##### ***Derecho a la Maternidad Gratuita***

Según la ley de Maternidad Gratuita, toda mujer tiene derecho a:

- Atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como a programas de salud sexual y reproductiva.
- Atención en salud sin costo a los recién nacidos, a niños y niñas menores de 5 años.
- Cubre gastos por medicinas, insumos, micro nutrientes como el hierro y el ácido fólico, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para embarazadas, recién nacidos y, niños y niñas menores de 5 años.
- Esta ley tiene que aplicarse de manera obligatoria en todos los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública.

## **2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA**

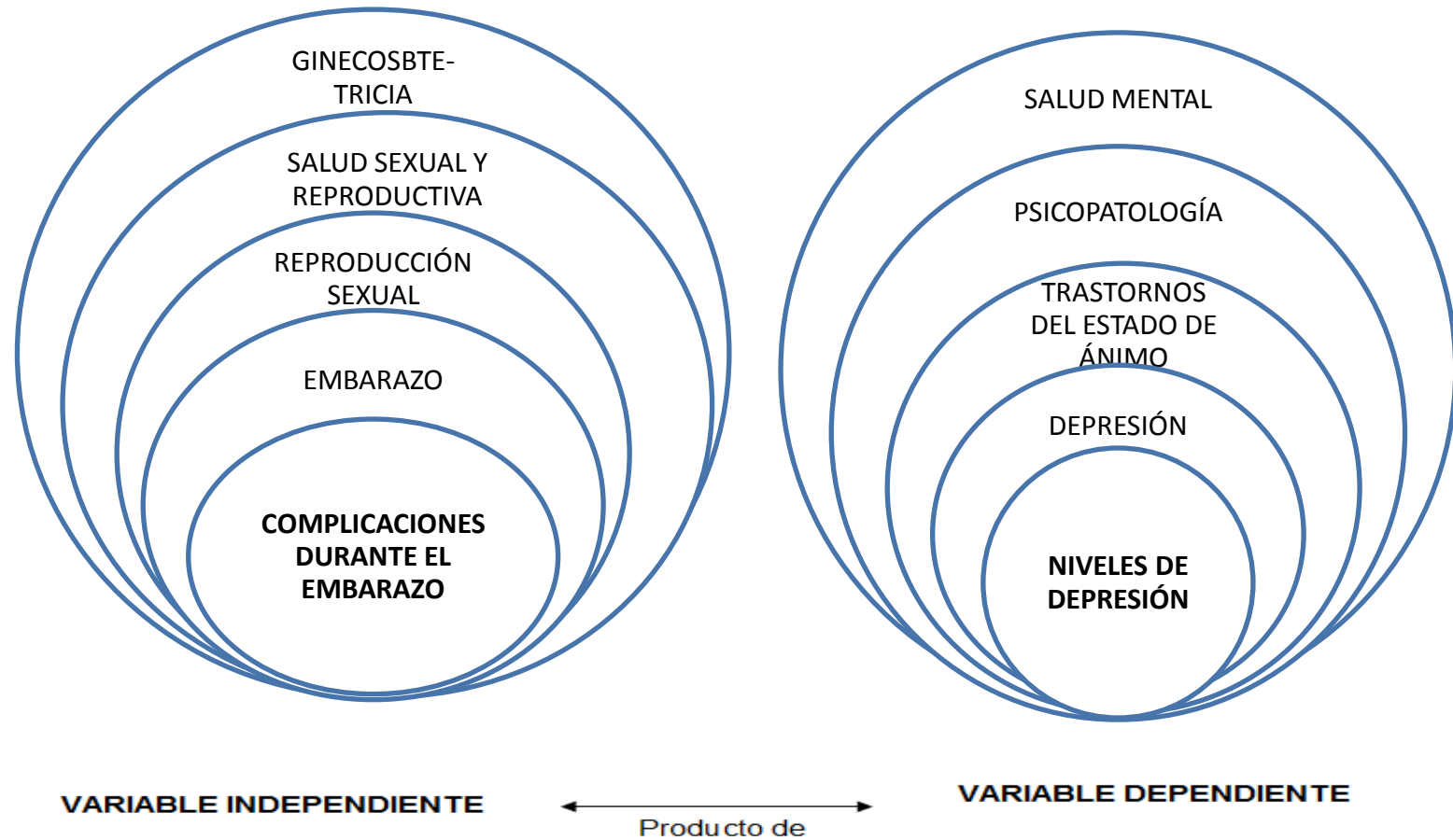
El tema de investigación “Niveles de depresión como producto de las complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el período septiembre 2012 - marzo 2013. Tiene sus fundamentos en la psicología evolutiva estudiando aspectos relacionados con la evolución perinatal del embarazo, en la psicopatología estudiando trastornos del estado de ánimo como es la depresión y las características de sus distintos niveles; en la psicohigiene considerando como objetivo disminuir las probabilidades y porcentajes ya presentes de enfermos mentales en la sociedad, así como promover la salud mental y la calidad de vida.

La Corriente Psicológica que surge de la investigación cimienta sus bases en la teoría Cognitivo – Conductual, siendo ésta apropiada para los casos de depresión, a través de la Terapia Multimodal de Arnold Lazarus, no solo se pretenderá actuar sobre estas dos dimensiones sino se pretende abarcar el área biológica, afectiva, sensitiva, imaginación, cognitiva, conductual y social de la mujer embarazada es decir los BASICCOS debido que estos interactúan de manera recíproca en el estado psicológico de una persona y más aún en una mujer que se encuentra en estado de gestación; también se incluirá la psicoprofilaxis para preparar tanto física como psicológicamente a la madre para la llegada de su hijo, utilizando técnicas de respiración profunda y relajación del cuerpo, también el manejo de los miedos, ansiedades y eliminar la depresión que acompaña al embarazo.

Todas estas técnicas psicoterapéuticas enfocadas en la modalidad grupal, contribuirán en el análisis de los diferentes trastornos emocionales a la vez proveer de una mejor salud mental en el grupo estudio.

## 2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

GRÁFICO Nº 1



Fuente: Red de inclusiones conceptuales.

Elaborado por: Ana Victoria Almeida.

## **2.6. CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

#### **GINECOBSTETRICIA**

Para definir ginecobstetricia es necesario conocer que es la unión de dos disciplinas como son la ginecología y la obstetricia. Siendo por un lado la ginecología la rama de la medicina que estudia las enfermedades y el organismo de la mujer, enfocado en los aspectos sexuales. Y por su parte, la obstetricia o tología se ocupa de la atención y la evolución de la gestación y el parto. (BEREK, 2004)

Esta disciplina se encarga específicamente de los órganos reproductores femeninos, su funcionamiento normal y las patologías, en especial la atención se enfoca a embarazadas, los profesionales ginecobstetras son los que siguen la evolución del embarazo y atienden los partos.

#### **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Es un estado general de bienestar físico, mental y social, relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (CERRUTI, 1992)

La salud sexual y reproductiva también incluye programas de prevención de embarazos no deseado, no planificados o en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, e intervenciones para evitar el contagio de

infecciones de transmisión sexual ITS. Educación en cuanto a derechos sobre la sexualidad y deberes.

## **REPRODUCCIÓN SEXUAL**

La reproducción sexual es aquel procedimiento habitual de seres pluricelulares como seres humanos, animales y plantas, es decir organismos donde actúen gametos femeninos y masculinos. Donde se consigue promover la diversidad genética a su descendencia entre miembros de la misma especie.

Es aquella en la que intervienen células especializadas llamadas gametos, que se forman en órganos especiales denominados gónadas y cuya finalidad es formar una gran variedad de combinaciones genéticas en los nuevos organismos para mejorar las posibilidades de supervivencia. (MAZARRASA & SARA)

## **EMBARAZO**

Período de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. Dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. (BOTERO, HENAO, & LONDOÑA, 2008)

El embarazo también es considerado como la etapa evolutiva de una mujer donde surgen diversos cambios a nivel fisiológico, hormonal y psicológico, los cambios que se producen son encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto en el vientre materno. Durante el embarazo se suspenderán los ciclos menstruales, los embarazos pueden traer un solo feto o en casos muy especiales suelen producirse los embarazos múltiples.

## **COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO**

Son enfermedades que se pueden presentar durante el embarazo, algunas son ocasionadas por el mismo estado. Estas complicaciones pueden afectar tanto al bebé como a la madre es por ello que es importante acudir continuamente a las revisiones médicas. (ABENGÓZAR & AGUIRRE DE LA PEÑA)

Estas complicaciones son problemas de salud en la madre relacionados con el embarazo, suelen variar desde los más llevaderos como infecciones genitourinarias, desnutrición y anemia, hasta los más complejos como hipertensión y diabetes gestacional.

## **VARIABLE DEPENDIENTE**

### **SALUD MENTAL**

Es el bienestar y la capacidad de vivir en plenitud, con creatividad, flexibilidad de afrontamiento a sucesos. Es decir el equilibrio entre lo biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo. La Salud Mental es indispensable para el buen desempeño de actividades cotidianas, como para el crecimiento y fortalecimiento individual, y para lograr una mejor relación con la familia, comunidad, grupos de trabajo, organizaciones y, principalmente, con la propia persona. (NUÑEZ & ORTIZ, 2010)

También se puede decir que la salud mental es el estado de equilibrio de una persona con su medio ya sea familiar, social, laboral, todo con el fin de mantener relaciones intra e interpersonales sanas.

## **PSICOPATOLOGÍA**

Es la disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual. (NUÑEZ & ORTIZ, 2010)

Dentro de la psicopatología se hace referencia a un signo o síntoma que puede formar parte de un trastorno psicológico. Además la psicopatología se la clasifica según las funciones mentales superiores, entre estas psicopatología de la conciencia, inteligencia, voluntad, juicio, lenguaje, pensamiento, sensopercepciones, afectividad, instintos entre otras.

## **TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO**

Son las alteraciones relacionadas al estado de ánimo o un estado emocional prolongado, estos pueden ser depresión, manía y trastorno bipolar. Este tipo de trastornos pueden afectar de manera significativa a todos los aspectos de la vida de un individuo, los síntomas que se presenten suelen ser patológicos.

El rasgo esencial de los trastornos del estado de ánimo es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. (NUÑEZ & ORTIZ, 2010)

## **DEPRESIÓN**

Es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto que lo padece. (RETAMAL, 2005)

La depresión es un trastorno del estado de ánimo puede ser transitorio, es decir, activado por un evento o permanente en el caso de duelos patológicos, los síntomas que se hacen presentes en la depresión pueden provocar algunas veces una incapacidad total o parcial para disfrutar de acontecimientos de la vida diaria. Suelen estar también en mayor o menos graduación y muchas veces están acompañados de ansiedad.

### **NIVELES DE DEPRESIÓN**

Son la severidad de los síntomas depresivos tanto fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales. Se los clasifica en LEVE, MODERADA Y SEVERA O GRAVE. (RETAMAL, 2005)

Estos niveles de depresión también suelen estar influidos por el medio en el que se relaciona la persona que la padece, si está inmersa en un ambiente poco alentador, sumamente negativo la depresión tiende a elevarse y viceversa. Además tiene gran influencia la situación por la que se está atravesando.

## **2.7 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

#### **GINECOBSTETRICIA**

La Ginecología y Obstetricia es una especialidad médica que se ocupa del estudio de la fisiología y patología relacionados a los órganos del aparato genital femenino y la mama, desde la infancia hasta la senectud y de los fenómenos fisiológicos y patológicos de la reproducción humana – Ginecología – de la fisiología del embarazo, el parto y el puerperio y de las



desviaciones patológicas de éstos –Obstetricia – comprendiendo además los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad, precautelando el bienestar tanto de la mujer como el fruto de su concepción.

Al igual que en la mayoría de especialidades en salud la ginecología debe mantener un conocimiento basto de su área de ejercicio, y a su vez salvaguardar la relación empática que contribuirá al desarrollo de habilidades comunicacionales que promuevan la confianza de su paciente, estas características a las que se debe añadir la valoración de los aspectos psicológicos, sociales y familiares relacionados con su situación tanto ambientales y culturales que afectan a la paciente, lo que permitirá aplicar cuidados preventivos y ofrecer consejos para una mejor salud sexual. “La comunicación se sustenta en habilidades clave: actitud afectuosa y comprensiva, capacidad de escuchar con atención, conocimientos expertos y concordia.” (BOTERO, HENAO, & LONDOÑA, 2008)

En las variables externas que pueden afectar el estado de la paciente se considera los psicológicos, genéticos, biológicos, sociales y económicos, los cuales afectan la percepción del individuo sobre su enfermedad y los medios por los cuales aprendió a enfrentar la enfermedad son educación personal, actitudes, comprensión de la reproducción y la sexualidad humana, antecedentes familiares de la enfermedad, y en algunos casos, necesidad de atención.

Por esto que el médico debe abstenerse de juzgar a la paciente, en particular con respecto a los asuntos sobre las prácticas y las preferencias sexuales.

Para mejorar la comunicación con la paciente es necesario:

1. Escuchar más y hablar menos.
2. Animar a la conversación sobre los temas planteados por las pacientes y que son de importancia para ellas.

3. Volver mínimos los hábitos de control del lenguaje como interrumpir, ordenar y sermonear.
4. Abrirse a las preguntas y ofrecer respuestas completas y comprensibles.
5. Percatarse del malestar producido durante la entrevista, reconocerlo cuando se origine.
6. Garantizar a las pacientes que tienen la oportunidad de hablar a plenitud sobre su problema.
7. Brindar un trato humanitario debido que muchas veces las pacientes buscan la comprensión y validación de sus sentimientos, más que una solución. (BEREK, 2004)

## **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define <<salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar, somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad >>. Es una definición progresiva, en el sentido que considera a la salud no solo como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también social. (OMS, 2013)

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones, procesos, encaminados a la vez a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, su capacidad de concebir, así como también la libertad para decidir hacerlo o no y frecuencia. Además establece como

objetivo de la Salud sexual, el desarrollo de la vida, las relaciones personales lo cual debe promover el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. Esto conllevará la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras seguras, libres de coerción, discriminación o violencia.

Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.

La salud sexual y reproductiva debe estar enfocada en el ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil, así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de la misma, además se debe implementar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Dentro de la salud sexual y reproductiva tenemos la intervención preventiva la misma que se clasifica en:

**Intervención Preventiva Primaria (IPP)** es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca, está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar enfermedad, se

considera que es la más importante porque es la dedicada a mejorar las condiciones económicas y sociales de la población. (NAVARRO, NAVARRO, & M, 1998)

**Intervención Preventiva Secundaria (IPS)** está encaminada a intervenir en la fase peri sintomática o silenciosa de la enfermedad, es decir cuando existe la enfermedad pero no se ha propagado y a su vez frenar el desarrollo en los momentos iniciales.

Las campañas de detección son los ejemplos más característicos de esta intervención. (NAVARRO, NAVARRO, & M, 1998)

**Intervención Preventiva Terciaria (IPT)** es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Ésta incluye la medicina curativa, rehabilitación física, psicológica y social del paciente. (NAVARRO, NAVARRO, & M, 1998)

## **REPRODUCCIÓN SEXUAL**

La sexualidad se define como “la forma de expresión o el conjunto de formas de comportamientos del ser humano, propios a los procesos somáticos, psicológicos y sociales del sexo”. Es importante destacar que la sexualidad como todo proceso humano integra funciones del organismo que repercuten y están influidas por el contexto social.

La sexualidad debe considerarse como una forma de expresión integral del ser humano; el disfrute del amor, del placer y del goce resultan elementos muy enriquecedores en lo personal, familiar y social. (CERRUTI, 1992)

La reproducción puede definirse como el proceso según el cual uno o dos organismos forman un nuevo individuo asegurando, por un lado, la perpetuación y las características de la especie y por otro, el aumento del número de individuos de la propia especie favoreciendo así su capacidad colonizadora.

Dentro de los aspectos de la reproducción sexual en el desarrollo de un individuo comienza con la fertilización, es decir es un proceso que genera nuevos organismos recombinando genes provenientes de dos gametos. Un óvulo unicelular fertilizado el cual contiene toda la información genética necesaria para crear un nuevo organismo. Sin embargo, a menudo este no se desarrolla. Se estima que entre 50 y 70 por ciento de óvulos fertilizados se pierden en las dos primeras semanas. Y quizá 25 por ciento de los supervivientes desaparezcan por abortos espontáneos durante el embarazo.

La reproducción sexual es aquella en la que intervienen células especializadas llamadas gametos, que se forman en órganos especiales denominados gónadas y cuya finalidad es formar una gran variedad de combinaciones genéticas en los nuevos organismos para mejorar las posibilidades de supervivencia. (CRAIG, 2001)

### **Proceso de fecundación**

Tanto en la fecundación externa como en la interna el proceso se lleva cabo en tres fases consecutivas:

1. Encuentro del espermatozoide con el óvulo en el que intervienen sustancias químicas específicas de cada especie que actúan de receptores de los espermatozoides.
2. Activación del óvulo, que viene determinada por el aumento de síntesis de proteínas y aumento del consumo de oxígeno.

### 3. Penetración del espermatozoide en el óvulo.

## **EMBARAZO**

Durante la gestación se producen modificaciones en la esfera emocional de la futura madre. Los cambios fisiológicos en el embarazo conducen a una nueva imagen corporal de la mujer que esta debe aceptar (aumento de peso, cambios en las mamas, pigmentación en la piel), mientras que al mismo tiempo surgen nuevos roles familiares y sociales.

Aunque tal vez los cambios físicos son los más notorios, la mujer experimenta distintos sentimientos a lo largo de la espera del nacimiento de su hijo, que son “normales” por así decirlo, adaptarse psicológicamente al embarazo lleva su tiempo y cada trimestre tiene sus características en este aspecto.

Así como el bebé, después de la concepción, necesita destruir tejido materno para anidarse y la madre acepta físicamente al nuevo ser, también es necesaria la aceptación emocional y psíquica del embarazo por parte de la futura mamá. (BEREK, 2004)

Fomentar el conocimiento elemental, pero claro y veraz de los cambios que el embarazo determina en el organismo de la mujer como el régimen higiénico y dietético apropiado. La conveniencia de practicar ejercicios físicos adecuados. Conocimiento de la anatomía y fisiología elementales de los órganos de la reproducción. Los tiempos del parto con sus respectivas características.

La evolución psicológica dentro de parámetros que se podrían llamar normales del embarazo supone el paso por una serie de etapas.

En el primer trimestre predominan reacciones desmesuradas ante algunos acontecimientos del entorno habitual, así la gente puede mostrar sentimiento ambivalentes de aceptación y rechazo hacia su futuro hijo y se siente preocupada por la salud del feto y por los cambios que se producirán en su estilo de vida. En el segundo trimestre se hace patente la realidad del embarazo y la percepción de los movimientos del feto resta preocupación y aporta más estabilidad emocional. En el tercer trimestre se hacen más evidentes los temores: miedo al parto, miedo al dolor, miedo a una cesárea de urgencia, temor a tener un hijo con daño físico con malformaciones congénitas. (ABENGÓZAR & AGUIRRE DE LA PEÑA)

La mayoría de las alteraciones emocionales que surgen en la gestación son leves y transitorias, considerándose prácticamente normales pero no hay que olvidar que el embarazo puede desencadenar o exacerbar trastornos psiquiátricos realmente importantes siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión.

El desarrollo prenatal puede estudiarse a partir de los tres trimestres o de periodos o etapas relacionadas con el embarazo, es decir se dividen en tres segmentos de tres meses. El primer trimestre abarca desde la concepción hasta las 13 semanas de vida, el segundo desde las 13 hasta cerca de las 25 semanas y el tercero desde las 25 semanas hasta el nacimiento, que por lo general tiene lugar a las 38 semanas (266 días) después de la concepción. (CRAIG, 2001)

En el primer trimestre, el sueño es una manifestación física de que la futura mamá está intentando reacomodarse a su nueva realidad psíquica: se retrae sobre sí misma y busca descansar a solas, lo que le permite ir elaborando paulatinamente los cambios que sobrevendrán. El hijo en esta etapa es una mezcla entre realidad y fantasía, porque, lo cierto es que su presencia física todavía no se advierte en el volumen del vientre o en sus movimientos.

“El sueño que se siente es como meterse hacia adentro e identificarse con el bebé que se está engendrando, y si bien los otros síntomas tienen su base fisiológica, también manifiestan el conflicto y la ambivalencia que siente toda embarazada: quiero este embarazo, pero también me asusta el cambio en mi vida”, explica Brígida Morgenroth, especialista en grupos de preparación para el parto.

La hipersensibilidad de la mujer, el humor cambiante y la irritabilidad es una de las características del embarazo y se expresa también en los sentimientos ambivalentes que experimenta: por un lado, se siente muy vulnerable y, por el otro, muy fuerte.

En el primer trimestre surge el temor fundamental es el de perder el bebé, y es posible que la futura mamá revise su deseo de tener un hijo y puede pasar un período de dudas y replanteos: ¿Podré cuidarlo? ¿Seré capaz de darle un lugar en mi vida? (BEREK, 2004)

El miedo a las malformaciones es una de las mayores preocupaciones de la futura madre en el segundo trimestre. La presencia del bebé ya es una realidad y se manifiesta cuando la embarazada comienza a sentir sus movimientos.

En el segundo trimestre, la embarazada se siente activa y con muchas ganas de encarar sus tareas; el embarazo es una realidad”, dice Morgenroth.

En el tercer trimestre en cambio, hay que dar mucho hacia adentro, alimentar y oxigenar a ese bebé que presiona contra otros órganos y las costillas, sintiéndose las molestias del final del embarazo. La futura mamá tiene sentimientos ambivalentes: quiere que su hijo nazca pronto pero, a la vez, teme el parto o, ante la inminencia de grandes cambios en su vida, manifiesta deseos de que todo siga igual.



El parto constituye una prueba no sólo física: tal vez la madre no se sienta segura de poder seguir dando al bebé todo lo que le ha dado hasta ese momento dentro de su vientre, ni de poder reorganizar su vida.

## **FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO**

La identificación de los factores de riesgo durante el embarazo tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal y materna.

