



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

**EVALUACION DEL ESTRÉS POST PARTO APLICANDO LA
ESCALA DE DAVIDSON; EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
AREA GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL “VERDI
CEVALLOS BALDA” JULIO-DICIEMBRE 2012.**

**TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

VICTOR MANUEL AGUAYO ZAMBRANO

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. FIDEL MENDOZA**

PORTOVIEJO

-MANABÍ-

ECUADOR

2013

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad, misericordia y amor.

A mis padres y suegros.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mis hijas Camila y Sarahí, quienes han sido mi motivación, inspiración y felicidad.

Víctor Manuel Aguayo Zambrano

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero a Dios por permitirme finalizar esta etapa de mi vida de la mejor manera posible, dotándome de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino, que fueron solucionadas con éxito.

A la Universidad Técnica de Manabí, y en especial a los Catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, quienes aportaron con conocimientos y moldearon mi perfil profesional.

A los Miembros del Tribunal de Tesis, Revisión y Sustentación por sus valiosas aportaciones y sugerencias en el trabajo realizado.

A todo el personal del Hospital Verdi Cevallos Balda que colaboró desinteresadamente para la culminación del presente proyecto.

A mis padres y familiares en general, por el apoyo brindado, disciplina y amor, que me demostraron en cada momento estando orgullosos de mi y esto fue un incentivo para lograr los objetivos propuestos.

A mis compañeros, que con su apoyo y amistad me dieron aliento en los momentos más difíciles de mi vida estudiantil.

Finalmente agradezco a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con la culminación de mi carrera.

Victor Manuel Aguayo Zambrano



CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Certifico que este trabajo de tesis titulado **EVALUACION DEL ESTRÉS POST PARTO APLICANDO LA ESCALA DE DAVIDSON; EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL “VERDI CEVALLOS BALDA” JULIO 2012-DICIEMBRE 2012**, ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo y dejo constancia de que es original del autor Víctor Manuel Aguayo Zambrano.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

Dr. Fidel Mendoza

DIRECTOR DE TESIS



CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los Miembros del Tribunal de revisión y evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de tesis titulado **EVALUACION DEL ESTRÉS POST PARTO APLICANDO LA ESCALA DE DAVIDSON; EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL “VERDI CEVALLOS BALDA” JULIO 2012-DICIEMBRE 2012** se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Lcda. Gina Calderón
PRESIDENTA

Lcda. Victoria Santana
MIEMBRO

Dr. Roberth Loor
MIEMBRO



DECLARACIÓN DE AUTORIA

Víctor Manuel Aguayo Zambrano, Egresado de la Escuela de Medicina, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaro que el presente trabajo de investigación titulado **EVALUACION DEL ESTRÉS POST PARTO APLICANDO LA ESCALA DE DAVIDSON; EN MUJERES ATENDIDAS EN EL AREA GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL “VERDI CEVALLOS BALDA” JULIO 2012-DICIEMBRE 2012** es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto la falta de los permisos correspondiente o su mal uso será penalizado por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Portoviejo, enero del 2013

Víctor Manuel Aguayo Zambrano

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	iv
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN	v
DECLARACIÓN DE AUTORIA	vi
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
DELIMITACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	5
DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
GENERAL	6
ESPECÍFICOS	6
MARCO TEORICO	7
VARIABLES	19
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20
DISEÑO METODOLÓGICO	26
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
UNIVERSO Y MUESTRA	26
TÉCNICA	27
AREA DE ESTUDIO	27
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
FICHA DE DIAGNOSTICO	27
FICHA DE ENCUESTA	27
FUENTES DE DATOS	27
METODOLOGIA	27
RECURSOS	28
INSTITUCIONALES	28
RECURSOS HUMANOS	28
RECURSOS FÍSICOS	28
ECONÓMICOS	29
PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE TESIS	29
TRABAJO DE CAMPO	30
TIEMPO DE EJECUCIÓN	30
ANÁLISIS DE DATOS	30
TABULACIÓN	31
PRESENTACION DE RESULTADOS	31
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	31

CUADRO: 1 Distribución por edad	32
CUADRO: 2 Distribución por nivel de instrucción	33
CUADRO: 3 Distribución según la procedencia	34
CUADRO: 4 Distribución según la convivencia	35
CUADRO: 5 Distribución según la violencia intrafamiliar	36
CUADRO: 6 Distribución de antecedentes Gineco-obstétricos	37
CUADRO: 7 Distribución según tipo de parto	28
CUADRO: 8 Distribución según el periodo intergenesico	39
CUADRO: 9 Distribución de planificación del embarazo	40
CUADRO: 10 Distribución según hábitos	41
CUADRO: 11 Distribución según condiciones del niño al nacer	42
CUADRO: 12 Distribución según maltrato durante el parto y vivencia traumática previa al embarazo	43
CUADRO: 13 aplicación de la escala de trauma de Davidson según los 17 ítems	44
CUADRO: 14 interpretaciones de la escala de trauma de Davidson según la valoración de la suma de la gravedad y frecuencia	48
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXO: N° 1: Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)	53
ANEXO: N° 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	54
ANEXO: N° 3: VIVENCIAS DURANTE EL PROYECTO	56

RESUMEN

Las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan síntomas típicos del trastorno de estrés postraumático (TEPT), durante los días siguientes al trauma. Debido al que el síndrome de estrés postraumático aparece con mayor frecuencia tras una cesárea urgente, siendo menor la incidencia si la cesárea es programada surge el deseo de investigar “el grado de estrés postraumático en mujeres post parto y post cesáreas”.

El objetivo de la presente investigación es poder identificar de una manera aceptable mediante la **Escala de Trauma de Davidson** la presencia del síndrome de estrés postraumático, la prevalencia y los factores predisponentes a que pueda aparecer durante el periodo de postparto y post cesárea.

El diseño metodológico en éste estudio es cuantitativo, exploratorio descriptivo. Esta investigación es una experiencia que se obtendrá a través de la observación directa, la técnica que se emplea es la encuesta o cuestionario.

Se concluye que de un total de 1362 mujeres (658 partos vaginales) (704 cesáreas) atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Balda en la área de Gineco obstetricia que tuvieron su parto eutócico y parto por cesárea; en número de 100 pacientes que estaban cursando en periodo de postparto y post cesárea, aceptaron voluntariamente someterse al test, según la edad se dio entre los 14-20 años con el 46%; entre el nivel educativo se dio el mayor porcentaje el nivel primaria con el 56% la mayoría de procedencia urbana 57%; que conviven con sus parejas con 88%, no han sufrido de violencia intrafamiliar. Después de la aplicación de la prueba de estrés post traumático según la escala de trauma de Davidson, comprobamos que, la mayor parte de parturientas NO presento estrés postraumático con el 91%; sin embargo una minoría presento un estrés postraumático leve con 9%

Palabras claves: post parto, post cesárea, estrés postraumático y escala de trauma de Davidson.

SUMMARY

People exposed to a traumatic event will develop typical symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD), during the days following the trauma. Due to the post-traumatic stress syndrome occurs most often after emergency cesarean section, the incidence being lower if the cesarean is scheduled desire arises to investigate "the extent of PTSD in women after childbirth and post cesarean".

The objective of this research is to identify an acceptable manner by Davidson Trauma Scale the presence of PTSD, prevalence and predisposing factors that may occur during the postpartum period, and post cesarean.

The methodology used in this study is quantitative, exploratory research descriptive. This is an experience that will be obtained through direct observation; the technique used is the survey or questionnaire.

It is concluded that a total of 1362mujeres (658 vaginal deliveries) (704 cesareans) attending Verdi Cevallos Balda Hospital in Gynecology obstetrics area that gave birth and cesarean delivery eutocic, in number of 100 patients were enrolled in period postpartum and post cesarean voluntarily agreed to submit to the test, by age was between 14-20 years to 46%, between educational level gave the highest percentage was the primary level to 56% from urban most 57 % living with their partners, with 88%, have suffered from domestic violence. After application of the post traumatic stress test according to Davidson trauma scale, we found that most mothers did not present PTSD with 91%, but a minority presented a mild PTSD with 9%

Keywords: postpartum, post cesarean, PTSD and Davidson Trauma Scale

INTRODUCCION

Los trastornos del comportamiento como el estrés postraumático ha dejado de verse como entidad limitada al estudio por parte de la psiquiatría; este síndrome ha despertado interés y preocupación en todas las especialidades medicas¹

Casi la totalidad de las personas expuestas a un suceso traumático desarrollan síntomas típicos del trastorno de estrés postraumático (TEPT), durante los días siguientes al trauma¹

La Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS; Davidson y cols., 1997). Es un cuestionario con 17 ítems correspondientes a los síntomas del TEPT según el DSM-IV. Los ítems 1-4 y 17 corresponden a la reexperimentación intrusa del trauma, los 5-11 a la evitación y embotamiento emocional y los 12-16 a la hiperactivación. La persona califica la frecuencia e intensidad de cada ítem durante la semana previa en una escala de 0 a 4; puede obtenerse una puntuación global así como puntuaciones correspondientes a intensidad y frecuencia²

El objetivo de la presente investigación es poder identificar de una manera aceptable mediante la **Escala de Trauma de Davidson** la presencia del síndrome de estrés postraumático, la prevalencia y los factores predisponentes a que pueda aparecer durante el periodo de postparto especialmente las gestantes que fueron cesareadas este grupo serán entrevistadas y evaluadas mediante este cuestionario, con el propósito de contribuir al enfoque medico preventivo de esta patología.

¹Catalogación por la Biblioteca de la OMS; Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1 ISSN 1020-6760 cap. 1-2 pág.; 10,11,12,13,16 cap. 2 pag:29,30,37,39,41,43,44,cap3 pag,49,59,61,66.

²La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Sabemos hoy que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Sabemos también que afectan a personas de todas las edades en todos los países y son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos, Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), han señalado que afecta a entre el 1,5% y el 6% de las púerperas pudiendo presentar el síndrome incompleto hasta un 30% de las mujeres.

Sin embargo existen otros factores desencadenantes que conllevan a presentar un estado de estrés postraumático como:

- Tras una cesárea urgente ya sea (preeclampsia, eclampsia, parto prematuro, etc....)
- Madres de bebés prematuros o gravemente enfermos tras el parto.
- Madres con trastornos de ansiedad en el embarazo o que ya han tenido otras vivencias traumáticas previas (como haber vivido situaciones de violencia doméstica o de otro tipo) también tienen un mayor riesgo de sufrir las secuelas de un parto traumático.
- Bajo nivel socioeconómico y educativo.
- Tensión social.
- Problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo.
- Poca capacidad para enfrentar problemas y responsabilidades

Por tal motivo como futuro profesional en la Salud e involucrado en este Sistema se considero pertinente investigar más a fondo si las mujeres post parto presentan algún grado de estrés postraumático mediante una **Escala de Trauma de Davidson** y que factores fueron los desencadenantes que conllevaron a presentar este síndrome.

