



Universidad Austral de Chile

Facultad de Medicina
Instituto de Enfermería

*Presencia de síntomas depresivos en madres de niños que presentan riesgo y retraso del Desarrollo Psicomotor. Consultorio Externo Valdivia.
Abril – Agosto 2006.*

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
Licenciado de Enfermería.

Ana María Opitz Rebolledo.
VALDIVIA – CHILE
2006

DEDICATORIA.

Le dedico no solo esta tesis, sino que mi carrera completa, a mi mamá Julia, por guiarme y acompañarme cada día, por su gran cariño, esfuerzo y comprensión

A Fernando, por su infinito amor, apoyo incondicional y su gran cariño. Gracias por tus abrazos que me alentaron a seguir adelante, gracias por hacerme reír en todo momento.

A mis amigos y amigas cuyos nombres llevo en mi mente y mi corazón, a ellos que con su alegría me ayudaron a lograr finalizar esta etapa de mi vida. Gracias por el apoyo y la fuerza.

A Dios, por darme la vida y guiarme en la elección de esta carrera. A Él, quien me ha fortalecido cada día que pasa y me ha levantado con su amor.

“...no deberás desalentarte nunca...jamás debes dudar de ti mismo, no debes perder la alegría de tu corazón ni tu silenciosa serenidad. Toda lucha es sólo una continua prueba de tu paciencia y de la fuerza de tu voluntad”.

M. Marzi.

Profesor Patrocinante:

Nombre: Sr. Fredy Seguel Palma.

Profesión: Enfermero.

Grados: Magíster en Salud Pública, Mención Salud Ocupacional.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Srta. Cecilia Molina Díaz.

Profesión: Enfermera.

Grados: Magíster en Enfermería
Mención Enfermería Médico Quirúrgica.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Nombre: Sra. Tatiana Victoriano R.

Profesión: Enfermera.

Grados: Magíster en Desarrollo Humano.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Fecha del examen de grado:

INDICE.

	Pág.
Introducción	1.
Marco Teórico	3.
Objetivos	11.
Material y Método	13.
Resultados	22.
Discusión	65.
Conclusiones	69.
Bibliografía	71.
Anexos	73.

RESUMEN.

La depresión es un problema de salud pública, condición bastante seria, es mucho más prevalente en mujeres que en hombres. En Chile, la Depresión Mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años. Si se agregan los episodios de depresión leve y la distimia, la prevalencia alcanza el 10.7% entre las mujeres y el 4.9% en hombres. Es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres. (17).

El reconocimiento por parte del equipo de salud generalmente no es a tiempo, esto no solo ocurre en atención primaria, sino que en todos los niveles de atención.

Casi un 60% de las personas que sufren de depresión no obtienen el tratamiento que necesitan, ya que a menudo pasa desapercibida. Por esto la depresión continúa siendo una causa de sufrimiento innecesario.

La depresión materna puede aumentar el riesgo de comportamientos antisociales en los hijos, aunque no existe un solo modelo que explique la influencia de la madre depresiva sobre la vida futura del hijo, pero es sabido que todo niño necesita crecer a través del conocimiento y exploración de lo que es nuevo para él, aprovechando las oportunidades que el medio le ofrece. Para esto, se requiere de un adecuado desarrollo de aptitudes lo que se logra estimulando y potenciando su capacidad psicomotora.

El fin del tema investigado fue poder dar una visión objetiva de lo que ocurre cuando una madre sufre depresión y está en periodo de crianza de uno o mas hijos, poder valorar si realmente las madres de niños que están diagnosticados con riesgo y déficit del desarrollo psicomotor sufren o han sufrido alguna vez de depresión y poder actuar sobre este problema en conjunto con el resto del equipo de salud.

El principal objetivo de esta investigación es poder caracterizar a las madres de niños con riesgo y déficit del desarrollo psicomotor según ocupación, escolaridad, tipo de familia, red social con la que cuenta, etc. Para esto se realizó una investigación de tipo cuantitativa descriptiva de corte transversal.

Se tomó como muestra a la población de madres de niños con riesgo y retraso del DSM inscritos en el programa de estimulación del Consultorio Externo Valdivia, con un universo original de 57 madres, universo que disminuyó a 32 principalmente por no encontrarse los domicilios de éstas

La obtención de la información se obtuvo principalmente al aplicar un cuestionario que contenía instrumentos utilizados comúnmente por enfermería como son el ecomapa y el apgar familiar.

La tabulación y análisis de los datos obtenidos se realizó utilizando el sistema computacional Microsoft Excel.

En la mayoría de los casos las madres han presentado cuadros depresivos previos, y están informadas de la importancia de la estimulación para sus hijos.

SUMMARY.

Depression is a public health problem, a very serious condition, more often found in women than men, affecting twice as many women than men. In Chile, Major Depression affects 6% of women and 3% of men, older than 15 years of age. If minor episodes and distimia are added, the percentage increases to 10.7 % among women and 4.9 % among men. It is the second cause of life time loss due to premature death and incapacity (AVISA) among women. (17)

The sickness is usually not recognized on time; not only at state health welfare level but also, at other health care levels.

Almost 60% of the people who suffer from depression do not receive the appropriate treatment because the sickness is not detected; therefore, depression continues being a source of unnecessary suffering.

Maternal depression can increase the risk of antisocial behavior in children, though there is not only one model which specifies the influence of a depressive mother upon the future life of a child. Still, it is known that any child needs to grow up through getting to know and exploring everything what is new for him / her; taking advantage of the opportunities that the environment provides. For this, it is necessary an appropriate development of the capabilities which is achieved stimulating and favoring his / her psychomotor ability.

The purpose of this investigation was to provide an objective view of what happens when a mother suffering from depression is in charge of the upbringing of one or more children; evaluate if mothers and children who are diagnosed in risk and with lack of psychomotor development, suffer or have suffered once depression, and in this way tackle the situation together with the rest of the medical team.

The main objective of this investigation is to identify the characteristics of mothers with children in risk and lack of psychomotor development according to their job, educational background, family type, social background, among others. For this purpose, a descriptive investigation of quantitative type of cross section was carried out.

For this study, it was taken a sample from a group of mothers whose children are in risk and suffer of delay of their psychomotor development (DSM). These children are registered in a stimulation program belonging to the "Consultorio Externo Valdivia". Originally, the group was of 57 mothers which unfortunately decreased to 32, mainly because their home addresses were not available.

The information was generally obtained by applying a questionnaire which contained instruments commonly used in Nursing such as ecomapa and the apgar familiar.

The Microsoft Excel Program was used for the tabulation and the analysis of the data obtained.

In the majority of the cases, mothers had shown depressive states, and are informed about the importance of stimulating their children.

1. INTRODUCCION.

La depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc.), y físicos (disminución de la libido, anorexia, hiperfagia, etc.). (15).

La depresión tiende a ser mas frecuente en personas de mayor edad, en aquellos que padecen de enfermedades somáticas crónicas o graves y en las mujeres.

La prevalencia de la depresión es de las más elevadas entre las enfermedades psiquiatricas. En Estados Unidos se ha estimado que la depresión mayor compromete alrededor del 10% de la población, en tanto que la depresión menor la padecen el 3%. En Chile las cifras de prevalencia son del 5 y 3% respectivamente. (15).

La familia es el entorno más inmediato del niño, y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto, pero no sólo su supervivencia física, sino personal, ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones.

El apego con el que la madre y el hijo se conectan mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo, la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño. (15).

Los niños expuestos a depresión materna tienen mayor riesgo de tener problemas de comportamiento. La influencia se transmite mediante aspectos ambientales (actitudes de la madre) y no genéticos. Es decir, los hijos no heredan una tendencia a comportarse peor, sino que el comportamiento alterado de sus madres influye en el suyo propio. Los hijos de madres deprimidas antes del nacimiento y no después, tienen un riesgo de comportamiento antisocial similar a los hijos de madres sanas, e inferior a los hijos de madres que se deprimen después del parto. (16)

El estudio realizado se llevó a cabo en una población predominantemente pobre, en donde los altos índices de alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar y delincuencia podrían potenciar la aparición de depresión en la población a estudiar.

2. MARCO TEORICO.

La vida está llena de altos y bajos. Pero cuando los "bajos" duran demasiado o afectan la capacidad para desempeñarse en la rutina diaria, es posible que sufra de depresión. La depresión afecta el estado de ánimo, la condición mental y física, y el comportamiento. En EE.UU. se han realizado estudios que demuestran uno de cada diez adultos sufren de depresión y casi dos terceras partes no obtienen la ayuda que necesitan. (1).

La depresión materna es un problema de salud pública con prevalencia que oscila entre un 10% y 15% en la literatura mundial. Factores bioquímicos y estrés pueden ser causantes de este trastorno, es una condición seria, y es mucho más prevalente en mujeres de poblaciones social y económicamente desventajadas, es una enfermedad incapacitante. Actualmente, se realizan estudios para investigar si las características particulares de la mujer (factores biológicos, ciclo de vida, aspectos psicosociales) pueden ser causas de la alta incidencia de depresión en ellas. (2).

La depresión afecta a cada persona de diferentes maneras. Muchas solamente manifiestan algunos de los síntomas, los que pueden variar en severidad y duración. Para algunos, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otros, pueden durar por mucho tiempo si no se obtiene tratamiento. Tener algunos síntomas de depresión no significa que una persona está deprimida clínicamente. (2).

Tipos de enfermedad depresiva

- **Depresión mayor**, a veces conocida como unipolar o depresión clínica, las personas tienen algunos o todos los síntomas que se mencionan más adelante, durante por lo menos dos semanas, pero con frecuencia duran varios meses o más. Los episodios de la enfermedad pueden ocurrir una vez, dos veces, o varias veces durante la vida. (3).
- **Distimia**, los mismos síntomas están presentes aunque son menos severos y duran por lo menos dos años. Las personas con distimia a menudo carecen de ánimo y entusiasmo para vivir, viviendo una existencia triste y fatigada que le parece a muchos ser una manifestación normal de sus personalidades. Éstos también pueden experimentar episodios de depresión mayor. (3).
- **Enfermedad maníaco-depresiva**, o trastorno bipolar, no es tan común como otras formas de enfermedad depresiva e incluye ciclos disruptivos de síntomas depresivos que alternan con manía. Durante los episodios maniacos, las

personas suelen volverse hiperactivas, habladoras, eufóricas, irritables, gastan dinero irresponsablemente, y se envuelven en relaciones sexuales inapropiadas. En algunas personas, una forma menos intensa de manía, llamada hipomanía, se alterna con los episodios depresivos. A diferencia de otros trastornos de humor, tanto las mujeres como los hombres tienen la misma tendencia en cuanto al trastorno bipolar; sin embargo, las mujeres con trastorno bipolar suelen experimentar más episodios de depresión y menos episodios de manía o hipomanía. (3).

Algunos síntomas que podemos encontrar en personas con depresión son los siguientes:

- Estado de ánimo de tristeza persistente, ansiedad o "vacío".
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- Inquietud, irritabilidad o llanto excesivo.
- Sentimientos de culpa, de no valer nada, de impotencia, desesperanza y pesimismo.
- Dormir demasiado o muy poco, levantarse muy temprano en la mañana.
- Pérdida de apetito o peso, o ingesta excesiva de comidas y aumento de peso.
- Disminución de energía, fatiga, sensación de estar "en cámara lenta".
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como dolores de cabeza, trastornos digestivos y dolor crónico. (4).

Algunas de las causas más comunes de la depresión son las siguientes:

Factores genéticos, existe un mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad, sin embargo, no todas las personas que tienen antecedentes familiares de depresión lo manifestarán. Además, la depresión también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia de la patología. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar depresión, ya sean éstos bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros como situaciones psicosociales. (5).

Otro factor condicionante de la depresión, es el bioquímico, se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, que las personas con depresión típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas del encéfalo, conocidas como neurotransmisores. Lo que aún no se sabe es si, el "desequilibrio bioquímico" de la depresión, tiene un origen genético o es producido por estrés, por traumas, o por enfermedades físicas u otra condición ambiental.

El ambiente y otras situaciones que producen estrés como la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, o un cambio significativo en la vida contribuyen a la depresión. A veces el comienzo de la depresión ha sido asociado con el inicio de una enfermedad física aguda o crónica. Además, aproximadamente una tercera parte de las personas con cualquier tipo de trastorno depresivo también exhiben de alguna manera un trastorno de alcoholismo o fármaco

dependencia. (5)

Algunas situaciones psicológicas y sociales también podrían ser causantes de la aparición de depresión en las personas, tales como, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. La crianza y las expectativas relacionadas con el sexo femenino pueden contribuir al desarrollo de estos rasgos. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia. La crianza tradicional de las niñas puede fomentar estos rasgos y posiblemente es un factor determinante en la alta incidencia de depresión en la mujer. (5).

Por otro lado, el número de mujeres que sufren de depresión es el doble que el de los hombres. Esta proporción de dos a uno no depende de factores raciales o culturales ni de la situación económica. La misma proporción existe en otros países del mundo. Se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un papel muy importante en la depresión. La investigación hoy en día se concentra en entender estos factores, que incluyen: reproductivos, hormonales, genéticos o biológicos; el maltrato y la opresión; interpersonales; y ciertas características psicológicas y de personalidad. Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras, ya que muchas mujeres que han sido expuestas a estas situaciones no manifiestan la patología. (5).

2.1 Dimensiones de la depresión en la mujer:

Antes del periodo de adolescencia, casi no hay diferencia en la incidencia de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años hay un alza precipitada en la incidencia de depresión en las niñas. Al llegar a los 15 años, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber experimentado un episodio depresivo serio. (6).

Esto ocurre en un momento durante la adolescencia en el que los roles y las expectativas cambian drásticamente. Los factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son generalmente diferentes para los varones, y en las mujeres pueden estar relacionados con la mayor incidencia de depresión. Hay estudios que demuestran que durante el periodo escolar las niñas tienen tasas de incidencia más altas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, y trastornos de desajuste emocional que los varones. Los hombres, por otro lado, presentan una tasa más alta de trastornos de comportamiento disruptivo. (7).

En la fase adulta, el estrés en general puede contribuir a la depresión en las personas que están predispuestas biológicamente a la enfermedad. Algunos investigadores proponen la teoría de que la alta incidencia de depresión en la mujer no se debe a una mayor vulnerabilidad, sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan. Estos factores de estrés incluyen las responsabilidades primordiales en el hogar y el trabajo, ser madre soltera, el cuidado de los niños y padres ancianos. No se entiende todavía del todo de que manera estos factores afectan específicamente a la mujer. (7).

Tanto en las mujeres como en los hombres, la incidencia de depresión es mayor para los separados y divorciados, y menor para los casados; pero mayor para las mujeres en ambos casos. La calidad de un matrimonio, sin embargo, puede contribuir significativamente a la depresión. Se ha demostrado que la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, están relacionados con la depresión en la mujer. De hecho, se demostró que las tasas de incidencia de depresión más altas son en las mujeres con matrimonios infelices. (7).

Algunos acontecimientos relacionados con la sexualidad femenina podrían estar relacionados con la aparición de la depresión, estos incluyen el ciclo menstrual, el embarazo, el puerperio, la infertilidad, la menopausia y, a veces, la decisión de no tener hijos. Estos acontecimientos causan fluctuaciones en el estado de ánimo y en algunas mujeres incluye la depresión. Investigadores han confirmado que las hormonas afectan las sustancias químicas del cerebro que controlan las emociones y los estados de ánimo. No se conoce hasta el momento, sin embargo, ningún mecanismo biológico específico que explique la acción de las hormonas en este proceso. (7).

Muchas mujeres experimentan ciertos cambios físicos y de comportamiento asociados con las distintas fases del ciclo menstrual. En algunas mujeres, estos cambios son severos, ocurren regularmente, e incluyen estados de depresión, irritabilidad, y otros cambios emocionales y físicos. Estos cambios, conocidos como síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual, típicamente comienzan luego de la ovulación y gradualmente se intensifican hasta que comienza la menstruación. Científicos están explorando cómo el ciclo de altas y bajas, en la concentración del estrógeno y otras hormonas, pueden afectar los procesos químicos del cerebro relacionados específicamente con los trastornos depresivos. (8)

Las fluctuaciones en el estado de ánimo durante el puerperio pueden variar desde "bajas" pasajeras del estado de ánimo que ocurren inmediatamente después del parto, hasta episodios de depresión que se transforman en depresiones severas, discapacitantes y psicóticas. Las mujeres que experimentan depresión grave luego del parto a menudo han presentado episodios previos de depresión, aunque éstos pueden no haber sido diagnosticados y la paciente no haber recibido tratamiento. (8).

El embarazo (si es deseado) raramente es un factor contribuyente a la depresión, y el aborto no parece aumentar la incidencia de la depresión. Las mujeres que tienen problemas de infertilidad pueden experimentar extrema ansiedad o tristeza, pero no se ha determinado si esto contribuye al aumento de la incidencia de la depresión. Además, la etapa de ser madre puede ser una de alto riesgo para la depresión por el estrés y las exigencias que conlleva. (8).

La depresión de una madre puede aumentar el riesgo de comportamientos antisociales en su hijo, especialmente cuando la depresión ocurre durante los primeros años de desarrollo del niño. Una combinación de tres factores podría explicar la asociación entre un comportamiento antisocial en niños y madres con depresión:

- 1 Primero, las mujeres deprimidas son más propensas a tener rasgos de personalidad antisocial relacionados con la depresión;
- 2 Segundo, son más propensas a tener niños con hombres que también muestran comportamientos antisociales;
- 3 Tercero, los niños de madres deprimidas podrían simplemente estar predispuestos genéticamente a los trastornos antisociales.

La depresión de las madres puede afectar el comportamiento de los hijos sobre todo si sufren episodios repetidos. (9). La depresión materna no afecta solo a la familia si no también a la comunidad, los niños de mujeres depresivas muestran déficit en áreas social, psicológica y cognitiva, incrementando el riesgo de depresión de ellos mismos u otras patologías mentales, esto aumenta también el riesgo del abuso infantil. (10). Dos rasgos especialmente relacionados con el entorno familiar, que guardan una estrecha relación con la depresión son la estabilidad y la afectividad, y la carencia de cualquiera de ellas puede encadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres, especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento importante en la predicación de la depresión del niño. (9)

No existe un solo modelo que explica la influencia que presenta la madre depresiva sobre la vida futura de su hijo y las consecuencias que esto conlleva, cuatro mecanismos son evaluados respecto de la transmisión negativa: la factores hereditarios de la depresión, mecanismos neuroregulatorios disfuncionales innatos, exposición a problemas cognitivos de la madre, comportamiento negativo, y el estrés en el cual esta inmerso el pequeño. Tres factores podrían considerarse como riesgo moderado: la salud de los padres y su compromiso con el niño, el curso y oportunidad de la depresión materna y las características del hijo. (11).

La familia es una pieza esencial en la explicación de la conducta infantil, ya que el padre y la madre son el origen biológico de sus hijos, y son también los responsables

de la nutrición física y mental del recién nacido, dos ámbitos esenciales para explicar el proceso del desarrollo y, por tanto, del futuro de un niño. (9).

La menopausia, en general, no representa un aumento en el riesgo de la depresión. De hecho, hay estudios que han demostrado que la depresión durante la menopausia, aunque anteriormente se consideró como un trastorno específico, no es diferente a la de otras edades. Las mujeres más propensas a sufrir de depresión durante esta etapa son aquellas con un historial de episodios depresivos previos

Aquellas mujeres que fueron acosadas o maltratadas sexualmente en su niñez tienden más a sufrir de depresión clínica en algún momento de su vida en comparación con las que no tuvieron esa experiencia. Además hay una mayor incidencia de depresión entre las mujeres que fueron violadas en la adolescencia o en la edad adulta. Estas observaciones son muy importantes, ya que más mujeres que hombres han sido víctimas del abuso sexual en la niñez. Las mujeres que han sido víctimas de otras formas comunes de maltrato, como el maltrato físico o el acoso sexual en el trabajo, pueden también tener una mayor incidencia de depresión. El maltrato puede llevar a la depresión porque baja la autoestima y causa tristeza, culpabilidad y aislamiento social. Es posible que existan factores de riesgo para la depresión de tipo biológico y ambiental, como la crianza en una familia disfuncional. Se necesita más investigación para entender si la victimización está específicamente ligada a la depresión. (9).