### **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

- Antecedentes de embarazo ectópico
- Antecedentes obstétricos desfavorables: muerte neonatal, o fetales previas, prematuros, malformaciones, etc.
- Antecedentes de bajo peso al nacer
- Antecedentes de feto macrosómico.
- Antecedentes de dos o más abortos espontáneos. (Requena, 2003)

## **COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO**

Dentro de las complicaciones durante el embarazo es importante recalcar las influencias prenatales del ambiente como la edad de la madre, la salud y nutrición.

La edad de la madre interactúa con el desarrollo prenatal de niño en formas muy significantes. Las madres muy jóvenes están más expuestas a abortos espontáneos o a procrear incluso hijos con defectos congénitos, quizás porque su organismo aún no está maduro. La tasa de mayor éxito

corresponde a las madres de 20 a 30 años. En lo que respecta a madres de mayor edad, cuentan con óvulos más viejos, lo que hace que se vuelvan defectuosos, a más que sus órganos también han ido decreciendo, en cuanto al aparato reproductor femenino se dan implantaciones imperfectas. Otro factor importante es equilibrio hormonal distinto por la época en la que se encuentran. (Molina,2004)

En cuanto a salud y nutrición si una mujer empieza el embarazo sana y en buenas condiciones físicas, si consume una dieta balanceada rica en proteínas y en calcio. Pero en algunas partes del mundo las madres están desnutridas o mal alimentadas y no aumentan suficiente peso durante el embarazo por lo sufren de abortos espontáneos, dan a luz en forma prematura o pierden a su hijo poco después de su nacimiento, entendiendo que cualquiera de estos factores se transforma en un duelo psicológico para la mujer difícil de superarlo.

La diversidad de factores ambientales son amplios y estos son capaces de deteriorar el desarrollo prenatal entre ellos encontramos los medicamentos, factores hematológicos, radiación, hormonas, enfermedades, el estrés, ansiedad, la depresión. (CRAIG, 2001)

## **TIPOS DE COMPLICACIONES**

### **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS**

Los trastornos o desordenes hipertensivos del embarazo (THE) son un grupo de complicaciones asociadas al embarazo.

El embarazo es una situación de hipotensión relativa en el primero y segundo trimestre con una disminución de la TA que adquiere su máximo ante la 20 semana y 28 semanas de gestación. (Lindheimer, 2011)

Se cree que el primer evento es un vaso espasmo placentario por una reacción inmunitaria, al ponerse en contacto por primera vez los antígenos maternos y fetales de la placenta. En segundo lugar se plantean alteraciones maternas preexistentes a veces no evidentes, como HTA, enfermedades renales, sobrepeso, diabetes y general factores de riesgo cardiovascular.

Según los estudios en España la incidencia global de los estados hipertensivos durante el embarazo varía entre el 2 y el 18 %, se considera diagnóstico de HTA en el embarazo la existencia, después de la 20 semana o a las 24 horas siguientes al parto.

La preeclampsia y eclampsia se observa con una frecuencia que varía entre 2 y 10% de todos los embarazos, además es una de las tres principales causas de muerte materna a lo largo de todo el mundo y en Latino América es la principal causa de muerte materna. Se estima que a nivel mundial cada año mueren unas 50000 mujeres por causas relacionadas con hipertensión.

Además la preeclampsia eclampsia afecta tanto la madre como a su hijo, de hecho la preeclampsia es una de las principales causas de prematuridad y mortalidad neonatal. (MIRANDA, ROBALINO, & VILLALBA, 2002)

## **CLASIFICACIÓN**

**HTA (Hipertensión arterial):** Es el aumento de tensión arterial, se detecta antes del embarazo o en las primera 20 semanas de este, en ocasiones el diagnóstico se hará a posteriori, por la persistencia de HTA a los 42 días después del parto.

## **Preeclampsia- eclampsia:**

También son conocidas como HTA inducida por el embarazo, HTA que aparece a partir de la semana 20 de gestación. (MIRANDA, ROBALINO, & VILLALBA, 2002)

## **PREECLAMPSIA**

Existen dos tipos:

**Preeclampsia leve** se diagnostica cuando la paciente presenta elevaciones de presión arterial luego de las 20 semanas o en el puerperio, la presión arterial debe ser mayor o igual a 140/90.

**Preeclampsia severa** se diagnostica luego de las 20 semanas o en el puerperio la presión debe ser igual o mayor a 160/110, además debe ir acompañado de cefalea, epigastralgia, fosfenos, tinitus, amaurosis. (MIRANDA, ROBALINO, & VILLALBA, 2002)

## **ECLAMPSIA**

Se diagnostica cuando una paciente con trastorno hipertensión del embarazo sin patología neurológica o alteración vasculares cerebrales conocidas presenta una convulsión.

Esta se puede presentar durante el embarazo, parto o puerperio.

Se describe hipertensión severa en cerca del 50% de los casos de eclampsia, hipertensión leve entre el 30 y 60% de los casos, y además cerca de un 15% de las pacientes pueden mantener la presión arterial dentro de los niveles normales al momento de la convulsión.

Es importante señalar que se debe dar un buen seguimiento a estas pacientes pues si luego del parto o en los primeros días post parto la presión

se normaliza estaríamos hablando de hipertensión transitoria pero si continúa por más de 90 días es hipertensión crónica.

Entre los principales efectos y complicaciones que produce al feto y neonato están: la muerte neonatal, nacimiento pre termino, restricción del crecimiento fetal entre otras. (MIRANDA, ROBALINO, & VILLALBA, 2002)

## **INFECCIONES GENITOURINARIAS URINARIAS**

Son un problema frecuente durante el embarazo el germen más habitual es el *ESCHERICHIA COLI*, se define como la presencia de bacterias en el tracto urinario que producen alteraciones morfológicas, funcionales o de ambos tipos.

Los factores que favorecen en la ITU en la gestación son el aumento de la filtración renal la alcalinización de la orina y la estasis urinaria (menor tono muscular de la vejiga, dilatación uretral y de la pelvis renal) inducida por altos niveles de progesterona en el embarazo.

La vía de contaminación más frecuente es la ascendente, por la continuidad de gérmenes de procedencia vulvo perineal, siendo la cortedad de la uretra femenina el factor más importante. (VIGIL-DE GARCÍA & GALLO, 2011)

## **ANEMIA**

La anemia es una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre. Los síntomas en la madre en gestación suelen ser cansancio, falta de aire y falta de energía.

El feto no se ve afectado por esta complicación durante el proceso de gestación sin embargo existen estudios que manifiestan que con el tiempo después del nacimiento y desarrollo del niño se verán consecuencias.

Es recomendable que la mujer embarazada ingiera comidas ricas en hierro, zumos de cítricos y a veces comprimidos con hierro y ácido fólico. Si el nivel de hemoglobina desciende de forma alarmante, son necesarias transfusiones sanguíneas.

## **DIABETES GESTACIONAL**

Es una complicación médica común que acontece durante el embarazo, se define como <<cualquier grado de intolerancia a la glucosa durante el embarazo>>.

Durante el embarazo se producen cambios a nivel metabólico cuya finalidad es crear un ambiente que permita la embriogénesis, el crecimiento del feto, la maduración y supervivencia del mismo. En el embarazo normal, directa o indirectamente, el crecimiento de la unidad feto-placentaria conduce a un aumento de cortisol, hormona del crecimiento, progesterona, estrógeno y prolactina, todo esto el feto utiliza para satisfacer sus funciones básicas, la complicación radica a finales del tercer trimestre que es cuando hay una transición del uso de los hidratos de carbono hacia el metabolismo de las grasas. (VIGIL-DE GARCÍA & GALLO, 2011)

Aunque la diabetes mellitus Gestacional es un marcador reconocido por un mayor riesgo de diabetes de diabetes posterior, su importancia clínica con respecto a varios resultados adversos del embarazo ha sido incierto.

La glucosa viaja libremente de la madre al feto, no así la insulina materna. Por lo tanto, la hiperglucemia no tratada expone al feto a altas concentraciones de glucosa, lo que obliga al feto a incrementar la producción de insulina. Desafortunadamente, el exceso de insulina producida por el feto da como resultado macrosomía.

Es un importante factor de riesgo obstétrico, cuya prevalencia en España oscila entre el 3 y 14 %.

El efecto sobre la madre es el aumento del número de cesáreas, así como el incremento del riesgo de padecer diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipemia y enfermedad cardiovascular.

La diabetes gestacional identifica a mujeres con riesgo elevado de presentar enfermedades cardiovasculares y diabetes en el futuro.

## **PARTO PRETÉRMINO**

El PPT es el que se presenta después de la semana 22 y antes de haber completado la semana 37, es decir 259 días de gestación. Se caracteriza por la presencia de contracciones regulares que regulares que ocurren antes de la semana 37 de edad gestacional y que se asocian con cambios en el cuello uterino.

Mientras que en la amenaza de parto prematuro (APP) se presenta cuando sólo hay contractilidad uterina aumentada, sin cambios cervicales. (Vitela,2007).

## **VARIABLE DEPENDIENTE**

### **SALUD MENTAL**

La salud mental abarca una amplia gama de actividades relacionadas con el bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción

del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (OMS, 2013)

Por otro lado se define a la salud mental como el equilibrio bio-psico-social y espiritual de un ser humano, que ayuda a enfrentar presión del entorno en el que se desenvuelve, ya sean relaciones interpersonales, familiares, de pareja, en el estudio, o en el trabajo. Los síntomas frecuentes que denotan un problema de salud mental son los problemas alimenticios, dificultades para dormir, adicciones, estados depresivos, miedos, fobias, baja autoestima, pensamientos negativos, estado de estrés continuo o comportamiento suicida.

El concepto de Salud Mental fue escrito primero como Higiene Mental por el psiquiatra estadounidense Clifford Beers fundando el Comité Nacional de Higiene Mental en 1909, el mismo manifiesta que salud mental o estado mental es el equilibrio entre una persona y su entorno social, cultural, intelectual, laboral para alcanzar una calidad de vida; William Glasser describió la Higiene mental en su libro “Salud mental o enfermedad mental” como la prevención y mantenimiento de la salud.

La salud mental es de vital importancia en todo el mundo por la relación de persona, sociedad, naciones, puesto que solo una minoría de 450 millones recibe tratamiento siendo esta prioridad de la salud pública. La Salud Mental no consiste solo en la atención de desórdenes mentales sino de la prevención de los trastornos mentales que pretende “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo de permanencia de los síntomas, o la condición de riesgo para una enfermedad mental, previniendo o retrasando las recurrencias, y también disminuyendo el impacto de la enfermedad en las personas afectadas, sus familias y la sociedad. (RIVERA, 2005)



Es por esto que el trabajo del Psicólogo Clínico es importante porque no solo trata de intervenir con un enfermo mental, su trabajo es muy amplio en cuanto a la prevención y a la promoción de la salud mental.

Para ello el profesional en salud mental debe desarrollar destrezas y habilidades que le permitan mejorar su desempeño como comunicación interpersonal, capacidad de análisis, toma de decisiones, eficacia, rigor profesional, planificación, control, resolución de problemas, liderazgo, autodesarrollo, autoconfianza, entre otros. (CABALLO V. , 2005)

## **PSICOPATOLOGÍA**

La psicopatología es uno de los instrumentos más significativos y de mayor manejo en la práctica del psicólogo clínico debido que permite caracterizar y enfocar las queja del paciente, es decir se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental.

La psicopatología estudia la conducta inadaptada, sus causas, consecuencias y tratamientos, describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados, ni por la maduración o el desarrollo del individuo, ni como resultado de procesos de aprendizaje también entendidos como trastorno psicológico o enfermedad mental. (BELLOCH & SANDÍN, 2012)

Esta disciplina analiza las particularidades de las enfermedades de carácter mental, se lleva a cabo con varios enfoques o modelos como el biomédico, el cual aborda anormalidades biológicas es decir de raíz orgánica; un comportamiento anormal es una enfermedad surgida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo relacionada con alteraciones en la

porción cerebral, las cuales pueden ser anatómicas o bioquímicas cuando el funcionamiento neuronal posee su función alterada.

El modelo conductual refiere que las conductas patológicas y las conductas normales son resultado del aprendizaje condicionado por el entorno, por lo tanto le dan gran importancia a las influencias ambientales más que a las biológicas y genéticas. (DOMENECH, 1991)

La psicopatología también hace lugar a un signo o síntoma que forma parte de un trastorno psicológico, por medio de la exploración psicopatológica se establecen las primeras hipótesis sobre los problemas que tienen los pacientes, no solo se centra en detectar la presencia o ausencia de un determinado signo o síntoma, sino también de darle un nombre el cual suele depender de las funciones mentales superiores como conciencia, inteligencia, memoria, lenguaje, juicio y raciocinio, entre otras, además de considerar toda la información que pueda proporcionar el paciente.

La psicopatología sirve tanto para el diagnóstico de pacientes individuales o para la creación de clasificaciones diagnósticas. Este último es el caso de la sección F de la clasificación CIE de la Organización Mundial de la Salud, o el del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, (DSM I II III IV y el actual V), manuales utilizados por profesionales de la salud y en este caso de la salud mental es decir Psicólogos Clínicos y Psiquiatras.

## **TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO**

El estado de ánimo es un estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo y generalmente auto limitado, que afecta a las experiencias psicológicas y corporales, es decir es un modo de como la persona percibe a través de su experiencia el mundo que le rodea.

El estado de ánimo por lo general presenta algunas variaciones, en ocasiones estas pueden ser patológicas como la depresión, euforia, disforia entre otras, convirtiéndose estas en características esenciales de los trastornos del estado de ánimo. (ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTIN AMAIA, 2011)

Es importante mencionar que el estudio de los Trastornos del estado de ánimo se remonta a unos 2.500 años con autores griegos que utilizaban términos como melancolía y manía para describir alteraciones mentales relacionadas con el humor, así fue evolucionando el término hasta que a finales del siglo XIX, Kraepelin fue el primer autor en agrupar todas las formas de melancolía y manía bajo el término de “locura maniaco depresiva”; gracias a este aporte para el siglo xx se produjeron avances significativos en el campo de los trastornos del estado de ánimo destacándose la diferenciación entre trastornos maniaco depresivos y esquizofrénico, por lo que se desarrollaron fármacos específicos para su tratamiento como antidepresivos, litio, entre otros.

En cuanto a la etiopatogenia de los Trastornos mentales se puede decir que existen diferentes factores que contribuyen al desarrollo del mismo, dentro de los más destacados está la genética relacionada con la transición del componente gético anómalo, la neurobioquímica principalmente relacionado con la deficiencia de algunos neurotransmisores de SNC, la psicoendocrinología relacionada con desregularización hormonal, las teoría psicosociales que hacen referencia a las circunstancias vitales y estrés ambiental al que se somete un individuo a diario.

## DEPRESIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado de anímico, con un descenso del humor que se convierte en tristeza. Uno de los puntos fuertes del Psicólogo Clínico es saber reconocer que el sentimiento de tristeza requiere ciertas condiciones para convertirse en un síntoma depresivo: puede surgir sin causa aparente, o si existe un motivo, su efecto es desproporcionado en intensidad y duración, además de inesperado, es decir, el estado de tristeza no es igual al estado depresivo. Si esta alteración anímica aparece con el contexto personal o junto con una enfermedad somática grave, se puede disminuir su seriedad porque parece psicológicamente comprensible y razonable estar deprimido, sin percibir el cambio del humor como patológico. (RETAMAL, 2005)

La depresión queda condensada en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos.

Aunque el estado afectivo nuclear es la tristeza suelen emerger otros estados emocionales, tales como la ansiedad, la irritabilidad o la hostilidad incluso, pero secundarios a este estado de ánimo fundamental.

Según las teorías cognitivas cuyos máximos representantes son Beck y Ellis refieren que el factor psicológico de la depresión es la presencia de distorsiones cognitivas específicas entre ellas la indiferencia arbitraria, abstracciones específicas, sobre generalización, magnificación y minimización, personalización o pensamiento dicotómico. Beck en 1964 define la triada cognitiva de la depresión como la visión negativa de sí mismo, visión del entorno con tendencia a percibir el mundo como hostil y exigente, y visión del futuro con expectativas de fracaso y sufrimiento. (ORTIZ DE ZÁRATE SAN AGUSTIN AMAIA, 2011)

## **Causas Neurobiológicas De La Depresión**

El modelo más aceptado para explicar la enfermedad depresiva recurre a una concepción psiconeurobiológica que incluye la predisposición genética, la influencia temprana de la crianza y los efectos de situaciones estresantes actuales (psicogénesis, que van a producir modificaciones en el sistema inmunológico, de neurotransmisión, en las conexiones sinápticas y en el número y tamaño de las neuronas). (RETAMAL, 2005)

## **Alteraciones Bioquímicas En La Depresión**

La base bioquímica de la depresión ha sido situada en la unión entre neurona, llamada sinapsis, cuya interconexión depende de una sustancia llamada neurotransmisor. La predisposición hereditaria y el estrés situacional inducirán depresión a través de la disminución del neurotransmisor disponible en la sinapsis.

Esta alteración puede ser revertida por el tratamiento farmacológico y tal vez por la psicoterapia.

### ***Noradrenalina***

Las personas predispuestas a sufrir depresión son sensibles al efecto depresiígeno de la disminución de noradrenalina.

### ***Serotonina***

Probablemente la disminución de serotonina permite o facilita la disminución de noradrenalina.

El déficit serotoninérgico produce alteraciones en el control de impulso, disminución de la libido y el apetito, además de irritabilidad. Otro

neurotransmisor que tiene significación es la dopamina, cuyo déficit conduciría a menos motivación.

La incidencia máxima de depresión ocurre en un grupo de 25 a 44 años, pero hay depresión en todos, desde los lactantes hasta ancianos, durante los años reproductivos es de dos a tres veces más frecuente en mujeres que en varones. (Maat; Dekler & De Jonghe 2007)

### **Signos Y Síntomas De La Depresión**

La depresión se caracteriza por:

1. Humor triste o irritabilidad.
2. Desesperanza.
3. Desamparo.
4. Disminución de la capacidad para concentrarse.
5. Disminución de la energía
6. Interferencia con el sueño en general con un despertar temprano, imposibilidad de volver a dormir y sensación de que no se ha descansado; en casos atípicos con mayor sueño.
7. Menos apetito y peso.
8. Aislamiento en las relaciones sociales.
9. Incapacidad para disfrutar de las actividades antes satisfechas.
10. Disminución de la libido.
11. Remordimientos.
12. Retardo psicomotor o agitación.
13. Pensamiento de muerte o suicidio.

La paciente que se padece de depresión tiene cinco o más de los signos y síntomas a lo largo de una parte importante de cada día durante semanas o más experimenta depresión clínica.

La duración promedio de una crisis depresiva mayor es de casi nueve meses, lo que quiere decir que una paciente embarazada puede pasar todo su embarazo con dicha enfermedad, puede existir depresión por un suceso vital adverso, como pérdida interpersonal, problemas económicos o una enfermedad grave.

Las enfermedades ginecológicas pueden producir signos y síntomas depresivos

### **NIVELES DE DEPRESIÓN**

Los criterios etiopatogénicos permiten identificar diversos tipos de depresión, cuyo diagnóstico diferencial es importante porque determina pronóstico y acción terapéuticas distintas.

Los subtipos de depresión más importantes son: leve, moderada, grave o depresión mayor.

La depresión de tipo leve sería aquella que no tiene como posible factor causal alguna enfermedad somática o psiquiátrica, o sea su origen es primariamente una alteración del estado de ánimo, es decir, la depresión habitual o común que está presente en todas las etapas evolutivas del ser humano.

Los posibles factores causales de una depresión moderada son las enfermedades orgánicas como: cáncer, infecciones, complicaciones durante etapas como el embarazo, existen también efectos farmacológicos de tranquilizantes, hipotensores, anticonceptivos orales, drogas ilícitas, adicción al alcohol, trastornos de la personalidad etc. se distingue por un conjunto de características sintomáticas: insomnio del despertar en las mañanas, lenificación psicomotora, tristeza intensa, pérdida de peso e imposibilidad de

reaccionar a los acontecimientos agradables. Tales síntomas predicen buena respuesta a los tratamientos antidepresivos.

La depresión mayor es fácil de diagnosticar con diferencia a los demás niveles, debido a que interfiere en gran medida con las actividades que el sujeto desarrolla en su vida cotidiana, es decir es mucho más evidente, dentro de esto encontramos deseos de morir, planificación, ideas de culpa intensificadas, repetitivas, a veces delirantes, psicomotricidad sumamente lentificada, siempre una visión negativa con baja autoestima, desesperanza, dificultad para llorar y expresar aflicción.

Existe además la distimia que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido que está presente la mayor parte del tiempo a lo largo de dos años como mínimo. La distimia la sufren personas relativamente jóvenes, con baja autoestima, irritables, tristes, con síntomas somáticos suaves, que se ven complicados con dificultades sociales e interpersonales y asociadas con otros cuadros psiquiátricos (depresión mayor, trastorno de pánico, alcoholismo). (RETAMAL, 2005)

### **En La Clasificación Del Cie - 10 en cuanto a Trastornos Del Humor Hace Referencia A:**

Entre las manifestaciones de los episodios depresivos tenemos:

- a)** La disminución de la atención y concentración.
- b)** La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c)** Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d)** Una perspectiva sombría del futuro.
- e)** Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f)** Los trastornos del sueño.
- g)** La pérdida del apetito.



La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. (GARCÍA & MAGARIÑOS, 2000)

### **Episodio Depresivo Leve**

Los síntomas más típicos de la depresión suelen considerarse como Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, el aumento de la fatigabilidad y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar

presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un paciente 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. (GARCÍA & MAGARIÑOS, 2000)

### **EPISODIO DEPRESIVO MODERADO**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres y hasta cuatro de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso. Igualmente el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un paciente con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. (GARCÍA & MAGARIÑOS, 2000)

### **EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

Durante un episodio depresivo grave, el paciente suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada, la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa, el riesgo de suicidio son importantes. Los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el paciente

puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. (GARCÍA & MAGARIÑOS, 2000)

### **EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas anteriormente y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el paciente se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (GARCÍA & MAGARIÑOS, 2000)

## **2.8. HIPÓTESIS**

### **2.8.1. HIPÓTESIS GENERAL**

#### **HIPÓTESIS ALTERNA**

- La depresión se produce por complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el período septiembre 2012 - marzo 2013.