Debido al que el síndrome de estrés postraumático aparece con mayor frecuencia tras una cesárea urgente, siendo menor la incidencia si la cesárea es programada surge el deseo de investigar “el grado de estrés postraumático en mujeres post cesáreas” valorada por la **Escala de Trauma de Davidson**; la investigación sustenta un alcance y límite; pacientes que fueron sometidas a cesárea urgentes y programadas en el hospital Verdi Cevallos Balda que estén cursando por un periodo de post parto; ya que este tipo de investigación es casi inexistente y finalmente presentar la existencia del síndrome con una confiabilidad aceptable, una frecuencia real, para su enfoque preventivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las dos últimas décadas toda una serie de investigaciones han comprobado que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático (SEPT).³

Este síndrome es un trastorno de ansiedad que empezó a ser estudiado a partir de la observación de las secuelas psicológicas que presentaban algunos veteranos de la guerra del Vietnam. En 1980 se incluyó por primera vez en la Clasificación de Enfermedades Mentales DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Americana³. A partir de la publicación de la DSM-IV comenzó a investigarse la posibilidad de que el parto fuese lo suficientemente traumático como para poder desencadenar un SEPT, posibilidad que ya había sido descrita por otros autores como la psicoanalista francesa Monique Bydlowski a partir de los años setenta con el nombre de "neurosis traumática postobstétrica".³

Es decir, con el cambio de definición de trauma en la DSM-IV se acepta que cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para madre y/o bebé y donde la madre haya vivido la amenaza con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un síndrome de estrés postraumático.³ Lo cierto es que con el aumento del intervencionismo obstétrico en las últimas décadas (incremento de cesáreas) muchísimas madres describen haber visto y sentido como se les hacía dicha intervención quirúrgica bajo el argumento de que había un "grave riesgo para la salud de su bebé o de ellas mismas de no hacerlo urgentemente".³ Por lo tanto se entiende que no es tan importante como haya sido el parto objetivamente ni cuan real haya sido el peligro ni que el bebé haya salido indemne del parto, sino el hecho de que durante el parto la madre haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo miedo, indefensión u horror.

³La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.

DELIMITACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

Se lo realizara en la Provincia de Manabí, cantón Portoviejo, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda que Comprende el Área de Hospitalización Gineco-obstetricia. Esta área cuenta con cinco cuartos, estos de acuerdo al grupo de pacientes ingresadas, alto riesgo, puerperio, hospitalización, postparto, post cesárea; Cuarto para especialidad ginecológica. En esta penúltima área que es la de postparto y post cesárea es donde se realizara la entrevista de las pacientes.

DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Cuáles son los factores que pueden predisponer al estrés post parto aplicando la escala de Davidson; en mujeres atendidas en el área Gineco-obstetricia en el Hospital “Verdi Cevallos Balda” julio -diciembre 2012?

OBJETIVOS

GENERAL.

Evaluar el estrés postraumático aplicando la escala de Davidson en mujeres que cursan el periodo post parto en el área de Gineco obstetricia del Hospital Provincial “Verdi Cevallos Balda” de julio a diciembre 2012.

ESPECÍFICOS

1. Determinar los factores sociodemograficos de la población a estudiar.
2. Determinar si las mujeres que cursaron la etapa de postparto de julio - diciembre 2012 presentaron trastornos de estrés postraumático mediante la Escala de Trauma de Davidson.
3. Determinar factores de riesgosde estrés postraumático en el post parto de pacientes ingresadas en el área de Gineco obstetricia.
4. Socializar los resultados con el personal del área en estudio y ejecutar un plan de educación para la prevención del estrés postraumático en el post parto.

MARCO TEÓRICO

En 1934, Hans Selye enunció por primera vez el concepto de Estrés. Desde aquel momento hasta la fecha, la concepción acerca del mismo ha ido evolucionando. Hoy, podemos definir el estrés como “los procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto.”⁴ El término TEPT comenzó a utilizarse sobre todo en EE.UU. hacia finales de los años 70 para describir los trastornos y los síntomas en los cuales el factor estresante tenía magnitudes “de naturaleza catastrófica”. Su origen respondió a una determinada realidad sociopolítica, dada la dificultad de ignorar el alto número de soldados norteamericanos de la guerra de Vietnam que sufrieron trastornos tras ella.⁵ Por otra parte, aunque el TEPT puede presentarse a cualquier edad, es más prevalente en adultos jóvenes debido a la naturaleza de las situaciones precipitantes.⁵

Se Refleja la interacción entre 3 factores el entorno, la manera como la persona percibe el entorno (función de la personalidad, experiencias previas, etc.) la percepción de los propios recursos de la persona para enfrentar las demandas del entorno. Esto provoca en el individuo dos tipos de respuesta: de afrontamiento o de huida: consecuentemente, el organismo se prepara para luchar o huir.

Ahora bien, cuando el individuo ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de “acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.” y como resultado de ello experimenta además tres clases de síntomas:⁶

⁴Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18.

⁵Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162)

⁶La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.

La reexperimentación persistente del evento traumático (p.ej., mediante sueños, recuerdos intrusos).

La evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma.

La disminución de la capacidad general de reacción (p.ej., reducción del interés en actividades significativas, incapacidad para sentir amor), y síntomas persistentes de activación aumentada (p.ej., dificultades para conciliar o mantener el sueño, ataques de ira).

Dichos síntomas pueden ser los siguientes:

Por la irrupción recurrente de pensamientos, sentimientos o imágenes relacionados con el hecho traumático

Sueños y pesadillas recurrentes que producen malestar

La sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático, que puede darse bajo la forma de flashbacks, episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones.

Reacciones fisiológicas o psicológicas intensas de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan o simbolizan el hecho traumático.

Es de destacar que cada nueva reexperimentación del hecho traumático provoca en el individuo una réplica de la reacción de estrés original frente al trauma, provocando así una retraumatización. De esta manera, el trauma se autoperpetúa. El individuo queda fijado en el tiempo y es continuamente reexpuesto al hecho traumático.

Síntomas de evitación bajo esta categorización se han agrupado dos tipos de síntomas:⁷

Los de evitación en sentido estricto, que incluyen el esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc. que recuerden el hecho traumático

Incapacidad para recordar aspectos significativos del hecho traumático reducción del interés o de la participación en actividades que le resultaban significativas

Sensación de desapego o enajenación o extrañamiento.

Reducción significativa de la vida afectiva, con incapacidad de experimentar sentimientos positivos.

Sensación de futuro desolador y desesperanza.

⁷La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.

El individuo desarrolla esta serie de síntomas en un aparente intento de resguardarse de las emociones intolerables, o bien evitando directamente los recordatorios del trauma, o bien anestesiándose emocionalmente, ya sea por medio de mecanismos disociativos o síntomas de amnesia, ya sea por medio de consumo de sustancias, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, etc.

Síntomas de hiperactivación también denominados de Hyperarousal⁷: Trastornos del sueño; Trastornos en la concentración; Irritación; Hipervigilancia; Respuesta de sobresalto exagerada.

El paciente está siempre en guardia en otro intento de permanecer a salvo de la reexposición al hecho traumático. El paciente traumatizado nunca se siente a salvo, por lo que es imprescindible la construcción de una buena alianza terapéutica como para que el paciente llegue a confiar en el clínico.⁸ Muchos de estos síntomas son a veces confundidos con otros trastornos, como el trastorno depresivo, de somatización, simulación, déficit de atención, personalidad borderline, antisocial, e incluso hasta con algún tipo de trastorno psicótico⁸

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:⁸

Agudo esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses. Crónico esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses. De inicio demorado esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Los criterios diagnósticos para el síndrome de estrés postraumático según la clasificación DSM-IV:⁹ La persona ha estado expuesta un acontecimiento traumático (en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más)

⁸La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.

⁹Wikinski, Silvia.- el tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones y esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional/Silvia Wikinski y Gabriela Jufe-la ed.la reimp.-buenos aires: medica panamericana, 2006.titulo cdd 616.89 pág.: 184-185.

acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.¹⁰

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:¹⁰ (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y el embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma) tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:¹⁰ (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás (6) restricción de la vida afectiva (p.ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) (7) sensación de un futuro desolador.

Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) ausentes antes del trauma, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:¹¹(1) dificultades

10Wikinski, Silvia.- el tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones y esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional/Silvia Wikinski y Gabriela Jefe-la ed.la reimp.-buenos aires: medica panamericana, 2006.titulo cdd 616.89 pág.: 184-185.

11Wikinski, Silvia.- el tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones y esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional/Silvia Wikinski y Gabriela Jefe-la ed.la reimp.-buenos aires: medica panamericana, 2006.titulo cdd 616.89 pág.: 184-185.

para conciliar o mantener el sueño (2) irritabilidad o ataques de ira, (3) dificultades para concentrarse, (4) hipervigilancia.,(5) respuestas exageradas de sobresalto.

En 1980 se incluyó por primera vez en la Clasificación de Enfermedades Mentales DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Americana y luego a partir de una publicación de la DSM-IV comenzó a investigarse la posibilidad de que el parto fuese lo suficientemente traumático como para poder desencadenar un SEPT, posibilidad que ya había sido descrita por otros autores como la psicoanalista francesa Monique Bydlowski a partir de los años setenta con el nombre de "neurosis traumática postobstétrica".¹¹ Es decir, con el cambio de definición de trauma en la DSM-IV se acepta que cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para madre y/o bebé y donde la madre haya vivido la amenaza con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un síndrome de estrés postraumático.¹¹ Lo cierto es que con el aumento del intervencionismo obstétrico en las últimas décadas muchísimas madres han experimentado algún grado de estrés tras el parto las que mayor incidencia presenta son aquellas madres que han sido cesareadas de urgencia. Por lo tanto se entiende que no es tan importante como haya sido el parto objetivamente ni cuan real haya sido el peligro ni que el bebé haya salido indemne del parto, sino el hecho de que durante el parto la madre haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo miedo, indefensión u horror.¹²

Los estudios han señalado que este síndrome afecta a entre el 1,5% y el 6% de las púerperas pudiendo presentar el síndrome incompleto hasta un 30% de las mujeres. Hasta la fecha no ha habido estudios que estimen la prevalencia del SEPT. La alta prevalencia del síndrome en los estudios nos hace pensar que el parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, en el que a nivel cerebral hay un escenario neurobiológico y hormonal específico preparado para la impronta y el inicio del vínculo con el bebé, que hace que los eventos que transcurren durante el parto y las

¹²Catalogación por la Biblioteca de la OMS; Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1 ISSN 1020-6760 cap. 1-2 pág.; 10,11,12,13,16 cap. 2 pag:29,30,37,39,41,43,44,cap3 pag,49,59,61,66.