Otro factor que puede desencadenar un episodio depresivo es la pobreza, que trae consigo muchos factores de estrés como el aislamiento, la incertidumbre, los acontecimientos negativos frecuentes y el poco acceso a los recursos de ayuda. La tristeza y la falta de entusiasmo son comunes entre las personas de ingresos bajos y entre aquellas que no tienen apoyo social. Pero las investigaciones no han establecido todavía si la depresión es más prevalente entre las personas que enfrentan estos factores ambientales de estrés. (9).

2.2 Desarrollo Psicomotor.

El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC). La proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño. La maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalo caudal y de proximal a distal. Mas aún, si un niño nace antes de término, la maduración del cerebro continúa su progreso casi igual que en el útero. Es por esto que al prematuro menor de 36 semanas de edad gestacional se le "corrige" su edad, restándole a la edad cronológica aquellas semanas que le faltaron para llegar a termino. (12).

Existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor. Estos son: una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna. Las neuronas requieren de oxígeno y glucosa para vivir y desarrollarse. En animales de experimentación se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación sensorial tanto en el desarrollo de las neuronas como en desempeño motor y social. En niños institucionalizados se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación en el progreso de las habilidades, logrando incrementar el cociente intelectual en forma significativa al mejorar la estimulación. (12).

Los factores que frenan el desarrollo psicomotor son aquellas condiciones que pueden producir un daño neuronal irreversible como son: una hipoxia mantenida, la hipoglicemia, y las infecciones o traumatismos del SNC. Otros factores son, la ausencia de un vínculo madre-hijo adecuado y la falta de estimulación sensorial oportuna. Existen además ciertas condiciones congénitas o adquiridas durante la gestación, o posterior al parto que pueden alterar el desarrollo del niño. Los factores de riesgo se pueden dividir en prenatales, perinatales o postnatales. (12).

Los factores prenatales son: infecciones intrauterinas (virus de inclusión citomegálica), genotopías (Síndrome de Down) y otros. Los perinatales son: asfixia neonatal (hipoxemia), hiperbilirrubinemia, prematuridad extrema, hipoglicemia clínica, infecciones neonatales (Sepsis), apneas, síndrome de dificultad respiratoria (hipoxemia), convulsiones neonatales, hipertensión intracraneana y anemia aguda (por hipoxemia, hipovolemia.). Por último, entre los postnatales: hay que mencionar: hipotiroidismo, enfermedades metabólicas (fenilketonuria), convulsiones de difícil manejo (Síndrome de West), meningitis/meningoencefalitis, traumatismo encefalocraneano grave e hipostimulación severa (padres adictos a drogas, depresión materna.). (12).

En todos los niños con dificultades de aprendizaje se comprueba la existencia de problemas psicológicos. Estos trastornos suelen aparecer en los primeros años, relacionados con el desarrollo motor, el lenguaje y control esfinteriano. (12).

Los trastornos de desarrollo psicomotor son muy difíciles de definir. Reflejan siempre alteraciones en las que se ven afectados varios aspectos de la vida del niño; de ahí la importancia de intervenir cuanto antes, pues el trastorno puede ir repercutiendo negativamente, agravando y comprometiendo el desarrollo del niño.(13).

Podemos decir que, de modo general, los trastornos psicomotrices están muy ligados al mundo afectivo de la persona; de ahí, que en la valoración se deba contemplar la globalidad del individuo. Las manifestaciones de cada trastorno son muy individuales de cada caso, pese a caracterizarse por rasgos básicos comunes. (13).

Con respecto al desarrollo psicomotor podemos decir que los niños sanos siguen un patrón de desarrollo o de adquisición de habilidades. Este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente. Con ellos se han elaborado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. Existen pautas de tamizaje, rápidas de aplicar (10-15 minutos), que seleccionan niños de riesgo o retraso pero no precisan el área del daño o la magnitud del retraso. Estas pruebas son, entre otras: el Test de Denver (USA) y el EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor) de Soledad Rodríguez y cols. (Chile.) Existen otras pruebas de evaluación del desarrollo psicomotor, que son más largas de aplicar (40-50 min.) y que requieren de personal entrenado pero que tienen la ventaja de poder definir mejor el retraso, su magnitud y las áreas de mayor problema. (13).

El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño que acude a supervisión de salud o control sano. Es recomendable registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control. Éste es también el mejor momento para revisar con los padres o con la persona al cuidado del niño la estimulación que recibe éste y hacer las recomendaciones pertinentes. (14).

Antecedentes de Funcionamiento del programa en el Consultorio Externo Valdivia (CEV).

Dentro del Programa Infantil del CEV se encuentra estipulada la evaluación del Desarrollo Psicomotor por un profesional de enfermería a los 2 y 18 meses de edad, aquí se aplica la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.) y a los 4 años se realiza el Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI), esto garantiza en gran medida la pesquisa de riesgo o retraso del desarrollo infantil, en cuyo caso se deriva a la atención de estimulación.

Por otra parte, el subprograma infantil de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, del Consultorio Externo Valdivia tiene como objetivo trabajar en conjunto con las madres o cuidadoras de niños que presenten riesgo o retraso del desarrollo psicomotor, para lograr los cambios necesarios en relación a la entrega de estímulos sociales, familiares y ambientales, para que el niño alcance las aptitudes y destrezas correspondientes a su edad.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo general 1.

Caracterizar a las madres de niños con riesgo y retraso del DSM en estudio, de acuerdo a sus antecedentes sociales y demográficos.

3.1.1 Objetivos específicos:

1. Identificar el tipo de familia que caracteriza a la población en estudio.
2. Determinar la red social con la que cuenta el grupo familiar.
3. Definir la ocupación que realiza la madre.
4. Describir el nivel socioeconómico de la madre y su grupo familiar.
5. Determinar el estado civil de las madres en estudio.
6. Identificar la religión del grupo familiar.
7. Identificar si existe consumo de tabaco, alcohol y/o drogas dentro del grupo en estudio.
8. Determinar el nivel de escolaridad que tienen las madres.
9. Identificar las edades de las madres en estudio.
10. Identificar el número de hijos que tienen las madres en estudio.
11. Identificar la etapa del ciclo vital familiar en la cual se encuentran las madres en estudio.

3.2 Objetivo general 2.

Identificar las características sociales y demográficas de los cónyuges o parejas de las madres en estudio.

3.2.1 Objetivos específicos:

Definir las características sociales y demográficas de los cónyuges o parejas de las madres según:

1. Edad.
2. Escolaridad.
3. Religión.
4. Ocupación.
5. Consumo de tabaco.
6. Consumo de alcohol.

7. Consumo de drogas

3.3 Objetivo general 3.

Pesquisar los principales factores por los cuales la madre puede padecer depresión.

3.3.1 Objetivos específicos:

1. Identificar la presencia de violencia intrafamiliar dentro de la familia.
2. Determinar si el embarazo de las mujeres en estudio fue o no deseado.
3. Identificar antecedentes de cuadros depresivos previos en las madres en estudio.
4. Identificar posibles eventos de vida que puedan afectar negativamente a las madres.
5. Determinar la satisfacción con la vida personal y familiar que tienen las madres y su grupo familiar.
6. Determinar el apoyo que reciben las madres de sus parejas.

3.4 Objetivo general 4.

Identificar los posibles factores por los cuales los hijos de las madres en estudio estarían diagnosticados como niños con riesgo y déficit del desarrollo psicomotor.

3.4.1 Objetivos específicos:

1. Describir antecedentes generales del nacimiento de los niños (APGAR, peso, talla, estado nutricional).
2. Identificar si el niño tiene antecedentes de padecer alguna enfermedad.
3. Identificar si el niño ha tenido que hospitalizarse alguna vez y cuales fueron las causas de ésta.
4. Identificar quien es la persona que cuida al niño.
5. Identificar si el niño asiste a sala cuna o a jardín infantil.
6. Determinar el numero de evaluaciones de desarrollo psicomotor que ha tenido el niño.
7. Identificar el grado de participación de la madre en la estimulación del desarrollo psicomotor de sus hijos.
8. Identificar el tipo y duración de lactancia que recibió el niño.

4. Material y Métodos.

4.1 Tipo de Estudio.

El estudio realizado fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

4.2 Población en estudio.

La población estudiada abarcó 32 madres de niños con riesgo y retraso de desarrollo psicomotor, que asisten al Consultorio Externo de Valdivia Los criterios de exclusión fueron aquellas madres que no quisieron participar del estudio y aquellas madres que hayan cambiado de domicilio.

4.3 Recolección de la Información.

Primeramente se revisaron las fichas de aquellos niños que presentaban riesgo y retraso del desarrollo psicomotor para así, recolectar información básica sobre el niño y su familia. En base a esto se confeccionó un cuestionario entrevista que consideró aspectos familiares y generales del niño y su familia, específicamente de la madre, este cuestionario entrevista se llevó a cabo en el domicilio del niño y solo se realizó previa autorización de la madre a través del consentimiento informado. Dentro del cuestionario entrevista se incluyeron 4 instrumentos para valorar en forma exhaustiva a la familia y obtener una visión global de ésta. Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

4.3.1 FASES III, que es un modelo desarrollado y validado por Olson y cols., este modelo entrega una visualización integral de la estructura familiar, además, presenta un esquema de la funcionalidad de la familia, tomando en cuenta la cohesión, adaptabilidad y comunicación existente en ésta. El cuestionario FASES III consta de 20 afirmaciones, 10 de los cuales miden cohesión y los otros 10 miden adaptabilidad, debe ser contestado por individuos mayores de 12 años. A cada afirmación se le debe asignar un puntaje que va de 1 a 5, en donde 1 es casi nunca, 2 de vez en cuando, 3 a veces, 4 frecuentemente y 5 casi siempre. El puntaje que tiene que ver con cohesión se realizará mediante la suma de todas las afirmaciones impares y el de adaptabilidad sumando todas las afirmaciones pares, se puede trabajar con puntajes individuales o con el promedio obtenido por la familia, según esto se clasifica a la familia

dentro de uno de los 16 tipos familiares descritos por Olson.

4.3.2 Apgar Familiar: su finalidad es evaluar la percepción de un miembro específico de la familia en relación a ayuda de la familia frente a un problema, expresiones de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Sirve para detectar problemas en la familia si se utiliza periódicamente. Se debe aplicar a mayores de 15 años, consta de 5 preguntas y a cada una se le asigna un puntaje, en donde, 0 es casi nunca, 1 es a veces y 2 casi siempre, el resultado se obtiene sumando los 5 ítems, los cuales pueden dar como resultado:

8 – 10 puntos: sugiere buena función familiar.

4 – 7 puntos: sugiere disfuncionalidad familiar.

0 – 3 puntos: sugiere disfuncionalidad severa.

4.3.3 Ecomapa: la finalidad de este instrumento es obtener aspectos relacionados con tamaño, estructura y percepción sobre la calidad de la relación con las redes de apoyo primarias y secundarias. Para ser realizado se debe diseñar un dibujo parecido a un semáforo en el que se incluyan las 4 categorías de la percepción del entrevistado. Las cuatro categorías son las siguientes:

1 Rojo: mala relación.

2 Amarillo: regular relación.

3 Verde: buena relación.

4 Azul: no existe relación.

4.3.4 Inventario de depresión de Beck: éste consta de 21 ítems que evalúan la intensidad de la depresión, cada ítem tiene 4 alternativas ordenadas por gravedad, las cuales son valoradas de 0 a 3 puntos. Cuando el entrevistado elija mas de una alternativa en un ítem se debe considerar aquella que tenga mayor gravedad. Con respecto a la perdida de peso (ítem 19), solo se valorará si el entrevistado indica no estar a dieta para adelgazar. Los resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck son los siguientes:

0 – 9 puntos: población normal, sin depresión.

10 – 18 puntos: depresión leve.

19 – 29 puntos: depresión moderada.

30 – 63 puntos: depresión grave.

4.4 Plan de tabulación y análisis de datos.

En el análisis de datos se utilizó el sistema computacional Microsoft Excel, para la presentación de tablas y gráficos, que permitan ser apreciados y comprendidos por la población en general.

4.5 Definición de Variables.

4.5.1 De la Madre:

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista.	15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años 50 años y más.
Escolaridad	Grado de instrucción que posee la madre del niño.	-Educación básica completa -Educación básica incompleta -Educación media completa -Educación media incompleta -Educación superior completa -Educación superior incompleta -Educación técnico – profesional completa -Educación técnico – profesional incompleta -Sin educación
Religión	Conjunto de creencias y dogmas que nos conduce a dar culto con respeto y devoción.	-Católica. -Evangélica. -Luterana -Otra. - No posee.
Ocupación.	Desarrollo de actividad remunerada o no remunerada.	Cesante Dueña de casa Jubilada Estudiante Trabajadora con contrato Trabajadora esporádica
Número de parejas	Numero de relaciones sentimentales que ha tenido la madre del niño.	-Número de parejas.

Estado civil	Condición jurídica de la persona desde el punto de vista de sus obligaciones y deberes cívicos de carácter individual y familiar.	-Soltera. -Casada. -Viuda. -Conviviente. -Separada. -Divorciada.
Satisfacción con la vida personal y familiar	Percepción de la madre sobre como ve su vida pasada, presente y futura	- Muy satisfecha - Satisfecha - Medianamente satisfecha - Insatisfecha
Eventos de vida	Situaciones que la persona considere importante mencionar en su vida	- Línea de vida.
Redes de apoyo social	Presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico y material provenientes de personas significativas o instituciones	-Recibe apoyo -No recibe apoyo.
Embarazo deseado	Actitud positiva de la madre frente al embarazo	-Si -No
Antecedentes de cuadros depresivos	Estados de tristeza con disminución de la actividad física e intelectual.	-Si. -No.
Consumo de tabaco	Deseo que produce dependencia física y psicológica al tabaco	- Si - No
Tiempo de consumo de tabaco	Tiempo desde que inició su deseo por el tabaco	- Meses - Años
Numero de cigarrillos consumidos diariamente	Cantidad de cigarrillos consumidos al día	- 0 - 5 - 6 - 10 - 11 - 15 - 16 - 20 - Mas de 20
Consumo de alcohol	Bebe de alcohol	- Si - No
Tiempo de consumo de alcohol	Tiempo transcurrido desde que consume alcohol	- Meses - Años
Frecuencia de consumo de alcohol	Cantidad de veces que consume alcohol	- Diariamente - Semanalmente - Mensualmente

Consumo de drogas	Requiere de drogas	-No consume. -Generalmente. - Todos los días.
Tiempo de consumo de drogas	Tiempo transcurrido desde que consume drogas	- Años - Meses
Tipo de droga consumida	Tipo de estupefaciente que consume	-Marihuana -Cocaína -Pasta base -Neoprem -Otras sustancias
Frecuencia de consumo de drogas	Cantidad de veces que requiere de drogas	- Diariamente - Semanalmente - Mensualmente

4.5.2 Del Niño:

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño en años cumplidos hasta el día de la entrevista.	- 0 – 11 meses 29 días - 1 año – 1 año 11 meses 29 días. - 2 años - 2 años 11 meses 29 días. - 3 años – 3 años 11 meses 29 días. - 4 años – 4 años 11 meses 29 días. - 5 años – 5 años 11 meses 29 días.
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	-Masculino. -Femenino.
Apgar al minuto	Test que permite valorar el estado vital del niño durante el primer minuto de vida.	- Entre 0 – 3 ptos. - Entre 4 - 7 ptos. - Entre 8 – 10 ptos.
Apgar a los 5 minutos	Test que permite valorar el estado vital del niño a los cinco minutos de vida.	- Entre 0 – 3 ptos. - Entre 4 - 7 ptos. - Entre 8 – 10 ptos.
Peso	Gramos que pesa el recién nacido al momento de nacer	- Menos de 2500 gr. - Entre 2501 – 4000 grs. - Mas de 4000 grs.
Talla	Centímetros que mide el recién nacido al momento de nacer	- Menos de 48 cms. - Entre 49 – 53 cms. - Mas de 53 cms.

Numero de hermanos	Cantidad de hermanos que tiene el niño.	Numero de hermanos.
Numero ordinal de los hermanos	Lugar que ocupa el niño dentro de sus hermanos.	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Sexto Único
Antecedentes de hospitalizaciones	Ha tenido alguna vez que ser internado en un centro asistencial	-Si -No
Numero de hospitalizaciones	Numero de veces que el niño ha requerido ser internado en un centro hospitalario.	Cantidad de veces que el niño ha sido hospitalizado.
Diagnósticos de hospitalizaciones	Motivos por el cual el niño ha debido ser internado en un centro hospitalario.	- Enf. respiratorias altas. -Enf. respiratorias bajas. -Enf. digestivas. -Enf. de piel. -Enf. hematológicas o cardiacas -Enf. congénitas. -Enf. renales. -Accidentes. -Otros.
Antecedentes de enfermedades	El niño presenta algún tipo de enfermedad	- Si - No
Numero de controles de salud	Cantidad de veces que el niño ha sido atendido en el centro de salud.	Número de veces que el niño ha sido controlado en el centro de salud.
Numero de evaluaciones del desarrollo psicomotor	Cantidad de veces que el niño ha sido evaluado por un profesional del área de la salud para valorar su desarrollo motor y cognitivo.	Numero de evaluaciones del desarrollo psicomotor.
Diagnostico del desarrollo psicomotor	Resultado de la valoración del desarrollo físico y cognitivo del niño.	-Riesgo. -Déficit. -Normal.
Estado nutricional	Relación entre peso y talla actual del niño.	-Riesgo desnutrición. -Desnutrición. -Riesgo de obesidad. -Obesidad. -Normal.

Persona al cuidado del niño	Individuo que se encuentra atento y realiza acciones para y por el niño.	-Madre. - Padre -Abuela/o - Tía/o. -Hermana/o. -Otro.
Asistencia a sala cuna o jardín infantil	Niño que durante un periodo determinado de tiempo diario asiste a una institución especializada en el cuidado de niños entre 84 días de edad hasta que ingresen a educación general básica.	-Si. -No.

4.5.3 Del Padre:

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista.	-15- 19 años. - 20 – 24 años. - 25 – 29 años. -30 – 34 años. - 35 – 39 años. - 40 – 44 años. - 45 – 49 años. Más de 50 años.
Escolaridad	Grado de instrucción que posee el padre del niño.	-Educación básica completa -Educación básica incompleta -Educación media completa -Educación media incompleta -Educación superior completa -Educación superior incompleta -Educación técnico – profesional completa -Educación técnico – profesional incompleta -Sin educación
Religión	Conjunto de creencias y dogmas que nos conduce a dar culto con respeto y devoción.	-Católica. -Evangélica. -Luterana. -Otra.