#### **HIPÓTESIS NULA**

- La depresión no se produce por complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el período septiembre 2012 - marzo 2013.

### **2.8.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA**

#### **HIPÓTESIS ESPECÍFICA ALTERNA**

- En la complicación de embarazo por hipertensión el nivel de depresión más frecuente es el moderado.

#### **HIPÓTESIS ESPECÍFICA NULA**

- En la complicación de embarazo por hipertensión el nivel de depresión más frecuente no es el moderado.

## **2.9. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS**

### **UNIDADES DE OBSERVACIÓN**

Mujeres embarazadas internas en el área de maternidad del HPDA.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

DEPRESIÓN

### **TÉRMINO DE RELACIÓN**

PRODUCTO DE

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. ENFOQUE**

La investigación se realizó bajo el carácter tanto cualitativo como cuantitativo.

Cualitativo porque para la obtención de los resultados se requirió a personas implicadas con el problema investigado, a través de entrevistas y test, como punto principal de la investigación.

Cuantitativa porque fue medible y permitió su tabulación, además mejoró la factibilidad dada por los resultados cualitativos, para su posterior análisis e interpretación de datos.

#### **3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Investigación de Campo**

De campo porque la información se obtuvo directamente de la población investigada, es decir de las mujeres que tienen el diagnóstico de complicaciones durante el embarazo, mismas que se encuentran internas en el área de maternidad en el Hospital Provincial Docente Ambato; y se trabajó

en el lugar de los hechos donde se realizó las entrevistas, historias clínicas, reactivos psicológicos con el fin de la obtención de datos y apreciación de lo que está sucediendo.

### **Investigación documental – bibliográfica**

Esta forma de investigación cumple el propósito de ampliar, profundizar los diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diferentes autores sobre el tema propuesto; además fue importante el soporte en fuentes primarias y secundarias para explicar de manera teórica y científica el proceso de investigación planteada.

### **3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación se desarrolló a nivel explorativo debido que se analizó las características y sintomatología directamente de la queja de las pacientes, lo que permitió obtener una metodología más flexible de mayor amplitud como dispersión.

De igual forma se desarrolló a nivel descriptivo porque a través de la síntesis y análisis se conocieron las causas, consecuencias que generan dichos malestares de las mujeres embarazadas internas en el HPDA, con lo que se pudo comparar entre dos o más fenómenos y clarificar sus modelos de comportamiento según ciertos criterios.

Por último a nivel explicativo porque se comprobó experimentalmente las hipótesis a través de la aplicación de la escala para la depresión de ZUNG y de la encuesta estructurada, mismo que permitieron detectar los factores causales que determinen ciertos comportamientos tanto de la sintomatología

depresiva como de las complicaciones físicas que se presentaron en las mujeres estudiadas.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Esta investigación se dirigió a las mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato específicamente con el diagnóstico de complicaciones durante el embarazo, realizado por el médico del área ginecológica a cargo; de acuerdo a los datos proporcionados se considera que la población del universo es reducida, debido que semanalmente se hospitalizan de 10 a 20 mujeres con dicho diagnóstico embarazo y todo ello constituye a la muestra de 80 pacientes internas durante los seis meses del estudio.



### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLE INDEPENDIENTE: COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

TABLA N°1

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos.	<b>Problemas netamente físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA.</li> <li>• IVU.</li> <li>• Desnutrición o anemia.</li> <li>• Diabetes gestacional.</li> </ul>	¿Ha presentado alguna enfermedad durante el embarazo?	<b>Técnica:</b> Encuesta  <b>Instrumento:</b> Cuestionario estructurado
	<b>Alteraciones Psicológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emocional.</li> </ul>	¿Ha notado alguna alteración en su estado de ánimo durante el embarazo?	<b>Técnica:</b> Encuesta  <b>Instrumento:</b> Cuestionario estructurado

**Fuente:** Operacionalización Complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida.

## VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN

TABLA Nº2

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>La depresión es un trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo donde la personalidad y los sentimientos son abatidos por frustraciones experimentales en el medio ambiente.</p>	<b>Leve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animo depresivo</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Falta de interés</li> <li>• Al menos dos semanas.</li> </ul>	<p>¿Paciente expresa la sensación de sentirse triste, decaída emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes disfrutaba?</p>	<p><b>Técnica:</b> Encuesta <b>Instrumento:</b> escala para la depresión de ZUNG.</p>
	<b>Moderada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de confianza en sí mismo</li> <li>• Sentimientos de culpa</li> <li>• Sentimientos de inutilidad</li> </ul>	<p>¿Paciente presenta síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria?</p>	<p><b>Técnica:</b> Encuesta <b>Instrumento:</b> escala para la depresión de ZUNG.</p>

	<b>Grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actos suicidas</li> <li>• Auto agresiones</li> <li>• Perspectiva sombría del futuro</li> </ul>	<p>¿Paciente presenta Disminución de la capacidad para tomar decisiones?</p> <p>¿Pensamientos suicidas o intentos de suicidio?</p>	<p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento:</b> escala para la depresión de ZUNG.</p>
--	--------------	---	--	--

**Fuente:** Operacionalización Niveles de Depresión.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida.

### 3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de información se utilizó diferentes técnicas e instrumentos como:

- Se aplicó la Historia Clínica Psicológica (ANEXO I) para la obtención de datos relevantes de las pacientes.

La Historia Clínica es el instrumento que reúne datos que permiten descifrar y explicar el curso de vida del paciente, en este caso la psicoanamnesis de las mujeres embarazadas, datos indispensables para el estudio de las enfermedades los cuales constituyen la base para el diagnóstico, se completan con las observaciones y entrevistas realizadas así como el resultado de las pruebas aplicadas y los informes de los demás profesionales en este caso el médico ginecólogo es el profesional que remite el caso.

- Se aplicó la técnica de la encuesta (ANEXO 2), porque de esta forma se pretende recolectar información específica de las pacientes acerca de las complicaciones que se le presentaron durante el embarazo, además consta de preguntas enfocadas a la influencia que ejercen las complicaciones del embarazo en su estado de ánimo, como instrumento se utilizará un cuestionario estructurado.

El cuestionario consta de 10 preguntas cerradas, cada pregunta tiene ítems para elección múltiple, lo cual debe escoger la mujer embarazada según su condición.

- Se aplicó la Escala para la depresión de ZUNG “ZDS” (ANEXO 3), para determinar los niveles leve, moderado y grave por medio del trastorno.

Es una escala de cuantificación de síntomas de componente somático conductual del trastorno depresivo, forma 20 frases relacionadas con

la depresión la mitad enfocada en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, con 8 ítems para cada grupo, completándose el test con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Se cuantifica no la intensidad sino la frecuencia de los síntomas, utiliza la escala de Likert de 4 puntos, puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre), en el caso de las mujeres embarazadas estudiadas se les pidió que contesten de acuerdo a su situación actual o la semana previa. El rango de puntuación es de 20 a 80 puntos, el resultado se obtiene de la sumatoria de estas puntuaciones.

La puntuación normalizada con los puntos de corte son:

- 25 a 49 puntos rango normal.
- 50 a 59 puntos ligeramente deprimido.
- 60 a 69 puntos moderadamente deprimido.
- 70 o más severamente deprimido. (ZUNG, 1965)

## **PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS**

### **Confiabilidad:**

Los índices de fiabilidad son (de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

### **Validez:**

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3, 6, 18, 20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico, ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

### 3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

**TABLA N°3**

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
<b>1. ¿Para qué?</b>	Para alcanzar los objetivos de la investigación.
<b>2. ¿De qué personas u objetos?</b>	Pacientes internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente “Ambato”.
<b>3. ¿Sobre qué aspectos?</b>	Niveles de depresión como producto de complicaciones durante el embarazo.
<b>4. ¿Quién – Quienes?</b>	Investigadora activa Ana Victoria Almeida.
<b>5. ¿Cuándo?</b>	Período setiembre 2012 – marzo 2013.
<b>6. ¿Dónde?</b>	Hospital Provincial Docente Ambato.
<b>7. ¿Cuántas veces?</b>	Dos veces.
<b>8. ¿Qué técnicas de recolección?</b>	Observación, Encuesta, escala para la depresión de ZUNG.
<b>9. ¿Con qué?</b>	Historias clínicas, cuestionario estructurado y escala para la depresión de ZUNG.
<b>10. ¿En qué situación?</b>	De acuerdo a la facilidad

**Fuente:** Plan de recolección.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### **3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Los datos recogidos se transformarán siguiendo ciertos procedimientos:

- Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de la información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente.
- Repetición de la recolección en ciertos casos individuales para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- Manejo de información.
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

#### 4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

##### 4.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

###### 1.- Datos de Filiación

###### EDAD

TABLA N°4

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
16-20	20	25%
21-30	52	65%
31-40	8	10%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Datos de Filiación.

Elaborado por: Ana Victoria Almeida.

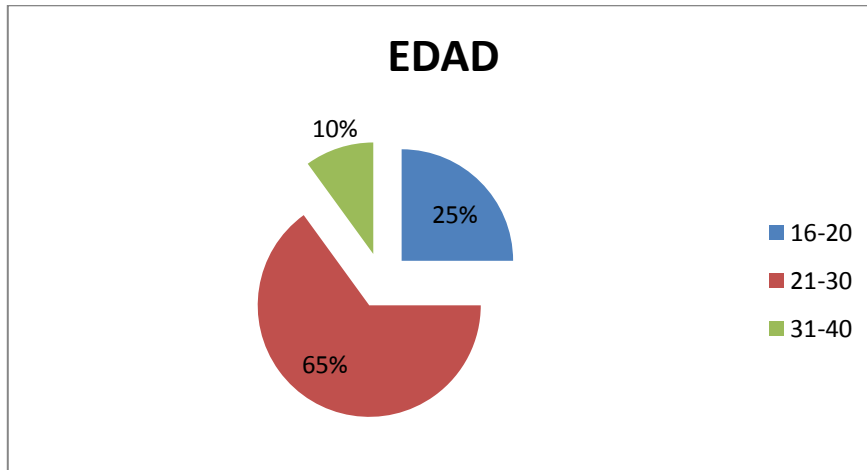
#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a los datos de filiación, un elemento imprescindible para el diagnóstico y evolución de las pacientes embarazadas, se encontró que existen grupos de edades con mayor predominio como el de 21 a 30 años con un 65%, a continuación el de 16 a 20 años con un 25% y por último el de 31 a 40 años con un 10%. Desde



la perspectiva biológica la mujer de 21 a 30 años está en la edad propicia para tener un hijo debido que se encuentra en la plena madurez física para concebir y psicológicamente se puede decir que la mujer se encuentra en una etapa donde su proyecto de vida está en proceso de aplicación.

**GRÁFICO N°2**



**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ESTADO CIVIL

**TABLA N°5**

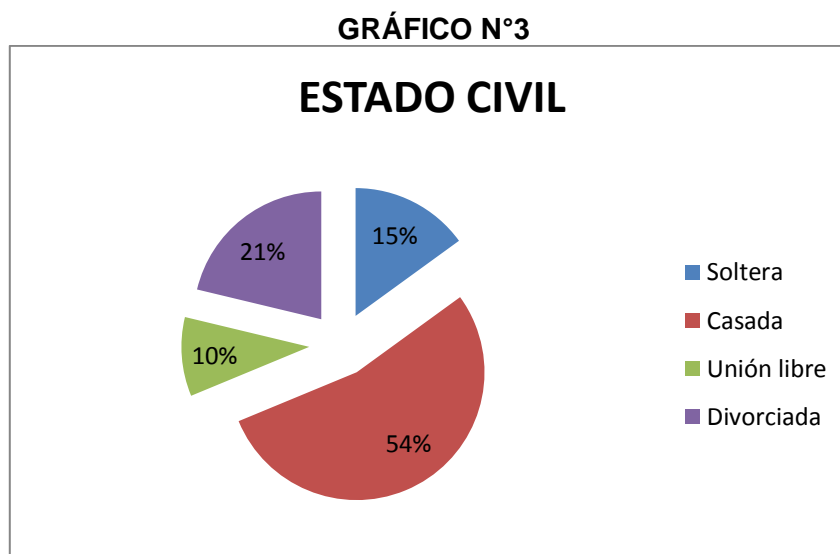
INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Soltero	12	15%
Casado	43	54%
Unión libre	8	10%
Divorciada	17	21%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en cuanto al estado civil de las mujeres embarazadas dentro del universo muestra, se evidenció los siguientes porcentajes: con mayor predominio el estado civil casado con un 54%, le sigue el estado civil divorciada con un 21%, a continuación está el estado civil soltero con un 15% y por último el estado civil unión libre con un 10%. Los datos son sumamente claros al expresar que de la muestra encuestada la mayoría ha optado por tener un hogar fundado en el matrimonio, sin embargo se ve la existencia de la ruptura de los mismos a través del divorcio. Esta variable contribuirá a determinar si el estado civil es un factor coadyuvante en el desarrollo de cuadros depresivos en las mujeres estudiadas.



**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## INSTRUCCIÓN ACADÉMICA

TABLA N°6

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Superior	15	19%
Educación General Intermedia y bachillerato	60	75%
Educación General Básica Media	5	6%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

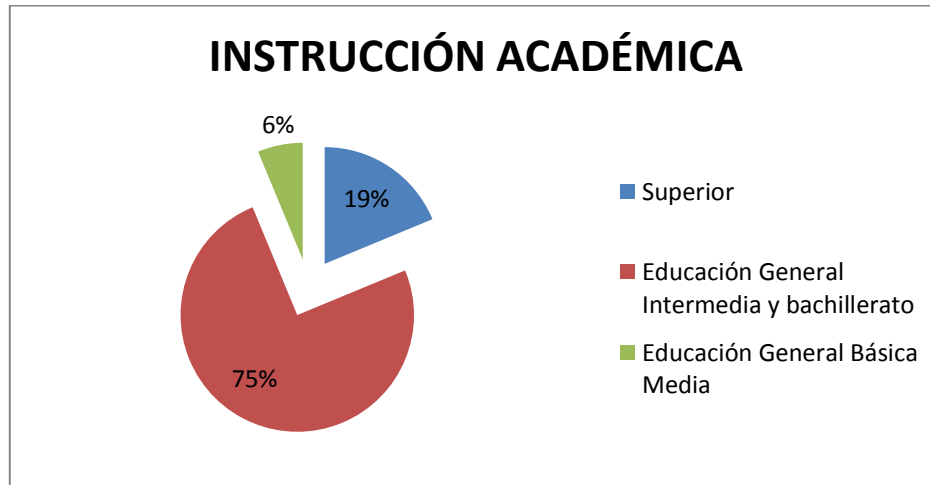
**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en cuanto al nivel de instrucción académica se evidenció que el 75% tiene educación general intermedia y bachillerato en algunos casos cursándolos y en otros ya completos, 19% tiene estudios superiores completos y por último 6% con educación general básica media completa. Es de gran valor conocer el nivel académico debido que por medio de este se logrará saber el nivel de conocimiento y comprensión que posee la mujer embarazad; como se obtuvo la educación general intermedia y bachillerato es el que mayor porcentaje tuvo, lo cual es algo favorable para la sociedad debido que existe ese deseo de superación y mayor porcentaje de bachilleres, también es importante mencionar que de esta población de mujeres bachilleres se encuentran cursando carreras universitarias en la modalidad semipresencial.

GRÁFICO N°4



**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## OCUPACIÓN

TABLA N°7

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Estudia	25	31%
Trabaja	27	34%
No trabaja	28	35%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Datos de Filiación.

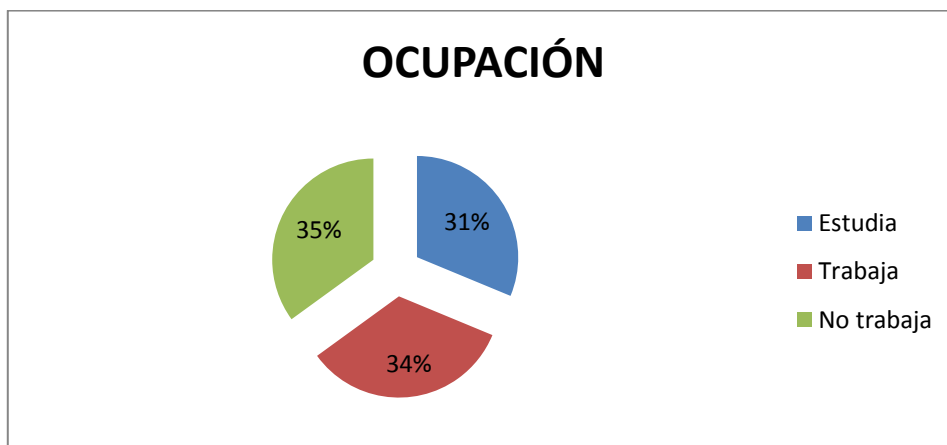
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en cuanto a la ocupación de las mujeres embarazadas estudiadas se evidenció que el 35% no tiene trabajo por lo que ocupan su tiempo en quehaceres del hogar y reposo por las complicaciones que ha presentado durante su embarazo sin embargo

estudian en las carrera universitarias semipresencial, 34% trabaja en lugares donde no realizan esfuerzo físico significativo y por último el 31% solo estudia este es el caso de las mujeres que están cursando la educación general intermedia. Este factor es preciso conocerlo debido que se necesita saber en qué tipo de círculo se desenvuelve la mujer embarazada ya sea en un ambiente estresante que intensifique sus síntomas o cuadros depresivos.

**GRÁFICO N°5**



**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## MOTIVO DE CONSULTA

**TABLA N°8**

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Colaboradora, estado de tensión y preocupación	70	87%
Poco colaboradora	10	13%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

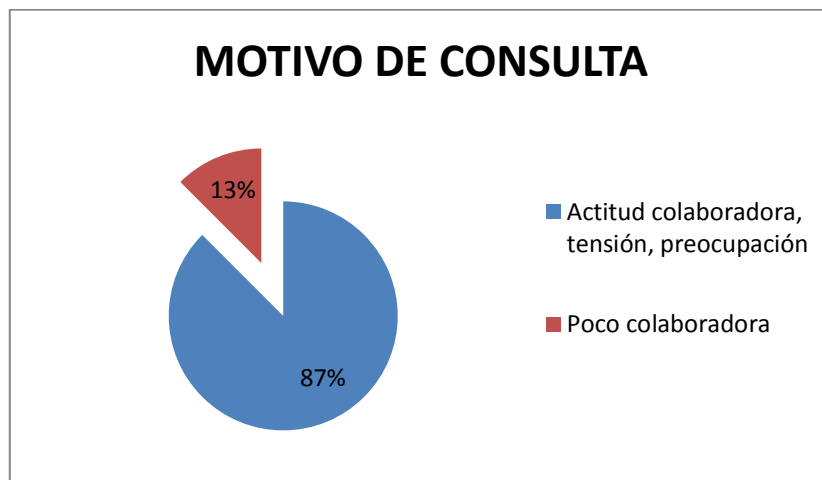
**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas durante la visita en hospitalización, en el motivo de consulta donde se realizó la evaluación psicológica con los respectivos reactivos psicológicos y la entrevista a las mujeres embarazadas, estas se mostraron en un porcentaje de 87% con una actitud colaboradora sin embargo también se pudo evidenciar un estado de tensión y preocupación tanto por su diagnóstico así como por su pronta recuperación, y un 13% de las mujeres evaluadas se mostraron poco colaboradoras por su propia condición de estar tantos días internas y con intensos dolores, donde se pudo evidenciar la sintomatología depresiva muy marcada.

GRÁFICO N°6



**Fuente:** Datos de Filiación.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

#### 4.1.2. CUESTIONARIO ESTRUCTURADO DIRIGIDO A MADRES QUE HAN PRESENTADO COMPLICACIONES DURANTE SU EMBARAZO DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

##### PREGUNTA 1

¿Ha presentado alguna enfermedad durante su embarazo?

TABLA N°9

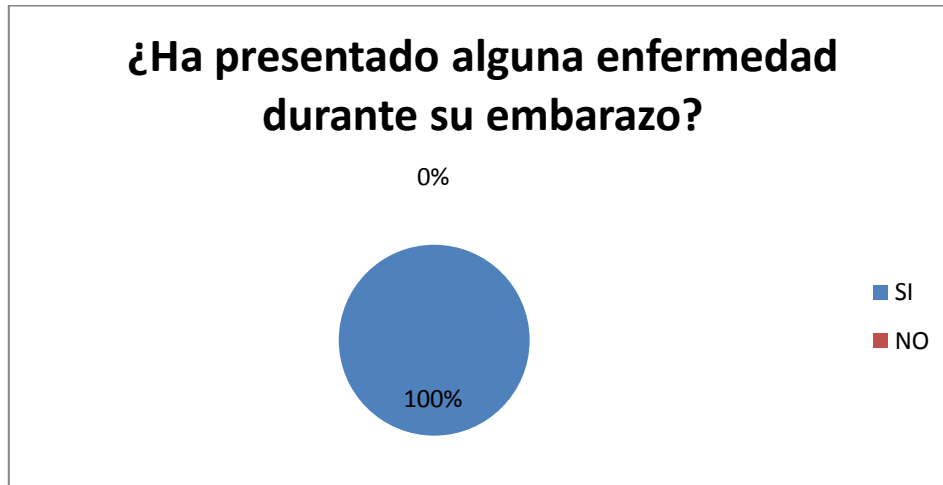
INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
SI	80	100%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

##### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 1 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 100% de las mujeres han presentado una enfermedad durante su embarazo motivo por el cual se encuentran hospitalizadas en el área de ginecología del hospital, es por esto se pudo continuar con las demás interrogantes del cuestionario.

GRÁFICO N°7



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## PREGUNTA 2

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades durante el embarazo?