primeras horas del puerperio puedan quedar vívidamente grabados en la memoria consciente, tanto si son positivos como si son traumáticos.¹² Los factores desencadenantes que conllevan a presentar un estado de estrés postraumático como: Tras una cesárea urgente ya sea (preeclampsia, eclampsia, parto prematuro, etc....) Madres de bebés prematuros o gravemente enfermos tras el parto, madres con trastornos de ansiedad en el embarazo o que ya han tenido otras vivencias traumáticas previas (como haber vivido situaciones de violencia doméstica o de otro tipo) también tienen un mayor riesgo de sufrir las secuelas de un parto traumático, bajo nivel socioeconómico y educativo, tensión social, problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo, poca capacidad para enfrentar problemas y responsabilidades

El síndrome de estrés postraumático conlleva un sufrimiento importante para las madres que lo padecen, afecta a la relación de la mujer con su bebé y con su pareja altera muy especialmente la relación con los profesionales sanitarios que atienden a la madre.¹³ Sin ser diagnosticado ni tratado puede persistir durante meses y años, afectando negativamente a la fertilidad o condicionando a veces la conducta de la mujer en sucesivos embarazos y partos.¹⁴ Tiene unos síntomas propios diferentes de la depresión postparto, aunque algunas madres pueden presentar los dos trastornos. Los síntomas pueden durar meses o años.¹⁴

El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información médica sobre sus partos de manera obsesiva ("obsesión y monotema") Muchas madres sentían que necesitaban hablar de sus partos una y otra vez y algunas se encuentran meses después del parto buscando información obstétrica en Internet para entender que les pasó.¹⁵

¹³<http://womenshealth.gov/faq/depressionpregnancy>.

¹⁴Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162)

Se sienten enfadadas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión. El SEPT dificulta la relación de las madres con los profesionales sanitarios enormemente, punto sobre el que volveremos más adelante.¹⁵

Su experiencia de la maternidad se ve muy afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras.¹⁵ El síndrome puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.¹⁶ A menudo este malestar hace que la mujer se muestre tremendamente enfadada, aislada o arisca, tanto con los que le rodean como con los profesionales, y que parezca obsesionada con todo lo que rodea la atención al parto (puede escribir cartas a los profesionales que le atendieron, buscar información obsesivamente o planear un nuevo embarazo cuando su bebé apenas tiene unas semanas de vida).¹⁶

Todo este malestar psíquico a menudo no se exterioriza con lo que en la mayoría de los casos tampoco se diagnostica ni se trata.¹⁶

Los síntomas del síndrome de estrés postraumático suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten meses o años.¹⁶

Un fenómeno bastante típico es la reactivación de los síntomas en el siguiente embarazo. En algunos casos aparece entonces lo que se conoce con el nombre de "tocofobia" o pánico al parto. Se trata de mujeres que desean evitar a toda costa una experiencia traumática como la anterior, lo que a veces les lleva a solicitar una anestesia general o una cesárea programada.¹⁶

Muchas pasan el segundo embarazo obsesionadas con el siguiente parto. Algunos estudios han demostrado que con una adecuada intervención psicológica conjunta (psicóloga y matrona) más de la mitad de las madres que pedían una cesárea programada por pánico al parto anterior.¹⁶

15Catalogación por la Biblioteca de la OMS; Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1 ISSN 1020-6760 cap. 1-2 pág.; 10,11,12,13,16 cap. 2 pag:29,30,37,39,41,43,44,cap3 pag,49,59,61,66.

Los profesionales que acompañan a la mujer en el parto por cesárea tienen un papel crucial en la prevención del sufrimiento psíquico en el postparto. Si consiguen que a pesar de la intervención quirúrgica la mujer sea en todo momento protagonista de su parto, si facilitan el contacto madre hijo lo antes posible, y si además ofrecen un apoyo cercano y un asesoramiento correcto en el inicio de la lactancia, las repercusiones posteriores serán menos dramáticas.¹⁷ El trato que recibe la parturienta por parte de los profesionales que le atienden influye enormemente en su percepción del parto y puede ser un factor crítico tanto en la prevención como el desencadenamiento del síndrome de estrés postraumático. Por ello de cara a prevenir o minimizar el malestar psicológico en el puerperio los profesionales deben actuar de la siguiente forma durante el embarazo: Se recomienda ser especialmente cuidadosos en la transmisión de cualquier información “negativa” sobre el estado de salud de la madre o del bebé.¹⁶ En los últimos años se ha demostrado como el estrés materno durante el embarazo puede afectar al desarrollo cerebral del bebé y nada estresa más a una embarazada que recibir información sobre posibles malformaciones o problemas relacionados con la salud de su bebé.¹⁸ Cualquiera de estas informaciones debe de ser en primer lugar contrastadas y en segundo lugar comunicadas en un entorno adecuado, procurando que la mujer esté acompañada de su pareja o un familiar que le pueda explicar si ella en un momento de nerviosismo no entiende la información recibida¹⁷. Especial atención merecen las mujeres que expresan miedo intenso al parto, máxime si ya han parido con anterioridad. En estos casos es conveniente permitir expresión emocional, escuchar la historia previa e indagar y profundizar en los miedos y las posibles razones subyacentes. Si él o la profesional tienen la capacidad de escuchar en detalle y empáticamente el relato del parto anterior esa escucha ya puede producir un alivio considerable si la mujer siente que sus miedos van a ser tenidos en cuenta por el profesional que le atenderá.¹⁹

No se recomienda minimizar los miedos diciendo simplemente “no te preocupes” o “los profesionales sabrán lo que tienen que hacer”.¹⁹

16Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162)

17Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162)

Las mujeres que ya han sufrido violencia o que relatan una historia de eventos muy traumáticos en el pasado son más vulnerables.¹⁹

Durante el parto indudablemente la prevención primaria del sufrimiento psicológico por el parto traumático consiste en evitar todas las cesáreas o intervenciones innecesarias, hasta llegar a las tasas que aconseja la Organización Mundial de la Salud. Especialmente importante parece respetar que el derecho de la mujer a estar acompañada en todo momento en el parto por alguien de su confianza y elección. Esto resulta especialmente importante si el parto ha de ser intervenido de una u otra forma. El tener un acompañante que le tranquilice y le dé ánimos previene considerablemente el miedo y la indefensión que favorecen el SEPT.

Garantizar ambiente de respeto y confianza durante la intervención: procurar no hablar de ninguna otra cosa que el nacimiento y explicar a la madre o a su acompañante lo que sucede en cada instante.²⁰

Si la situación lo permite se puede ofrecer a la madre unos momentos de silencio antes de empezar la intervención si ella lo desea para poder meditar o rezar a solas o con su pareja. Animar a la madre a que hable con su bebé, explicándole lo que va a suceder; esto le permitirá estar más tranquila y confiada durante la intervención.²⁰

Preguntar a la madre si necesita que alguien sujete su mano, acaricie su pelo o le hable en voz baja durante la intervención para estar más tranquila. Permitir la presencia del padre o acompañante si la madre así lo desea y siempre que sea posible.²⁰ Cuando es preciso utilizar la anestesia general aún es más importante la presencia del padre en el nacimiento, así él podrá recibir al bebé y contar los detalles de la intervención a la madre.²⁰ Procurar que todos los goteros e instrumentos sean colocados en un solo brazo, lo que permitirá a la madre tener el otro brazo libre para abrazar a su bebé y darle de mamar.²⁰ Bajar la sábana que aísla el campo operatorio en el momento en que sale el bebé para que la madre lo pueda ver.²⁰ En ese instante en que nace, mantener silencio y animar a la madre a que hable, para que lo primero que escuche el bebé sea su voz. Favorecer contacto piel con piel inmediatamente, y que la primera piel humana que toque al bebé sea la de su madre.²⁰ Algunas mujeres han amamantado incluso mientras les cosían la herida de la cesárea.

Todo son ventajas: la lactancia favorece que el útero deje de sangrar antes y dar de mamar en la primera hora del nacimiento asegura que la lactancia no se verá afectada por las rutinas que implica la recuperación de la cesárea.²⁰

Un aspecto crucial en la prevención del síndrome es evitar la separación madre-bebé. Cuando una madre es separada de su bebé nada más nacer sus peores pesadillas se hace realidad. Muchas mujeres pasaron horas en salas de reanimación o de despertar sin saber pensando que su bebé estaba muy grave o incluso sin saber si estaba vivo o muerto¹⁸. Toda esa angustia es altamente yatrogénica y traumática y puede desencadenar el síndrome por sí misma. La separación además favorece el extrañamiento y la desconexión maternos y entorpece el vínculo, amén de las graves consecuencias que puede tener para la salud del bebé.²¹

Por eso es crucial en primer lugar evitar la separación madre bebe ahora que existe abundante evidencia científica que corrobora lo dañino de la separación para la salud del bebé y también para el estado emocional materno.²¹ Si la separación es absolutamente imprescindible hay que mantener a la madre totalmente informada de cómo y dónde se encuentra su bebé garantizándole que se les reunirá en cuanto sea posible. Si el estado de conciencia de la madre es oscilante por efecto de los anestésicos utilizados durante la intervención conviene repetir esa información cada vez que la madre se despierte. Permitir que el padre esté con el bebé.²¹

Durante la estancia hospitalaria preguntar a la madre y al padre si necesitan hablar con el médico que les atendió y resolver cualquier duda o solicitar el historial si es preciso. Ante una madre que en los meses que siguen al parto se muestra reticente a hablar con los profesionales o se muestra colérica o enfadada con estos (enfermería, Pediatra, etc.) Sospechar SEPT tras el parto y ofrecer escucha sin juzgar, intentando entender porque para esa mujer es tan difícil confiar en los profesionales.¹⁹

18Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18.

19Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18.