Ingresos	Valoración cuantitativa de la entrada de dinero por concepto de remuneración o labor realizada por tiempo determinado.	-Menos de \$111.000.- -Entre \$111.001 y \$199.000. -Mas de \$200.000.
Ocupación	Desarrollo de actividad laboral remunerada o no remunerada.	-Cesante -Jubilado -Trabajador esporádico -Empleado fiscal o particular -Estudiante
Consumo de tabaco	Deseo que produce dependencia física y psicológica al tabaco	- Si - No
Tiempo de consumo de tabaco	Tiempo desde que inicio su deseo por el tabaco	- Meses - Años
Numero de cigarrillos consumidos diariamente	Cantidad de cigarrillos consumidos al día	- 0 - 5 - 6 – 10 - 11 – 15 - 16 – 20 - Mas de 20 - No sabe
Consumo de alcohol	Beber alcohol	- Si - No
Tiempo de consumo de alcohol	Tiempo que lleva consumiendo alcohol	- Meses - Años
Frecuencia de consumo de alcohol	Cantidad de veces que consume alcohol	- Diariamente - Semanalmente - Mensualmente
Consumo de drogas	Requerir de drogas	-Si -No
Tiempo de consumo de drogas	Tiempo que lleva consumiendo drogas	- Años - Meses
Tipo de droga consumida	tipo de estupefacientes que consume	-Marihuana -Cocaína -Pasta base -Neoprem -Otras sustancias 8.5.3.1.1
Frecuencia de consumo de drogas	Cantidad de veces que requiere de drogas	- Diariamente - Semanalmente - Mensualmente

4.5.4 De la familia.

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Nivel socioeconómico	Categorización que se le otorga a las personas según la cantidad de ingresos que perciben	<ul style="list-style-type: none"> -Indigente (no percibe remuneración). -Bajo nivel de pobreza (vive con menos de \$25000 pesos al mes). -Sobre nivel de pobreza (vive con más de \$25000 pesos al mes).
Ciclo vital familiar	Categorización que se les da a las familias según la etapa por la cual estén pasando.	<ul style="list-style-type: none"> -Formación de pareja e inicio de la familia -Etapa de crianza inicial de los hijos -Familia con hijos pre-escolares -Familia con hijos escolares -Familia con hijos adolescentes -Período medio y terminal de la familia
Tipo de familia	Estructuración que se le otorga a la familia según lazos consanguíneos o no existentes en ella.	<ul style="list-style-type: none"> -Nuclear, monoparental -Nuclear, biparental -Extensa, biparental -Extensa, monoparental
Presencia de violencia intrafamiliar	Episodios en los cuales la mujer o sus hijos han sufrido de agresiones físicas o psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No
Tipo de violencia intrafamiliar	Características de las agresiones ejercidas contra la mujer o sus hijos	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Psicológica - Ambas

5. RESULTADOS.

A continuación daré a conocer los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario formulado con el fin de recopilar la información necesaria para realizar este estudio.

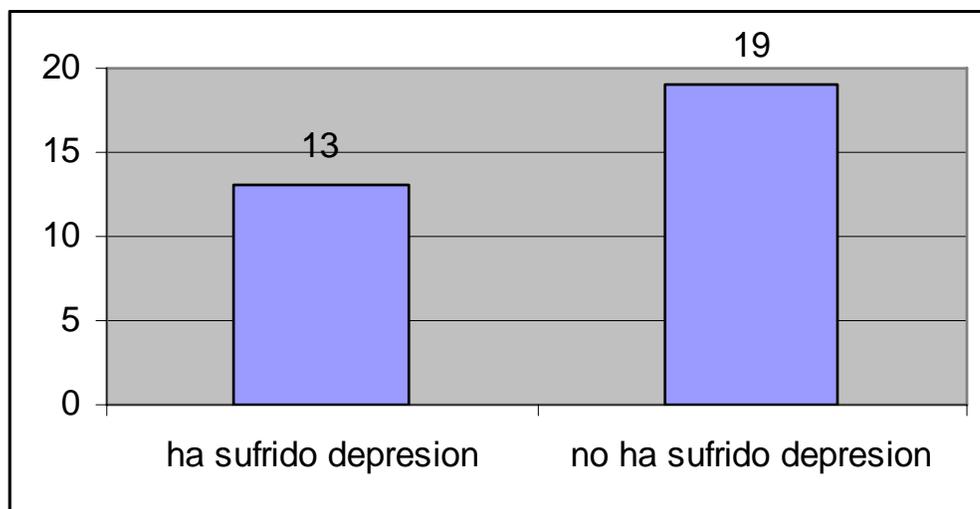
Tabla N° 1: Distribución numérica y porcentual de las madres en estudio según edad. Valdivia Junio – Julio 2006.

Edad	N° de madres	Porcentajes
<i>15 – 19 años</i>	0	0%
<i>20 – 24 años</i>	9	28%
<i>25 – 29 años</i>	9	28%
<i>30 – 34 años</i>	6	19%
<i>35 – 39 años</i>	4	13%
<i>40 – 44 años</i>	3	9%
<i>45 – 49 años</i>	1	3%
<i>50 años y mas</i>	0	0%
<i>Total</i>	32	100%

Fuente: Presencia de síntomas depresivos en madres de niños que presentan riesgo y retraso del DSM. Consultorio Externo Valdivia. Chile 2006.

De las madres encuestadas podemos apreciar que la mayoría de ellas se encuentra entre los rangos de edades que van desde los 20 a los 29 años, sumando entre los dos 56%, también se puede apreciar que no existen madres adolescentes, ni madres de mas de 50 años.

Gráfico N° 1: Distribución numérica de las madres en estudio según presencia de cuadros depresivos previos. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

13 madres encuestadas refieren haber padecido de cuadros depresivos previos, esto incluye solamente a aquellas madres que fueron diagnosticadas por un médico, mientras que 19 madres refieren no haber padecido de depresión en otras oportunidades.

Tabla N° 2: Distribución numérica y porcentual de madres en estudio según resultados obtenidos al aplicar formulario de depresión de Beck. Valdivia Junio – Julio 2006.

Resultados obtenidos	N° de madres	Porcentajes
<i>Sin depresión</i>	11	34%
<i>Depresión leve</i>	12	38%
<i>Depresión moderada</i>	7	22%
<i>Depresión grave</i>	2	6%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

Al aplicar el formulario de depresión de Beck se puede apreciar que 11 madres se encuentran dentro de la categoría sin depresión o población normal, sin embargo 21 madres (66%) tienen algún grado de depresión.

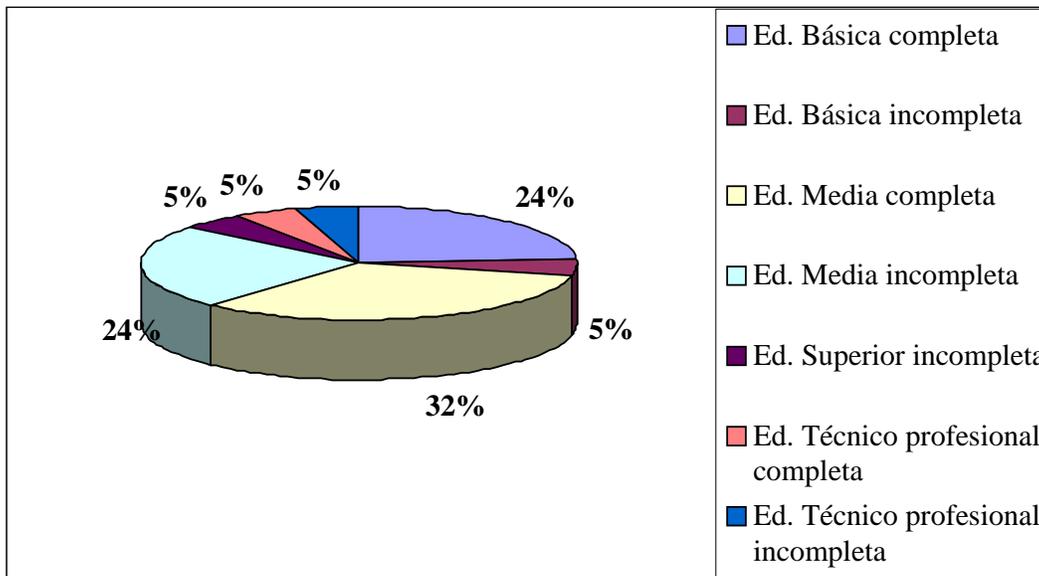
Tabla N° 3: Distribución numérica y porcentual de las madres en estudio según escolaridad. Valdivia Junio – Julio 2006.

Escolaridad	N° de Madres	Porcentaje
<i>Ed. Básica completa</i>	5	16%
<i>Ed. Básica incompleta</i>	2	6%
<i>Ed. Media completa</i>	12	38%
<i>Ed. Media incompleta</i>	9	28%
<i>Ed. Superior completa</i>	0	0%
<i>Ed. Superior incompleta</i>	1	3%
<i>Ed. Técnico profesional completa</i>	2	6%
<i>Ed. Técnico profesional incompleta</i>	1	3%
<i>Sin estudios</i>	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

De la población encuestada podemos ver que en un 28% las madres no han terminado la educación media, un 38% si lo ha hecho, 16% corresponde a madres que solo tiene escolaridad básica completa, 6% tiene escolaridad básica incompleta y el mismo porcentaje ha realizado estudios en centros de estudios superiores técnicos. Dentro del universo encuestado no se encontró a ninguna madre sin estudios.

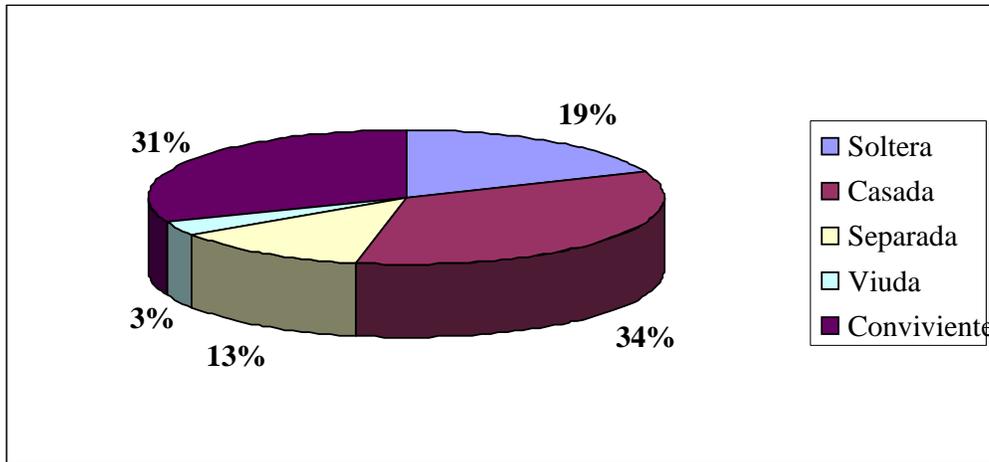
Gráfico N° 2: Distribución porcentual de las madres encuestadas que presentan síntomas depresivos según escolaridad. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Dentro de las 21 madres que presentan síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck, el 32% de ellas ha terminado la enseñanza media, el 24% no lo ha hecho y el mismo porcentaje solo cursó la enseñanza básica. Al hacer una comparación con la tabla anterior podemos ver que los porcentajes de madres sin depresión y con síntomas depresivos son muy similares.

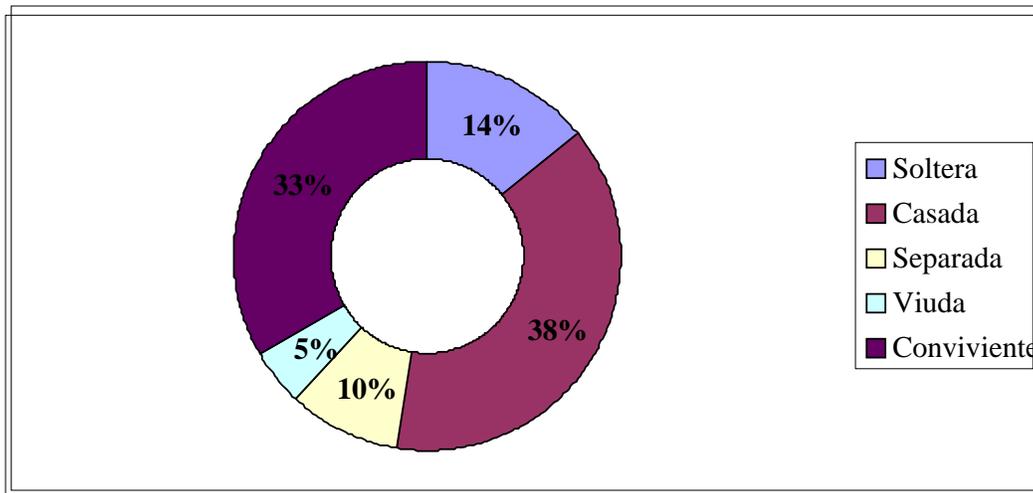
Gráfico N° 3: Distribución porcentual de las madres en estudio según estado civil. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Con respecto al estado civil de las madres se puede apreciar que la mayoría de las madres son casadas (34%), seguido de aquellas madres que conviven con sus parejas (31%), con un porcentaje mucho menor se encuentran las madres que son solteras (19%), lo destacable de este gráfico es que el 65% de las madres tiene pareja.

Gráfico N° 4: Distribución porcentual de las madres encuestadas que presentan síntomas depresivos según estado civil. Valdivia Junio - Julio 2006.



Fuente: Ídem.

De las madres con síntomas depresivos el 38% son casadas y el 33% son convivientes. El 24% corresponde a la suma de los porcentajes de madres solteras y de madres separadas. Vale la pena destacar que el 71% de las madres que presentan síntomas depresivos se encuentran actualmente con pareja.

Tabla N° 4: Distribución numérica y porcentual de las madres estudiadas según religión. Valdivia Junio – Julio 2006.

Religión	N° de Madres	Porcentaje
<i>Católica</i>	12	38%
<i>Evangélica</i>	14	44%
<i>Luterana</i>	0	0%
<i>Otra</i>	0	0%
<i>No tiene</i>	6	19%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

Con respecto a la religión, 14 madres profesan la religión evangélica, le sigue con un porcentaje menor aquellas madres que profesan la religión católica, 6 madres dicen no profesar ninguna religión.

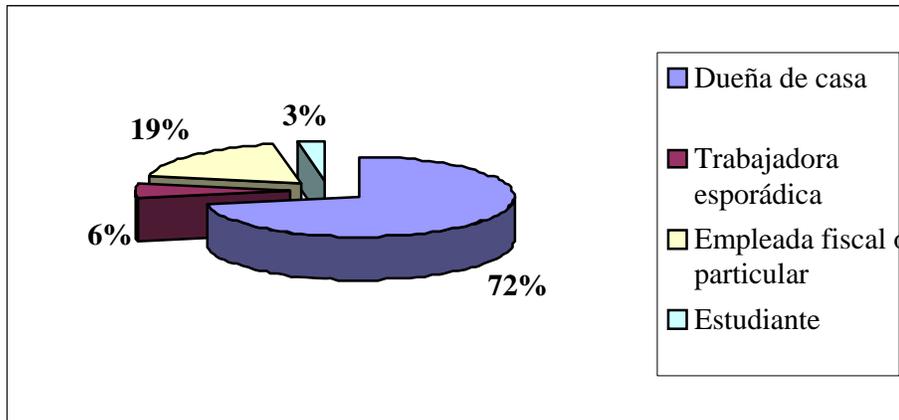
Tabla N° 5: Distribución numérica y porcentual de madres con síntomas depresivos según religión. Valdivia Junio – Julio 2006.

Religión	N° de Madres	Porcentaje
<i>Católica</i>	7	33%
<i>Evangélica</i>	11	52%
<i>Luterana</i>	0	0%
<i>Otra</i>	0	0%
<i>No tiene</i>	3	14%
<i>Total</i>	21	100%

Fuente: Ídem

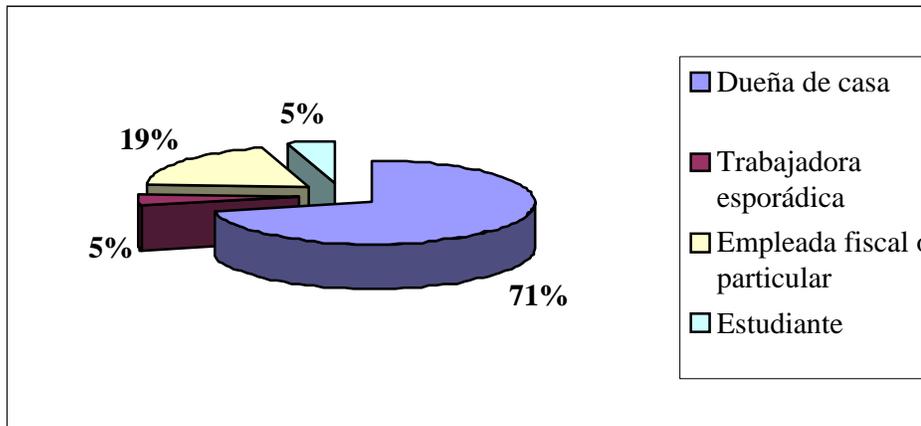
Podemos ver que las madres con síntomas depresivos en un 85% acuden a una iglesia, sea esta católica o evangélica, porcentaje que varía solo en un 3% con respecto a las madres sin síntomas depresivos.

Gráfico N° 5: Distribución porcentual de las madres en estudio según ocupación. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

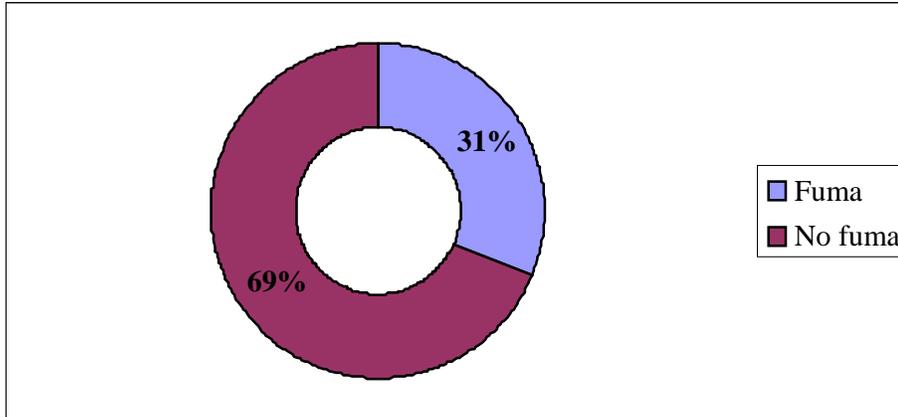
Gráfico N° 6: Distribución porcentual de las madres en estudio que presentan síntomas depresivos según ocupación. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

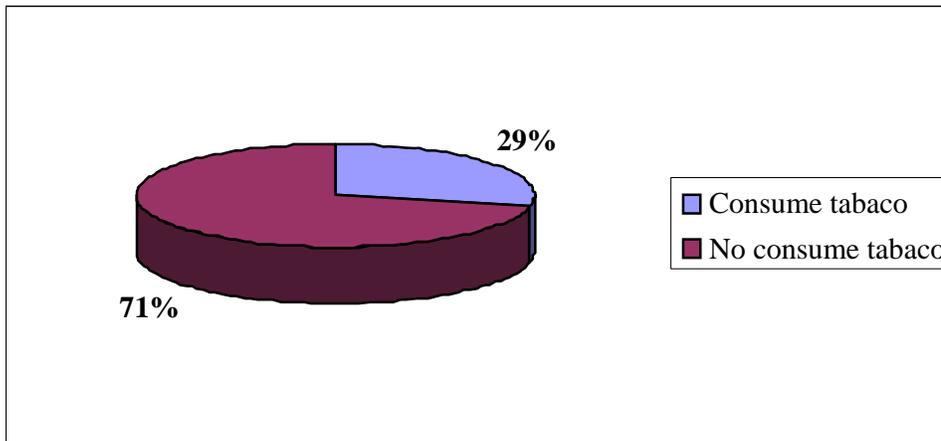
Como se puede apreciar en los dos gráficos expuestos, podemos ver, que tanto en madres sin síntomas depresivos como en aquellas que si los presentan, la ocupación que realizan no varía en mayor cantidad, siendo la mayoría de ellas dueñas de casa.