TABLA N°10

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Hipertensión. Eclampsia o preeclampsia	62	77%
Infecciones genitourinarias	8	10%
Desnutrición o anemia	8	10%
Diabetes gestacional	2	3%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

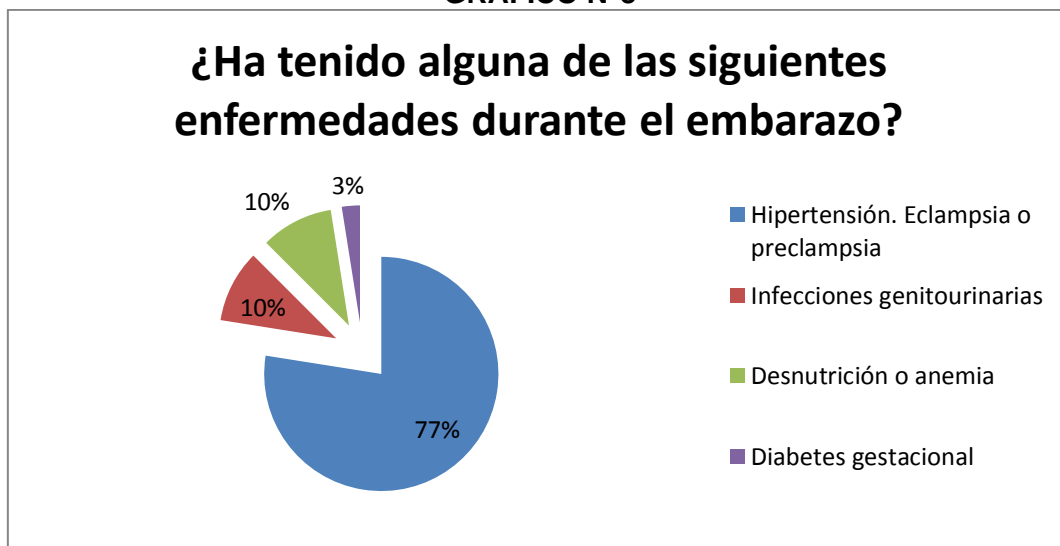
**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 2 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 77% de las mujeres padecen de Hipertensión en su mayoría, 10% de desnutrición, 10% infecciones genitourinarias y el 3% diabetes gestacional. La enfermedad con más porcentajes es hipertensión tanto con preeclampsia como eclampsia y en menores cantidades las demás enfermedades, cabe recalcar que las mujeres expresan sentirse tristes por su complicación y temen por la salud de sus hijos.

GRÁFICO N°8



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### PREGUNTA 3

¿Cuánto tiempo ha estado hospitalizada por complicaciones durante su embarazo?

TABLA N°11

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Dos o más días	8	10%
Una semana	20	25%
Un mes	44	55%
Más de un mes	8	10%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 3 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 55% de las mujeres están hospitalizadas un mes, por el reposo que debe guardar debido a su diagnóstico de hipertensión, 25% llevan una semana de hospitalización, 10% dos o más días y el 10% más de un mes. Siendo la hipertensión la complicación del embarazo con mayor porcentaje de tiempo de internamiento debido al estricto cuidado que deben recibir las mujeres embarazadas. Este tiempo de internamiento también tiene relación con el estado de ánimo de las mujeres embarazadas porque no pueden ver a sus otros hijos, en unos casos, en otros no pueden continuar con sus estudios, es decir no pueden hacer las cosas de su vida cotidiana.

GRÁFICO N°9

**¿Cuánto tiempo ha estado hospitalizada por complicaciones durante su embarazo?**



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

#### PREGUNTA 4

**¿En qué etapa de embarazo ha presentado más complicaciones?**

TABLA N°12

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Primer trimestres de 1 a 3 meses	7	9%
Segundo trimestre de 3 a 6 meses	2	2%
Tercer trimestre de 6 a 9 meses	71	89%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

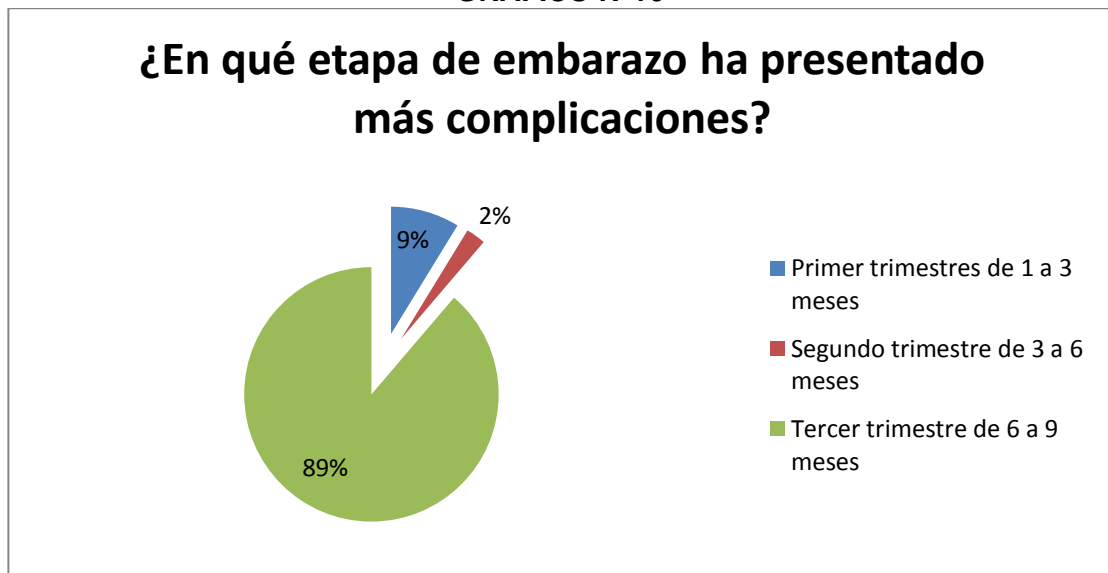
**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 4 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 89% de las mujeres han presentado más complicaciones durante su embarazo en el tercer trimestre correspondiente al sexto y noveno mes, debido que se aproxima la labor de parto, 9% durante el primer trimestre de embarazo que corresponde al primero y tercer mes, dentro de este las anemias y las infecciones genitourinarias, y el 2% durante el segundo trimestre de embarazo que corresponde al tercero al sexto mes. Como se puede observar el último trimestre y el primero tiene mayor porcentaje debido que por un lado en el primer trimestre existe la carga hormonal y la adaptación a la nueva situación la cual genera dichas condiciones, y en cuanto al tercer trimestre la mujer debe preparar su cuerpo y mente al proceso del parto y a la crianza de su hijo.

GRÁFICO N°10



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## PREGUNTA 5

Las causas de las complicaciones se han presentado por:

TABLA N°13

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Problemas netamente físicos	69	86%
Problemas conyugales	8	10%
Dificultades económicas	3	4%
Otras	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

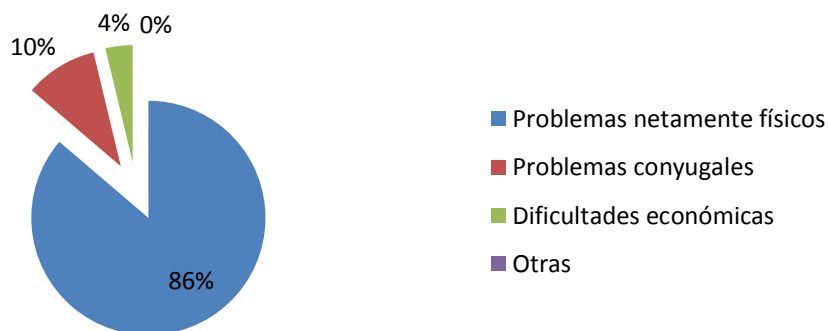
## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 5 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 86% de las causas de padecer de complicaciones durante su embarazo es de origen netamente físico, es decir se ve asociado con el diagnóstico médico como la hipertensión, anemia, infecciones genitourinarias; 10% se relacionan con problemas conyugales debido a falta de comprensión, deficiente comunicación; 4% problemas con el dinero debido que no tienen trabajo.

Las complicaciones que presentaron las embarazadas son netamente físicas estas son las más preocupantes porque la intervención debe ser rigurosa en cuanto al control periódico de presión, alimentación, administración de medicamentos, y control del feto.

GRÁFICO N°11

**Las causas de las complicaciones se han presentado por:**



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

**PREGUNTA 6**

**¿Ha notado alguna alteración en su estado de ánimo durante el embarazo?**

TABLA N°14

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
SI	76	95%
NO	4	5%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

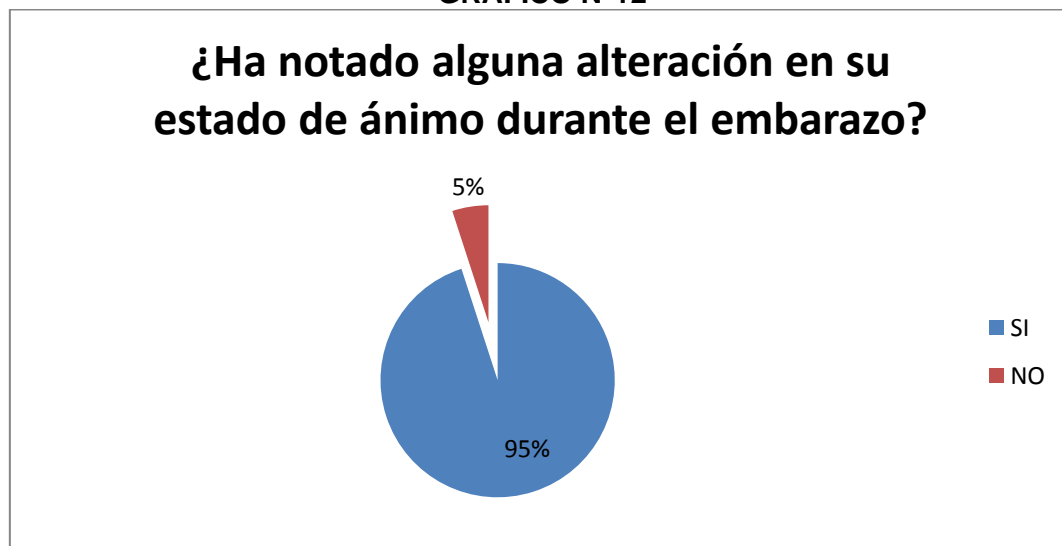
**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 6 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 95% de las mujeres ha notado alguna alteración en su estado de ánimo durante su embarazo es por eso que se ven niveles de depresión moderada y el 5% no ha notado ninguna alteración del estado de ánimo. Algo contradictorio en cuanto a no notar ningún cambio debido que en la aplicación del test de depresión ninguna paciente puntúa con ausencia de depresión, lo que hace pensar que existe una negación hacia la aceptación de la percepción del cambio del estado anímico.

GRÁFICO N°12



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## PREGUNTA 7

¿Durante su embarazo ha tenido amenaza de parto prematuro o pre término?

TABLA N°15

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
SI	16	20%
NO	64	80%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 7 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 89% de las mujeres si ha presentado amenaza de parto prematuro y el 20% no lo ha presentado. Las causas de amenaza de parto prematuro son las complicaciones que han venido presentando las mujeres embarazadas es decir las enfermedades físicas que han venido de la mano de una depresión reactiva a su estado de salud y a su estado gestacional.



GRÁFICO N°13

**¿Durante su embarazo ha tenido amenaza de parto prematuro o pretérmino?**



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### PREGUNTA 8

**¿Piensa usted que las complicaciones de embarazo que ha presentado han influido en su estado de ánimo?**

TABLA N°16

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
SI	76	95%
NO	4	5%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 8 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 95% de las mujeres piensan que si ha influido sobre su estado de ánimo el haber tenido complicaciones durante su embarazo de manera significativa que se han presentado sintomatología depresiva como ansiosa y el 5% piensan que no ha influido en su estado anímico el diagnóstico del que padecen. Las pacientes supieron manifestar que el hecho de tener un diagnóstico de complicaciones ha hecho que su estado de ánimo de caiga por el temor de perder a su hijo, de estar hospitalizadas y en constante incertidumbre por los comentarios de los médicos.

GRÁFICO N°14



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## PREGUNTA 9

¿Ha estado embarazada antes?

TABLA N°17

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
SI	70	87%
NO	10	13%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

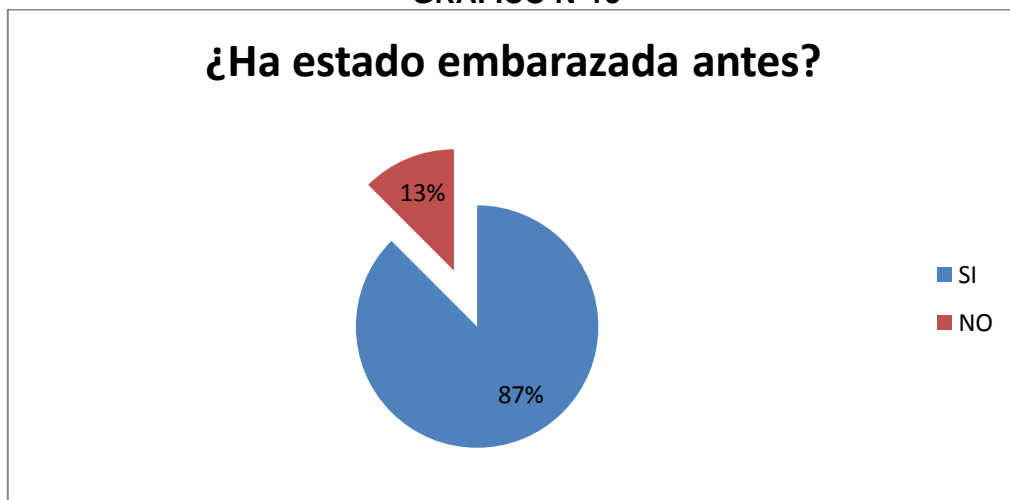
**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 9 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 87% de las mujeres respondió que sí ha estado embarazada antes la mayoría de pacientes eran madres por segunda y hasta tercera vez, situación que ha hecho que se desarrollen más las complicaciones físicas del embarazo y el 13% era su primer embarazo.

GRÁFICO N°15



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## PREGUNTA 10

¿Ha tenido alguna pérdida?

TABLA N°18

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
SI	16	20%
NO	64	80%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas, en la pregunta 10 realizada a través del cuestionario se obtuvo que el 80% de las mujeres no han presentado ninguna pérdida es decir muerte de un feto y el 20% si ha tenido una pérdida. Dentro de ese 20% de mujeres que han perdido un hijo antes de su nacimiento se encontró los niveles más relevantes en cuanto a depresión sobretodo en el futuro incierto porque manifiestan ideas de que se va a repetir la misma situación con su actual embarazo.

GRÁFICO N°16



**Fuente:** Cuestionario estructurado de complicaciones durante el embarazo.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### 4.1.3 ESCALA PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG

#### AFIRMACIÓN 1

Me siento decaída y triste.

TABLA N°19

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	8	9%
Buena parte del tiempo	12	14%
La mayor parte del tiempo	60	77%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Me siento decaída y triste”, se obtuvo que el 65% de mujeres se siente de esta manera la mayor parte del tiempo, el 12% manifiesta sentirse decaída y triste buena parte del tiempo, el 8% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

Es tan notorio el porcentaje de las respuestas y a la vez preocupante porque las mujeres embarazadas están en una etapa donde el estado de ánimo actúa de manera directa en la situación física así como en la salud del bebé en formación. Las causas para sentirse decaídas y tristes se justifican por la situación de riesgo y complicación de su embarazo en la mayoría.

GRÁFICO N°17



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 2

Por la mañana es cuando mejor me siento.

TABLA N°20

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	48	60%
Algo de tiempo	17	21%
Buena parte del tiempo	10	13%
La mayor parte del tiempo	5	6%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

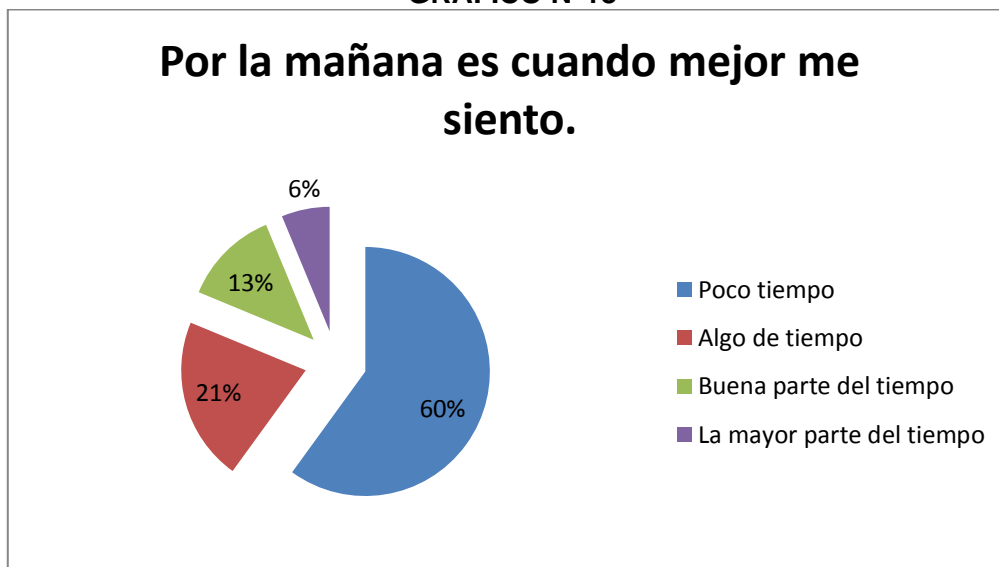
**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Por la mañana es cuando mejor me siento”, se obtuvo un 60% de mujeres poco tiempo se sienten de esta manera, el 21% manifiesta sentirse algo de tiempo mejor en la mañana, el 13% buena parte del tiempo y 6% la mayor parte del tiempo. Estos porcentajes se evidencian por la condición tanto física de llevar un bebé en el vientre es decir el cansancio y por la condición psicológica de constante preocupación por su embarazo, además este factor se ve relacionado con la calidad de sueño, la cual no está siendo satisfactoria, siendo esta una de las características fisiológicas de la depresión.

GRÁFICO N°18



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 3

Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.

TABLA N°21

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	10	13%
Buena parte del tiempo	17	21%
La mayor parte del tiempo	53	66%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

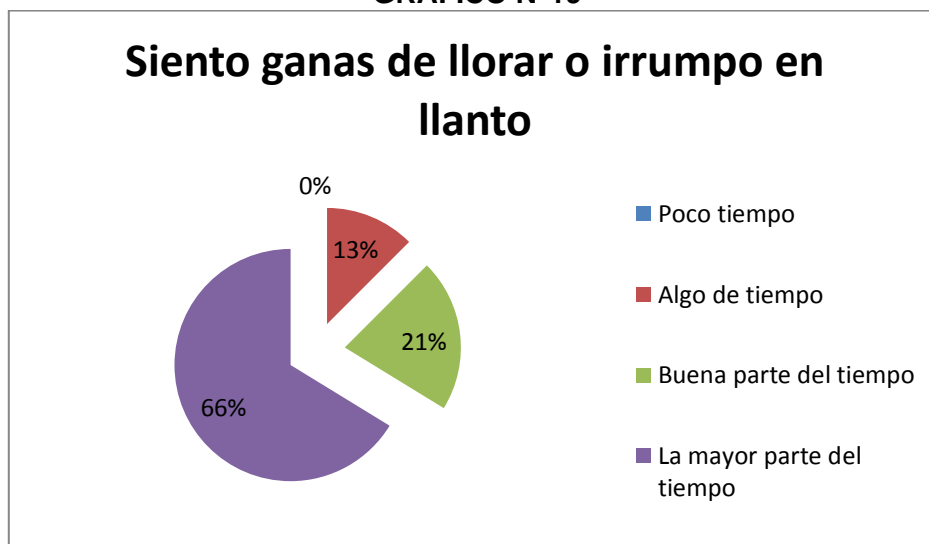
### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto”, se obtuvo un 66% de mujeres que irrumpen en llanto la mayor parte del tiempo, el 21% manifiesta buena parte de tiempo, el 13% algo de tiempo y 0% poco tiempo. Las mujeres encuestadas en su mayoría supieron manifestar que sienten ganas de llorar y de hecho lo hacen durante todo su embarazo debido a distintos factores como pensar en el futuro es decir llegar a término el embarazo sin complicaciones, por su condición de salud durante el embarazo y por el hecho de ser madres.

La tendencia al llanto es uno de los signos de la depresión, sin embargo este puede presentarse o no presentarse, en casos severos de depresión suele no hacerlo. En el caso de esta muestra de mujeres investigadas los porcentajes son altos con referencia a dicha tendencia.



GRÁFICO N°19



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

#### AFIRMACIÓN 4

Tengo problemas para dormir por la noche.

TABLA N°22

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	2	3%
Buena parte del tiempo	13	16%
La mayor parte del tiempo	65	81%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

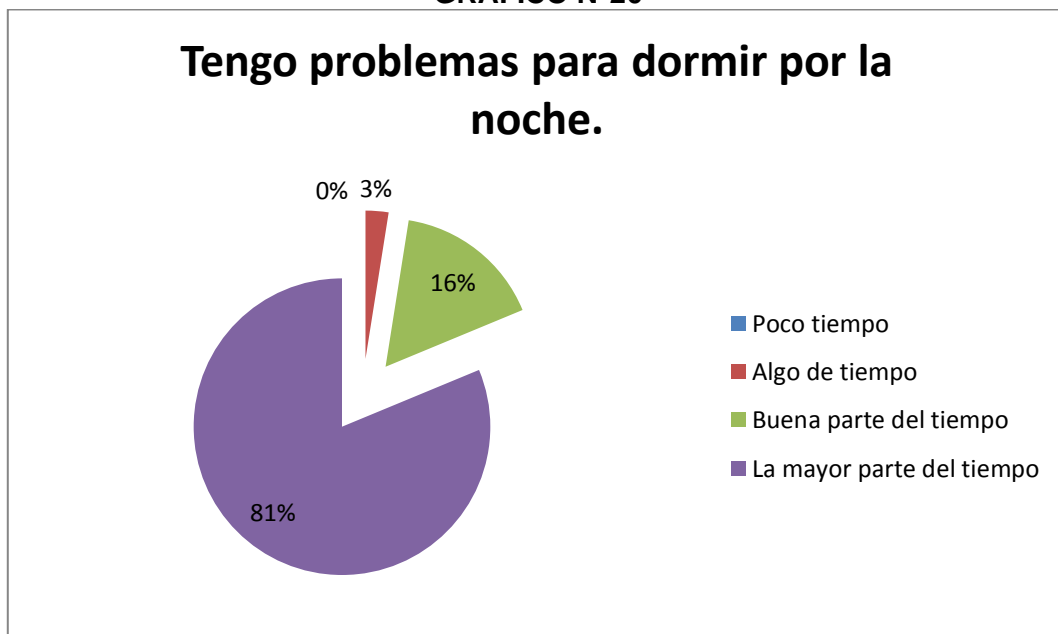
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Tengo problemas para dormir por la noche”, se obtuvo que el 81% tiene problemas para dormir en la noche la mayor parte del tiempo, el 16% manifiesta buena parte de tiempo, el 3% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

El insomnio que presentan las mujeres encuestadas es de los tres tipos inicial, medio y final, siendo el más frecuente el inicial, sobretodo se cumple esta condición por la incomodidad física y por pensamientos recurrentes acerca de su condición.