El apoyo a la lactancia también es crítico para la recuperación del síndrome, ya que el fracaso en la lactancia suele conllevar un empeoramiento de los síntomas en algunas madres y una mayor sensación subjetiva de “fracaso” o culpa. Favorecer el que la madre acuda a grupos de lactancia o crianza donde pueda expresar sus sentimientos y recibir apoyo de otras madres.²²

Tratamiento ante una mujer que expresa o verbaliza malestar por cómo fue su parto el profesional debe: Ofrecer escucha empática. Lo peor que se puede decir en estos casos es minimizar el dolor de la madre diciéndole “de que te quejas si tienes un bebé sano”. Por el contrario una escucha empática, sin juzgar, intentando comprender porque ese parto resultó traumático para esa mujer ya puede ser una intervención terapéutica.²²

Ofrecer toda la información disponible, tanto sobre como fue el parto como sobre la posibilidad de que la madre sufra un estrés postraumático, desculpabilizando y ofreciendo psicoeducación. A menudo la madre tiene “lagunas”, partes del parto que no recuerda o detalles que no comprendió cuando le fueron explicados. El poder revisar el historial del parto con la ayuda de la matrona o del ginecólogo puede suponer un alivio considerable.²² Animar expresión de sentimientos en contexto adecuado. Es relativamente frecuente que las madres que han tenido un parto traumático y que presentan síntomas de estrés postraumático intenten contar a sus allegados como se sienten y que estos se sientan abrumados o desbordados por la intensidad emocional del relato, con lo cual a veces la madre que busca apoyo y comprensión encuentra justo lo contrario. Por todo ello conviene recomendar a la madre que exprese sus sentimientos en grupos de autoayuda o con profesionales que le puedan ayudar y escuchar y que evite el continuar hablando de sus sentimientos con familiares o amigos que le hayan mostrado su dificultad para ayudarla en este proceso.²² Apoyo extra a lactancia: considerar siempre la lactancia materna como una herramienta de empoderamiento y terapéutica. Recordar que es compatible con psicofármacos²² Ante una mujer que presenta un SEPT completo buscar ayuda terapéutica profesional de salud mental experto en la materia.²²

La Escala de Trauma de Davidson fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16).²⁰

Consta de 17 ítems, los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior.²¹ Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala.²⁴ La escala es autoadministrada y el marco de referencia es la semana anterior. Se encuentra validada en nuestro medio por Bobes y cols. La versión que presentamos es de este mismo autor.²⁴ Su utilidad reside en la valoración de la gravedad y frecuencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático y en la valoración de la respuesta al tratamiento, ya que se ha mostrado sensible al cambio a lo largo del tiempo.²² El rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136. A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia.²⁵ Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.²⁵

20La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.

21La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.

22La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.

VARIABLES

Variable independiente: mujeres en el post parto ingresadas en el área Gineco obstetricia

Variable dependiente: evaluación de estrés post traumático según la escala de trauma de Davidson.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Mujeres en posparto ingresadas en el área de Gineco- obstetricia.

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Mujeres en posparto ingresadas en el área de Gineco- obstetricia.	Características demográficas	Edad	14-20 años 21-25 años 26-35 años 36 años y más
		Nivel educativo	Ninguno Primaria Secundaria Superior
		Residencia	Urbana Urbana marginal Rural
		Convivencia	Sola Pareja Con familiares
	Factores de riesgo	Violencia intrafamiliar	SI – NO
		Antecedentes Gineco –obstétricos:	0

		Gestaciones	1 2 o más
		Partos	0 1 2 o más
		Cesáreas	0 1 2 o más
		Abortos	0 1 2 o más
		El parto anterior se dio de manera	Vaginal Cesárea programada Cesárea de emergencia
		Periodo intergenesico	<1 año >1 año
		Embarazo accidental	SI-NO
		Hábitos	Tabaco Alcohol
		Condiciones del niño al nacer	Vivo sano Vivo pero en termocuna

		Maltrato durante el parto Vivencia traumática durante el embarazo	Enfermo Muerto SI-NO SI-NO
--	--	--	---

Evaluación del estrés postraumático según la escala de Trauma de Davidson.

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Es un tipo de trastorno de ansiedad que puede ocurrir después de que uno ha observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte	Evaluación del estrés postraumático según la escala de Davidson	Escala autoadministrada de Trauma de Davidson (17 ítems)	1: ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del Acontecimiento? 2: ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento? 3: ¿Ha sentido que el acontecimiento

			<p>estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?</p> <p>4: ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?</p> <p>5: ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)</p> <p>6: ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?</p> <p>7: ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el Acontecimiento?</p>
--	--	--	--

			<p>8: ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?</p> <p>9: ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?</p> <p>10: ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?</p> <p>11: ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?</p> <p>12: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?</p> <p>13: ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?</p> <p>14: ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?</p>
--	--	--	--

			<p>15: ¿Ha tenido dificultades de concentración?</p> <p>16: ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?</p> <p>17: ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?</p>
--	--	--	--

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo y prospectivo.

Esta investigación es una experiencia que se obtuvo a través de la observación directa, la técnica que se emplea es la encuesta o cuestionario.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las mujeres que fueron sometidas a cesárea y parto en el Hospital Verdi Cevallos Balda durante el periodo establecido y que estén cursando la etapa de 24 horas post parto y 48 horas post cesárea que aceptaron de manera voluntaria someterse al test.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Aquellas mujeres cesareadas siendo seleccionadas al azar, no acepten someterse al test.
- Pacientes las cuales previamente hayan sido diagnosticadas por un criterio definitivo de enfermedades con compromiso de estrés postraumático o enfermedades mentales previas
- Pacientes que tengan antecedentes de drogadicción

UNIVERSO Y MUESTRA

1362 mujeres que fueron sometidas a cesárea y parto en el Hospital Verdi Cevallos Balda durante el periodo de julio a diciembre 2012 y que estén cursando la etapa de 24 horas post parto y 48 horas post cesárea.

La muestra alcanza un total de 227 pacientes, promedio que se obtuvo durante el mes de diciembre del 2012, en número de 100 pacientes que aceptaron voluntariamente someterse al test 50 mujeres post parto y 50 mujeres post cesárea.

TÉCNICA

Esta investigación es una experiencia que se obtuvo a través de la observación directa, entrevista y encuesta.

AREA DE ESTUDIO

Se lo realizo en la Provincia de Manabí, cantón Portoviejo, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda que Comprende el Área de Hospitalización Gineco-obstetricia. Esta área cuenta con cinco cuartos, estos de acuerdo al grupo de pacientes ingresadas, alto riesgo, puerperio, hospitalización, postparto, post cesárea; Cuarto para especialidad ginecológica. En esta penúltima área que es la de postparto y post cesárea es donde se realizo la entrevista de las pacientes.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE DIAGNOSTICO:

Escala de trauma de Davidson (ANEXO 1)

FICHA DE ENCUESTA:(ANEXO 2)

Consta de preguntas donde se evaluarán datos que constan en las variables y que permitan el alcance de objetivos.

FUENTES DE DATOS.

- Las fuentes primarias la constituyen las involucradas.
- Las fuentes secundarias se utilizarán como textos, revistas e Internet.
- El cuestionario se diseñará de acuerdo al problema, objetivos, relativo al tema de investigación.

METODOLOGÍA: descriptivo y prospectivo.

Esta investigación es una experiencia que se obtendrá a través de la observación directa, la técnica que se emplea es la encuesta o cuestionario.

RECURSOS:

INSTITUCIONALES

- Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

RECURSOS HUMANOS

Usuarios:

- **Investigador:** Víctor Manuel Aguayo Zambrano
- **Personal que conforma el tribunal de seguimiento,** análisis, evaluación y Calificación de tesis.
- Dr. Fidel Mendoza (**Director de Tesis**)
- Lcda. Gina Calderón (**presidenta del tribunal**)
- Lcda. Victoria Santana (**miembro del tribunal**)
- Dr. Roberth Loor Marquinez (**miembro del tribunal**)

RECURSOS FÍSICOS

- Papel bond
- Bolígrafo
- Lapiceros
- Computadora
- Internet
- Dispositivo USB
- Tinta de impresora
- Cámara digital
- Teléfono
- Textos
- Revistas
- Tarjeta telefónicas
- Transporte

ECONÓMICOS

PRESUPUESTO DEL PROYECTO DE TESIS

ITEMS VALOR	UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0.05	300	15.00
Horas de Internet	0.85	100	85.00
Revistas científicas	12.00	2	24.00
Refrigerio	2.00	100	200.00
Impresión. Colores	0.70	50	35.00
Impresión B/N	0.40	90	36.00
CD	1.75	4	7.00
Papel bond	0.02	500	10.00
Bolígrafo	0.25	3	0.75
Lápiz de papel	0.35	2	0.70
Computadora	500.00	1	500.00
Dispositivo USB	14.00	1	14.00
Tinta de impresora	65.00	4	260.00
Cámara digital	150.00	1	150.00
Textos		9	
Tarjeta telefónicas	3.00	15	45.00
transporte			30.00
Imprevistos			30.00
TOTAL			1442.45

TRABAJO DE CAMPO.

- El trabajo de campo se realizara con la colaboración del Líder de Servicio de Ginecología y Obstetricia
- Organización, y análisis de la información.
- Revisión crítica de la información recolectada.
- Codificación de la información, se lo hará en un sistema de computación.
- Tabulación de los datos, estarán tabulados mediante una base de datos computarizada y el programa Excel 2010

TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo estimado es aproximadamente de “julio - diciembre 2012”.

ANALISIS DE DATOS.

Para el análisis de los datos obtenidos se realizo una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones.

Para determinar el grado de estrés postraumático se lo hizo mediante el test de trauma de Davidson y sus resultados se basara al diagnostico del test.

Para determinar los factores desencadenantes se recogió los datos a través de una ficha de recolección de los mismos.

Con cada una de las variables se estableció sus totales en frecuencia y su valor porcentual.

Casos negativos y casos positivos, sus totales en el tiempo de estudio y de esta manera se establecieron con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

TABULACION.

Se lo realizó primeramente en forma manual y posteriormente se analizaron con las sub-rutinas del programa Excel 2010.

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Para la presentación de los resultados de esta investigación se utilizo tablas en base a los datos de las variables recogidos y luego fueron graficadas en columnas 3D.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron realizados en computadora Pentium IV y Se utilizo el procesador de textos del Office 2010 para Windows que permitió el hallazgo de medidas de resumen como el porcentaje y la media aritmética.

Los resultados se expresan en tablas estadísticas.

CONSIDERACIONES ETICAS

La realización del estudio se hizo efectuada en todo momento de acuerdo a las normas de buena práctica clínica con plena aceptación de las normas éticas vigentes. Que han mantenido la confidencialidad de los datos según la Ley de Protección de Datos vigente.

Se explico el objetivo y las razones del estudio como medida de protección; de manera que no se vea amenazada la integridad, estado físico, intelectual y emocional de las pacientes que colaboraron a realización de esta investigación.

Asimismo, el protocolo será revisado, aprobado y tutelado por el **Personal que conforma el tribunal de seguimiento**, análisis, evaluación y Calificación de tesis.