Gráfico N° 7: Distribución porcentual de las madres en estudio según consumo de tabaco. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

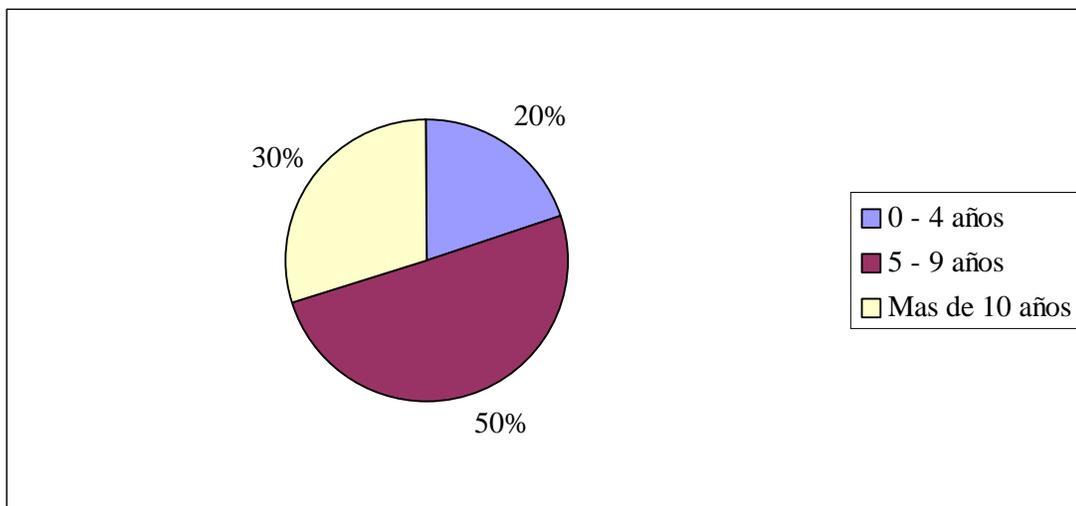
Gráfico N° 8: Distribución porcentual de las madres encuestadas que tienen síntomas depresivos según consumo de tabaco. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Como se puede apreciar en ambos gráficos, los porcentajes de madres fumadoras con y sin síntomas depresivos son similares.

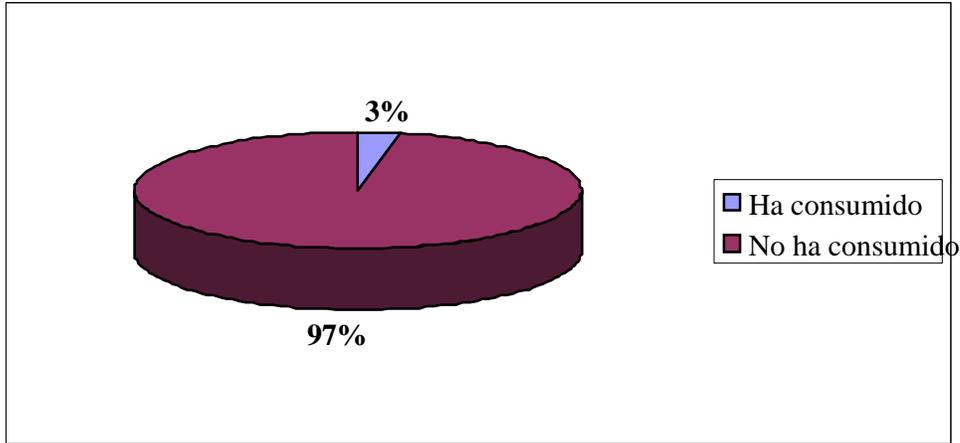
Grafico N° 9: Distribución porcentual de las madres en estudio según años que llevan consumiendo tabaco. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Se puede apreciar que de las madres que fuman, el 50% por ciento lleva consumiendo tabaco entre 5 y 9 años, el 30% consume tabaco entre 5 y 10 años y el 20% de las madres lo hace desde hace menos de 4 años.

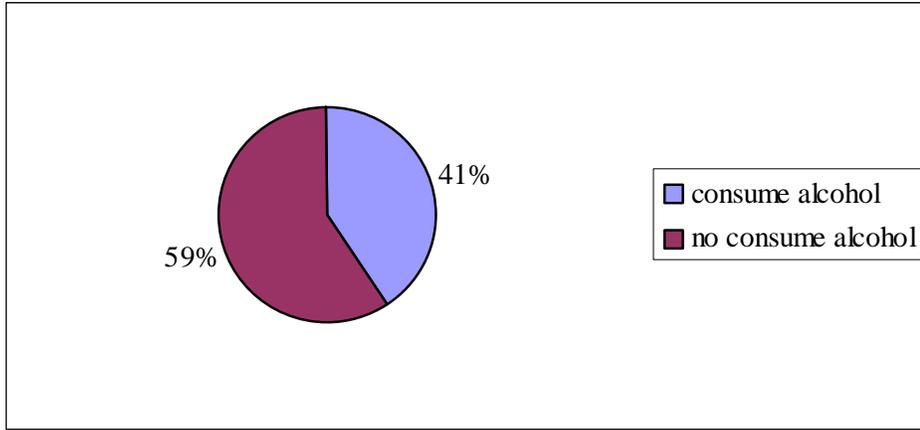
Gráfico N° 10: Distribución porcentual de todas las madres en estudio según consumo de drogas. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

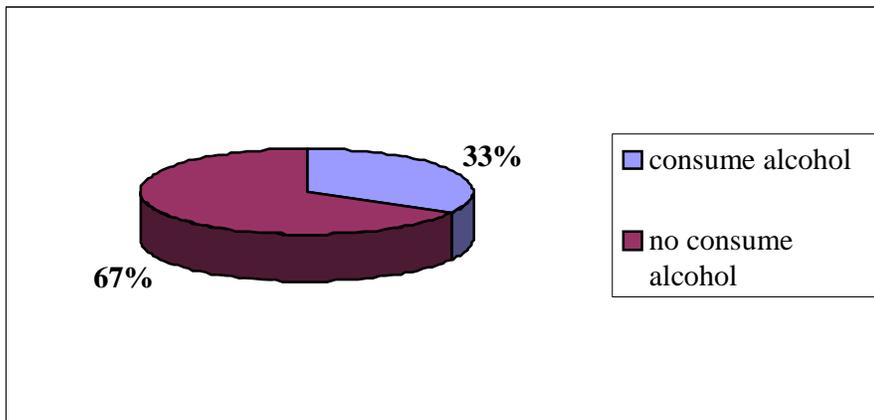
Con respecto al consumo de drogas un 97% refirió no consumir drogas de ningún tipo, mientras que el 3% de las madres encuestadas dijo consumir actualmente algún tipo de droga, principalmente marihuana.

Gráfico N° 11: Distribución porcentual de las madres en estudio según consumo de alcohol. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Gráfico N° 12: Distribución porcentual de madres con síntomas depresivos según consumo de alcohol. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Lo que podemos ver en estos dos gráficos es que un porcentaje menor de madres con y sin síntomas depresivos consume alcohol.

Tabla N° 6: Distribución numérica y porcentual de las madres en estudio según tipo de familia. Valdivia Junio – Julio 2006.

Tipo de Familia	N° de madres	Porcentaje
<i>Nuclear Monoparental</i>	5	16%
<i>Nuclear Biparental</i>	19	59%
<i>Extensa Monoparental</i>	5	16%
<i>Extensa Biparental</i>	3	9%
<i>Total</i>	32	100%

Fuente: Ídem.

Como se puede ver en la tabla, en la mayoría de los casos la familia esta compuesta por el padre, la madre y los hijos, un porcentaje menor de familias están constituidas solo por las madres y los hijos (nuclear monoparental) o por la madre, los hijos y algún otro miembro de la familia, (la que generalmente era la abuela de los niños), (extensa monoparental).

Tabla N° 7: Distribución numérica y porcentual de las madres con síntomas depresivos en estudio según tipo de familia. Valdivia Junio – Julio 2006.

Tipo de Familia	N° de madres	Porcentaje
<i>Nuclear Monoparental</i>	4	19%
<i>Nuclear Biparental</i>	12	57.1%
<i>Extensa Monoparental</i>	3	14.2%
<i>Extensa Biparental</i>	2	9.5%
<i>Total</i>	21	100%

Fuente: Ídem.

Al igual que en la tabla descrita anteriormente, en la mayoría de los casos vistos, la familia esta compuesta por el padre, la madre y los hijos, y un porcentaje menor por solo la madre y los hijos o la madre, los hijos y algún otro familiar.

Tabla N° 8 Distribución numérica y porcentual de las madres en estudio según etapa del ciclo vital en que se encuentran. Valdivia Junio – Julio 2006.

Etapa del ciclo vital	N° de madres	Porcentaje
<i>Formación de pareja e inicio de la familia</i>	0	0%
<i>Etapa de crianza inicial de los hijos</i>	4	13%
<i>Familia con hijos pre – escolares</i>	9	28%
<i>Familia con hijos escolares</i>	7	22%
<i>Familia con hijos adolescentes</i>	11	34%
<i>Periodo medio y terminal de la familia</i>	1	3%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

Como podemos ver en la tabla, la mayoría de las madres tiene hijos adolescentes, le siguen aquellas madres con hijos que son pre escolares, aunque la mayoría de esos niños no asiste a un jardín infantil en donde sean adecuadamente estimulados, solo una madre (3%) se encuentra dentro de la etapa de periodo medio y terminal de la familia ya que tiene un hijo de 23 años ya profesional.

Tabla N° 9: Distribución numérica y porcentual de la calidad de las relaciones con las redes de apoyo de las madres en estudio. Valdivia Junio – Julio 2006.

	Tipo de Relación								
	<i>Buena</i>		<i>Regular</i>		<i>Mala</i>		<i>Sin Relación</i>		<i>Total</i>
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	
<i>Familia paterna</i>	16	50	5	16	2	6	9	28	32
<i>Familia materna</i>	17	53	11	34	0	0	4	13	32
<i>Trabajo</i>	7	22	2	6	1	3	22	69	32
<i>Vecinos</i>	11	34	4	13	4	13	13	41	32
<i>Iglesia</i>	10	31	0	0	0	0	22	69	32
<i>Escuela</i>	15	47	1	3	0	0	16	50	32
<i>Consultorio</i>	24	75	5	16	1	3	2	6	32
<i>Otros</i>	13	41	2	6	0	0	17	53	32

Fuente: Ídem.

De acuerdo a los tipo de relación que establecen las madres podemos ver que en su mayoría son buenas, sobretodo con la familia paterna (50%) y la familia materna (53%) también sucede esto con la escuela (47%), los vecinos (34%) y el consultorio(75%), como se puede apreciar hay una gran cantidad de madres que no tienen ningún tipo de relación con el trabajo (69%), ya que en su mayoría se dedican a labores del hogar, lo mismo ocurre con la relación con la iglesia (69%) ya que la mayoría de las madres dice profesar alguna religión pero no asisten a ella.

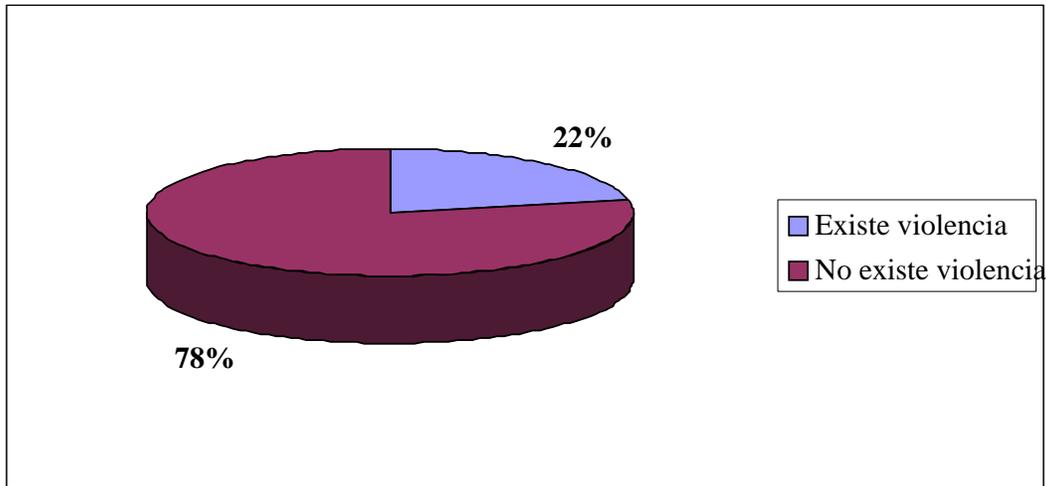
Tabla N° 10: Distribución numérica y porcentual de la calidad de las relaciones con las redes de apoyo de las madres en estudio con síntomas depresivos. Valdivia Junio – Julio 2006.

	Tipo de Relación								<i>Total</i>
	<i>Buena</i>		<i>Regular</i>		<i>Mala</i>		<i>Sin Relación</i>		
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	
<i>Familia paterna</i>	10	47.5	5	23.8	2	9.5	4	19	21
<i>Familia materna</i>	9	42.8	9	42.8	0	0	3	14.2	21
<i>Trabajo</i>	4	19	2	9.5	0	0	15	71.4	21
<i>Vecinos</i>	6	28.5	3	14.2	3	14.2	9	42.8	21
<i>Iglesia</i>	7	33.3	0	0	0	0	14	66.6	21
<i>Escuela</i>	11	52.3	1	4.7	0	0	9	42.8	21
<i>Consultorio</i>	15	71.4	4	19	1	4.7	1	4.7	21
<i>Otros</i>	6	28.5	1	4.7	0	0	14	66.6	21

Fuente: Ídem.

Como podemos apreciar, las madres con síntomas depresivos generalmente mantienen buenas relaciones con la familia paterna (47.5%) y materna (42.5%), en ellas se encuentran sus principales redes de apoyo, 3 madres presentan relaciones de mala calidad con los vecinos, por otro lado, solo una madre con síntomas depresivos mantiene malas relaciones con el consultorio.

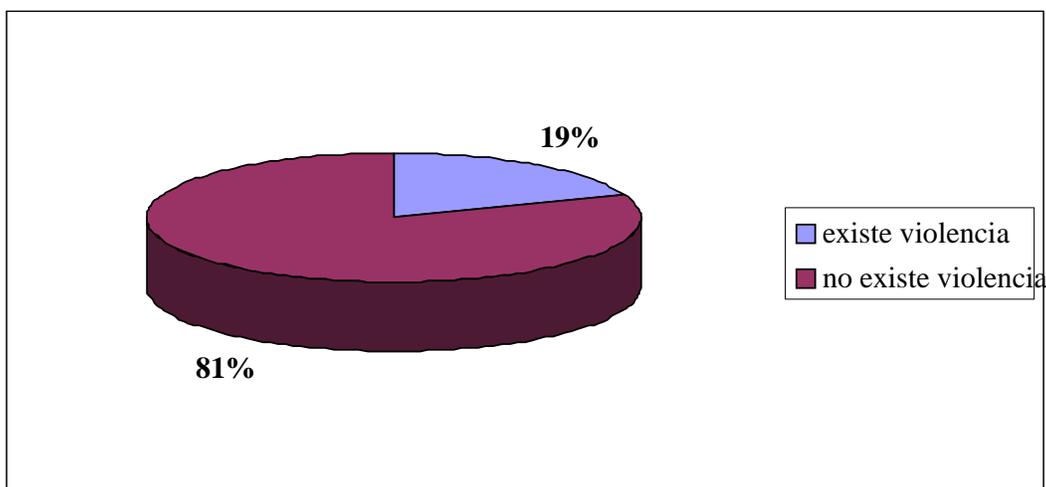
Gráfico N° 13: Distribución porcentual de todas las madres en estudio según presencia o no de violencia intrafamiliar. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Según las encuestadas en un 78% dicen no sufrir de violencia intrafamiliar, mientras que un 22% asegura haber sufrido en alguna ocasión, de estas, el 14% sufrió violencia de tipo físico, 43% violencia de tipo psicológico y el 43% sufrió ambos tipos de violencia.

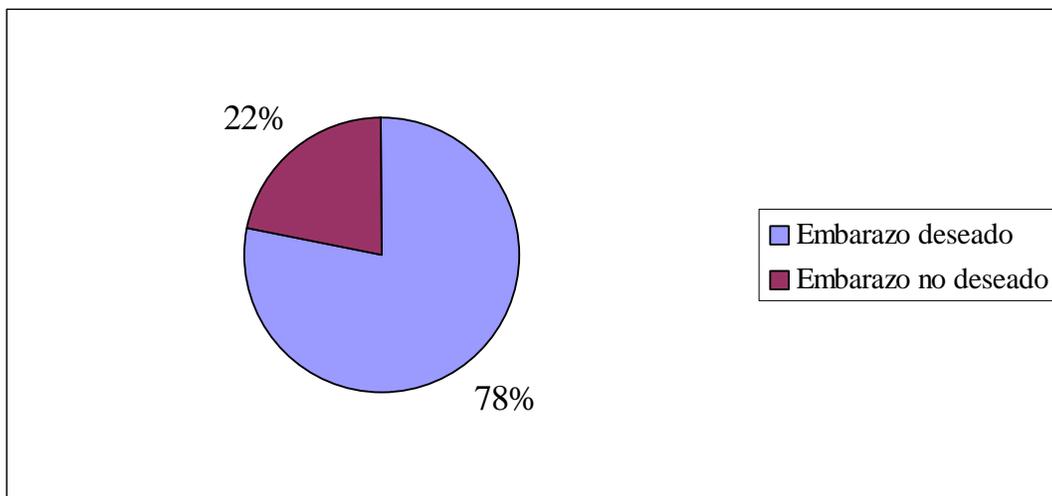
Gráfico N° 14: Distribución porcentual de las madres en estudio con síntomas depresivos según presencia o no de violencia intrafamiliar. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

El 19% de las madres con síntomas depresivos refiere sufrir de violencia intrafamiliar, sea esta de tipo físico, psicológico o ambos.

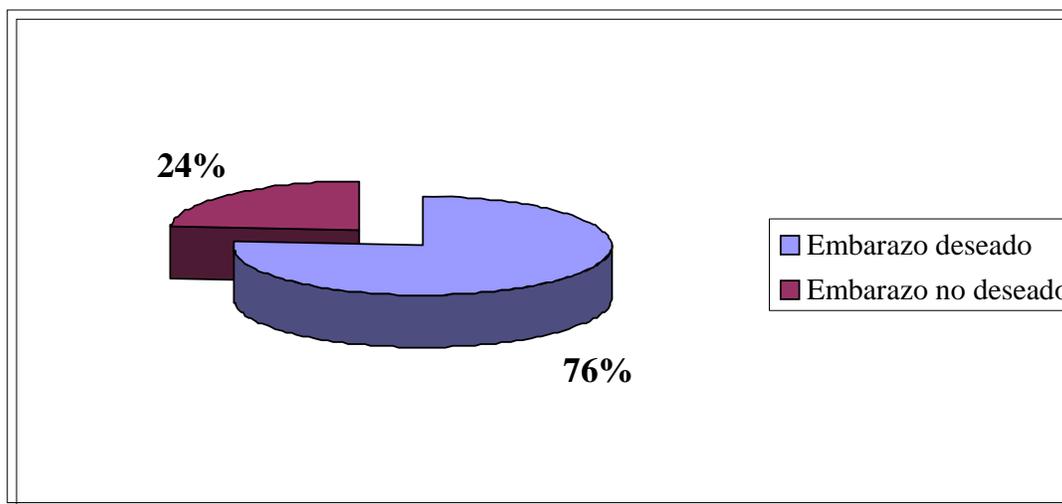
Gráfico N° 15: Distribución porcentual de las madres en estudio, según tipo de embarazo. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Con respecto al tipo de embarazo que tuvieron las madres encuestadas, el 78% refiere que su embarazo fue deseado, mientras que el 22% refiere que su embarazo no fue deseado.