GRÁFICO N°20



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 5

Como la misma cantidad de siempre.

**TABLA N°23**

<b>INDICADORES</b>	<b>EMBARAZADA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	0	0%
Buena parte del tiempo	5	6%
La mayor parte del tiempo	75	94%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

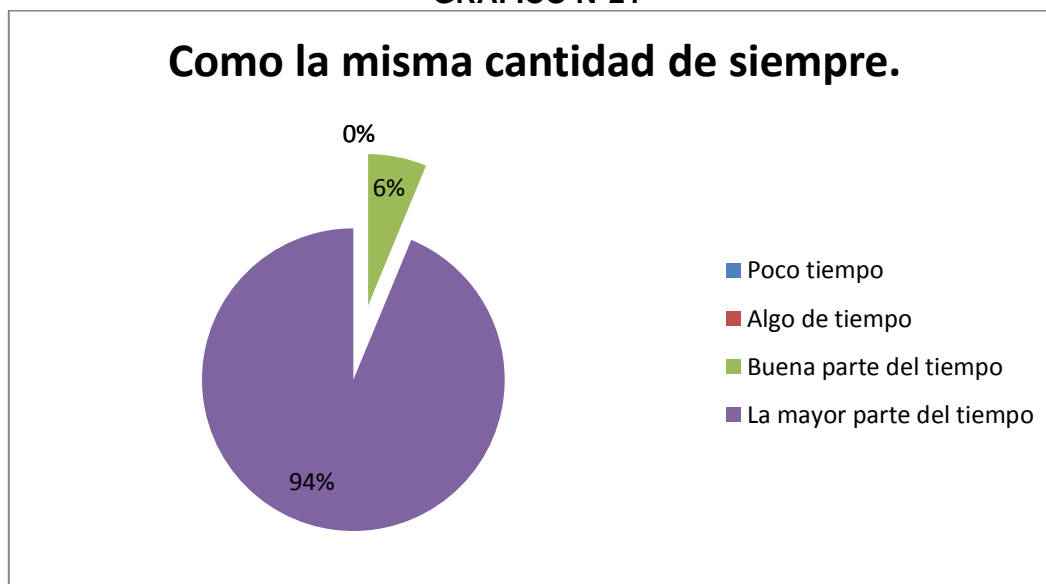
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Como la misma cantidad de siempre”, se obtuvo que el 94% come la misma cantidad la mayor parte del tiempo, el 6% manifiesta buena parte de tiempo, el 0% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

Se evidencia que no ha existido gran variación en el apetito e ingesta de alimentos de las mujeres embarazadas, la alimentación es regular y de acuerdo con su condición de embarazo. Sin embargo en la complicación por hipertensión que es la de mayor incidencia la alimentación es un factor muy importante.

GRÁFICO N°21



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 6

Disfruto de estar junto o conversar con personas atractivas del sexo contrario.

TABLA N°24

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	8	10%
Algo de tiempo	0	0%
Buena parte del tiempo	12	15%
La mayor parte del tiempo	60	75%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

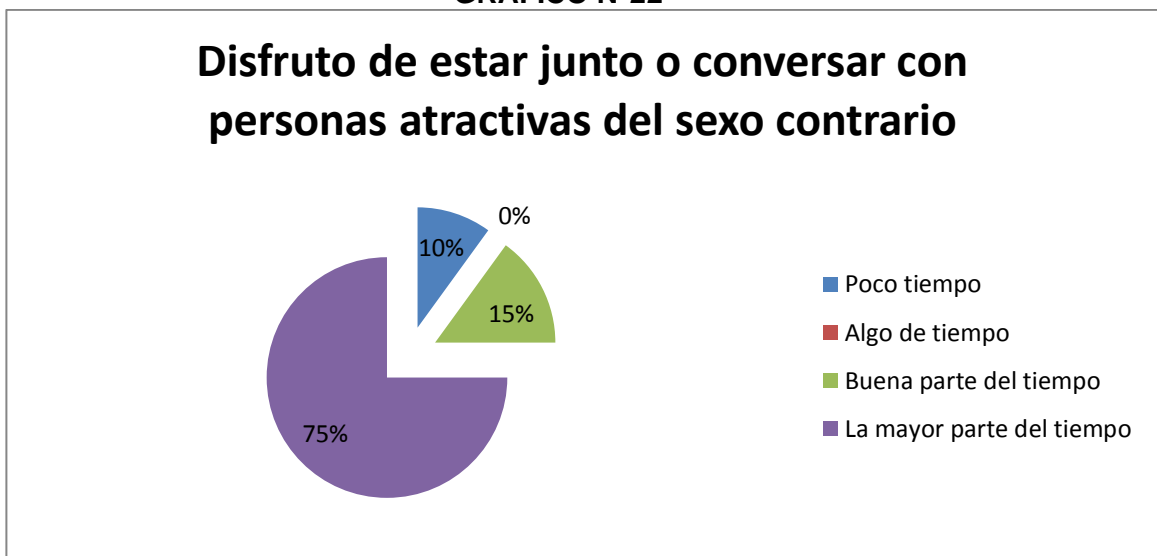
**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Disfruto de estar junto o conversar con personas atractivas del sexo contrario”, se obtuvo que el 60% la mayor parte del tiempo, el 15% manifiesta buena parte de tiempo, el 0% algo de tiempo y 10% poco tiempo. Se evidencia que la mayor parte de mujeres disfruta con estas actividades, sin embargo, existe también porcentaje de mujeres que prefiere el aislamiento de las relaciones sociales debido que no sienten ganas de hacerlo y prefieren estar solas.

GRÁFICO N°22



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 7

He notado que estoy perdiendo peso.

**TABLA N°25**

<b>INDICADORES</b>	<b>EMBARAZADA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Poco tiempo	76	95%
Algo de tiempo	4	5%
Buena parte del tiempo	0	0%
La mayor parte del tiempo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

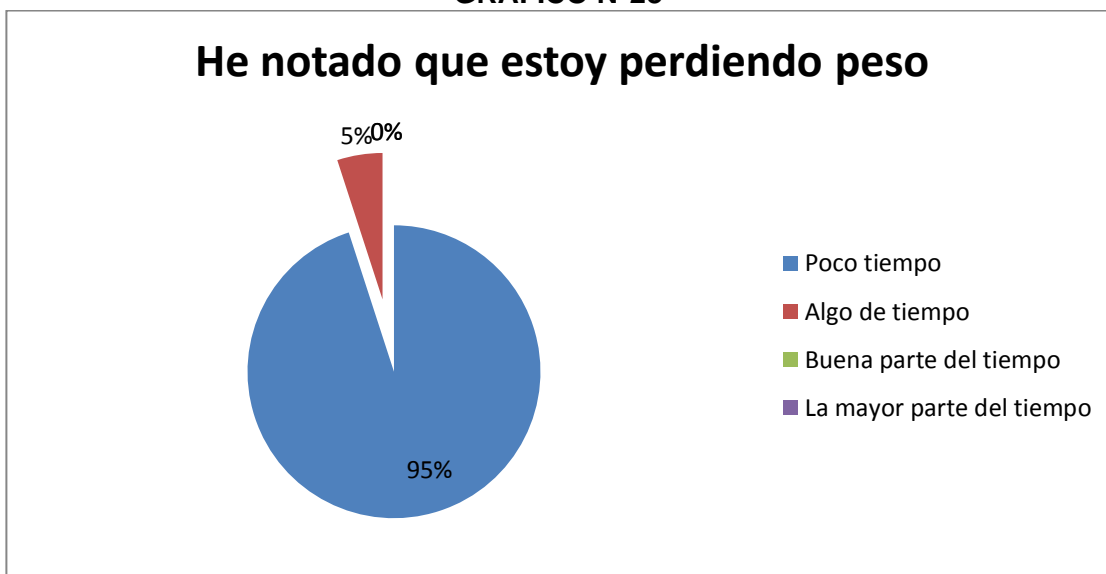
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “He notado que estoy perdiendo peso”, se obtuvo que el 95% de mujeres ha notado que no han perdido peso, el 5% manifiesta que algo de tiempo.

Datos que son favorables en su mayoría debido que se ha mantenido una buena alimentación durante el embarazo lo que ayuda a al mantenimiento de la salud tanto para la madre como para el niño.

GRÁFICO N°23



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 8

Tengo problemas de estreñimiento.

TABLA N°26

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	2	2%
Buena parte del tiempo	10	13%
La mayor parte del tiempo	68	85%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Tengo problemas de estreñimiento”, se obtuvo que el 85% tiene problemas de estreñimiento la mayor parte del tiempo, el 13% manifiesta buena parte de tiempo, el 2% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

Estas dificultades evacuatorias fueron expresadas por las mujeres embarazadas, debido que se sienten la mayor parte del tiempo tensionadas y preocupadas por su estado de salud. Dicho estado es característico de la ansiedad por la que están padeciendo las pacientes.



GRÁFICO N°24



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 9

Mi corazón late más rápido de lo normal.

TABLA N°27

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	7	9%
Buena parte del tiempo	18	22%
La mayor parte del tiempo	55	69%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Mi corazón late más rápido de lo normal”, se obtuvo que el 69% presentan taquicardia la mayor parte del tiempo, el 22% manifiesta buena parte de tiempo, el 9% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

Existen niveles elevados en cuanto a síntomas ansiosos como es la taquicardia, además de cefaleas, característica notable de la presión alta debido que las mujeres están con alta preocupación por la evolución de su estado de salud y por diagnóstico de su complicación durante el embarazo como es la hipertensión.

GRÁFICO N°25



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 10

Me canso sin razón alguna.

TABLA N°28

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	5	6%
Buena parte del tiempo	5	6%
La mayor parte del tiempo	70	88%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Escala para la depresión de ZUNG.

Elaborado por: Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Me canso sin razón alguna”, se obtuvo que el 88% de las mujeres se cansan sin razón alguna la mayor parte del tiempo, el 6% manifiesta buena parte de tiempo, el 6% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

Este porcentaje se ratifica por la condición física en la que se encuentran las mujeres además de haber manifestado tensión y dolor muscular por la falta de comodidad así como por el estado de angustia en el que se encuentran.

GRÁFICO N°26



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 11

Mi mente está tan clara como siempre.

TABLA N°29

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	62	77%
Algo de tiempo	16	20%
Buena parte del tiempo	2	3%
La mayor parte del tiempo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

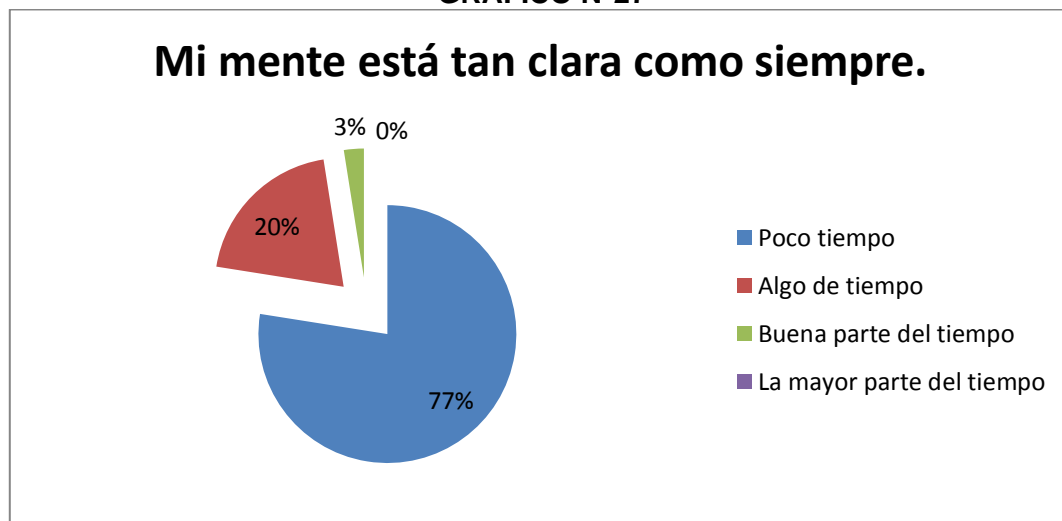
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Mi mente está tan clara como siempre”, se obtuvo que el 77% de las mujeres no tienen la mente tan clara como siempre, el 20% manifiesta algo de tiempo, el 3% buena parte de tiempo y 0% la mayor parte del tiempo.

Esta afirmación viene acompañada de quejas constantes de las mujeres embarazadas como “me la paso pensando en mi bebé”, “todo está más confuso”, “pienso que todo me va a salir mal”, “ahora todo me da vueltas en la cabeza y no me deja descansar”, “pienso en la salud de mi hijo más que en la mía”.

GRÁFICO N°27



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 12

Me es fácil hacer lo que siempre hacia.

TABLA N°30

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	73	91%
Algo de tiempo	5	6%
Buena parte del tiempo	2	3%
La mayor parte del tiempo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Escala para la depresión de ZUNG.

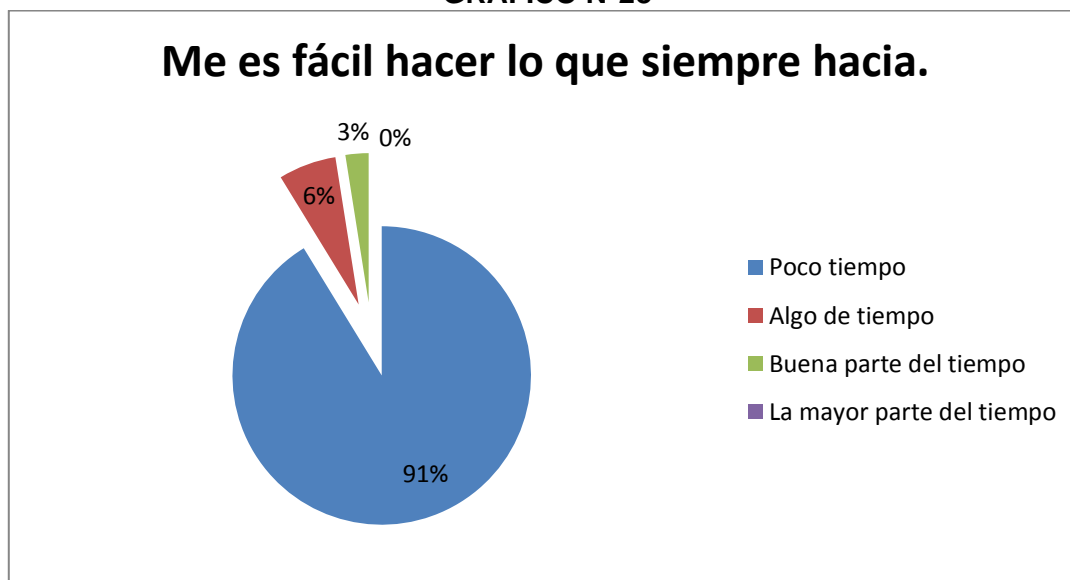
Elaborado por: Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Me es fácil hacer lo que siempre hacia”, se obtuvo que el 91% de las mujeres les resulta fácil poco tiempo, el 6% manifiesta algo de tiempo, el 3% buena parte del tiempo y 0% la mayor parte del tiempo.

Esto se debe a que han ido perdiendo fuerzas tanto físicas como anímicas, físicas por el hecho de llevar a término un embarazo con complicaciones médicas y anímicas por los cambios de estados de ánimo que han ido experimentando no solo por el embarazo sino por distintos factores que han contribuido significativamente en el mismo.

GRÁFICO N°28



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 13

Me siento agitada y no puedo estar quieta.

TABLA N°31

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	0	0%
Buena parte del tiempo	10	12%
La mayor parte del tiempo	70	88%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

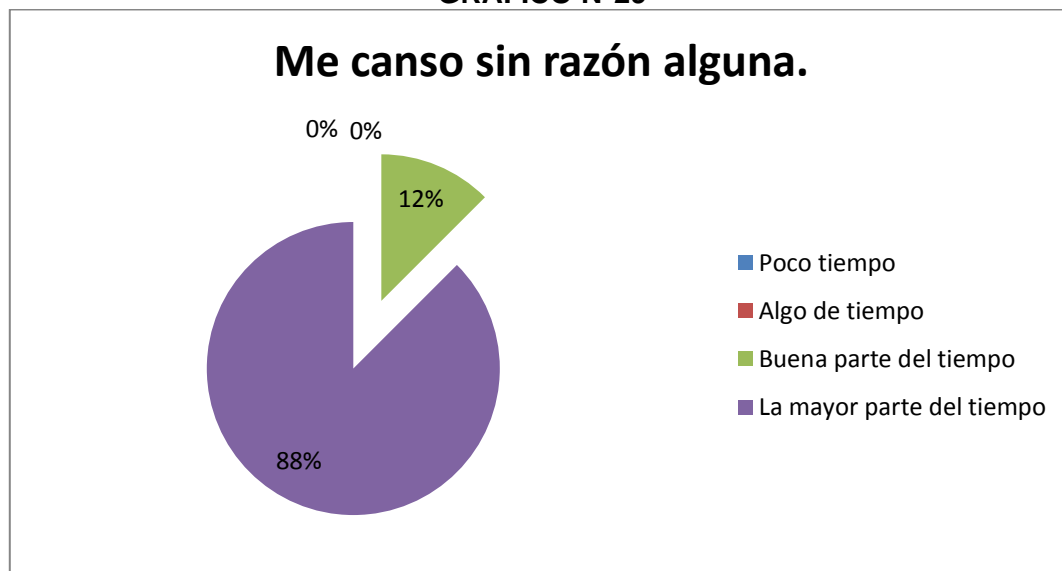
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Me siento agitada y no puedo estar quieta”, se obtuvo que el 88% de las mujeres se sienten agitadas la mayor parte del tiempo, el 12% manifiesta buena parte de tiempo, el 0% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

La condición de agitación y de inquietud se cumple en su mayoría debido que las mujeres se encuentran internas en el hospital, muchas veces sin actividades que realizar porque deben guardar reposo, esto hace que se desesperen además de estar en la espera de los doctores para escuchar sus evoluciones sobre el diagnóstico.

GRÁFICO N°29



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida



## AFIRMACIÓN 14

Siento esperanza en el futuro.

TABLA N°32

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	8	10%
Algo de tiempo	5	6%
Buena parte del tiempo	11	14%
La mayor parte del tiempo	56	70%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Escala para la depresión de ZUNG.

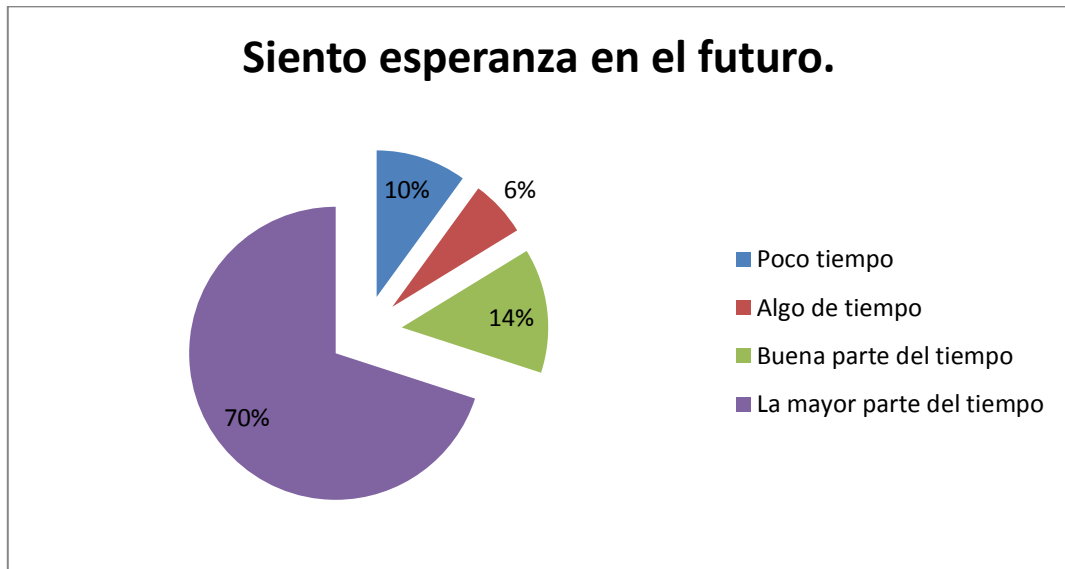
Elaborado por: Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Siento esperanza en el futuro”, se obtuvo que el 70% de las mujeres sienten esperanzas en el futuro la mayor parte del tiempo, el 14% manifiesta buena parte de tiempo, el 6% algo de tiempo y 10% poco tiempo.

Aunque en su mayoría las mujeres sienten esperanzas de mejoría con respecto a su condición física y anímica referente a la llegada de su hijo, existe un porcentaje de madres que manifestaron sentir que su futuro era incierto o que les iba a ir peor es decir tenían ideas catastróficas sobre lo que va a suceder después del nacimiento de su hijo.

GRÁFICO N°30



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 15

Estoy más irritable de lo normal.