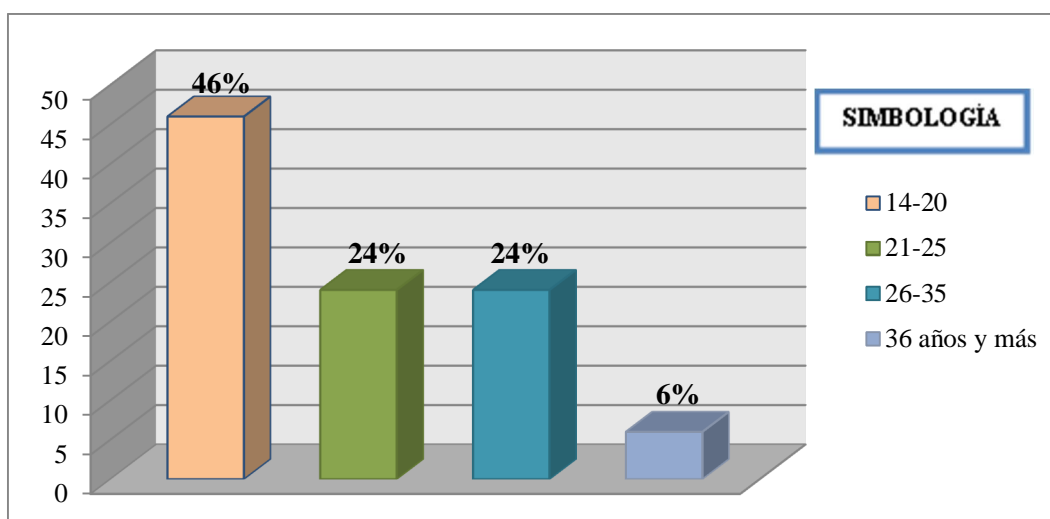
El investigador obtuvo de cada informe de consentimiento para este estudio; fechado y firmado antes de la inclusión en el estudio. La información será manejada confidencialmente la persona que realiza el presente estudio, con el fin de evitar problemas legales.

CUADRO: 1

Distribución por edad de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica
Del Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio -diciembre 2012.

No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	14-20	46	46
2	21-25	24	24
3	26-35	24	24
4	36 años y más	6	6
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea de muestran que el mayor porcentaje según la edad se dio entre los 14-20 años con el 46%; 21-25 años y 26-35 años con el 24% ; 36 años y más con el 6 %.

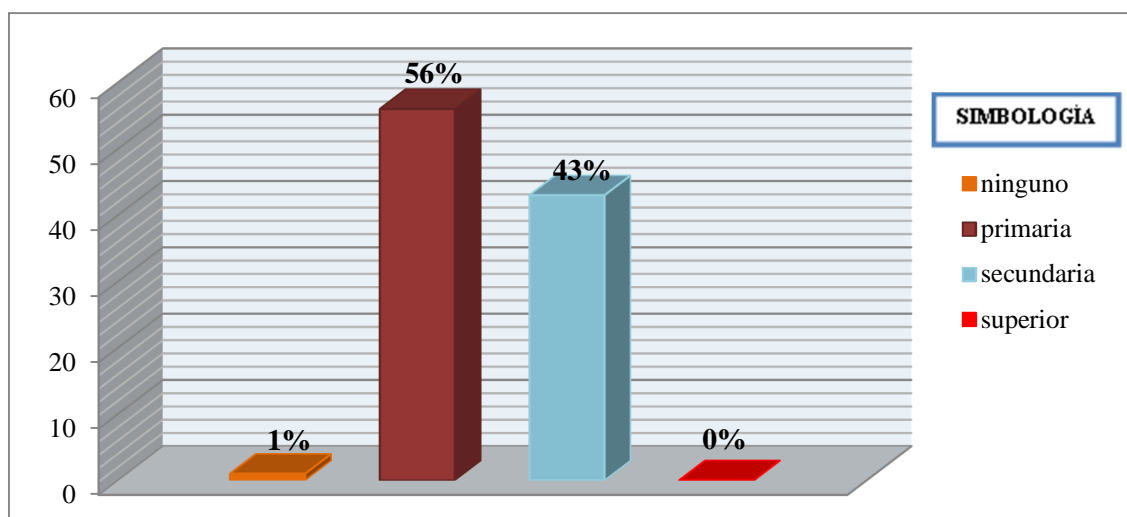
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas están en la etapa de la adolescencia y la etapa de adultez.

CUADRO: 2

Distribución por nivel de instrucción de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio -diciembre 2012.

No.	NIVEL DE INSTRUCCION	F	(%)
1	Ninguno	1	1
2	Primaria	56	56
3	Secundaria	43	43
4	Superior	0	0
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea de muestran que el mayor porcentaje según el nivel de instrucción dio el mayor porcentaje el nivel primaria con el 56%; secundaria con el 43%; ningún nivel educativo 1 % y el nivel superior no presento porcentaje.

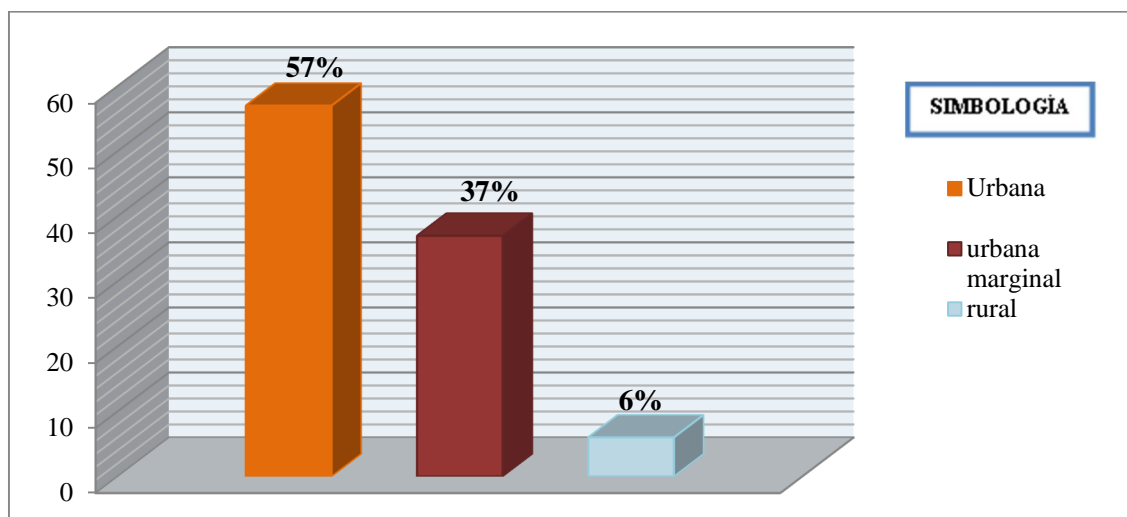
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas saben leer y escribir por haber cursado la primaria, y otras avanzando un nivel educativo hasta el colegio, pero no alcanza ninguna una profesión.

CUADRO: 3

Distribución según la procedencia de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio -diciembre 2012.

No.	PROCEDENCIA	F	(%)
1	Urbana	57	57
2	Urbana marginal	37	37
3	Rural	6	6
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea de muestran que el mayor porcentaje según la procedencia el mayor porcentaje se dio para la población urbana con el 57%; urbana marginal con el 37%; y para la población rural con el 6%.

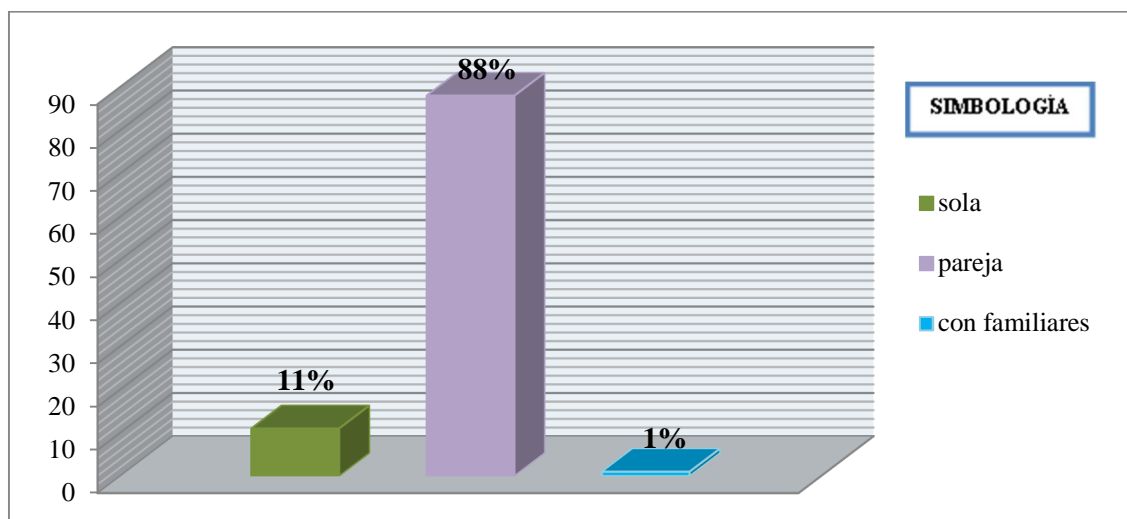
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas viven en la zona urbana y que estas están más expuestas a que presenten cualquier patología estresante en relación a la de zonas rurales ya que la vida diaria es más tranquila.

CUADRO: 4

Distribución según la convivencia de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio-diciembre 2012.

No.	CONVIVENCIA	F	(%)
1	Sola	11	11
2	Pareja	88	88
3	Con familiares	1	1
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea de muestran que el mayor porcentaje según la convivencia el mayor porcentaje se dio para las mujeres que viven con sus parejas con el 88%; las que viven solas con el 11%; y las que viven con familiares con el 1%.

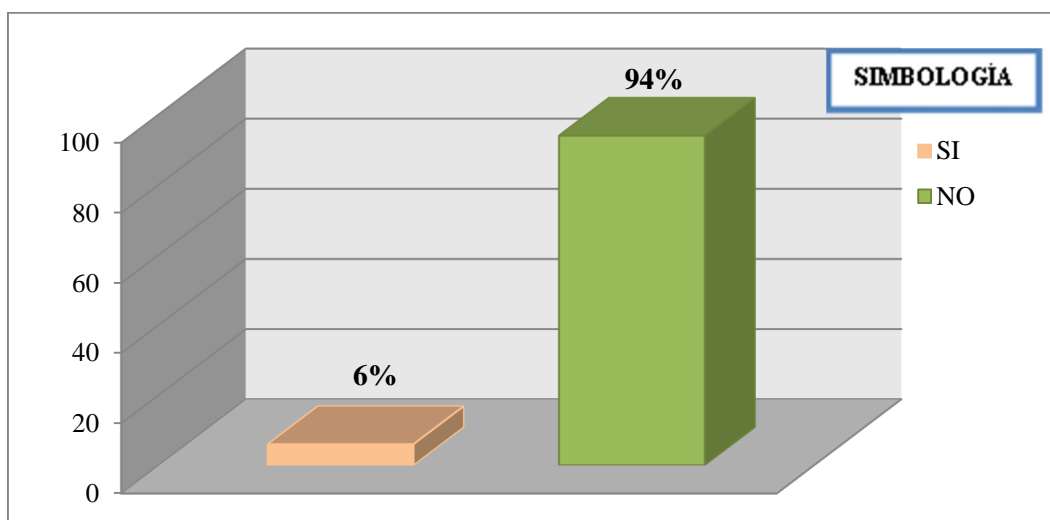
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas conviven con su pareja pero sin embargo esto no deja de ser motivo para que no llegaran a presentar una situación estresante.