Gráfico N° 16: Distribución porcentual de las madres estudiadas que presentan síntomas depresivos según tipo de embarazo. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

El 24% de las madres que presentan síntomas depresivos tuvieron un embarazo no deseado, mientras que el 76% de las madres refieren que sus embarazos fueron deseados.

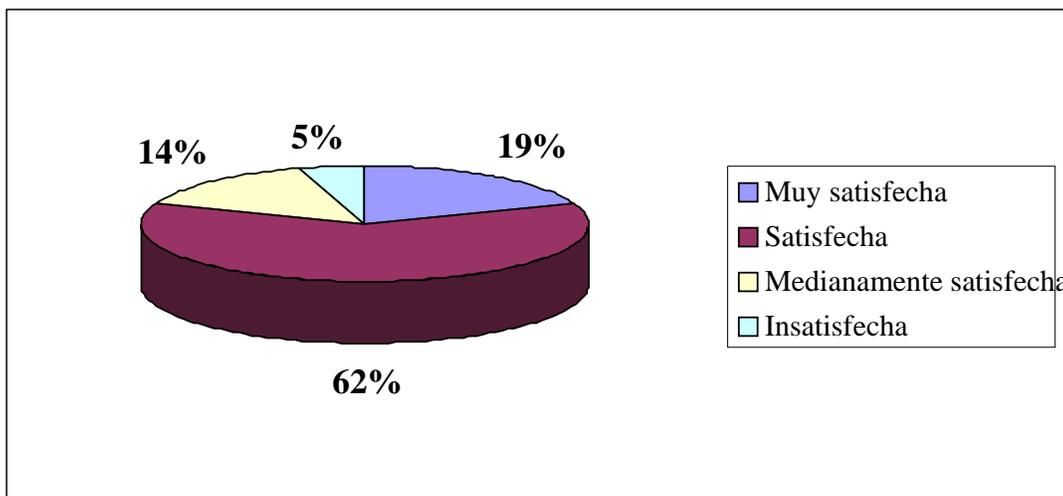
Tabla N° 11: Distribución numérica y porcentual de las madres en estudio según satisfacción con la vida personal y familiar. Valdivia Junio – Julio 2006.

Satisfacción con la vida	N° de madres	Porcentaje
<i>Muy satisfecha</i>	9	28%
<i>Satisfecha</i>	18	56%
<i>Medianamente satisfecha</i>	4	13%
<i>Insatisfecha</i>	1	3%
<i>Total</i>	32	100%

Fuente: Ídem.

Se puede ver que 18 madres que corresponde al 56% se sienten satisfechas con su vida personal y familiar, 9 madres las que corresponden a un 28% se sienten muy satisfechas con su vida personal y familiar, 4 se sienten medianamente satisfechas y solo una esta insatisfecha con su vida personal y familiar.

Gráfico N° 17: Distribución porcentual de las madres estudiadas que presentan síntomas depresivos según satisfacción con la vida personal y familiar. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

El 62% de las madres con síntomas depresivos dice estar satisfecha con su vida personal y familiar. Solo un 5% refiere estar insatisfecha con su vida. Cabe destacar que el 81% de las madres con síntomas depresivos se encuentra satisfecha con su vida personal y familiar.

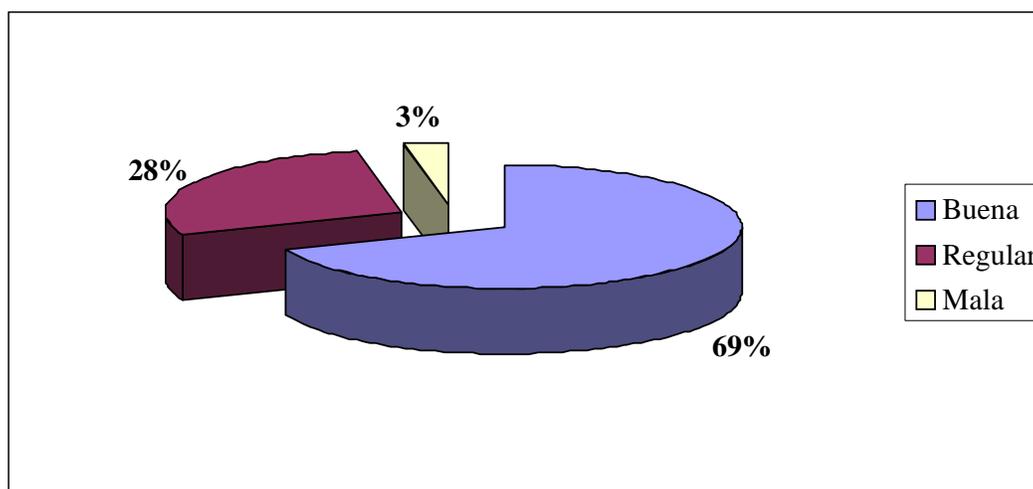
Tabla N° 12: Distribución numérica y porcentual del grupo en estudio según apoyo que reciben de sus parejas. Valdivia Junio – Julio 2006.

Recibe apoyo	N° de madres	Porcentaje
<i>Si</i>	22	69%
<i>No</i>	10	31%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

Se puede ver en la tabla que la gran mayoría de las madres recibe apoyo de sus maridos o parejas cuando sienten pena o tienen algún problema, y solo un tercio de las madres encuestadas refirieron no tener ningún tipo de apoyo de sus parejas cuando algo les afectaba, esto debido principalmente a la falta de comunicación existente entre las parejas. Esto incluye a aquellas madres que se encuentran sin pareja.

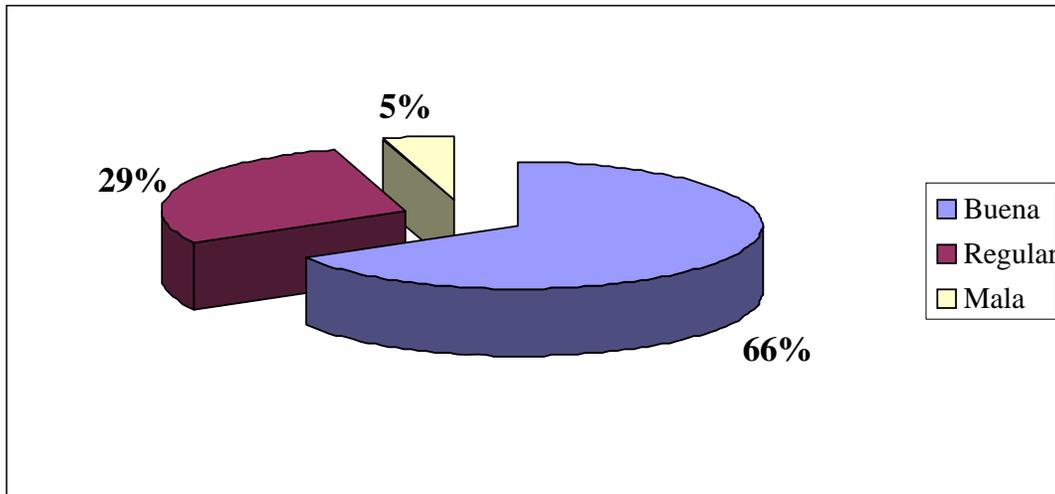
Gráfico N° 18: Distribución porcentual del grupo en estudio según tipo de relación que tienen con sus parejas. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

La mayoría de las entrevistadas dicen tener una buena relación con sus maridos o parejas, un poco menos de un tercio de las encuestadas dice que la relación con sus maridos o parejas es regular y solo un 3% de las encuestadas refiere tener una mala relación con su marido o pareja.

Gráfico N° 19: Distribución porcentual de las madres estudiadas que tiene síntomas depresivos, según tipo de relación con sus parejas o cónyuges. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente. Ídem.

El 66% de las madres con síntomas depresivos refiere que la relación que mantienen con sus cónyuges o parejas es buena, solo un 5% refiere que la relación es mala.

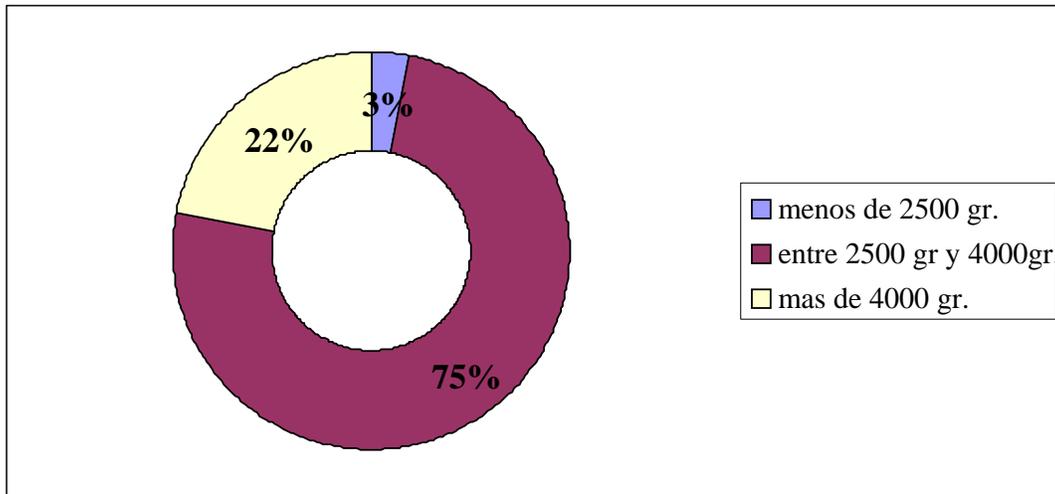
Tabla N° 13: Distribución numérica y porcentual según resultados obtenidos al aplicar APGAR familiar a todas las madres. Valdivia Junio – Julio 2006.

Resultados de Apgar	Número de Madres	Porcentaje
<i>Muy buena función familiar</i>	25	78%
<i>Sugiere disfuncionalidad</i>	5	16%
<i>Sugiere disfuncionalidad severa</i>	2	6%
Total	32	100%

Fuente: Ídem

Se puede apreciar en la tabla que el mayor porcentaje sugiere una buena función familiar, en cinco familias se aprecia disfuncionalidad y se encontraron tres familias con disfuncionalidad severa.

Gráfico N° 20: Distribución porcentual de los hijos de las madres en estudio que presentan riesgo y retraso del DSM, según peso de nacimiento. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Con respecto al peso de los niños que presentan riesgo y retraso del DSM, se puede decir que el 75% de ellos nació con un peso entre los 2500 gr. y los 4000 gr., un 22% nació con un peso entre 2500 gr. y 4000 gr., y solo un 3% de estos niños nació con menos de 2500 gr. de peso.

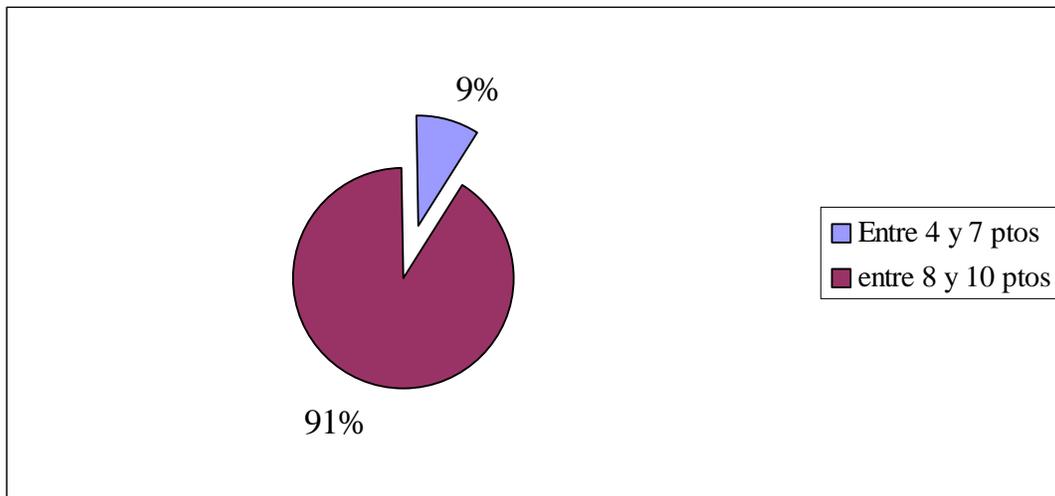
Tabla N° 14: Distribución numérica y porcentual de los hijos de las madres en estudio que presentan riesgo y retraso del DSM según talla al nacer. Valdivia Junio – Julio 2006.

Talla al nacer	Número de niños	Porcentaje
<i>Menos de 48 cm.</i>	1	3%
<i>Entre 48 cm. y 53 cm.</i>	26	81%
<i>Mas de 53 cm.</i>	5	16%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

Como se puede observar la mayoría de los niños que presentan riesgo y retraso del DSM, nacieron con una talla que va entre los 48 y los 53cm de longitud, Un solo niño midió menos de 48 cm. y 5 midieron mas de 53 cm. de longitud.

Gráfico N° 21: Distribución porcentual de los hijos de las madres en estudio según Apgar aplicado al minuto de vida. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Como se puede apreciar la gran mayoría de los niños, hijos de las madres en estudio, obtuvieron entre 8 y 10 puntos al aplicarles el Apgar al minuto de nacer.

Tabla N° 15: Distribución numérica de las madres en estudio según tipo de lactancia dada a sus hijos. Valdivia Junio – Julio 2006.

Tipo de lactancia	Numero de madres	Porcentaje
<i>Materna</i>	25	78%
<i>Biberón</i>	7	22%
<i>Total</i>	32	100%

Fuente: Ídem.

Un gran número de madres dio a sus hijos lactancia materna, mientras que un porcentaje menor solo les dio lactancia por medio de biberón, esta situación se da principalmente por que las madres no producían leche o por que se encontraban trabajando lo que las obligaba a optar por esta opción.

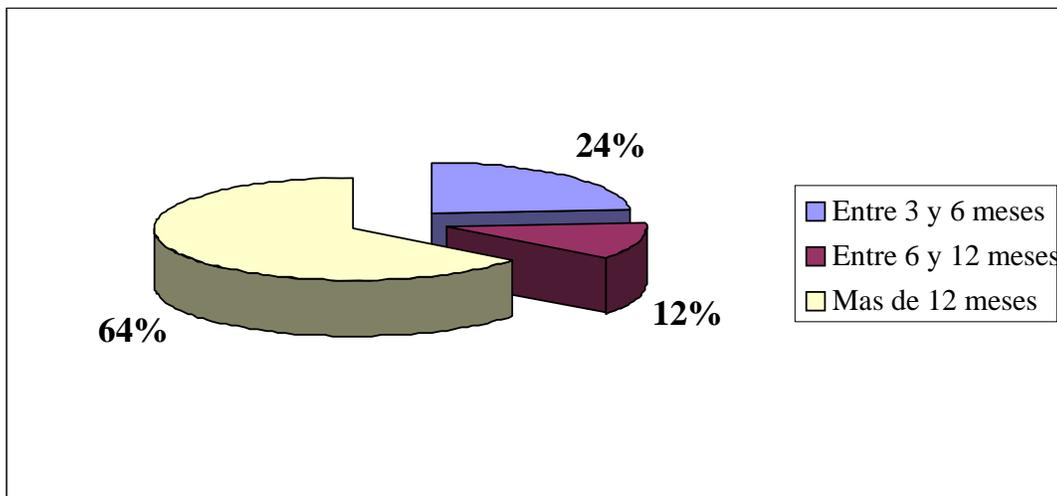
Tabla N° 16: Distribución numérica de las madres en estudio según duración de la lactancia materna. Valdivia Junio – Julio 2006.

Duración de la lactancia materna	Número de madres	Porcentaje
<i>Menor a 3 meses</i>	1	4%
<i>Entre 3 y 6 meses</i>	4	16%
<i>Entre 6 y 12 meses</i>	4	16%
<i>Mas de 12 meses</i>	16	64%
<i>Total</i>	25	100%

Fuente: Ídem.

Se puede apreciar que un gran numero de madres dio lactancia materna a sus hijos por mas de 12 meses, entre 3 y 6 meses, y entre 6 y 12 meses el numero de madres es el mismo, solo una madre amamanto a su hijo por menos de tres meses.

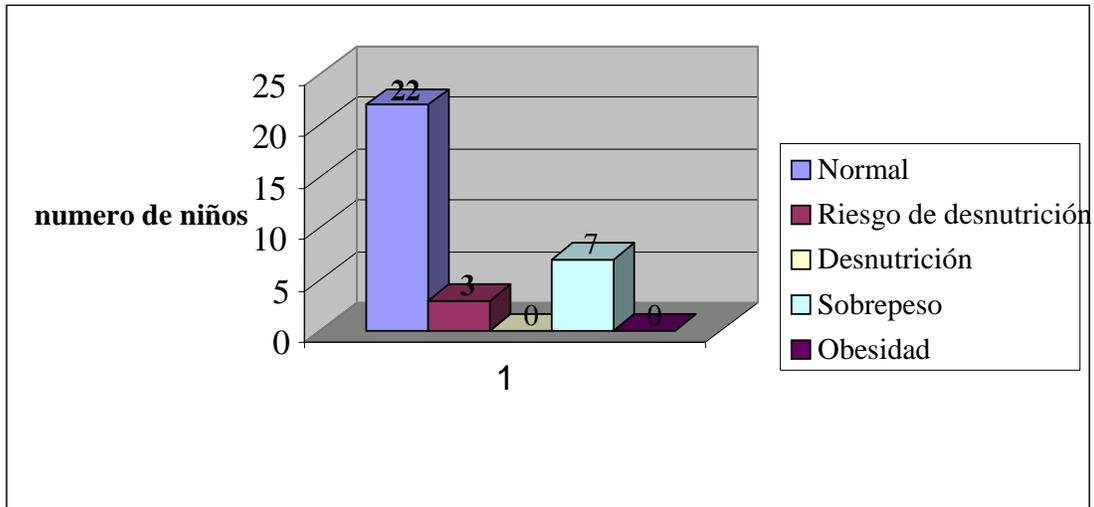
Gráfico N° 22: Distribución porcentual de las madres en estudio que presentan síntomas depresivos según duración de la lactancia materna dada a sus hijos. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

El 64% de las madres con síntomas depresivos dio a sus hijos lactancia materna exclusiva por más de 12 meses. Cabe mencionar que ninguna lo hizo por menos de tres meses.

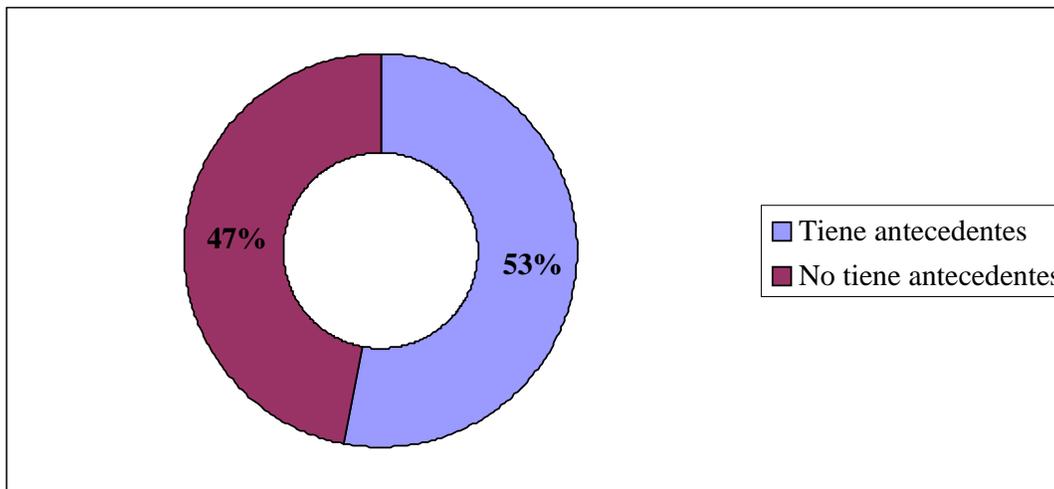
Grafico N° 23: Distribución numérica de los hijos de las madres en estudio según estado nutricional actual. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

La mayoría de los niños (hijos de las madres en estudio) presentan un estado nutricional normal (22), solo 7 de los niños presentan sobrepeso y 3 tienen riesgo de desnutrición, esto no concuerda con la realidad nacional en donde la mayoría de los niños están en el grupo de sobrepeso y obesidad.