TABLA N°33

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	0	0%
Algo de tiempo	0	0%
Buena parte del tiempo	12	15%
La mayor parte del tiempo	68	85%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

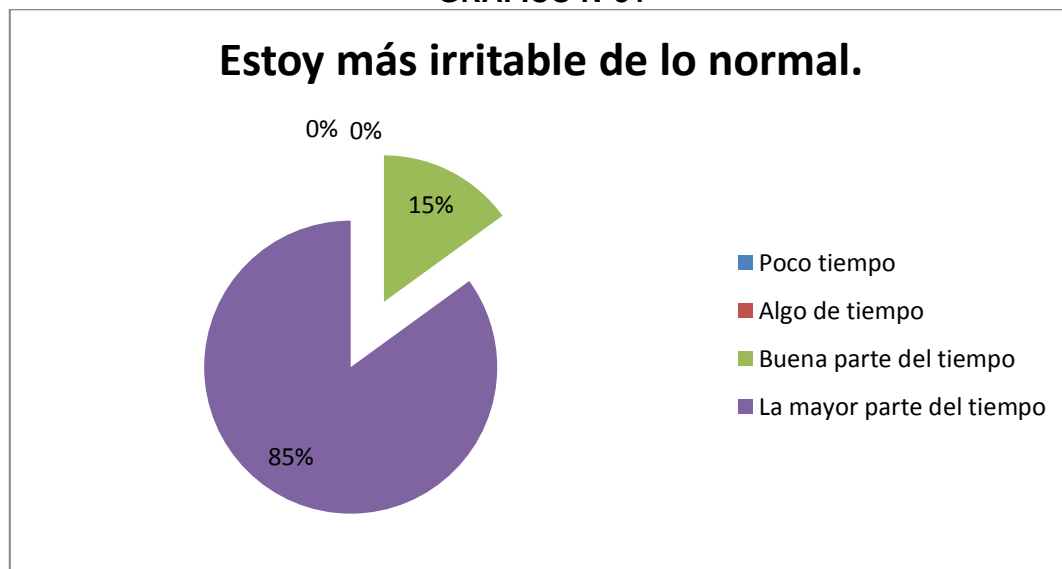
**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Estoy más irritable de lo normal”, se obtuvo que el 85% de las mujeres se encuentran más irritables de lo normal la mayor parte del tiempo, el 15% manifiesta buena parte de tiempo sentirse de esta manera, el 0% algo de tiempo y 0% poco tiempo.

Condición que la han venido presentando desde comienzos del embarazo, en su mayoría, características que ha ido acrecentándose con la evolución del mismo, a más de la contribución de las complicaciones que han venido presentándose y el constante estrés que les causa la hospitalización.

GRÁFICO N°31



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 16

Me es fácil tomar decisiones.

TABLA N°34

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	64	80%
Algo de tiempo	11	14%
Buena parte del tiempo	5	6%
La mayor parte del tiempo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Escala para la depresión de ZUNG.

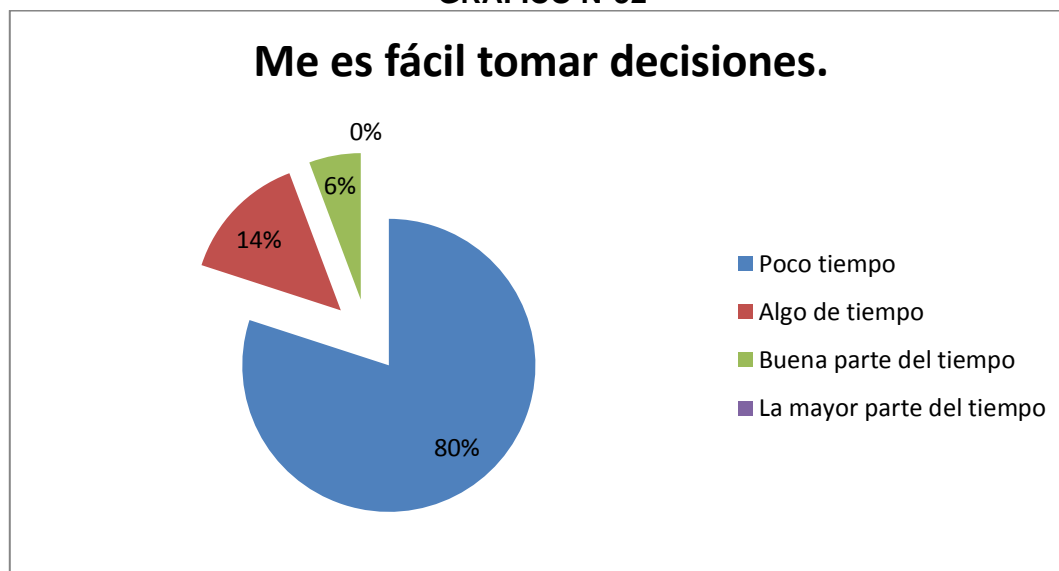
Elaborado por: Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Me es fácil tomar decisiones”, se obtuvo que el 80% de las mujeres poco tiempo les resulta fácil tomar decisiones, el 14% manifiesta algo de tiempo, el 6% buena parte del tiempo y 0% la mayor parte de tiempo.

Esto se debe a que no tienen claro su futuro por lo que les resulta muy difícil tomar una decisión sobre ellas mismas y sobre la salud de su hijo, manifestaron que las decisiones sobre su salud y bienestar del bebé lo dejan únicamente en las manos de los médicos.

GRÁFICO N°32



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 17

Siento que soy útil y me necesitan.

TABLA N°35

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	64	77%
Algo de tiempo	10	14%
Buena parte del tiempo	6	9%
La mayor parte del tiempo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

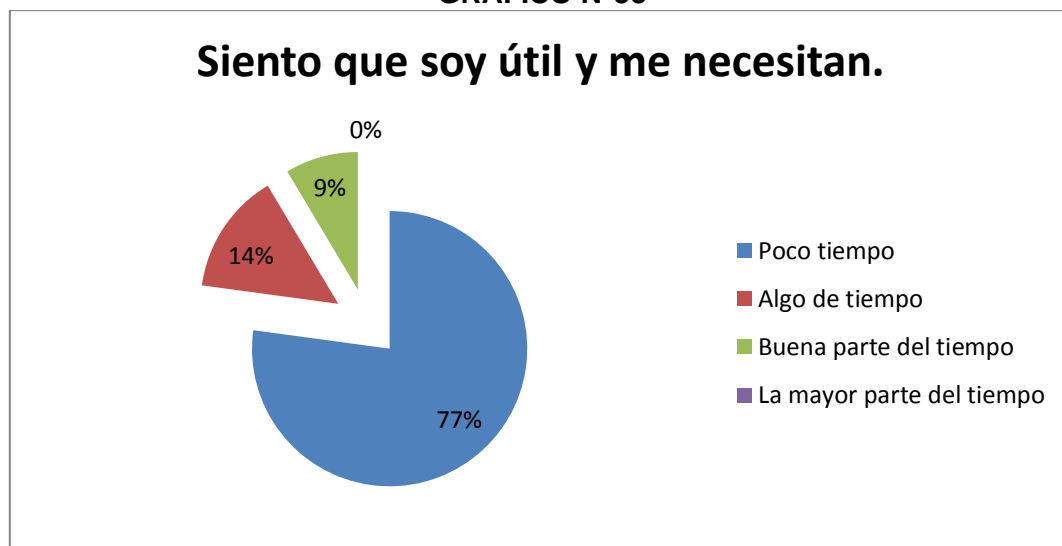
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Siento que soy útil y me necesitan”, se obtuvo que el 77% de las mujeres poco tiempo se sienten útiles y que las necesiten, el 14% manifiesta algo de tiempo, el 9% buena parte del tiempo y 0% la mayor parte del tiempo.

La mayor parte de mujeres respondieron no sentirse útiles y necesarias siendo ésta una de las categorías más significativas dentro de los cuadros depresivos, existen varios motivos que explican esta condición sin embargo los más referidos fueron “hospitalizada y enferma no les sirvo de nada a mi familia”, “me siento un estorbo”, entre otras.

GRÁFICO N°33



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 18

Mi vida es bastante plena.

TABLA N°36

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	18	22%
Algo de tiempo	32	40%
Buena parte del tiempo	28	35%
La mayor parte del tiempo	2	3%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Escala para la depresión de ZUNG.

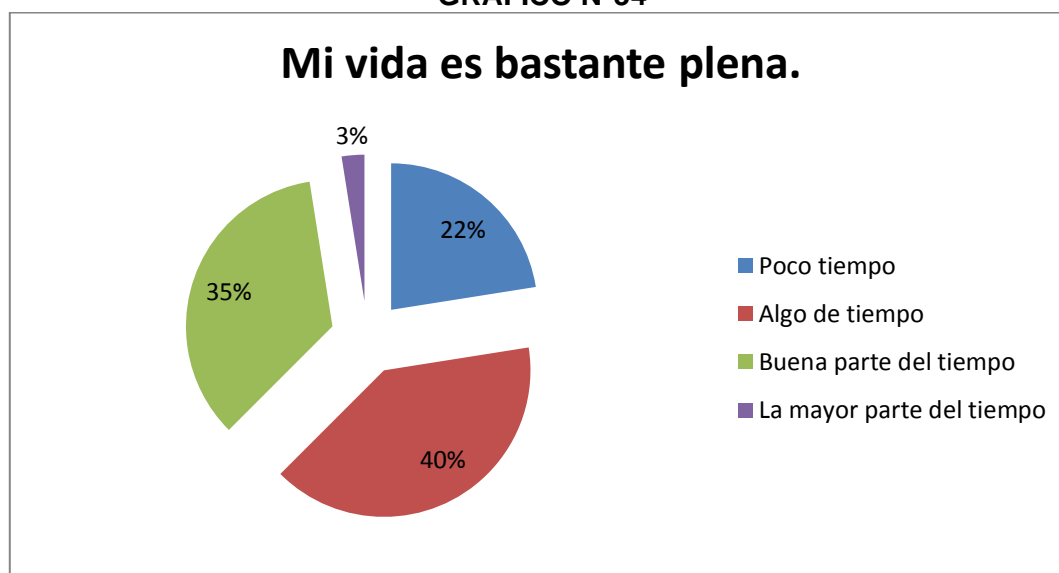
Elaborado por: Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Mi vida es bastante plena”, se obtuvo que el 40% de las mujeres poco tiempo sienten que su vida es plena, el 35% manifiesta algo de tiempo, el 22% buena parte del tiempo y 0% la mayor parte del tiempo.

En esta afirmación se puede notar claramente que los porcentajes son menores al 50%, con lo que se puede concluir que no existe mayor conflicto con respecto a la satisfacción con su propia vida, sin embargo tampoco existe una satisfacción, debido que las mujeres encuestadas manifiestan tener mucho por lograr y demostrarse a sí mismas.

GRÁFICO N°34



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### AFIRMACIÓN 19

Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.

TABLA N°37

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Poco tiempo	58	72%
Algo de tiempo	12	15%
Buena parte del tiempo	2	3%
La mayor parte del tiempo	8	10%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida



## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Siento que los demás estarían mejor si yo muriera”, se obtuvo que el 72% de las mujeres poco tiempo sienten que los demás estarían mejor si ellas murieran, el 15% manifiesta algo de tiempo, el 10% la mayor parte del tiempo y 3% buena parte del tiempo.

Aunque en su mayoría no existe ninguna ideación de muerte, si existe porcentaje de mujeres que piensa en la muerte como una opción sin embargo no ha existido ningún intento suicida, más bien es a nivel de cognición estas ideas.

GRÁFICO N°35



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## AFIRMACIÓN 20

Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.

**TABLA N°38**

<b>INDICADORES</b>	<b>EMBARAZADA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Poco tiempo	8	10%
Algo de tiempo	32	40%
Buena parte del tiempo	30	37%
La mayor parte del tiempo	10	13%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

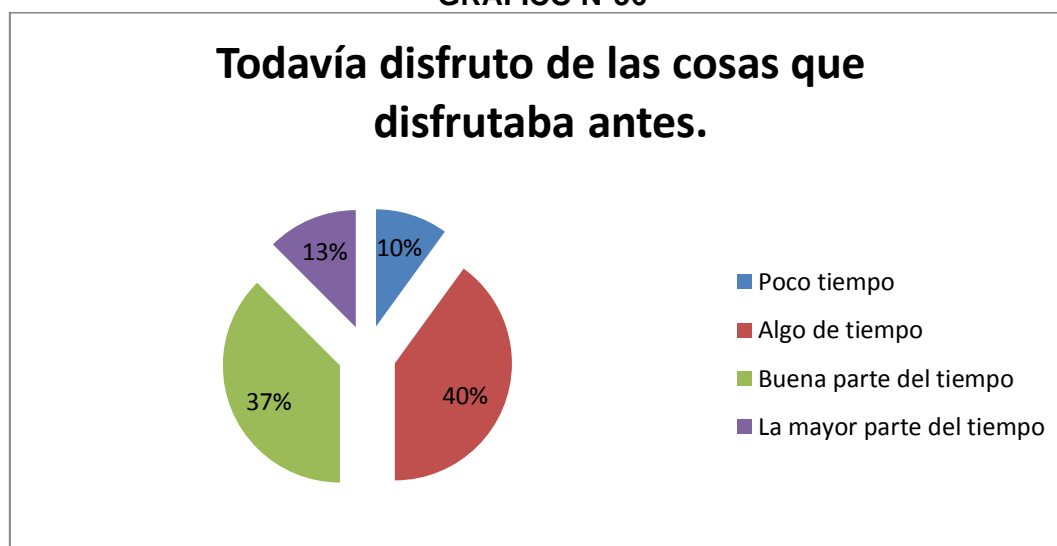
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas encuestadas en cuanto a la afirmación “Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes”, se obtuvo que el 40% de las mujeres algo de tiempo todavía disfruta de las cosas, el 37% manifiesta buena parte de tiempo, el 13% la mayor parte del tiempo y 10% poco tiempo.

Se puede ver que en su mayoría las mujeres siguen disfrutando de las cosas que hacían antes, y en un porcentaje más bajo se encontró anhedonia debido a la pérdida de energía tanto física como anímica por la que están atravesando.

GRÁFICO N°36



**Fuente:** Escala para la depresión de ZUNG.

**DISEÑO:** Ana Victoria Almeida

#### 4.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### DATOS SOBRE EL NÚMERO DE MUJERES DIAGNÓSTICADAS CON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

TABLA N°39

COMPLICACIONES	Nº DE PACIENTES
HIPERTENSIÓN	62
INFECCIONES GENITOURINARIAS	8
DESNUTRICIÓN Y ANEMIA	8
DIABETES GESTACIONAL	2
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>

**Fuente:** Diagnóstico de complicaciones del embarazo.

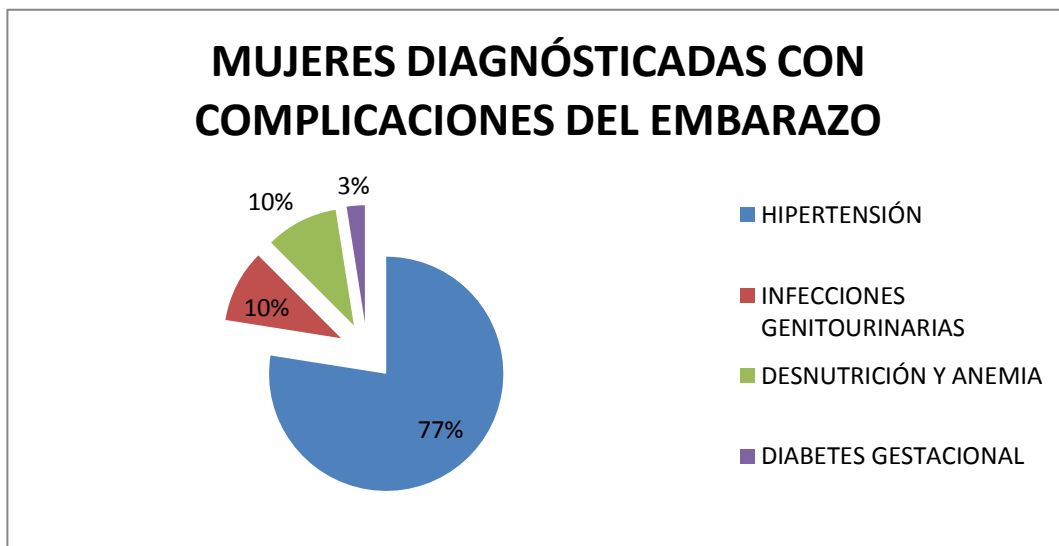
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro se detalla el número de mujeres que han sido evaluadas por su diagnóstico de complicaciones durante el embarazo con su respectivo porcentaje perteneciente a hipertensión el 77% de los casos, infecciones genitourinarias con el 10%, desnutrición y anemia 10%, y por último diabetes gestacional con el 3%.

Siendo la hipertensión la complicación del embarazo que tuvo mayor frecuencia dentro de la población investigada.

GRÁFICO N°37



**Fuente:** Nivel de Depresión predominante.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

**CUADRO RELACIONAL ENTRE LAS COMPLICACIONES DE EMBARAZO SEGÚN SU NIVEL DE DEPRESIÓN**

**TABLA N°40**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>GRAVE</b>	<b>TOTAL</b>
HIPERTENSIÓN	8	48	6	<b>62</b>
INFECCIONES GENITOURINARIAS	8	0	0	<b>8</b>
DESNUTRICIÓN Y ANEMIA	4	4	0	<b>8</b>
DIABETES GESTACIONAL	0	0	2	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>52</b>	<b>8</b>	<b>80</b>

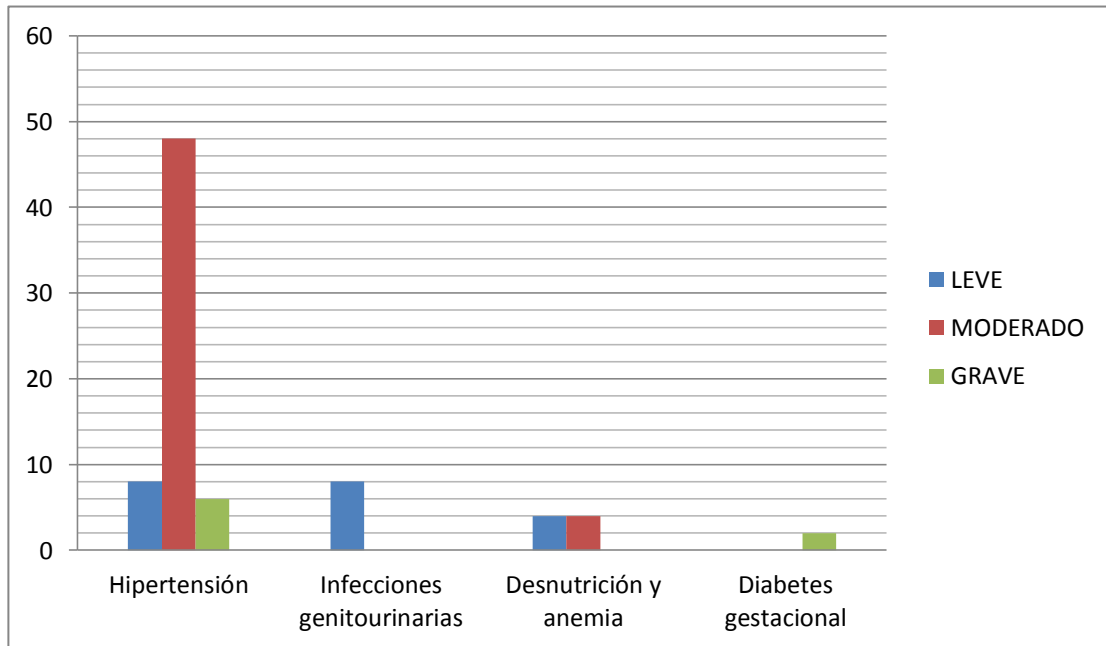
**Fuente:** Relación entre complicaciones del embarazo con su nivel depresivo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En este cuadro se realizó la relación directamente entre el tipo de complicaciones y el nivel de depresión que se presentaron, es así que en Hipertensión se encontró 8 casos con depresión leve, 48 casos con depresión moderada y 6 casos de pacientes que padecían depresión grave, siendo esta complicación la de mayor cantidad; en la complicación de infecciones genitourinarias se encontró 8 caso de depresión leve, en desnutrición y anemia existieron 4 casos de depresión leve y 4 casos de depresión moderada y en la diabetes gestacional 2 casos de depresión grave. Siendo esta complicación que tiene más probabilidades de desencadenar consecuencias desfavorables para el curso y progreso del embarazo.

**GRÁFICO N°38**



**Fuente:** Relación entre complicaciones del embarazo con su nivel depresivo.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## NIVEL DE DEPRESIÓN PREDOMINANTE

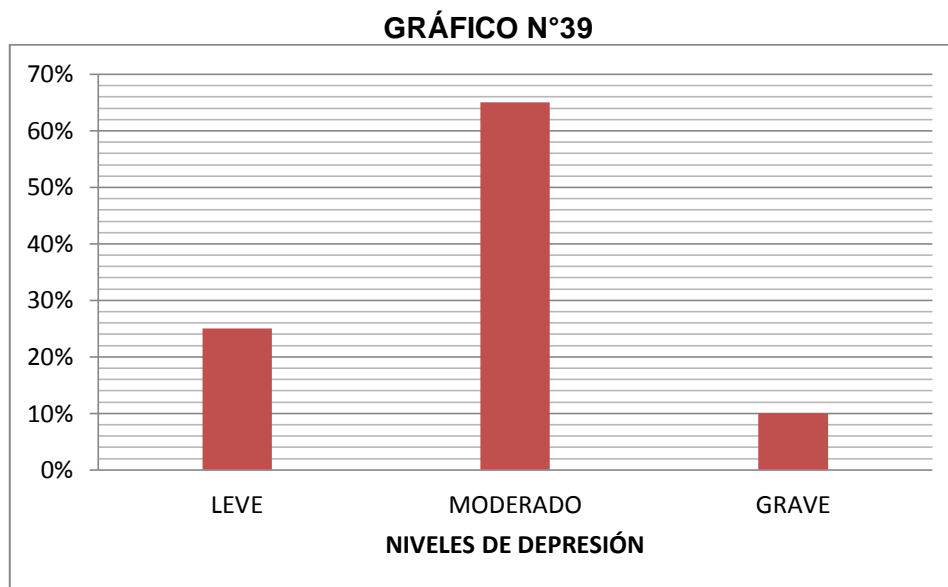
**TABLA N°41**

INDICADORES	EMBARAZADA	PORCENTAJE
Depresión Leve	20	25%
Depresión Moderado	52	65%
Depresión Grave	8	10%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Nivel de Depresión predominante.  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 80 mujeres embarazadas evaluadas con la escala para la depresión de Zung, el 65% de ellas presenta depresión moderada siendo este el porcentaje más alto, rangos entre 60 a 69 puntos, siendo los síntomas más relevantes decaimiento, tristeza, tendencia al llanto, anhedonia, insomnio; el segundo nivel depresivo puntuado es el leve con el 25% rangos entre 50 a 59 puntos, en este nivel los síntomas fueron con mayor predominancia los ansiosos como problemas digestivos (estreñimiento), taquicardias, agitación psicomotora; y por último el nivel depresivo grave con el 10% rangos de 70 a 80 puntos, siendo la sintomatología más alta en cuanto a las ideas de muerte y la falta de esperanza en el futuro.