CUADRO: 5

Distribución según la violencia intrafamiliar de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda Julio-diciembre 2012.

No.	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	F	(%)
1	SI	6	6
2	NO	94	94
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea según la violencia intrafamiliar el mayor porcentaje fueron para el NO con el 94% y para el SI tan solo con el 6%.

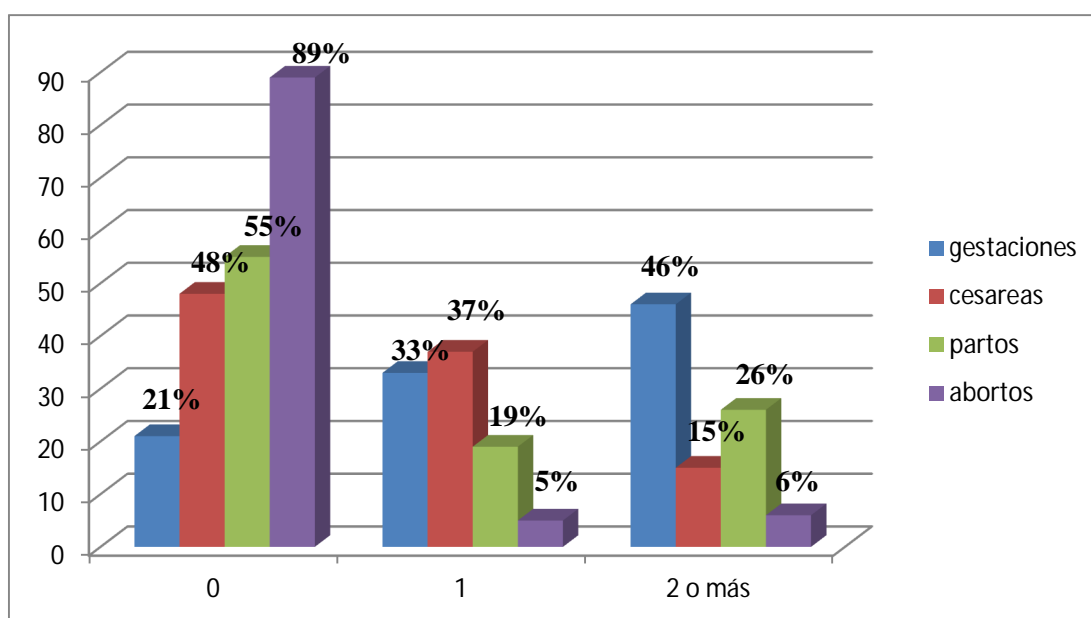
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas viven libres de la violencia dentro de la familia.

CUADRO: 6

Distribución de antecedentes Gineco-obstétricos de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda Julio-diciembre 2012.

Antecedentes Gineco-obstétricos	0	1	2 o más
Gestaciones	21	33	46
Cesáreas	48	37	15
Partos	55	19	26
abortos	89	5	6

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

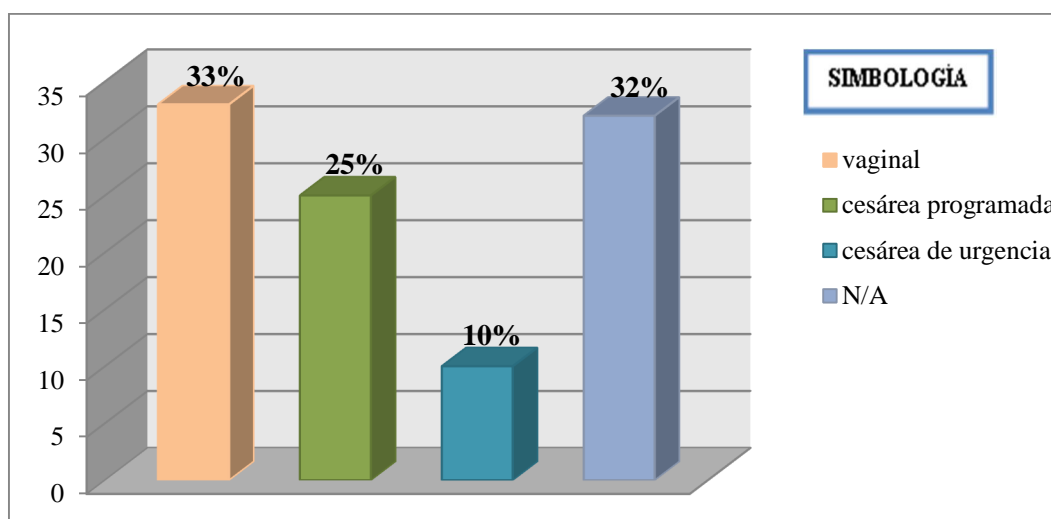
Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto (50) y post cesárea (50) según los antecedentes Gineco-obstétricos los mayores porcentajes se dieron: gestaciones 46% (2 o más); cesáreas 48% fue para (0); partos 55% para (0); y el 89% de las pacientes no presentaron ninguno. Por lo que podemos analizar que la mayor parte de las encuestadas ya habían cursado por un embarazo anterior.

CUADRO: 7

Distribución según el tipo de parto de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio -diciembre 2012.

No.	PARTO ANTERIOR	F	(%)
1	Vaginal	33	33
2	Cesárea programada	25	25
3	Cesárea de urgencia	10	10
4	N/A	32	32
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea dentro de los antecedentes Gineco-obstétricos según como se dio el parto anterior el mayor porcentaje fue para el parto vaginal con el 33%; N/A con el 32%; cesárea programada con el 25 %; cesárea de urgencia 10%.

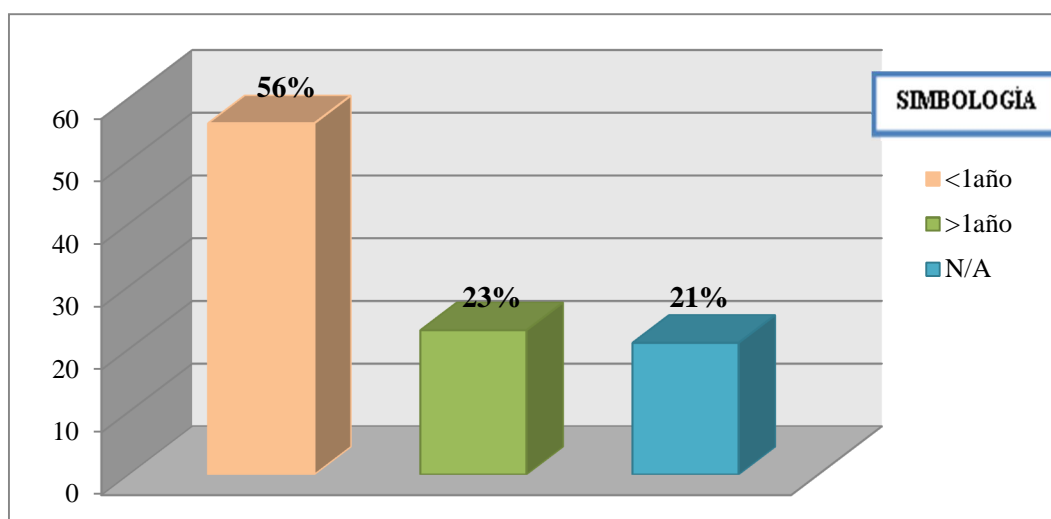
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas se realizaron una cesárea programada por el temor de presentar algún trauma en el momento del parto vaginal.

CUADRO: 8

Distribución según el periodo intergenesico de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda Julio -diciembre 2012.

No.	PERIODO INTERGENESICO	F	(%)
1	<1año	56	56
2	>1año	23	23
3	N/A	21	21
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea dentro de los antecedentes Gineco-obstétricos según el PERIODO INTERGENESICO el mayor porcentaje fue para menor a un año con el 56%; N/A con el 21%; mayor a un año con el 23 %.

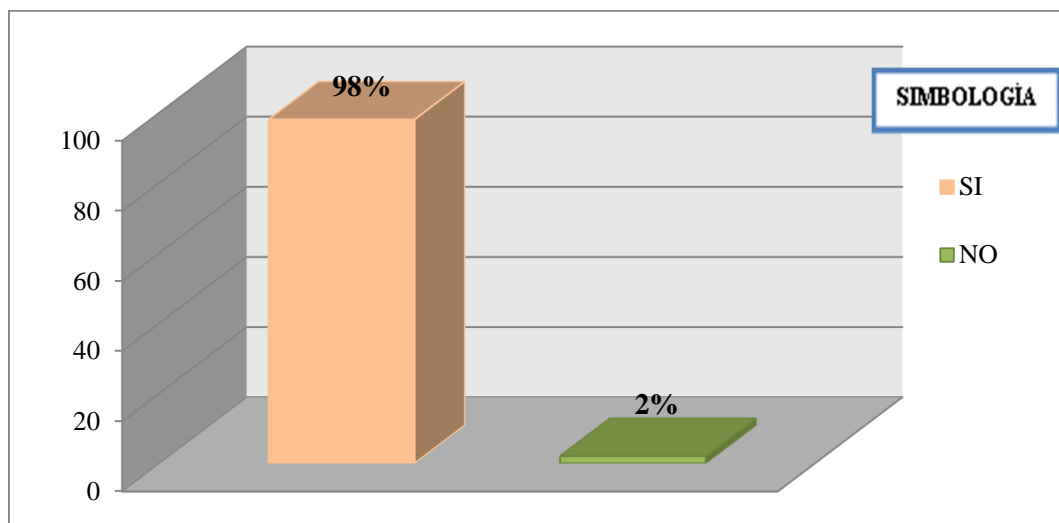
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas salieron casi inmediatamente embarazadas.

CUADRO: 9

Distribución de planificación del embarazo de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda Julio -diciembre 2012.

No.	EMBARAZO FUE ACCIDENTAL	F	(%)
1	SI	98	98
2	NO	2	2
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea según si el EMBARAZO FUE ACCIDENTAL el mayor porcentaje fue para el SI con el 98%; NO con el 2%.