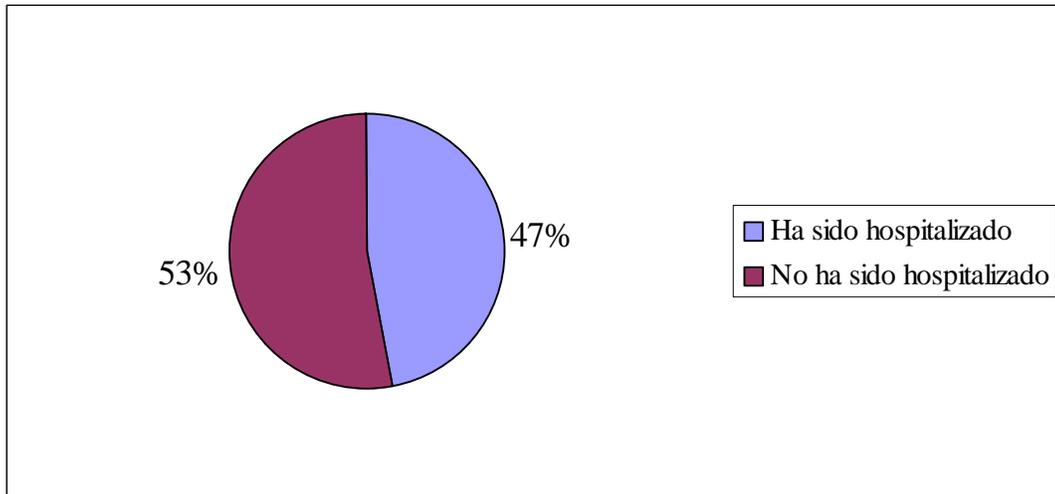
Grafico N° 24: Distribución porcentual de los hijos de las madres en estudio según antecedentes de enfermedades. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Se puede observar que en su mayoría los niños presentan antecedentes de enfermedades, estas principalmente son de tipo respiratorias altas y digestivas, las que se presentaron principalmente durante los meses de invierno y verano respectivamente.

Grafico N° 25: Distribución porcentual de los hijos de las madres en estudio según antecedentes de hospitalizaciones. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Como se puede apreciar el 53% de los hijos de las madres estudiadas no han requerido ser hospitalizados, mientras que el 47% si ha tenido que ser internado en un centro hospitalario para recibir tratamiento específico. Las hospitalizaciones principalmente son producto de enfermedades respiratorias altas agudizadas y también producto de enfermedades digestivas.

Tabla N° 17: Distribución numérica y porcentual de los hijos de las madres estudiadas según número de hospitalizaciones. Valdivia Junio – Julio 2006.

Número de hospitalizaciones	Número de Niños	Porcentaje
<i>Entre 1 - 3</i>	12	80%
<i>Entre 4 - 7</i>	1	7%
<i>Mas de 8</i>	2	13%
Total	15	100%

Fuente: Ídem.

En su gran mayoría (80%) los niños han sido hospitalizados entre 1 y 3 veces, porcentajes mucho menores reflejan que los niños han sido hospitalizados entre 4 y 7 veces, solo dos niños han estado en un recinto hospitalario por mas de 8 veces, esto debido a que tienen muchas enfermedades asociadas como cardiopatías, malformaciones, lo que es una cifra alta.

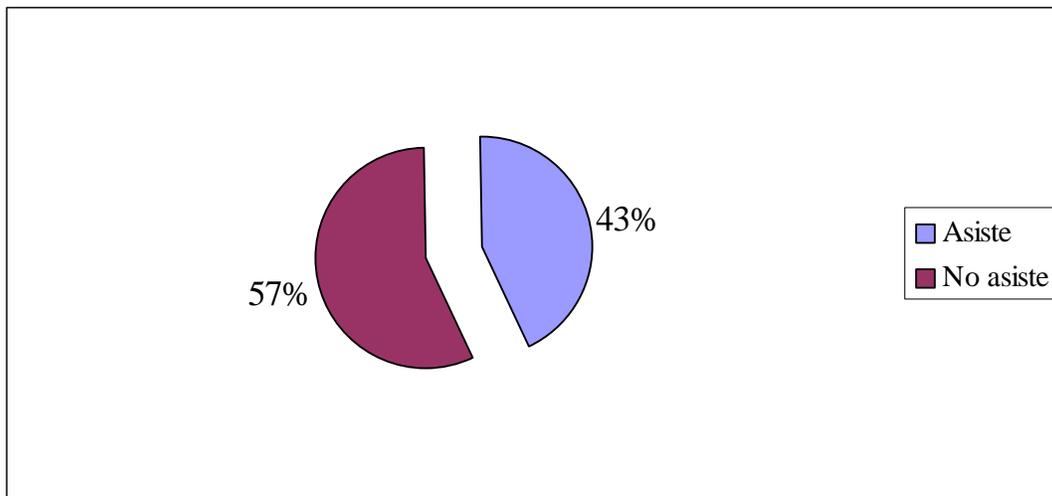
Tabla N° 18: Distribución numérica y porcentual de los hijos de las madres en estudio según asistencia o no a sala cuna o jardín infantil. Valdivia Junio – Julio 2006.

Asistencia a sala cuna o jardín infantil	Número de niños	Porcentaje
<i>Asiste a sala cuna o jardín infantil</i>	13	41%
<i>No asiste a sala cuna o jardín infantil</i>	19	59%
Total	32	100%

Fuente: Ídem

En su mayoría los niños no asisten a sala cuna o a jardín infantil, solo un 41% de los hijos de las madres encuestadas asiste regularmente a estos centros.

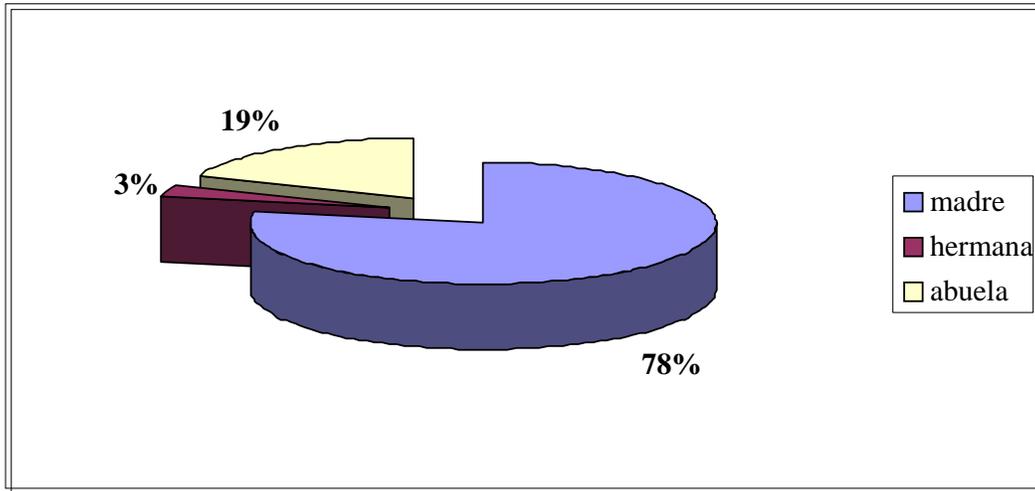
Gráfico N° 26: Distribución porcentual de las madres con síntomas depresivos en estudio según asistencia o no de sus hijos a jardín infantil o sala cuna. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

El 57% de los hijos de madres con síntomas depresivos no asiste a sala cuna o jardín infantil, solo un 43% lo hace.

Gráfico N° 27: Distribución porcentual de los hijos de las madres en estudio según persona que esta al cuidado de los niños. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

La madre en su mayoría es quien cuida de sus hijos, en el 78% de los casos. En un 19% es la abuela quien cuida de ellos, esto ocurre principalmente cuando la madre debe salir a trabajar y no puede estar con sus hijos, en un menor porcentaje es algún hermano o hermana del niño quien debe hacerse cargo de éste cuando la madre esta fuera de su hogar.

Tabla N° 19: Distribución numérica y porcentual de los hijos con riesgo y retraso del DSM, de las madres en estudio, según número de controles del DSM. Valdivia Junio – Julio 2006.

Número de controles del DSM	Número de niños	Porcentaje
<i>Entre 1 - 2</i>	19	59%
<i>Entre 3 – 4</i>	12	38%
<i>5 controles y mas</i>	1	3%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

A un 59% de los hijos de las madres en estudio que presentan riesgo y retraso del DSM, se les han realizado entre 1 y 2 controles del DSM, un 38% lo que corresponde a 12 niños, se les han efectuado entre 3 y 4 controles del DSM, solo un niño a asistido mas de 5 veces a controles del DSM, esto se debe principalmente a las edades de los niños que varía de los 2 a los 5 años.

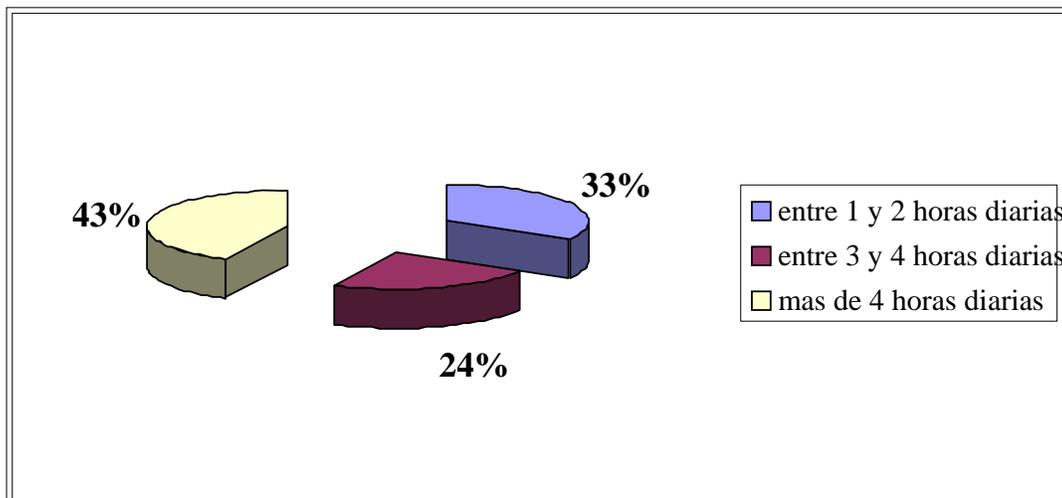
Tabla N° 20: Distribución numérica y porcentual de las madres en estudio según número de horas diarias que las madres dedican a la estimulación de sus hijos. Valdivia Junio – Julio 2006.

Horas diarias dedicados a la estimulación de los niños	Número de madres	Porcentaje
<i>Entre 1 – 2 horas</i>	11	34%
<i>Entre 3 – 4 horas</i>	9	28%
<i>Mas de 4 horas</i>	12	38%
Total	32	100%

Fuente: Ídem.

Las madres que estimulan a sus hijos mas de 4 horas diarias solo son 12 lo que corresponde a un 38%, levemente mas abajo se encuentran aquellas que los estimulan entre 3 y 4 horas con un porcentaje de 28, y las madres que estimulan a sus hijos menos de 2 horas diarias ocupan el 34%, esto es debido a que éstas trabajan fuera del hogar por largos periodos de tiempo al día.

Gráfico N° 28: Distribución porcentual de las madres estudiadas con síntomas depresivos según tiempo dedicado a la estimulación de sus hijos diariamente. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem

El 43% de las madres con síntomas depresivos dice dedicarle más de 4 horas diarias a la estimulación de sus hijos, el 33% dice que lo hace entre 1 y 2 horas al día, esto ocurre principalmente por la ausencia de la madre en el hogar debido al trabajo fuera de casa.

Tabla N° 21: Distribución porcentual de los cónyuges o parejas de las madres en estudio según edad. Valdivia Junio – Julio 2006.

Edad	N° de cónyuges	Porcentajes
<i>15 – 19 años</i>	0	0%
<i>20 – 24 años</i>	4	13%
<i>25 – 29 años</i>	5	16%
<i>30 – 34 años</i>	10	32%
<i>35 – 39 años</i>	7	23%
<i>40 – 44 años</i>	3	10%
<i>45 – 49 años</i>	1	3%
<i>50 años y mas</i>	1	3%
<i>Total</i>	31	100%

Fuente: Ídem.

Con respecto a la edad de los cónyuges podemos apreciar que la mayoría de éstos se encuentran dentro del grupo de edades que van desde los 30 a los 34 años de edad, seguidos por el siguiente grupo que abarca desde los 35 a los 39 años de edad. Solo un cónyuge es mayor de cincuenta años y no se encontraron padres que tengan menos de 19 años.

Tabla N° 22: Distribución numérica y porcentual de los cónyuges o parejas de las madres en estudio según escolaridad. Valdivia Junio – Julio 2006.

Escolaridad	N° de Cónyuges	Porcentaje
<i>Ed. Básica completa</i>	5	16%
<i>Ed. Básica incompleta</i>	2	6%
<i>Ed. Media completa</i>	10	32%
<i>Ed. Media incompleta</i>	9	29%
<i>Ed. Superior completa</i>	1	3%
<i>Ed. Superior incompleta</i>	1	3%
<i>Ed. Técnico profesional completa</i>	1	3%
<i>Ed. Técnico profesional incompleta</i>	2	6%
<i>Sin estudios</i>	0	0%
<i>No sabe</i>	0	0%
Total	31	100%

Fuente: Ídem.

Podemos apreciar que el 32% de los cónyuges de las madres han cursado la enseñanza media, 9 no terminaron, 16% de ellos solo cursó la enseñanza básica y 2 no lograron terminar, 2 realizaron estudios universitarios, pero solo uno los finalizó, dos realizaron cursos en un centro de formación técnica pero no terminaron con estos estudios. Se puede ver que la escolaridad en la gran mayoría es incompleta.

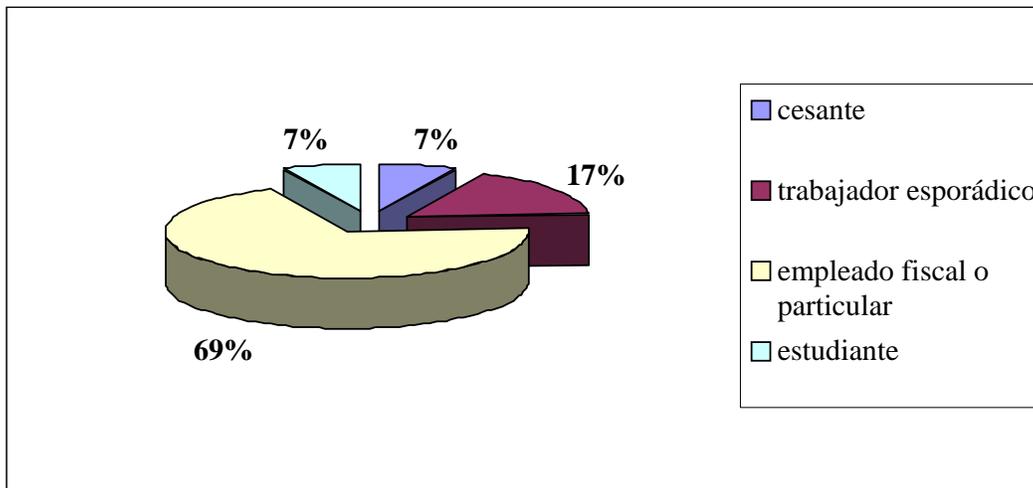
Tabla N° 23: Distribución numérica y porcentual de los cónyuges o parejas de las madres en estudio según religión. Valdivia Junio – Julio 2006.

Religión	N° de cónyuges	Porcentaje
<i>Católica</i>	11	35%
<i>Evangélica</i>	14	45%
<i>Luterana</i>	0	0%
<i>Otra</i>	0	0%
<i>No tiene</i>	4	13%
<i>No sabe</i>	2	6%
<i>Total</i>	31	100%

Fuente: Ídem.

Con respecto a la religión, la mayoría profesa la religión evangélica, le sigue con un porcentaje un poco menor, aquellos cónyuges que profesan la religión católica, un porcentaje menor de cónyuges no profesa ninguna religión y solo dos madres refieren no conocer la religión que practican sus parejas o maridos.

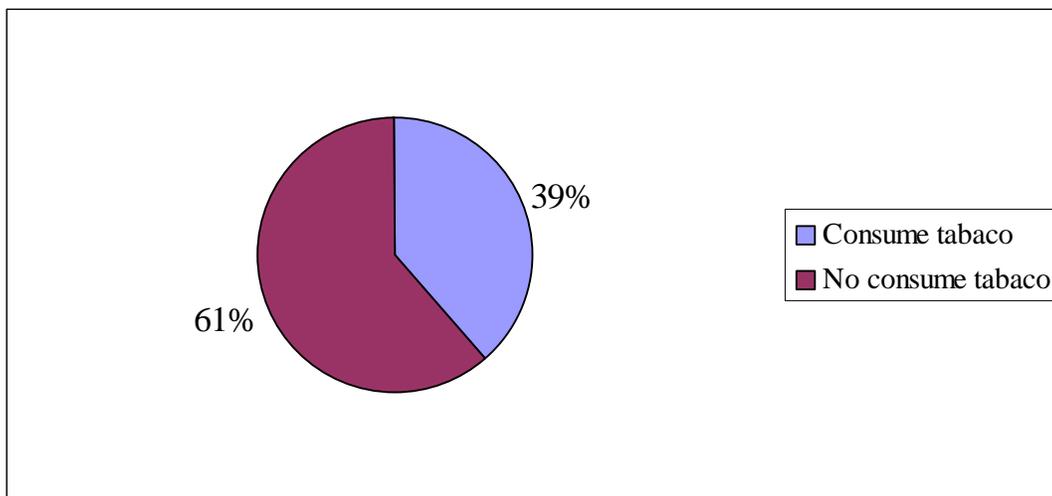
Gráfico N° 29: Distribución porcentual de los cónyuges de las madres en estudio según ocupación. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Con respecto a la ocupación de los cónyuges, podemos decir que la mayoría de ellos tiene un trabajo estable ya sea fiscal o particular, un porcentaje bastante lejano corresponde a aquellos cónyuges que realizan trabajos ocasionales, los estudiantes y aquellos que se encuentran cesantes suman 14%.