**Fuente:** Nivel de Depresión predominante.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

### 4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

#### 4.3.1. HIPÓTESIS GENERAL

##### HIPÓTESIS ALTERNA

- La depresión se produce por complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el periodo septiembre 2012 - marzo 2013.

##### HIPÓTESIS NULA

- La depresión no se produce por complicaciones durante el embarazo de mujeres internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato en el periodo septiembre 2012 - marzo 2013.

##### Resultado

Para la comprobación de la hipótesis general se empleó el método chi cuadrado, aplicando la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum (o_i - e_i)^2}{e_i}$$

En donde  $\chi^2$  es el valor Chi cuadrado para la aceptación o rechazo de la  $H_0$ ,  $o_i$  es cada frecuencia obtenida, y  $e_i$  es cada frecuencia esperada.

Los datos sobre las frecuencias observadas y esperadas se muestran a continuación:



**TABLA N°42**

<b>Nivel depresivo/ Complicación del embarazo</b>	<b>Frecuencias Obtenidas Fo</b>	<b>Frecuencias Esperadas Fe</b>	<b>Fo-Fe</b>	<b>(Fo-Fe)<sup>2</sup></b>	<b>Final de resultados del chi cuadrado</b>
Leve/hipertensión	8	15,5	-7,5	56,25	3,629032258
Moderado/ hipertensión	48	40,3	7,7	59,29	1,471215881
Grave/ hipertensión	6	6,2	-0,2	0,04	0,006451613
Leve/infección genitourinaria	8	2	6	36	18
Moderado/ infección genitourinaria	0	5,2	-5,2	27,04	5,2
Grave/ infección genitourinaria	0	0,8	-0,8	0,64	0,8
Leve/desnutrición y anemia	4	2	2	4	2
Moderado/ desnutrición y anemia	4	5,2	-1,2	1,44	0,276923077
Grave/ desnutrición y anemia	0	0,8	-0,8	0,64	0,8
Leve/diabetes gestacional	0	0,5	-0,5	0,25	0,5
Moderado/ diabetes gestacional	0	1,3	-1,3	1,69	1,3
Grave/ diabetes gestacional	2	0,2	1,8	3,24	16,2
	<b>80</b>				<b>50,18362283</b>

**Fuente:** Estudio de Campo  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

**TABLA N°43**

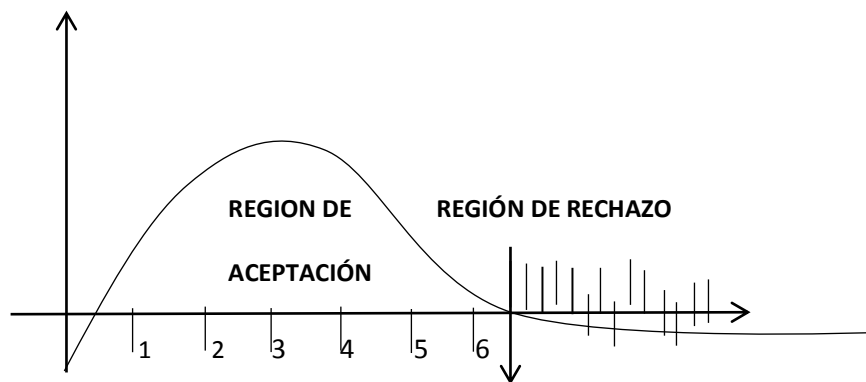
<b>GRADOS DE LIBERTAD</b>	6
<b>MARGEN DE ERROR</b>	0,05
<b>VALOR CRÍTICO</b>	12.592
<b>VALOR CHI CUADRADO</b>	50,1836228
<b>RESULTADO</b>	<b>SE RECHAZA LA <math>H_0</math> Y SE ACEPTA LA HIPÓTESIS ALTERNATIVA</b>

**Fuente:** Estudio de Campo

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

**GRÁFICO N°40**

La representación gráfica sería:



**Fuente:** Gráfico Chi2.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Debido a que el valor chi cuadrado obtenido (50.183) es mayor que el valor crítico (12.592), se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , por lo tanto se comprueba que las complicaciones durante el embarazo si producen niveles de depresión en las mujeres embarazadas internas en el área de maternidad del Hospital Provincial Docente Ambato.

Datos que se comprueban en las tablas presentadas y el gráfico del chi2, mostrándose que de un total de 80 mujeres internas con el diagnóstico de

complicaciones durante el embarazo, el 100% de ellas presenta algún tipo de depresión ya sea leve moderada o grave respectivamente.

#### 4.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

##### 4.3.2.1 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

##### HIPÓTESIS ALTERNA

- En la complicación de embarazo por hipertensión el nivel de depresión más frecuente es el moderado.

##### HIPÓTESIS NULA

- En la complicación de embarazo por hipertensión el nivel de depresión más frecuente no es el moderado.

Para la comprobación de la segunda hipótesis específica se presenta los resultados de las mujeres embarazadas que fueron diagnosticadas con hipertensión y su respectivo nivel depresivo.

**Tabla. Nivel de depresión de mujeres embarazadas internas diagnosticadas con hipertensión.**

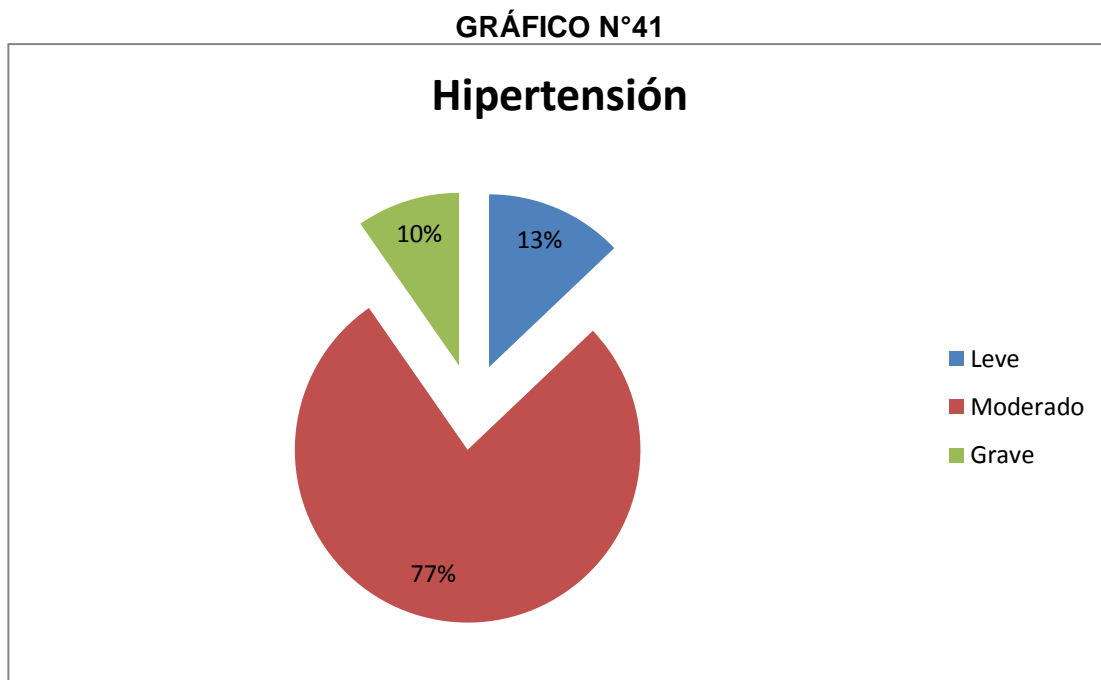
**TABLA N°44**

	<b>HIPERTENSIÓN</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>LEVE</b>	8	<b>13%</b>
<b>MODERADO</b>	48	<b>77%</b>
<b>GRAVE</b>	6	<b>10%</b>

**Fuente:** Estudio de Campo  
**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla anterior, el 77% de las pacientes diagnosticadas con la complicación de embarazo por hipertensión presentan nivel de depresión moderado, por lo tanto se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  correspondiente a la hipótesis específica, demostrándose que la complicación del embarazo por hipertensión con 62 casos diagnosticados, los 48 casos presentaron nivel de depresión moderado en las pacientes internas en el área de maternidad de Hospital Provincial Docente Ambato.



**Fuente:** Nivel de Depresión de las mujeres diagnosticadas con hipertensión.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- Se logró identificar que existen niveles de depresión en la mujeres investigadas que padecen de complicaciones durante su embarazo, cumpliéndose así con el primer objetivo señalado; dentro de los niveles depresivos el que tuvo mayor relevancia fue el nivel moderado considerando rangos entre 60 y 69 puntos, sintomatología que se evidenció de tipo cognitivo, volitivo y somático, dentro de las afirmaciones mayormente puntuadas se encontraron sintomatología depresiva como decaimiento y tristeza, ganas de irrumpir en llanto, dificultades para dormir, irritabilidad, anhedonia, dificultades de concentración; además se obtuvo puntuaciones altas en lo que respecta a sintomatología ansiosa como problemas de estreñimiento, taquicardias, cansancio, agitación psicomotora. Datos que fueron comprobados a través del Chi cuadrado.
  
- Con respecto a las complicaciones del embarazo se encontró que la complicación por hipertensión dentro de ella la eclampsia y preeclampsia son las más frecuentes en las mujeres evaluadas, correspondiente al segundo objetivo, siendo estas en un porcentaje de

77% con referencia a las demás complicaciones mencionadas en la encuesta que tienen porcentajes bajo la media como desnutrición y anemia 10%, infecciones genitourinarias 10% y diabetes gestacional 3%.

- En cuanto a la relación que tiene las complicaciones del embarazo y su influencia en el estado de ánimo de las mujeres planteado en el tercer objetivo que se investigó; las respuestas que las evaluadas supieron manifestar con referencia al test y a la encuesta estructurada que se aplicó, mencionaron que toda su sintomatología depresiva tenía que ver con el hecho de padecer un diagnóstico de complicaciones durante el embarazo es decir problemas netamente físicos, con un porcentaje de 77%, por el cual están siendo atendidas en el área de ginecología de HPDA además de los malestares físicos y psicológicos que produce la misma; también es importante mencionar que existen porcentajes de problemas conyugales con el 10% y dificultades económicas con el 4%, siendo estos porcentajes bajos en relación al primero mencionado.
- En el planteamiento de la hipótesis específica evaluada a través de la aplicación de la encuesta semiestructurada, se logró comprobar que la complicación de embarazo por hipertensión el nivel depresivo más frecuente fue el moderado rangos entre 60 a 69 puntos, lo que corresponde al 77% es decir 48 mujeres embarazadas que tienen

depresión moderada también padecen de hipertensión ya sea eclampsia o preeclampsia, dentro de la sintomatología depresiva con mayor relevancia que supieron expresar son irritabilidad, decaimiento, anhedonia, tristeza, impotencia en cuanto a la toma de decisiones, entre otras.

- Cabe recalcar que la sintomatología depresiva suele ser un factor “normal” del embarazo sobre todo en el primer y tercer trimestre del mismo, sin embargo se ha comprobado que los síntomas se acrecentaron en la mujeres embarazadas internas que fueron evaluadas cuando tuvieron un diagnóstico de alguna complicación del embarazo, por el hecho de soportar las dificultades físicas que acarrea y a la vez la incertidumbre en la que se encontraban de guardar reposo y estar en constante vigilancia médica para salvaguardar la vida de sus bebés así como su propia vida.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- Debido que los niveles depresivos que se evidenciaron fueron en un nivel moderado se recomienda la aplicación del modelo Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual que consiste en una preparación tanto psíquica y física a la mujer embarazada con alguna complicación durante su embarazo para reducir niveles depresivos y a la vez reducir los niveles ansiosos.
- En cuanto a la complicación por hipertensión se recomienda seguir estrictamente las indicaciones del médico especialista que está a cargo del caso en lo que respecta a la salud física como control de presión periódicamente, dieta alimenticia adecuada reduciendo los niveles de sal, evitar el sobrepeso, realizar actividades físicas saludables, guardar reposo de manera que se pueda sentir relajada, entre otras.
- Se recomienda trabajar a nivel cognitivo con las mujeres encuestadas que presentan niveles depresivos por su diagnóstico de complicaciones durante su embarazo, de modo que se pueda trabajar con pensamientos que suelen surgir por el hecho de permanecer en reposo y vigilancia médica constante.



- Es necesario que se realice un seguimiento con las mujeres que presentan ideas de muerte debido que es una población que se encuentra en alto riesgo tanto propio como del bebé, por lo que es recomendable que las visitas médicas sean continuas así como las psicológicas para reducir el nivel de riesgo suicida y para trabajar en las ideas disfuncionales. Además se recomienda mantener una rigurosa observación con los objetos que tenga al alcance la paciente que puedan utilizar para atentar contra su integridad física.
- En vista de que los resultados obtenidos acerca de que las complicaciones durante el embarazo si producen niveles de depresión, se sugiere seguir un tratamiento psicológico a fin de reducir la muerte la muerte materna y natalidad.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

#### **6.1. DATOS INFORMATIVOS:**

##### **6.1.1 TEMA:**

Diseño de un modelo Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual, para la preparación psíquica y física a la mujer embarazada.

##### **6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA:**

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE “AMBATO”

##### **6.1.3 BENEFICIARIOS:**

DIRECTOS: Mujeres Embarazadas con Diagnóstico de Complicaciones durante el Embarazo.

INDIRECTOS: Familiares de pacientes, externos y otros.

##### **6.1.4 UBICACIÓN:**

Auditorio del Hospital Provincial Docente “Ambato”

### **6.1.5 TIEMPO ESTIMADO:**

Cinco semanas.

### **6.1.6 EQUIPO RESPONSABLE:**

Equipo Multidisciplinario conformado por:

Ginecólogo/a

Trabajador/a Social

Psicóloga Clínica

Cuerpo de enfermeras

### **6.1.7 COSTO:**

1500 dólares.

## **6.2. ANTECEDENTES**

De acuerdo a las conclusiones obtenidas en la investigación realizada sobre los niveles de depresión como producto de las complicaciones durante el embarazo de 80 mujeres internas en el área de maternidad del HPDA se obtuvo que 52 mujeres tienen depresión moderada que corresponde al 65%, 20 mujeres tienen depresión leve que corresponde al 25% y por último 8 mujeres tienen depresión grave lo que corresponde al 10%.

Siendo el nivel moderado el frecuente con manifestaciones tanto depresivas como ansiosas. En cuanto a las manifestaciones depresivas se encuentran con mayor incidencia los pensamientos recurrentes de preocupación y angustia acerca de su estado de salud así como la del bebé que llevan en el vientre, el estado de decaimiento, tristeza constante así como los deseos de

llorar o irrumpir en el mismo; con relación a las manifestaciones ansiosas se evidenció la incapacidad de relajarse, el intenso nivel de tensión muscular, las dificultades para conciliar el sueño.

### **6.3. JUSTIFICACIÓN**

El diseño de un modelo Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual, es importante porque su principal objetivo es producir un estado de tranquilidad a la mujer embarazada tanto física como psicológica.

Este consta de tres fases: la primera es la Psicoeducación donde el objetivo principal es brindar información sobre temas relevantes del embarazo, características de cada mes, evolución, complicaciones, maternidad responsable.

La segunda fase es la preparación psicológica la misma que se basará en la Terapia Multimodal de Arnold Lazarus, la cual es apropiada debido que abarca a la mujer embarazada como un ente bio-psico-social debido que se pretende producir un cambio a nivel **Biológico** en cuanto al estado de salud, **Afectivo** por las emociones sentidas, **Sensorial** sensaciones corporales, **Imaginería** relacionada con sueños, recuerdos, autoimagen, **Cognitivo** el pensamiento que genera emociones y conductas, **Conducta** actividades que realiza, y **Social** sobre las relaciones interpersonales que mantenga la mujer embarazada. Lo que se pretende conseguir que ciertas conductas que se suscitaban en situaciones concretas desaparezcan o puedan ser canalizadas de manera apropiada.

En la tercera fase de la psicoprofiláxis se incluirá el método de preparación física a la madre para la llegada de su hijo, orientada a la respiración profunda y relajación del cuerpo.

Siendo los beneficiarios directos las madres embarazadas por ende los hijos que llevan en su vientre, como beneficiarios indirectos los familiares de las pacientes, también los profesionales de la salud que tienen contacto directo con las mujeres hospitalizadas en el HPDA.

## **6.4. OBJETIVOS**

### **6.1.8 OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar un modelo Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual, para la preparación tanto psíquica y física a la mujer embarazada.

### **6.1.9 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Incluir el modelo psicoprofiláctico para reducir tensión muscular, a través de la relajación muscular completa y la respiración profunda.
- Establecer los modales de la Terapia Multimodal de Lazarus.

## **6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

Está propuesta de solución es factible debido que existe la apertura del Hospital Provincial Docente “AMBATO” que es lugar donde se realizarán las

distintas técnicas, así como también se cuenta con la amplia colaboración de las mujeres embarazadas que son atendidas en dicho institución hospitalaria.

De igual manera existen las técnicas e instrumentos psicológicos que contribuirán con el propósito que se pretende alcanzar. A más de esto se cuenta con los recursos tanto económicos como humanos para la adecuada atención a dichas mujeres.

Socialmente es factible esta propuesta debido que se encamina en la concientización de la salud mental y física las mujeres embarazadas así como de sus hogares.

## **6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

La psicoprofilaxis es conocida como la preparación tanto física y psicológica de la mujer en diferentes aspectos relacionados a su embarazo, parto, lactancia y cuidado del recién nacido. Se puede iniciar desde las 20 semanas de embarazo.

Consta de tres fases:

1. **Información y educación:** sobre temas relacionados a la evolución del embarazo y las posibles complicaciones, características esenciales del cambio físico, psicológico y estructural tanto a la madre embarazada como al padre. Además incluye información sobre el parto, post parto y lactancia. No solo la información biológica sino también la psicológica que incluye los cambios del estado de ánimo. Generar alivio sintomático.
2. **Preparación psicológica:** que consiste en evaluar a la mujer embarazada entorno a los BASICCOS principios fundamentales de la

Terapia Multimodal de Arnold Lazarus creada en 1970 haciendo énfasis en que los seres humanos son seres biológicos que piensan, sienten, actúan, imaginan, e interactúan, es por esto que cada una de las modalidades son abordadas de manera conjunta en el tratamiento psicológico.

La Terapia Multimodal es la evaluación y el tratamiento integrativo del BASICCOS. Se ocupa de los problemas dentro de una modalidad determinada y de la interacción de la misma con las restantes.

### **MODALIDADES**

- **B**iológicas
- **A**fectivas
- **S**ensaciones
- **I**mágenes
- **C**ogniciones
- **CO**nductas
- **S**ociales

La Terapia Multimodal emplea técnicas provenientes de varios enfoques psicoterapéuticos con el fin de generar soluciones inmediatas a los clientes, pero no adhiere a ninguna de sus teorías. Sustenta sus bases en que las personas somos producto del inter juego entre lo genético, el ambiente físico y el aprendizaje social, que juega un papel esencial en el desarrollo y en la resolución de los problemas emocionales que surgen cuando las personas actúan en base a información falsa o insuficiente. (Caballo, 1997)

Le da importancia a la entrevista inicial, en la que el terapeuta debe reunir la mayor cantidad de datos sobre quien lo consulta, en base a su percepción, su observación y a las preguntas. Se debe procurar conocer o reconocer:

- Signos de patologías, apariencia y actitudes.
- Qué o quién mantiene las conductas inadaptadas.
- Qué motiva la terapia (lo implícito y lo explícito).
- Si puede establecer una relación satisfactoria con otros.
- Puntos fuertes y atributos del consultante.
- Esperanzas.

**Las técnicas según los BASICCOS que se utilizarán son:**

**Biológico:** estimulación de hábitos de buena salud, alimentación, ejercicio y recreación.

**Afectivo:** Entrenamiento para identificación de emociones cuantificar el grado de emoción (0%...100%).

**Sensación:** entrenamiento en relajación.

**Imaginería:** técnica de proyección del tiempo que consiste en llevar a través de la imaginación al paciente unos días, unos meses, unos años adelante ¿cómo se ve? ¿Qué ha logrado? ¿Cómo se siente? Etc.

**Cognitivo:** técnica de solución de problemas modificando cogniciones y desarrollando nuevas habilidades. Aprender a especificar un problema, idear soluciones, seleccionar una solución, implementarla y evaluar su eficacia.

**Conducta:** registro y auto monitoreo de conductas inapropiadas, así como de los avances y evolución de las mismas.

**Social:** rol-playing como estrategia de afrontamiento en conflictos interpersonales fomentando la interacción sana grupal.

**Terapia grupal o psicoterapia de grupo** es la que centra su trabajo psicoterapéutico en la interacción interpersonal para que se puedan abordar



problemas personales como la depresión durante el embarazo en un contexto grupal.

Los candidatos para formar un grupo terapéuticos son personas con una problemática similar en este caso las mujeres embarazadas, mismas que se beneficiarán de la terapia y podrán tener una influencia útil para los demás miembros del grupo.

Se pueden abordar asuntos que el moderador o terapeuta prepare, el mismo que fomentará en el grupo los cambios de conducta, también se puede tratar pensamientos y sentimientos que los miembros del grupo propongan. El grupo terapéutico se convierte en una fuente de apoyo y fortaleza para cada integrante, donde se demuestran ciertas características como la escucha empática, calidez, interés, preocupación genuina.