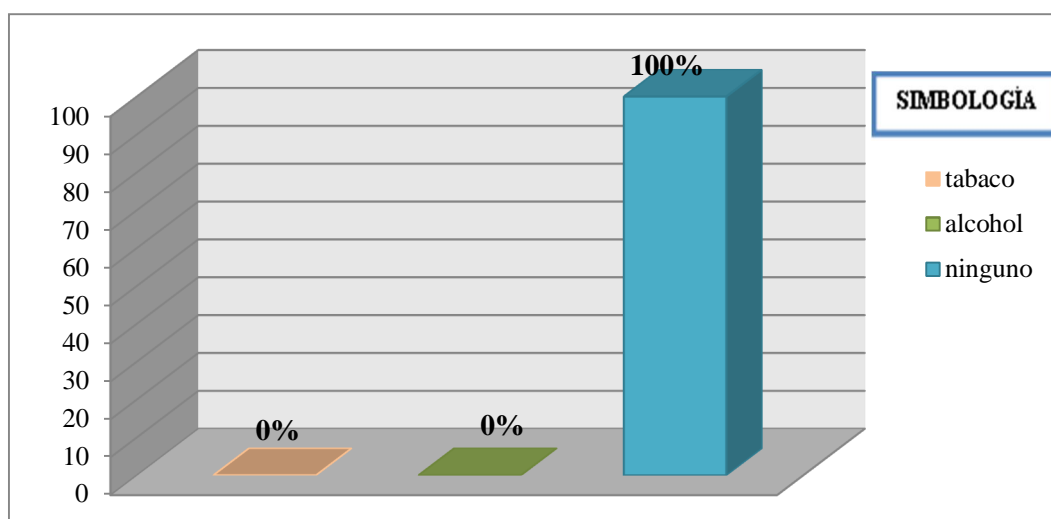
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas no planearon el embarazo con eso se compara la alta frecuencia con el periodo intergenésico menor a un año.

CUADRO: 10

Distribución según hábitos de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda Julio -diciembre 2012.

No.	HÁBITOS	F	(%)
1	Tabaco	0	0
2	Alcohol	0	0
3	Ninguno	100	100
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea según HÁBITOS el mayor porcentaje fueron para ninguno siendo este el 100%.

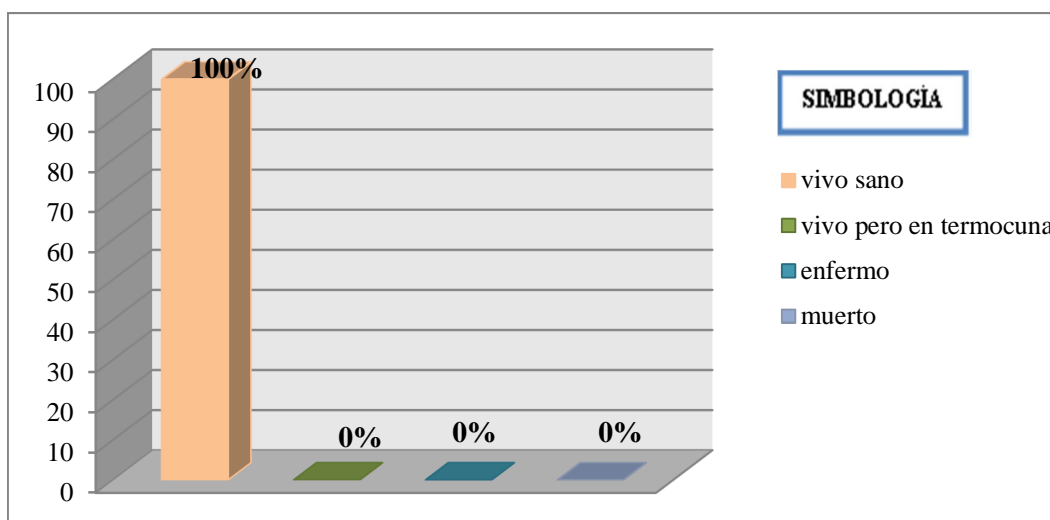
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas no tienen dependencia.

CUADRO: 11

Distribución según condiciones del niño al nacer de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda Julio -diciembre 2012.

No.	CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER	F	(%)
1	Vivo sano	100	100
2	Vivo pero en termocuna	0	0
3	Enfermo	0	0
4	muerto	0	0
TOTAL		100	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea según CONDICIONES DEL NIÑO AL NACER el mayor porcentaje fueron para vivo sano siendo este el 100%.

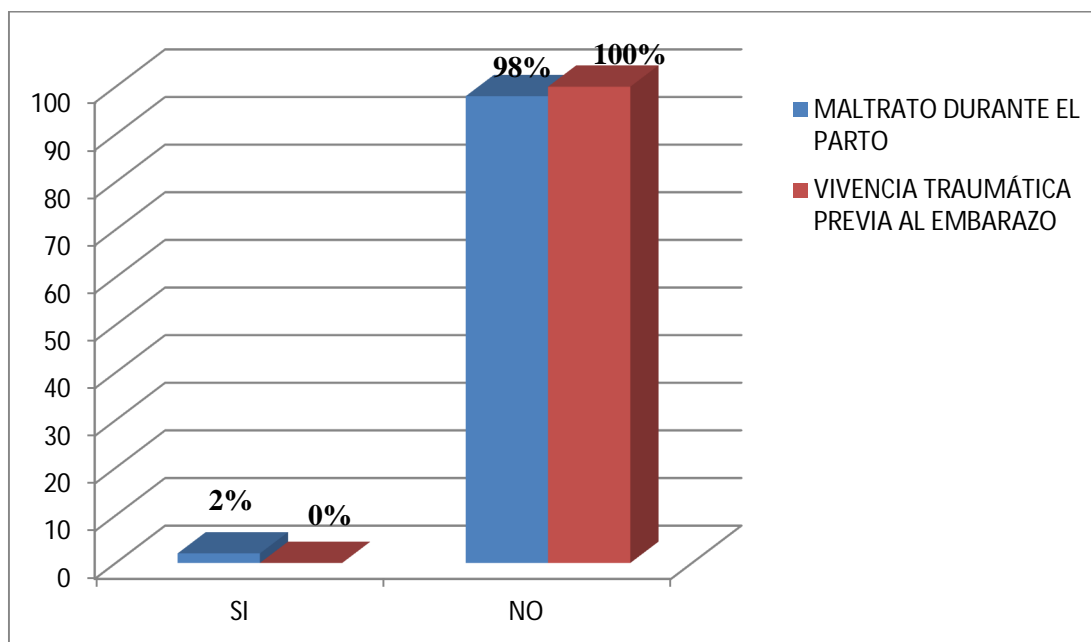
Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas no presento ninguna anomalía su bebe al nacer.

CUADRO: 12

Distribución según maltrato durante el parto de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica del Hospital Verdi Cevallos Balda Julio -diciembre 2012.

	MALTRATO DURANTE EL PARTO	VIVENCIA TRAUMÁTICA PREVIA AL EMBARAZO
SI	2	0
NO	98	100

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: el investigador Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron encuestadas en la sala de post parto y post cesárea según MALTRATO DURANTE EL PARTO el mayor porcentaje fueron para el NO con un 98% y según VIVENCIA TRAUMÁTICA PREVIA AL EMBARAZO el mayor porcentaje fueron para el NO con un 100%.

Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas recibieron atención de calidez.

CUADRO: 13

Aplicación de la escala de trauma de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica en el Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio-diciembre 2012.

ITEMS	CESÁREA (50 PACIENTES)									
	Frecuencia					Frecuencia %				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	1	44	5	0	0	2%	88%	10%	0%	0%
2	17	32	0	1	0	34%	64%	0%	2%	0%
3	18	31	0	1	0	36%	62%	0%	2%	0%
4	33	17	0	0	0	66%	34%	0%	0%	0%
5	12	36	2	0	0	24%	72%	4%	0%	0%
6	39	9	2	0	0	78%	18%	4%	0%	0%
7	39	11	0	0	0	78%	22%	0%	0%	0%
8	37	11	2	0	0	74%	22%	4%	0%	0%
9	32	18	0	0	0	64%	36%	0%	0%	0%
10	42	8	0	0	0	84%	16%	0%	0%	0%
11	21	27	2	0	0	42%	54%	4%	0%	0%
12	42	8	0	0	0	84%	16%	0%	0%	0%
13	11	31	6	2	0	22%	62%	16%	0%	0%
14	20	30	0	0	0	40%	60%	0%	0%	0%
15	31	19	0	0	0	62%	38%	0%	0%	0%
16	46	4	0	0	0	92%	8%	0%	0%	0%
17	34	15	1	0	0	68%	30%	2%	0%	0%

FRECUENCIA

0= NUNCA

1= A VECES

2=2-3 VECES

3= 4-6 VECES

4= A DIARIO

Aplicación de la escala de trauma de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica en el Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio-diciembre 2012.

ITEMS	CESÁREA (50 PACIENTES)									
	GRAVEDAD					GRAVEDAD %				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	1	39	9	1	0	2%	78%	18%	2%	0%
2	17	28	4	0	1	34%	56%	8%	0%	2%
3	20	29	0	0	1	40%	58%	0%	0%	2%
4	33	17	0	0	0	66%	34%	0%	0%	0%
5	12	35	3	0	0	24%	70%	6%	0%	0%
6	39	9	2	0	0	78%	18%	4%	0%	0%
7	40	9	1	0	0	80%	18%	2%	0%	0%
8	37	10	3	0	0	74%	20%	6%	0%	0%
9	32	17	1	0	0	64%	34%	2%	0%	0%
10	43	7	0	0	0	86%	14%	0%	0%	0%
11	21	25	4	0	0	42%	50%	8%	0%	0%
12	42	7	1	0	0	84%	14%	2%	0%	0%
13	11	31	6	2	0	22%	62%	16%	0%	0%
14	20	26	4	0	0	40%	60%	0%	0%	0%
15	31	19	0	0	0	62%	38%	0%	0%	0%
16	46	4	0	0	0	92%	8%	0%	0%	0%
17	34	15	1	0	0	68%	30%	2%	0%	0%

GRAVEDAD

0= NADA

1= LEVE

2=MODERADA

3= MARCADA

4= EXTREMA

Aplicación de la escala de trauma de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica en el Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio-diciembre 2012.

ITEMS	PARTOS (50 PACIENTES)									
	FRECUENCIA					FRECUENCIA %				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	15	35	0	0	0	30%	70%	0%	0%	0%
2	34	16	0	0	0	68%	32%	0%	0%	0%
3	31	19	0	0	0	62%	38%	0%	0%	0%
4	30	20	0	0	0	60%	40%	0%	0%	0%
5	30	18	6	0	0	60%	36%	4%	0%	0%
6	42	8	0	0	0	84%	16%	0%	0%	0%
7	40	10	0	0	0	80%	20%	0%	0%	0%
8	38	12	0	0	0	76%	24%	0%	0%	0%
9	43	7	0	0	0	86%	14%	0%	0%	0%
10	39	11	0	0	0	78%	22%	0%	0%	0%
11	40	10	0	0	0	80%	20%	0%	0%	0%
12	46	4	0	0	0	92%	8%	0%	0%	0%
13	16	24	9	1	0	32%	48%	18%	2%	0%
14	41	9	0	0	0	82%	18%	0%	0%	0%
15	43	7	0	0	0	86%	14%	0%	0%	0%
16	47	3	0	0	0	94%	6%	0%	0%	0%
17	29	20	1	0	0	58%	40%	2%	0%	0%

FRECUENCIA

0= NUNCA

1= A VECES

2=2-3 VECES

3= 4-6 VECES

4= A DIARIO

Aplicación de la escala de trauma de las mujeres atendidas en el área de Gineco-obstétrica en el Hospital Verdi Cevallos Balda
Julio-diciembre 2012.