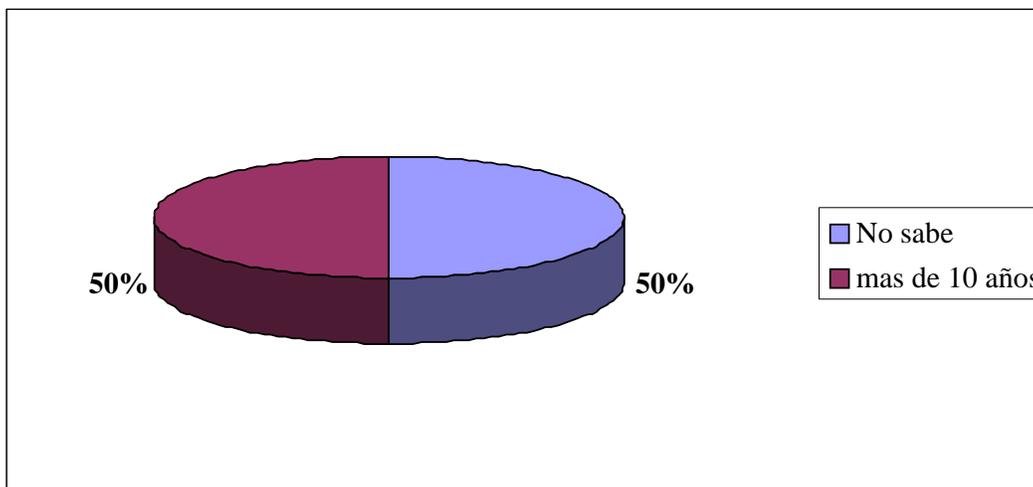
Gráfico N° 30: Distribución porcentual de los cónyuges o parejas de las madres en estudio según consumo de tabaco. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Como se puede observar un porcentaje alto de cónyuges o parejas de las madres en estudio no consume tabaco ocupando un 61%, el 39% restante refiere consumir tabaco en forma diaria.

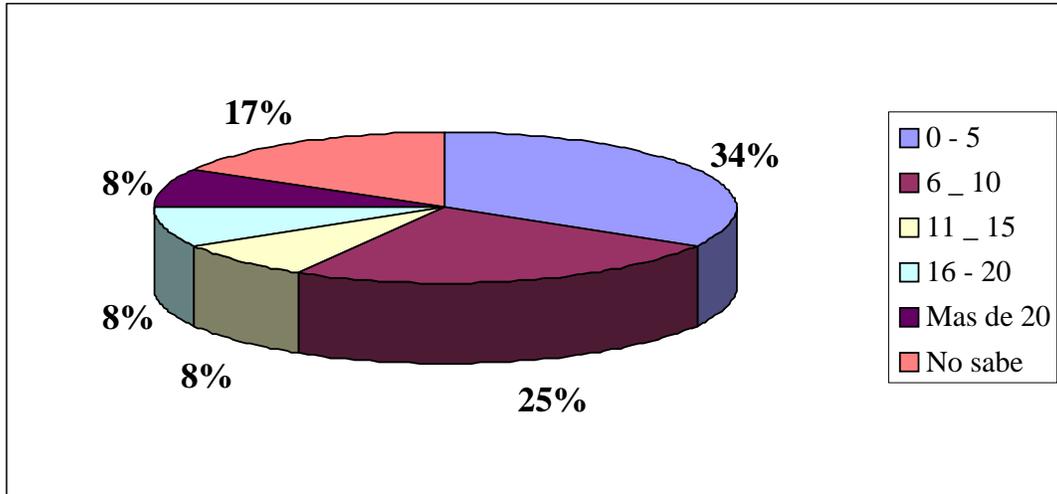
Grafico N° 31: Distribución porcentual de los cónyuges o parejas de las madres en estudio según años que llevan consumiendo tabaco. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Como se puede observar el 50% de los cónyuges o parejas llevan consumiendo tabaco por más de 10 años, el mismo porcentaje de madres refirió no conocer desde cuando sus parejas consumen tabaco.

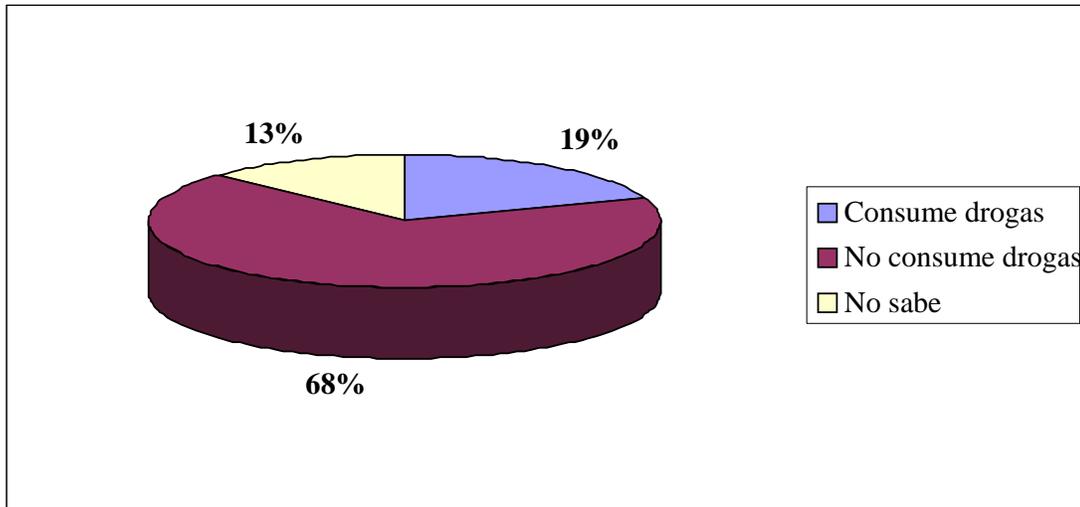
Gráfico N° 32: Distribución porcentual de los cónyuges o parejas de las madres en estudio según número de cigarrillos consumidos diariamente. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

Como se puede ver el 34% de las parejas que fuman consume entre 1 y 5 cigarrillos al día, el 25% fuma entre 6 y 10 cigarrillos diarios, el 17% de las madres respondió no conocer cual es la cantidad aproximada de cigarrillos diarios que consumen sus maridos o parejas, se puede ver que el 49% de las parejas o cónyuges de las madres estudiadas fuman más de 10 cigarrillos al día.

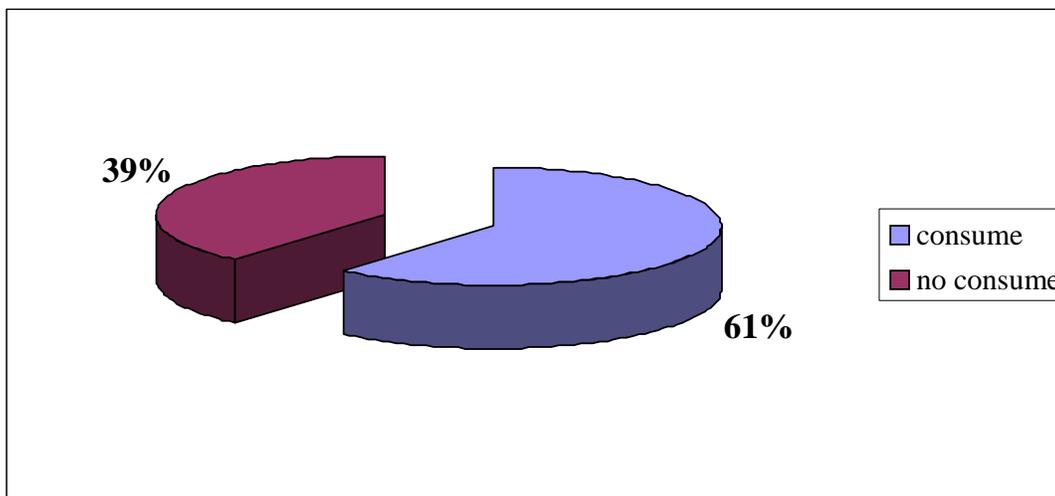
Gráfico N° 33: Distribución porcentual de las madres en estudio según consumo de drogas. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

La gran mayoría de las madres afirmó que sus parejas o maridos no consumen ningún tipo de drogas, el 19% de las madres refirió que sus maridos o parejas consumían drogas en el pasado pero que ya no lo hacen, y un 13% de las madres dijo no saber si sus cónyuges consumían o no algún tipo de droga, pero piensan que si pueden estar consumiendo.

Gráfico N° 34: Distribución porcentual de los cónyuges o parejas de las madres en estudio según consumo de alcohol. Valdivia Junio – Julio 2006.



Fuente: Ídem.

El 61% de las madres dijo que sus parejas consumían alcohol en forma esporádica o para algún evento social como cumpleaños, el 39% restante dijo que sus maridos no consumían alcohol bajo ninguna circunstancia.

6. DISCUSIÓN.

La mayoría de las madres han presentado algún cuadro depresivo previo o están en estos momentos padeciendo depresión según los resultados obtenidos al aplicar el formulario de depresión de Beck, esto coincide con las estadísticas nacionales que indican que la depresión es el trastorno psiquiátrico de mayor prevalencia en el país, y se estima que, a partir de los datos de la población actual, van a sufrirla durante su vida alrededor de 1.600.000 chilenos, mientras que 838.000 pudieron haber consultado en los seis meses pasados por este trastorno. (Minsal, 2006).

De la información estudiada es posible deducir la importancia que tiene esta enfermedad en la región, principalmente por presentar cada año un número elevado de personas afectadas por esta patología, constituyendo un problema de tipo emocional, económico y social para cada una de las personas que sufren de depresión y sus familias.

Desde la perspectiva de la Salud Pública, el mayor problema en todos los países del mundo para el abordaje de este tipo de patología, ha sido el que un elevado porcentaje de personas con Depresión (75%) consulta en los establecimientos de Atención Primaria donde aún hay grandes dificultades en su detección y diagnóstico, sin beneficiarse de los tratamientos efectivos disponibles. (Minsal, 2006).

Con respecto a las madres del estudio que presentan síntomas depresivos actualmente, se puede decir que el 57% de ellas tiene entre 20 y 29 años de edad, el 32% cursó la enseñanza media completa y el 24% no la terminó. El 38% corresponde a madres casadas, el 33% son madres convivientes y el 14% son madres solteras, esta información fue obtenida al aplicar el formulario creado para obtener la información necesaria para llevar a cabo el estudio.

La depresión generalmente se presenta entre los 20 y los 45 años, siendo estas edades en donde las mujeres pueden desarrollarse laboral y familiarmente con mayor éxito, la condición se presenta también en un 60% en mujeres que habían presentado cuadros depresivos previos y en aquellas con escasa participación y poco apoyo en la red social. La mayoría de las madres profesa la religión evangélica (44%), y con un porcentaje levemente menor están aquellas madres que profesan la religión católica, aunque muchas madres creen en Dios, no ven el asistir a una iglesia como medio de escape a sus problemas, el acudir a una congregación es algo más bien intrínseco de cada mujer y no ven el acercamiento a Dios como medio para aplacar sentimientos de soledad, angustia o pena.

La gran mayoría de las madres se desempeña como dueñas de casa (72%), y no perciben ningún tipo de remuneración, el 25% es económicamente activa y el 3% de las madres encuestadas se encuentra actualmente estudiando en algún centro de formación técnica o universidad. El ser dueñas de casa las frena en ciertos aspectos, ya que muchas veces no pueden realizar actividades que a ellas les gustaría poder poner en práctica, además el echo de no trabajar y no percibir un sueldo todos los meses es algo que las frustra aun mas, ya que no pueden realizar muchas de las actividades que ellas desearían poder hacer, otro motivo por el cual las madres no trabajan es por que tienen hijos pequeños y son ellas quienes deben cuidarlos ya que no cuentan con una persona que lo pueda hacer por ellas.

El 29% de las madres con síntomas depresivos consume tabaco y lo hace en cantidades que van entre 1 y 5 cigarrillos diarios, aunque la mayoría de las que fuman refirieron hacerlo en espacios abiertos, fuera de la presencia de sus hijos.

Las madres consideran como principal red de apoyo a la familia paterna y a la familia materna, con los vecinos la mayoría dice no tener ningún tipo de relación, esto mismo ocurre con la iglesia y con otras organizaciones sociales como las juntas de vecinos, se destaca la escasa participación principalmente por falta de motivación y otros factores personales, las madres refieren tener en general buena relación con el consultorio al cual asisten ya que se sienten apoyadas y escuchadas y sienten que sus opiniones son tomadas en cuenta.

En la mayor parte de los casos (78%), las madres refieren no haber sufrido nunca de violencia intrafamiliar física, psicológica o ambas, mientras que el 22% dice haber sufrido de violencia sea esta física, psicológica o ambas. Las madres con síntomas depresivos dicen que han sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar en un 19%, sea esta física, psicológica o sexual, en muchos casos las madres ven a la pareja como un apoyo principalmente en lo económico más que en lo sentimental.

Las madres encuestadas dicen que su embarazo fue deseado en un 78%, mientras que el 22% restante dice que su embarazo no fue deseado pero que con el pasar del tiempo se transformó en un embarazo aceptado. De las madres con síntomas depresivos el 76% esperaba ser madre, pese a los problemas posteriores que éstas pudieran presentar con el niño.

El 78% de los niños recibió lactancia materna exclusiva y un 64% de ellos la recibió por más de 12 meses. El 59% de ellos no asiste a sala cuna o jardín infantil, permaneciendo en sus casas al cuidado de sus madres, abuelas o hermanas/os mayores. 32% de las madres refiere dedicarle más de 4 horas diarias a la estimulación de sus hijos. De los hijos de madres que actualmente tienen síntomas depresivos se puede mencionar que el 81% de ellos recibió lactancia materna exclusiva y el 64% de ellos lo hizo por más de 12 meses. 43% de las madres dice dedicar más de 4 horas diarias a la

estimulación infantil y el 57% de los hijos de madres con síntomas depresivos actualmente no asiste a sala cuna o jardín infantil, los que no recibirían una adecuada estimulación de acuerdo a las necesidades que presentan los niños según su edad, pese a que muchas madres refirieron estimular a sus hijos más de cuatro horas al día.

Con respecto a las parejas o maridos de las madres estudiadas podemos decir que el 61% de ellos se encuentra entre los 20 y los 34 años de edad, 33% tiene entre 35 y 44 años y dos padres tienen más de 45 años, entre ellos, no se encontraron adolescentes o con menos de 19 años.

El 16% terminó la enseñanza básica, y el 32% logró finalizar la enseñanza media, dos padres tienen estudios superiores ya sea universitario o técnico, ningún padre es analfabeto, en general la escolaridad de los padres es incompleta, por lo cual, al desempeñarse laboralmente no obtienen un salario bien remunerado.

El 45% profesa la religión evangélica y el 35% la religión católica, pero al igual que sus parejas no asisten con regularidad a sus congregaciones y no ven el acercarse a estos establecimientos como medio para disminuir sentimientos de rabia, angustia o pena.

Con respecto al oficio que realizan, se puede decir que el 86% de ellos actualmente se encuentra con trabajo, ya sea con contrato o de forma particular, 7% está cesante y 7% aun es estudiante.

Según los resultados obtenidos el 19% de los hombres consume algún tipo de droga en mayor proporción marihuana, y el 61% de ellos consume alcohol, pero lo hacen para ocasiones especiales como son una fiesta o al celebrar algún cumpleaños, sin llegar al estado de ebriedad.

Finalmente, señalar que la mayoría de las madres de los niños que han sido diagnosticados como niños con riesgo y retraso del DSM, han presentado alguna vez algún cuadro depresivo y hay muchas que actualmente presentan depresión leve, moderada o grave según los resultados que se obtuvieron al aplicar el formulario de depresión de Beck. Con respecto a estas madres, lo que el profesional de enfermería realiza junto con otros profesionales de la salud, como psicólogos y psiquiatras, es fundamental, ya que son ellos quienes proporcionan ayuda por medio de intervenciones dirigidas a ellas y a su grupo familiar con el fin de lograr el bienestar físico, psicológico y social que estas madres necesitan.

A partir del año 2001, el ministerio de salud implementó el “Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión”, en 309 comunas del

país. Desde su inicio en marzo de 2001, han ingresado, en los 3 años de desarrollo de este programa alrededor de 110.000 personas con el diagnóstico de Depresión y solo el 7% de ellas (alrededor de 7.500) han sido derivadas para atención especializada en el nivel secundario. (Minsal, 2006).

El mayor porcentaje de diagnósticos realizados en ese Programa, corresponde a depresiones mayores, y un menor porcentaje a depresiones leves. Esta situación, sin duda, ha contribuido a mantener las elevadas tasas de prevalencia encontradas en la población general. El 92% de las personas tratadas en el Programa Nacional son mujeres, con un promedio de edad de 42 años, con antecedentes de episodio depresivo previo (60%) y escasa participación y apoyo en la red social (56 %).

El Programa Nacional, ha logrado incrementar la capacidad resolutive de la atención primaria, incorporando un tratamiento farmacológico y psicosocial grupal efectivo, derivando sólo los casos de mayor complejidad, pese a todo esto aun es muy poco lo que se hace en Atención Primaria, esto principalmente debido a la escasa pesquisa de madres con síntomas depresivos o a la poca información que se entrega sobre estos programas a aquellas personas que asisten a estos centros de salud.

Existen estudios a nivel mundial que se refieren al tema, pero ellos destacan la importancia del bienestar psicológico y social de las madres que están en periodos de crianza de sus hijos para poder estimular adecuadamente a los niños. En la gran mayoría de los textos revisados se destaca que madres con depresiones previas o con síntomas depresivos actuales tiene mayor probabilidad de que sus hijos sean diagnosticados con riesgo o déficit de DSM, por lo que se puede afirmar que la depresión materna si afecta a los niños en su normal desarrollo físico y psicológico.

7. CONCLUSIONES.

De los resultados obtenidos se logra desprender que en la población en estudio predominan las madres cuyas edades fluctúan entre los 20 y 29 años. Cabe mencionar, que dentro de las madres estudiadas no se encuestó a ninguna que fuera madre adolescente ni mayor de 50 años.

Con respecto al nivel de escolaridad, las madres habían cursado en su mayoría la enseñanza media completa e incompleta, y casi un tercio de ellas solo cursaron la enseñanza básica, sea esta completa o incompleta, muy bajos porcentajes cursaron estudios en alguna universidad o en centros de formación técnica,

De las madres que presentan síntomas depresivos, el 32% de ellas termino de cursar la enseñanza media, el 24% no termino de cursarla y el 24% solo curso la enseñanza básica, todas las madres contaban con algún tipo de instrucción escolar.

Según la ocupación de las madres, la gran mayoría es dueña de casa, o sea, no percibe ningún tipo de remuneración, el resto de las madres es económicamente activa, desempeñándose como trabajadoras esporádicas y realizando trabajos de forma dependiente. Las madres con síntomas depresivos en su mayoría se dedican a labores del hogar y un porcentaje menor es activa económicamente.

Con respecto a la presencia o no de violencia intrafamiliar, la gran mayoría dijo no haber sufrido ningún tipo de abuso, mientras que unas pocas madres han tenido que soportar periodos de violencia ya sea esta física, psicológica o ambas. Lo mismo ocurre con aquellas madres que actualmente presentan algún síntoma depresivo.

La mayoría de las madres han presentado cuadros depresivos previos, hayan sido estos diagnosticados por un médico o no, 12 madres dicen no haber presentado nunca algún cuadro depresivo anteriormente, pero con respecto a los resultados obtenidos al aplicar el formulario de depresión de Beck, se puede apreciar que 11 madres actualmente no presenta depresión, mientras que las 21 restantes presenta algún tipo de depresión, sea esta leve, moderada o grave. Solo dos de ellas dicen estar en tratamiento por esta causa.

Con respecto a la línea familiar las madres consideran como hechos positivos el nacimiento de los hijos, los cumpleaños de éstos y el obtener sus casas propias, como hechos que influyen negativamente están la situación económica irregular, la enfermedad de algún ser querido y la separación de sus cónyuges en muchos de los casos.

El tipo de familia que predomina en la población estudiada es la de tipo nuclear, contándose entre ellas las parejas que se encuentran en unión libre y aquellas parejas casadas, es decir, viven en el mismo hogar el padre (biológico o no), la madre, y el o los hijos. Este hecho puede ser considerado como una ventaja para el niño, pues la convivencia familiar fomenta el desarrollo del niño y de los padres.

Con un porcentaje del 35% se encontraron las familias monoparentales, es decir, solo la madre o el padre vive en el hogar con sus hijos, en este caso eran solo madres, algunas vivían aun en casa de sus propios padres, y otras vivían en sus casas propias o arrendaban. Se puede decir que ninguna de las madres era adolescente.