Además un beneficio importante de la psicoterapia de grupo es que se logra resultados de forma inmediata en un tiempo real para generar alivio; para participar es necesario desarrollar cualidades como puntualidad, asistencia regular, confidencialidad, respeto a la diversidad de opiniones. (SILVA, 2002)

3. **Preparación física:** aplicación de las técnicas que incluya relajación muscular, en este caso se utilizará la Relajación Progresiva de Jacobson donde se pretende enseñar la tensión y distensión de los músculos; además incluyen ejercicios respiratorios y posturales con el fin de disminuir la fatiga, tensión muscular, espasmos musculares, hipertensión, ansiedad, depresión y fobias moderadas, entre otras.

**La Relajación Progresiva de Jacobson** consiste en un método de aprender a tensar y distender los músculos del cuerpo de forma paulatina y a la vez

percibiendo las sensaciones corporales que se van produciendo, se puede eliminar también la tensión y contracciones musculares, induce a un estado de relajación profunda.

La duración de la terapia por sesión es de 10 a 20 minutos aproximadamente, en cuanto a la tensión muscular se la debe realizar por 10 segundos y distensión por 20 30 segundos. Con el constante entrenamiento en relación progresiva con 5 minutos se puede llegar a un buen estado de relajación. (PRADO, 2005)

### **INSTRUCCIONES BÁSICAS**

- Tenso con energía mi puño... (Mis bíceps, hombros, etc.)
- Libero y destenso mi puño. La tensión se disuelve poco a poco. Me siento sereno y descansado

Todo mi puño, mi brazo y mi cuerpo están relajados

- Cierro los ojos para concentrar mi atención en la sensación de T/D (Tensión/Distensión).

### **TÉCNICA**

#### **Proceso De La Relajación Progresiva T/D**

Adoptar una posición cómoda y relajada. Poner la mente en blanco, concentrarla en las tensiones del cuerpo.

#### **1. MANO**

T: Apretar el puño derecho (el dominante: El Izquierdo para los zurdos), con más energía sucesivamente, percibiendo la tensión que se produce en la mano y antebrazo. Visualizarlo como si fuera de acero.

D: Distender y relajar: Sentir la mano blanda y suave. Visualizarla como si estuviera hecha de algodón. Comparar con el puño tenso.

Repetir con la otra mano la T / D. Concluye tensando y distensando a un tiempo ambas manos.

#### **2. ANTEBRAZO / BICEPS (derecho / izquierdo)**

T: Tensar los bíceps con fuerza progresiva y percibir esa tensión.

D: Dejarlos distendidos y percibir la diferencia con la tensión.

Repetir T/D con brazo izquierdo y después con los dos conjuntamente.

### **3. MÚSCULOS DE LA CABEZA Y LA CARA.**

#### **1. FRENTE**

\* Arrugar la piel de la frente con fuerza. Desarrúgala y percibirla lisa y distendida.

#### **2. OJOS**

\* Fruncir el entrecejo y cerrar los ojos y apretarlos con energía progresiva. Soltar y sentirlos semicerrados y suaves.

\* Girar lentamente los ojos hacia arriba/abajo; hacia la izquierda/derecha.

#### **3. BOCA**

\* Apretar las mandíbulas y labios con fuerza. Notar la tensión. Relájalos abriendo la boca.

\* Abrir la boca todo lo que se pueda, sacando un sonido, cerrarla distendiéndola.

\* Apretar la lengua contra el paladar. Percibir la tensión. Dejarla floja.

\* Estirar los labios en forma de O.

Percibir como todo el rostro esta relajado.

TENSAR TODA LA CARA Y DESPUES DISTIÉNDELA

#### **4. CUELLO.**

T: Colocar la cabeza hacia atrás con lentitud y firmeza. Percibir la tensión del cuello.

D: colocarla en posición normal. Relaja el cuello.

T: Inclinar la cabeza hacia adelante con la quijada tocando el pecho. Sentir la tensión del cuello.

D: Dejarla normal. Percibir el contraste.

T: Pon la cabeza hacia la derecha sobre el hombro.

D: Mover la cabeza hacia la izquierda. Volverla a su sitio y sentir el cuello relajado. Girarla circularmente con suavidad. El cuello y la cabeza están relajados.

## **5. TORAX Y PULMONES**

T: Inspirar hondo, llenar de aire los pulmones y contener la respiración, observar la tensión que produce.

D: Soltar el aire poco a poco. Relajar todo el pecho.

T: Tensar el tórax exteriormente ubicando los dos hombros y brazos hacia atrás.

D: Dejarlos caer y distendidos.

## **6. ESTÓMAGO Y VIENTRE**

T: Respirar hondo y echar todo el aire hacia la pelvis. Retener el aire.

Sentir tensión en el estómago y vientre.

D: Soltar el aire espontáneamente, dejando salir un sonido y sentir el vientre blando y relajado.

## **7. MUSLOS Y NALGAS, PANTORRILLAS Y PIES**

T: Tensar las nalgas contra el asiento.

D: Dejarlas blandas

T: Apretar los talones contra el suelo con fuerza. Visualizar las piernas.

D: Relajarse y percibir las piernas distendidas.

T: Dirigir los dedos del pie hacia la frente y después soltarlos.

D: Tender con fuerza los dedos del pie hacia fuera. Distenderlos.

## **8. TENSIÓN GLOBAL DEL CUERPO: SÍNTESIS INTEGRADORA**

T: Tensar todo el cuerpo al unísono

D: Dejar todos los músculos distendidos y relajados. Siente la sensación de laxitud y placidez, integración y comodidad en todo el cuerpo. Repasar y visualizar los grupos de músculos en el orden en que se relajaron. (PRADO, 2005)

## 6.7. METODOLOGÍA – MODELO OPERATIVO

TABLA N°45

FASE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
<b>Fase I PSICOEDUCACIÓN</b>	<b>Preparación y Logística</b>	Identificar el espacio físico donde se aplicará el Programa Terapéutico.	Preparación del espacio físico y material Teórico Práctico	2 Días	Salón de actos del HPDA	Investigadora: Ana Victoria Almeida
	<b>Encuadre</b>	Establecer las normas y objetivos de la Terapia, afianzar la relación Terapéutica.	Reunión con el equipo multidisciplinario de trabajo, explicar roles y la duración.	1 Semana	Salón de actos, material bibliográfico y equipo tecnológico.	Investigadora: Ana Victoria Almeida
	<b>Rappor y Empatía</b>	Fomentar y fortalecer de la relación terapéutica, creando un ambiente óptimo para la aplicación y desarrollo de la terapia.	Recolección de información, estudio de la anamnesis, aclaración de dudas acerca y expectativas de la terapia.	1 Semana	Salón de actos, Historia Clínica, material bibliográfico y equipo tecnológico.	Investigadora: Ana Victoria Almeida

<b>Fase II PSICOPROFILÁXIS</b>	<b>Proceso de intervención inicial</b>	Explicar a las mujeres embarazadas en que consiste la Terapia.	Conferencias acerca de los beneficios y Explicación de la Terapia Multimodal.	1º Semana (día 1)	Material de oficina y Equipo tecnológico. Videos	Investigadora: Ana Victoria Almeida
	<b>Información y Educación</b>	Brindar información amplia acerca del embarazo, características, complicaciones, maternidad responsable.	Exposiciones didácticas	1º Semana (2-3-4-5)	Salón de actos. Material bibliográfico, de oficina y Equipo tecnológico.	Investigadora: Ana Victoria Almeida
<b>Fase II PSIOPROFILÁXIS</b>	<b>Preparación psicológica</b>	Evaluar los B.A.S.I.C.CO.S. de la mujeres embarazadas,	<b>Biológico:</b> estimulación de hábitos de buena salud, alimentación, ejercicio y recreación.	2º semana (día 1)	Salón de actos. Material de oficina y Equipo tecnológico	Investigadora: Ana Victoria Almeida

	<b>Preparación psicológica</b>	Siendo estos los modales principales de la terapia los cuales interactúan entre sí, identificar los problemas correspondientes a cada uno de ellos y proporcionar una técnica terapéutica para sobrellevarlos.	<b>Afectivo:</b> Entrenamiento para identificación de emociones cuantificar el grado de emoción (0%...100%).	2º semana (día 2)	(retroproyector y utilización de diapositivas).	Investigadora: Ana Victoria Almeida
<b>Sensación:</b> entrenamiento en relajación.			(tiempo detallado en preparación física)			
<b>Imaginería:</b> técnica de proyección del tiempo.			2º semana (día 3)			
<b>Cognitivo:</b> técnica de solución de problemas modificando cogniciones y desarrollando nuevas habilidades.			2º semana (día 4)			
<b>Conducta:</b> registro y auto monitoreo.			2º semana (diario)			

			<b>Social:</b> rol-playing como estrategia de afrontamiento en conflictos interpersonales.	2º semana (día 5)		
<b>Fase IV PSICOPROFILÁXIS</b>	<b>Preparación Física</b>	Entrenar en Relajación de manera que disminuya la tensión y ansiedad.	Técnica de relajación Progresiva de Jacobson.	3º semana	Recursos Humanos	Investigadora: Ana Victoria Almeida
<b>Fase Final PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ALTERNAS Y SEGUIMIENTO</b>	<b>Actividades Alternas</b>	Generar el alivio sintomático.	Ejecutar actividades recreativas	Diario	Recursos Humanos Lugares recreativos.	Investigadora: Ana Victoria Almeida
	<b>Seguimiento</b>	Monitorear el avance psicoterapéutico.	Ficha de seguimiento.	Diario	Recursos Humanos y material de oficina.	Investigadora: Ana Victoria Almeida

Fuente: Metodología- Modelo Operativo

Elaborado por: Ana Victoria Almeida



## 6.8. PLAN DE MONITOREO

TABLA N°46

<b>¿QUÉ HACER?</b>	<b>¿CÓMO HACER?</b>
<b>¿Quién ejecuta?</b>	Equipo multidisciplinario
<b>Lugar de ejecución</b>	Hospital Provincial Docente “Ambato”
<b>¿A quiénes?</b>	Mujeres embarazadas con diagnóstico de complicaciones durante el embarazo.
<b>¿Cuándo?</b>	Abril del 2013 hasta Agosto del 2013.
<b>¿Con que finalidad?</b>	Reducir los niveles y sintomatología depresiva.

**Fuente:** Plan de monitoreo.

**Elaborado por:** Ana Victoria Almeida

## C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- Abengózar, M., & Aguirre De La Peña, E. (S.F.). *Problemas De Salud En El Embarazo*. España: Océano.
- Belloch, A., & Sandín, B. Y. (2012). *Manual De Psicopatología*. Madrid: Mcgraw-Hill Madrid.
- Berek, J. (2004). *Ginecología De Novak*. Mc Graw Hill Interamerican.
- Botero, J., Henao, G., & Londoña, J. (2008). *Obstetricia Y Genecología*.
- Caballo, V. (2005). *Manual Para Evaluación Clínica De Los Trastornos Psicológicos*. Madrid España: Pirámide.
- Caballo, V. (1997). *Manual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos Psicológicos*. Siglo XXI Editores.
- Cerruti, S. (1992). *Sexualidad Humana: Aspectos Para Dearrollar Docencia En Eduación Sexual*. Organización Panamericana De La Salud.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Pearson Educatción.
- García, P., & Magariños, M. (2000). *Guía De Bolsillo De La Clasificación Cie-10*. Madrid: Médica Panamericana.
- Herrera, L., Medina, A., & Naranjo, G. (2008). *Tutoría De La Investigación Científica*. Ambato: Empresdane Gráficas Cía. Ltda. Quito.

- Ministerio De Salud Pública, P. D. (2012). *Principales Causas De Morbilidad En Consulta Externa Provincial*. Amabto.
- Miranda, O., Robalino, B., & Villalba, J. (2002). *Preeclampsia Eclampsia*. Impresora Charito.
- Navarro, F., Navarro, V., & M, G. (1998). *Salu Pública*. Mc Graw Hill Interamericana.
- Nuñez, L., & Ortiz, M. (2010). *Diccionario Consiso De Psicología: Apa*. El Manual Moderno.
- Ortiz De Zárate San Agustin Amaia, A. I. (2011). *Trastornos Del Estado De Ánimo*. Barcelona España: Gea Consultoria Editorial SI.
- Retamal, P. (2005). *Enfermedad Depresiva*. Buenos Aires: Mediterraneo Ltda.
- Vigil-De García, P., & Gallo, M. (2011). *Embarazo De Alto Riesgo Y Sus Complicaciones: Obstetricia De Alto Riesgo*. Amolca.

## LINKOGRAFÍA

- Arboix, M. (28 De Octubre De 2011). *Fundación Erosky*. Obtenido De [Http://Www.Consumer.Es/Web/Es/Bebe/Embarazo/Primer-Trimestre/2011/10/28/204457.Php](http://Www.Consumer.Es/Web/Es/Bebe/Embarazo/Primer-Trimestre/2011/10/28/204457.Php)
- Casti, E. (Octubre De 2001). *Buenas Tareas*. Obtenido De [Http://Www.Buenastareas.Com/Ensayos/Salud/2856699.Html](http://Www.Buenastareas.Com/Ensayos/Salud/2856699.Html)
- Cubero, T. (Quince De Febrero De 2012). *Repositorio Uta*. Recuperado El 2012, De [Http://Repo.Uta.Edu.Ec/Handle/123456789/930](http://Repo.Uta.Edu.Ec/Handle/123456789/930)
- Domenech, E. (1991). Recuperado El 2013, De [Http://Diposit.Ub.Edu/Dspace/Bitstream/2445/11772/2/Spm45.Pdf](http://Diposit.Ub.Edu/Dspace/Bitstream/2445/11772/2/Spm45.Pdf)
- Fernández, L., & Sánchez, A. (2007). *Revista De Psicoanálisis, Psicoterapia Y Salud Mental* 1. Recuperado El 2012, De [Http://Psi.Usal.Es/Rppsm/Pdf/V1n1o1.Pdf](http://Psi.Usal.Es/Rppsm/Pdf/V1n1o1.Pdf)
- Galarza, K. (2014). *Clínica Primavera Org*. Obtenido De [Http://Www.Clinicalprimavera.Org/Index2.Php?Option=Com\\_Content&Do\\_Pdf=1&Id=14](http://Www.Clinicalprimavera.Org/Index2.Php?Option=Com_Content&Do_Pdf=1&Id=14)
- Mayorga, M. (15 De Julio De 2011). *Repositorio Uta*. Recuperado El 2012, De [Http://Repo.Uta.Edu.Ec/Handle/123456789/926](http://Repo.Uta.Edu.Ec/Handle/123456789/926)
- Mazarrasa, L., & Sara, G. T. (S.F.). *Salud Sexual Y Reproductiva*. Recuperado El 2012, De [Http://Www.Msssi.Gob.Es/Organizacion/Sns/Plancalidadesns/Pdf/Equidad/13modulo\\_12.Pdf](http://Www.Msssi.Gob.Es/Organizacion/Sns/Plancalidadesns/Pdf/Equidad/13modulo_12.Pdf)

- Ministerio De Salud Chile, G. D. (2013). Obtenido De [Http://Www.Minsal.Cl/Portal/Url/Item/7222754637c08646e04001011f014e64.Pdf](http://Www.Minsal.Cl/Portal/Url/Item/7222754637c08646e04001011f014e64.Pdf)
- Oms. (2013). *Organización Mundial De La Salud*. Obtenido De [Http://Www.Who.Int/Topics/Mental\\_Health/Es/](http://Www.Who.Int/Topics/Mental_Health/Es/)
- Pazmiño, A. C. (5 De Enero De 2012). *Repositorio Uta*. Recuperado El 2012, De [Http://Repo.Uta.Edu.Ec/Handle/123456789/557](http://Repo.Uta.Edu.Ec/Handle/123456789/557)
- Pérez, R., Rosales, F., Pérez, L., & Yabor, A. (1993). *Revista Cubana De Medicina General Integral Versión Online Icssn 15613038*. Recuperado El 2013, De [Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci\\_Arttext&Pid=S0864-21251995000300005](http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0864-21251995000300005)
- Prado, D. (2005). *Relajación Creativa Integral*. Obtenido De [Www.Creatividadcursos.Com/Moodle/File.../Relajacion\\_Progresiva.Pdf](http://Www.Creatividadcursos.Com/Moodle/File.../Relajacion_Progresiva.Pdf)
- Rivera, G. (2005). *Scribd Prevencion En Salud Mental*. Obtenido De [Http://Es.Scribd.Com/Doc/18569719/Prevencion-En-Salud-Mental](http://Es.Scribd.Com/Doc/18569719/Prevencion-En-Salud-Mental)
- Silva, C. (2002). *Sociedad De Neurología, Psiquiatría Y Neurocirugía*. Obtenido De [Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Pid=S0717-92272002000500005&Script=Sci\\_Arttext](http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Pid=S0717-92272002000500005&Script=Sci_Arttext)
- Zung, W. (1965). Obtenido De [Http://Www.Mentalhealthministries.Net/Resources/Flyers/Zung\\_Scale/Zung\\_Scale\\_Sp.Pdf](http://Www.Mentalhealthministries.Net/Resources/Flyers/Zung_Scale/Zung_Scale_Sp.Pdf)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

- **EBRARY:** Lindheimer, M., De Roberts, J., & Gary. (julio de 2011).  
Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10486038&p00=embarazo>
- **INFORMAWORLD:** Maat, S., Dekler, J. S., & De Jonghe, F. (2007).  
Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600756402>
- **PROQUEST:** Molina, A. (25 de mayo de 2004). Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/315731298?accountid=36765>
- **EBRARY:** Requena, E. (2003). Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=100406038&p00=depression%20embarazo>
- **PROQUEST:** Vitela, N. (2007). Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/307849504?accountid=36765>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I**

#### **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

#### **CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **PSICOLOGÍA CLÍNICA**

#### **HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

##### **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

- Nombre:
- Edad:
- Fecha De Nacimiento:
- Procedencia:
- Residencia:
- Sexo: Mujer. Raza:
- Estado Civil:
- Edad:
- Profesión:
- Ocupación:
- Estudios:
- N° De Hijos:
- Fecha Actual:

##### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

.....  
.....

**3. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA**

.....  
.....

**4. ANAMNESIS Y PSICOANAMNESIS**

- **INFANCIA**.....  
.....
- **ADOLESCENCIA**.....  
.....
- **JUVENTUD**.....  
.....
- **ADULTEZ**.....  
.....

**5. ANAMNESIS Y PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA**

.....  
.....

**6. ANAMNESIS Y PSICOANAMNESIS SEXUAL, NORMAL Y PATOLÓGICA**

.....  
.....

**7. HISTORIA SOCIAL- LABORAL**

.....  
.....

**8. EVALUACIÓN DE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES O EJECUTIVAS**

- **Conciencia:**
- **Sensopercepciones:**
- **Pensamiento:**



- **Atención:**
- **Memoria:**
- **Afectividad:**
- **Motivación:**
- **Juicio crítico:**
- **Voluntad:**
- **Instintos:**

**9. RESULTADO DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS Y PROYECTIVAS**

.....  
.....

**10. DIAGNÓSTICO**

.....

**11. RECOMENDACIONES**

.....  
.....

**12. TRATAMIENTO**

.....  
.....

.....

**Ana Victoria Almeida López**

**Estudiante Universidad Técnica de Ambato**

**PSICOLOGÍA CLÍNICA**



## ANEXO II

### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

### CIENCIAS DE LA SALUD

### PSICOLOGÍA CLÍNICA

#### CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO DIRIGIDO A MADRES

#### QUE HAN PRESENTADO COMPLICACIONES DURANTE SU EMBARAZO DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

#### INSTRUCCIONES GENERALES:

- De la calidad y objetividad de sus respuestas, depende la bondad de nuestro trabajo.
- Para esto: Lea detenidamente cada una de las preguntas y proceda a contestarlas.

Edad:..... Días de internamiento:..... Tiempo de  
gestación.....

1. ¿Ha presentado alguna enfermedad durante su embarazo?

Si ( ) No ( )

2. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades durante el embarazo?

Hipertensión. Eclampsia o preeclampsia ( )

Infecciones genitourinarias ( )

Desnutrición o anemia ( )

Diabetes gestacional ( )

**3. ¿Cuánto tiempo ha estado hospitalizada por complicaciones durante su embarazo?**

Dos o más días ( )

Una semana ( )

Un mes ( )

Más de un mes ( )

**4. ¿En qué etapa de embarazo ha presentado más complicaciones?**

Primer trimestres de 1 a 3 meses ( )

Segundo trimestre de 3 a 6 meses ( )

Tercer trimestre de 6 a 9 meses ( )

**5. Las causas de las complicaciones se han presentado por:**

Problemas netamente físicos ( )

Problemas conyugales ( )

Dificultades económicas ( )

Otras ( )

¿Cuáles?.....

**6. ¿Ha notado alguna alteración en su estado de ánimo durante el embarazo?**

Si ( )                      No ( )

¿Cuál?.....

**7. ¿Durante su embarazo ha tenido amenaza de parto prematuro o pre término?**

Si ( )                      No ( )

**8. ¿Piensa usted que las complicaciones de embarazo que ha presentado han influido en su estado de ánimo?**

Si ( )                      No ( )

¿Cómo?.....

**9. ¿Ha estado embarazada antes?**

Si ( )                      No ( )

¿Cuántas veces?.....

**10. ¿Ha tenido alguna pérdida?**

Si ( )                      No ( )

¿Hace cuánto tiempo?.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



### ANEXO III

## UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

### CIENCIAS DE LA SALUD

### PSICOLOGÍA CLÍNICA

#### **ESCALA DE EVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG**

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de depresión, por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada síntoma durante la **ÚLTIMA SEMANA** colocando una (x) en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada síntoma.

	<b>Poco tiempo</b>	<b>Algo de tiempo</b>	<b>Buena parte del tiempo</b>	<b>La mayor parte de tiempo</b>
1. Me siento decaída y triste.				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.				
3. Siento ganas de llorar o				

irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Disfruto de estar junto o conversar con personas atractivas del sexo contrario.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacia.				

13. Me siento agitada y no puedo estar quieta.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				