ITEMS	PARTOS (50 PACIENTES)									
	GRAVEDAD					GRAVEDAD %				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1	15	35	0	0	0	30%	70%	0%	0%	0%
2	34	16	0	0	0	68%	32%	0%	0%	0%
3	32	18	0	0	0	64%	36%	0%	0%	0%
4	30	20	0	0	0	60%	40%	0%	0%	0%
5	30	17	7	0	0	60%	34%	6%	0%	0%
6	42	8	0	0	0	84%	16%	0%	0%	0%
7	42	8	0	0	0	80%	20%	0%	0%	0%
8	39	11	0	0	0	78%	22%	0%	0%	0%
9	42	8	0	0	0	84%	16%	0%	0%	0%
10	39	11	0	0	0	78%	22%	0%	0%	0%
11	40	10	0	0	0	80%	20%	0%	0%	0%
12	48	2	0	0	0	96%	4%	0%	0%	0%
13	16	24	9	1	0	32%	48%	18%	2%	0%
14	42	8	0	0	0	82%	18%	0%	0%	0%
15	44	6	0	0	0	88%	12%	0%	0%	0%
16	47	3	0	0	0	94%	6%	0%	0%	0%
17	29	20	1	0	0	58%	40%	2%	0%	0%

GRAVEDAD

0= NADA

1= LEVE

2=MODERADA

3= MARCADA

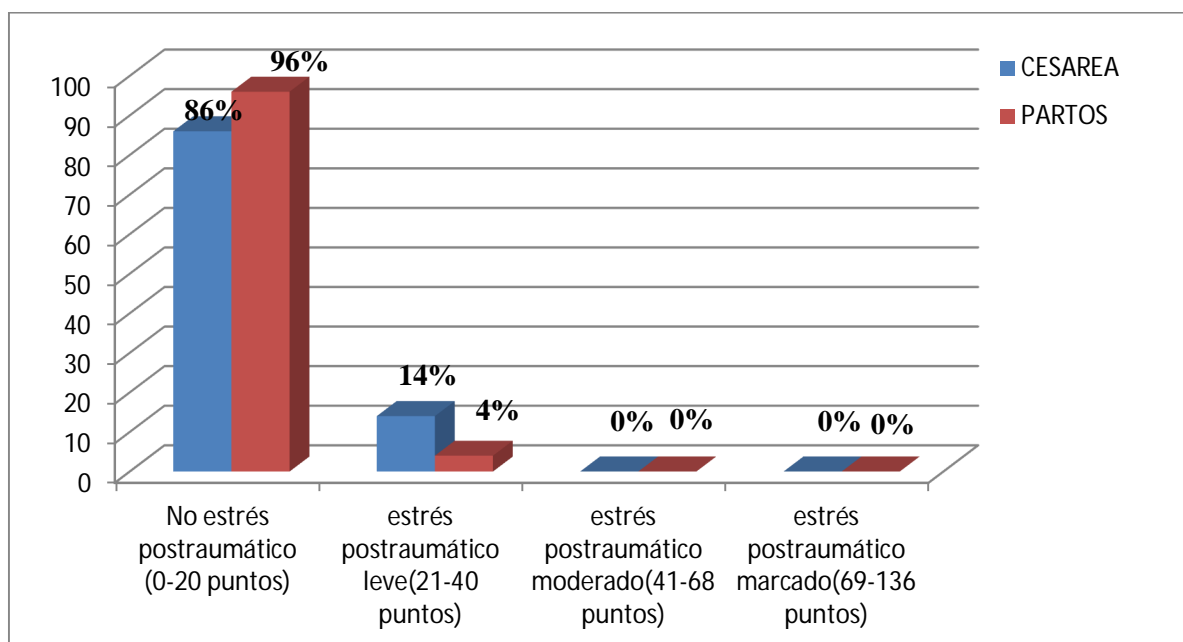
4= EXTREMA

CUADRO: 14

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON SEGÚN LA VALORACIÓN DE LA SUMA DE LA GRAVEDAD Y FRECUENCIA

No.	Interpretación de la escala de trauma de Davidson según la valoración de la suma de la gravedad y frecuencia	CESAREAS		PARTOS	
		Nº	%	Nº	%
1	No estrés postraumático (0-20 puntos)	43	86%	48	96%
2	estrés postraumático leve (21-40 puntos)	7	14%	2	4%
3	estrés postraumático moderado (41-68 puntos)	0	0%	0	0%
4	estrés postraumático marcado (69-136 puntos)	0	0%	0	0%
TOTAL		50	100%	50	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA



Fuente: escala de trauma de Davidson

Elaboración: el investigador

Portoviejo- Manabí - Ecuador

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del total 100 mujeres que fueron sometidas al test de la escala de trauma de Davidson en la sala de post parto y post cesárea según la valoración de la suma de la gravedad y frecuencia la interpretación se dieron de la siguiente manera:

De la pacientes post cesáreas.

No estrés postraumático (0-20 puntos) con el 86%;estrés postraumático leve (21-40 puntos) 14%; estrés postraumático moderado (41-68 puntos)0%;estrés postraumático marcado (69-136 puntos)0%.

De la pacientes post parto.

No estrés postraumático (0-20 puntos) con el 96%;estrés postraumático leve (21-40 puntos) 4%; estrés postraumático moderado (41-68 puntos)0%;estrés postraumático marcado (69-136 puntos)0%.

Por lo que se puede analizar que la mayor parte de parturientas NO presento estrés postraumático, sin embargo una minoría presento un estrés postraumático leve pero en la mujeres que se habían sometido a cesárea.

CONCLUSIONES

De 100 pacientes que aceptaron voluntariamente someterse al test 50 mujeres post parto y 50 mujeres post cesárea; según la edad se dio entre los 14-20 años con el 46%; entre la instrucción educativa se dio el mayor porcentaje el nivel primaria con el 56% la mayoría de procedencia urbana 57%; que conviven con sus parejas con 88%, no han sufrido de violencia intrafamiliar

Mujeres la mayoría multigestas 46%; y nulíparas con el 55% casi ninguna presentó aborto solo una minoría entre el 5 y 6 %

Según los partos anteriores el parto vaginal con el 33% y cesárea programada con el 25 %teniendo un periodo intergenesico menor a un año con el 56% por que el 98% de los embarazos fueron de forma accidental, ninguna presento dependencia al alcohol o tabaco

Las condiciones del niño al nacer fue un 100% de niños vivos sanos

Que la mayor parte de parturientas recibieron atención de calidez aunque hubo un 2% que no lo recibió.

Ninguna mujer tuvo vivencia traumática previa al embarazo

Después de la aplicación de la prueba de estrés post traumático según la escala de trauma de Davidson, comprobamos que de las pacientes post cesáreas solo presentaron un estrés postraumático leve 14% en comparación con las pacientes post parto que solo lo presentaron en un4%.

RECOMENDACIONES

Podemos considerar las siguientes:

Elaborar medidas preventivas para impedir el aumento de dicha patología mental.

Realizar un plan de estrategias y acciones a desarrollar con el fin de diagnosticar el estrés post traumático a todas las mujeres que estén cursando con el periodo de post parto y post cesárea en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

Realizar estudios, seguimientos relacionado el motivo de consulta de las pacientes que presentasen un leve estrés postraumático y tratar el caso con confidencialidad.

Poner en práctica grupos de ejercicios, que sirven de terapia para las pacientes que presentasen un leve estrés postraumático así evitar el empeoramiento de la misma.

Realizar normas únicas de salud mental y exclusivamente enfocadas al diagnóstico y tratamiento de estrés postraumático, así contribuir a brindar una atención a tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS DE AUTORES

- (1) Wikinski, Silvia.- el tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones y esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional/Silvia Wikinski y Gabriela Jufe-la ed.la reimp.-buenos aires: medica panamericana, 2006.titulo cdd 616.89 pág.: 184-185.

REVISTAS

- (2) Catalogación por la Biblioteca de la OMS; Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1 ISSN 1020-6760 cap. 1-2 pág.; 10,11,12,13,16 cap. 2 pag:29,30,37,39,41,43,44,cap3 pag,49,59,61,66.
- (3) Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 11-18.
- (4) Salud Mental, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007 pág. 12, 13, 14,15.
- (5) La salud en las Américas, edición de 1998, Volumen II; ECUADOR Trastornos del comportamiento.pag 243.
- (6) Revista colombiana de obstetricia y ginecología vol. 57 N^o 3 – 2006.
- (7) Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162)

PÁGINAS DE INTERNET

- (8) www.welcomeverybaby.org
- (9) <http://womenshealth.gov/faq/depressionpregnancy>.
- (10) <http://healthyminds.org/Main-Topic/Postpartum>
- (11) <http://www.mededppd.org>
- (12) www.clearinghouse.mwsc.edu/manuscripts/59.asp?logon=&code
- (13) <http://www.medscape.com/viewarticle/433013>

ANEXO: N° 1

Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta:

		F	G
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del Acontecimiento?		
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3	¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?		
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)		
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el Acontecimiento?		
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?		
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?		
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15	¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?		
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

ANEXO: N° 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Características socio demográficas

EDAD:

14-20 años

21-25 años

26-35 años

36 años y más

Nivel educativo

Ninguno

Primaria

Secundaria

Superior

Residencia

Urbana

Urbana marginal

Rural

Convivencia

Sola

Pareja

Con familiares

Violencia intrafamiliar

SI – NO

Antecedentes Gineco –obstétricos:

Gestaciones

0

1

2 o más

Partos

0

1

2 o más

Cesáreas

0

1

2 o más

Abortos

0

1

2 o más

El parto anterior se dio de manera

Vaginal

Cesárea programada

Cesárea de urgencia.

Periodo intergenesico

<1 año

>1 año

Embarazo accidental

SI-NO

Hábitos

Tabaco

Alcohol

Condiciones del niño al nacer

Vivo sano

Vivo pero en termocuna

Enfermo

Muerto

Maltrato durante el parto

SI-NO

Vivencia traumática previa al embarazo

SI-NO

ANEXO: N° 3
VIVENCIAS DURANTE EL PROYECTO.



HOSPITAL PROVINCIAL DE PORTOVIEJO “VERDI CEVALLOS BALDA”



SALA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA



IMPARTIENDO CHARLA DE EDUCACION SOBRE TRASTORNO DE ESTRÉS
POST TRAUMATICO



SALA DE POST CESAREAY POST PARTO



REALIZANDO LA ENCUESTA