Esto revela que en la mayoría de los casos el niño cuenta con ambos padres para cumplir con la tarea de crianza y estimulación del desarrollo global de éste.

Cabe destacar que la mayoría de las madres encuestadas tiene buena relación con las distintas redes sociales, destacándose eso si, una escasa participación en grupos de la comunidad e iglesia. Una de las razones por la cual no asisten a estas organizaciones, es la poca motivación para participar de ellas, esto no quiere decir que las madres tengan un rechazo frente a la iglesia sino que ellas tienen sus creencias y participan de vez en cuando, pero no significa que hayan dejado de lado la religión que profesan.

En relación con los cónyuges, sus edades fluctúan entre los 30 y 34 años y entre los 35 y 39 años, tienen en su mayoría estudios medios completos e incompletos, y dos tercios de ellos se desempeñan como empleados dependientes y como trabajadores esporádicos.

Las madres con síntomas depresivos dicen en su mayoría recibir apoyo cuando algo les preocupa o cuando tienen alguna pena, las que no reciben apoyo de sus parejas dicen que es por que no demuestran lo que sienten o por no darles a sus parejas más problemas de los que ya tienen.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Robin, L. N. y Regier, D.A., (1990). **“Psychiatric disorder in America, The catchment area study”**. 4ª Edición, pág. 205 – 207, Nueva York.
2. National Institute of Mental Health, (2006). **“Depresión lo que toda mujer debe saber”**, extraído el día 17 de abril de 2006 desde:
[Http://www.nimh.gov/publicat/spdep4794.cfm](http://www.nimh.gov/publicat/spdep4794.cfm) .
3. Oficina de salud mental de Nueva York, (2006). **“Hable sobre: las mujeres y la depresión”**, extraído el día 17 de julio de 2006, desde:
[Http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/speakwomen.htm](http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/speakwomen.htm).
4. Depresión: información, características, síntomas, diagnóstico, tristeza, (2004). **“Depresión en la mujer: causas, características, síntomas en la mujer”**, extraído el día 17 de abril de 2006, desde:
[Http://www.psicologia2000.com/depresion_mujer.htm](http://www.psicologia2000.com/depresion_mujer.htm).
5. Regier D.A, Farmer M.E, Rae D.S, Locke B.Z, Keith S.J, Judd L.L, y Goodwin F.K. (1993). **“Comorbidity de mental disorders con alcohol y other drug abuse: Results de the epidemiologic catchment area (ECA) study”**, Nueva York, 3ª edición, pág; 264.
6. Cyranowski J.M, Frank E, Young E, Shear M.K. (2000). **“Adolescent onset de los gender difference in lifetime rates de major la depression. Archives de General Psychiatry”**, Nueva York, 6ª edición, pág. 57.
7. Lewisohn P.M, Hyman H, Roberts R.E, Seeley J.R, y Andrews J.A. (1993). **“Adolescent psychopathology, Prevalence and incidence of depression and other disorders in high school students”**. Nueva York, volumen 44, pág 102.
8. Rubinow D.R, Schmidt P.J, y Roca C.A. (1998). **“Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. Biological Psychiatry”**, Nueva York, volumen 50, pág.44.

9. Artículos para ser padres, (2006). **“La familia es fundamental en el desarrollo del niño”**. Extraído el día 20 de abril de 2006, desde:
[Http://www.comunidadescolar.com](http://www.comunidadescolar.com).
10. Burke, I. (2003), **“The impact of maternal depression on familial relationships, International review of psiquiatry”**, Nueva York, volumen 3, pág 115.
11. Goodman, Sh; Gotlib, Ih, (1999). **“Risk for psychopathology in the children of depressed mothers; a developmental model for understanding mechanism of transmission, psychological review”**, Nueva York, volumen 121, pág. 106.
12. Fajardo L. (1999). **“Fundamentos neuropsicológicos del lenguaje”**, Ediciones Universidad de Salamanca, Pág. 77 – 79, Instituto Caro y Cuervo, España.
13. Psicólogo infantil, (2006). **“Atención psicológica a la infancia”**, extraído el día 4 de abril de 2006, desde: [Http://www.psicologoinfantil.contrasdesapsicom.htm](http://www.psicologoinfantil.contrasdesapsicom.htm).
14. Moore, R, (2006). **“Evaluación del Desarrollo Psicomotor”**, extraído el día 22 de abril de 2006, desde:
[Http://www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html](http://www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/manualped/EvalDessPs.html).
15. Retamal, P. (1999). **“Depresión”**, 2º edición, p 17, Editorial Universitaria, Chile.
16. Escuela para padres, (2006). **“Hijos de madres con depresión”**, extraído el día 4 de abril de 2006, desde:
[Http://miarroba.com/foros/ver.php?foroid=210151&temaid=3605387](http://miarroba.com/foros/ver.php?foroid=210151&temaid=3605387).
17. Ministerio de salud, 2006, **“Programa de tratamiento integral de la depresión en el sistema público”**, extraído el día 18 de agosto de 2006, desde:
[Http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/programa_depresion.pdf](http://www.minsal.cl/ici/S_1/U_14/programa_depresion.pdf).

Anexos.

ANEXOS.

Acta de consentimiento informado.

Proyecto: **“Presencia de síntomas depresivos en madres de niños que presentan riesgo y retraso del desarrollo psicomotor, Consultorio Externo Valdivia, 2006.”**

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesistas de la

Escuela de enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará efecto en mi domicilio.

❖ Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.

❖ He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.

❖ Los resultados pueden ser confidenciales y pueden ser publicados.

YO _____-

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Persona con quien se conversó el consentimiento.

Nombre:

Profesión:

Firma:

Fecha:

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN

N° de caso:

PRIMER ITEM: DATOS DE LA MADRE

I Edad:

1. 15 – 19 años
2. 20 – 24 años
3. 25 – 29 años
4. 30 – 34 años
5. 35 – 39 años
6. 40 – 44 años
7. 45 – 49 años
8. 50 años y más

II Nivel de escolaridad:

1. Educación básica completa
2. Educación básica incompleta
3. Educación media completa
4. Educación media incompleta
5. Educación superior completa
6. Educación superior incompleta
7. Educación técnico – profesional completa
8. Educación técnico – profesional incompleta
9. Sin educación

III Estado civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Separada
4. Divorciada
5. Viuda
6. Conviviente

IV Religión:

1. Católica
2. Evangélica
3. Luterana
4. Otra. ¿Cuál?.....

V Ocupación:

1. Cesante
2. Dueña de casa
3. Jubilada
4. Trabajadora esporádica
5. Empleado fiscal o particular
6. Estudiante

VI Parejas:

Número

VII ¿Usted consume tabaco?

1. Si
2. No

VIII ¿Desde cuando consume tabaco?

----- Años ----- Meses

IX Número de cigarrillos consumidos diariamente.

1. 0 – 5
2. 6 – 10
3. 11 – 15
4. 16 - 20
5. más de 20

XI ¿Ha consumido usted alguna vez drogas?

1. Sí
2. No

XII ¿Desde cuando consume drogas?

----- Años ----- Meses

XIII ¿Qué tipo de droga ha consumido?

1. Marihuana.
2. Cocaína
3. Pasta base
4. Neopren
5. Otras sustancias. ¿Cuales? -----

XIV ¿Con que frecuencia consume drogas?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensualmente

XV ¿Usted consume alcohol?

1. Sí
2. No

XVI ¿Desde cuando consume alcohol?

----- Años ----- Meses

XVII ¿Con que frecuencia consume alcohol?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensualmente

XVIII ¿Cómo se siente con su vida personal y familiar?

- 1. Muy satisfecha
- 2. Satisfecha
- 3. Medianamente satisfecha
- 4. Insatisfecha

XIX Eventos de vida (situaciones que usted considere importante mencionar en su vida).

XX Tipo de apoyo recibido:

Afectivo: La alientan, la animan a seguir a delante, se preocupan por usted.

Instrumental: Le dan información acerca de sus problemas de salud, y le enseñan como prevenirlos y enfrentarlos.

	TIPO DE APOYO		
	SI		NO
	a. AFECTIVO	b. INSTRUMENTAL	
1. Familia			
2. Familiares			
3. Amigos			
4. Junta de vecinos			
5. Iglesia			
6. Consultorio			
7. Sala cuna o Jardín infantil			

XXI ¿Su embarazo fue deseado?

- 1. Si
- 2. No

XXII ¿Usted ha sufrido de cuadros depresivos anteriormente?

- 1. Si
- 2. No

XXIII INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

No me siento triste.	0
Me siento triste.	1
Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.	2
Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.	3

	No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.	0
	Me siento desanimado con respecto al futuro.	1
	Siento que no puedo esperar nada del futuro.	2
	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	3
	No me siento fracasado.	0
	Siento que he fracasado más que la persona normal.	1
	Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.	2
	Siento que como persona soy un fracaso completo.	3
	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.	0
	No disfruto de las cosas como solía hacerlo.	1
	Ya nada me satisface realmente.	2
	Todo me aburre o me desagrada.	3
	No siento ninguna culpa particular.	0
	Me siento culpable buena parte del tiempo.	1
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	2
	Me siento culpable todo el tiempo.	3
	No siento que esté siendo castigado.	0
	Siento que puedo estar siendo castigado.	1
	Espero ser castigado.	2
	Siento que estoy siendo castigado.	3
	No me siento decepcionado en mí mismo.	0
	Estoy decepcionado conmigo.	1
	Estoy harto de mi mismo.	2
	Me odio a mi mismo.	3
	No me siento peor que otros.	0
	Me critico por mis debilidades o errores.	1
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas.	2
	Me culpo por todas las cosas malas que suceden.	3
	No tengo ninguna idea de matarme.	0
	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.	1
	Me gustaría matarme.	2
	Me mataría si tuviera la oportunidad.	3
	No lloro más de lo habitual.	0
	Lloro más que antes.	1
	Ahora lloro todo el tiempo.	2
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.	3
	No me irrito más ahora que antes.	0
	Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.	1
	Me siento irritado todo el tiempo.	2
	No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.	3

	No he perdido interés en otras personas.	0
	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.	1
	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.	2
	He perdido todo interés en los demás.	3
	Tomo decisiones como siempre.	0
	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.	1
	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.	2
	Ya no puedo tomar ninguna decisión.	3
	No creo que me vea peor que antes.	0
	Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).	1
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)...	2
	Creo que me veo horrible.	3
	Puedo trabajar tan bien como antes.	0
	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.	1
	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.	2
	No puedo hacer ningún tipo de trabajo.	3
	Puedo dormir tan bien como antes.	0
	No duermo tan bien como antes.	1
	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.	2
	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme	3
	No me canso más de lo habitual.	0
	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.	1
	Me canso al hacer cualquier cosa.	2
	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.	3
	Mi apetito no ha variado.	0
	Mi apetito no es tan bueno como antes.	1
	Mi apetito es mucho peor que antes.	2
	Ya no tengo nada de apetito.	3
	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.	0
	He perdido más de 2 kilos.	1
	He perdido más de 4 kilos.	2
	He perdido más de 6 kilos.	3
	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.	0
	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.	1
	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.	2
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.	3

No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.	0
Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.	1
Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.	2
He perdido por completo mi interés por el sexo.	3

Los puntos de corte figuran de la siguiente manera

- 1 Población Normal (sin depresión): 0-9 puntos
- 2 Depresión leve: 10-18 puntos
- 3 Depresión moderada: 19-29 puntos
- 4 Depresión grave: 30- 63 puntos

XXIV Ecomapa

ECOMAPA

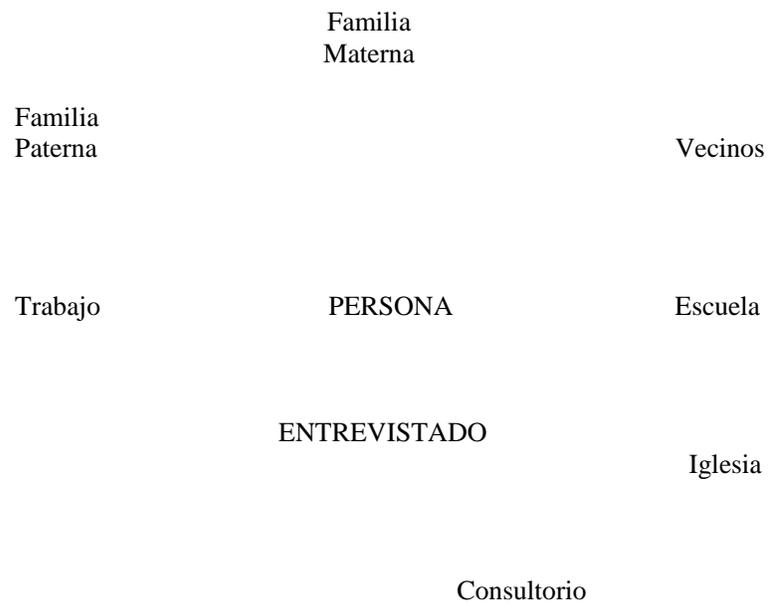
Obtener aspectos relacionados con tres medidas: tamaño, estructura y percepción por parte del entrevistado (a) sobre la calidad de la relación con cada red de apoyo.

Verde (buena)

Amarillo (regular)

Rojo (mala)

Azul (no tiene)



SEGUNDO ITEM: DATOS DEL PADRE

I Edad:

1. 15 – 19 años
2. 20 – 24 años
3. 25 – 29 años
4. 30 – 34 años
5. 35 – 39 años
6. 40 – 44 años
7. 45 – 49 años
8. 50 años y más

II Nivel de escolaridad:

1. Educación básica completa
2. Educación básica incompleta
3. Educación media completa
4. Educación media incompleta
5. Educación superior completa
6. Educación superior incompleta
7. Educación técnico – profesional completa
8. Educación técnico – profesional incompleta
9. Sin educación

III Estado civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Separado
4. Divorciado
5. Viudo
6. Conviviente

IV Religión:

1. Católica
2. Evangélica
3. Luterana
4. Otra. ¿Cuál?.....

V Ocupación:

1. Cesante
2. Jubilado
3. Trabajador esporádico
4. Empleado fiscal o particular
5. Estudiante

VI ¿Su marido o pareja consume tabaco?

1. Si
2. No

VII ¿Desde cuando consume tabaco?

----- Años ----- Meses

VIII Número de cigarrillos consumidos diariamente.

1. 0 – 5
2. 6 – 10
3. 11 – 15
4. 16 - 20
5. más de 20
6. no sabe

IX ¿Sabe si ha consumido drogas?

1. Sí
2. No

X ¿Desde cuando consume drogas?

----- Años ----- Meses

XI ¿Qué tipo de droga consume?

1. Marihuana.
2. Cocaína
3. Pasta base
4. Neopren
5. Otras sustancias. ¿Cuales? -----

XII ¿Con que frecuencia consume drogas?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensualmente

XIII ¿El consume alcohol?

1. Sí
2. No

XIV ¿Desde cuando consume alcohol?

----- Años ----- Meses

XV ¿Con que frecuencia consume alcohol?

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensualmente

TERCER ITEM: DATOS DE LA FAMILIA

I Nivel socioeconómico:

1. Bajo nivel de pobreza.
2. Sobre nivel de pobreza.

II Saneamiento ambiental:

1. Baño dentro del hogar
2. Baño fuera del hogar (letrina)
3. Luz
4. Agua potable
5. Desratización
6. Recolección de basuras

III Ingreso familiar:

1. Menos de \$25000.
2. Entre \$25000 y \$127500
3. Entre \$127500 y \$186150
4. Mayor a \$186150.

IV Tipo de familia:

1. Nuclear, monoparental
2. Nuclear, biparental
3. Extensa, monoparental
4. Extensa, biparental

V Etapa del ciclo vital familiar:

1. Formación de pareja e inicio de la familia
2. Etapa de crianza inicial de los hijos
3. Familia con hijos pre-escolares
4. Familia con hijos escolares
5. Familia con hijos adolescentes
6. Período medio y terminal de la familia

VI ¿Existe presencia de violencia intrafamiliar en su hogar?

1. Si
2. No

VII ¿De que tipo?

1. Físico
2. Psicológico
3. Ambas

VIII FASES III

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	

Describe a su familia:

- _____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- _____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en los castigos.
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- _____ 13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.
- _____ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- _____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 18. En nuestra familia es muy difícil identificar quien tiene la autoridad.
- _____ 19. La unión familiar es muy importante.
- _____ 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

IX CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Lea el presente cuestionario. Si tiene dudas consulte con confianza. Enseguida conteste sinceramente cada ítem, marcando con un X una sola respuesta en cada frase en el caso de ser autoaplicado. Además, puede aplicarse durante una entrevista.

Casi siempre A veces Casi nunca

- 1 Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta

Comentario:

- 2 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo

Comentario:

- 3 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o metas

Comentario:

- 4 Yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor

Comentario:

- 5 Yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero

Comentario:

Puntaje:

- Casi siempre : 2 puntos
- A veces : 1 punto
- Casi nunca : 0 punto

Apgar 8 - 10 puntos : Sugiere muy buena función familiar.
 4 - 7 puntos : Sugiera una disfuncionalidad.
 0 - 3 puntos : Sugiere disfuncionalidad severa.

CUARTO ITEM: DATOS DEL NIÑO

I Edad:

1. 0 – 11 meses, 29 días
2. 1 año – 1 año, 11 meses, 29 días
3. 2 años – 2 años, 11 meses, 29 días
4. 3 años – 3 años, 11 meses, 29 días
5. 4 años – 4 años, 11 meses, 29 días
6. 5 años – 5 años, 11 meses, 29 días

II Sexo:

1. Femenino
2. Masculino

III APGAR: 1 minuto

1. Entre 0 –3 puntos
2. Entre 4 –7 puntos
3. Entre 8 – 10 punto

IV APGAR: 5 minutos

1. Entre 0 –3 puntos
2. Entre 4 –7 puntos
3. Entre 8 – 10 puntos

V Peso:

1. Menos de 2.500 g.
2. Entre 2.500 – 4.000 g.
3. Más de 4.000 g.

VI Talla:

1. Menos de 48 cms.
2. Entre 48 – 53 cms.
3. Más de 53 cms

VII Hermanos:

Número

VIII Posición ordinal del niño entre sus hermanos:

1. Primero
2. Segundo
3. Tercero
4. Cuarto
5. Quinto
6. Sexto
7. Único

IX Controles de salud:

Número

X Evaluaciones del DSM:

Número

XI Diagnóstico del DSM:

1. Normal
2. En riesgo
3. Retraso

XII Antecedentes de enfermedades:

1. Si
2. No

XIII Causas de enfermedades:

1. Enf. Respiratorias altas
2. Enf. Respiratorias bajas
3. Enf. digestivas
4. Enf. de piel
5. Enf. Hematológicas o cardíacas
6. Enf. congénitas
7. Enf. renales
8. Accidentes
9. Otras. ¿Cual? -----

XIV Antecedentes de hospitalizaciones:

1. Si
2. No

XV Causas de hospitalizaciones:

1. Enf. Respiratorias altas
2. Enf Respiratorias bajas
3. Enf digestivas
4. Enf de piel
5. Enf. Hematológicas o cardíacas
6. Enf congénitas
7. Enf renales
8. Accidentes
9. Otras. ¿Cual? -----

XVI. Número de hospitalizaciones:

Número

XVII Diagnóstico del estado nutricional:

1. Normal
2. Riesgo de desnutrir
3. Desnutrición
4. Sobrepeso
5. Obesidad

XVIII Persona al cuidado del niño:

1. Madre
2. Padre
3. Hermana (o)
4. Tía (o)
5. Abuela (o)
6. Otra: _____

XIX Asistencia a sala cuna o jardín infantil:

1. Sí
2. No