



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL.

AUTORA:

Yuli Paulina Peña Apolo

DIRECTOR:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Loja - Ecuador
2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 13 de octubre del 2016

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes**DIRECTOR DE TESIS****CERTIFICA:**

Haber dirigido y asesorado el trabajo de investigación titulado: “DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA” del estudiante Yuli Paulina Peña Apolo, previo a optar por el grado de Medico General, el mismo que ha sido revisado minuciosamente y devuelto para que se realice los cambios sugeridos; una vez cumplido con las observaciones realizadas por los interesados autorizo su presentación el mismo que cumple con lo estipulado en el reglamento del régimen académico concerniente a la graduación, para la defensa privada y la sustentación pública.

Lo certifico.



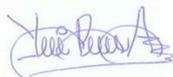
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Yuli Paulina Peña Apolo**, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:**Autora:** Yuli Paulina Peña Apolo**CC:** 1105026445**Correo Electrónico:** yulippa88@hotmail.com**Fecha:** 13 de Octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Yuli Paulina Peña Apolo, autora de la tesis: “**DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA**”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual en esta casa de estudios superiores. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Institucional Bibliotecario Virtual, las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio. La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de Octubre del dos mil dieciséis, firma su autora.

Firma:



Autora: Yuli Paulina Peña Apolo

CC: 1105026445

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis:

Tribunal de grado:

- Presidente: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc. Esp.
- Miembro del tribunal: Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc.
- Miembro del tribunal: Dr. Carlos Iván Orellana Ochoa, Esp.

DEDICATORIA:

La presente tesis la dedico a mis padres: Corina Apolo y Víctor Peña, por su apoyo incondicional en los diferentes aspectos de mi vida académica, por sus consejos impartidos que fueron de mucha ayuda para mi formación. También a mis hermanos por su apoyo y comprensión en los diferentes ámbitos de la carrera.

Yuli Paulina Peña Apolo

AGRADECIMIENTO:

A la universidad nacional de Loja, a los docentes de la carrera de medicina, quienes tuvieron la disponibilidad y generosidad para compartir sus experiencias y conocimientos, que contribuyeron en mi formación.

A las madres de los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja por haber participado en la realización de este estudio.

Quiero dejar constancia mi agradecimiento al Dr. Germán Vélez Reyes, quien como director de tesis me ha apoyado en el desarrollo y culminación de la misma.

Yuli Paulina Peña Apolo

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA:	v
AGRADECIMIENTO:.....	vi
1. TÍTULO:.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT:	3
3. INTRODUCCIÓN:	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
4.1. Generalidades	7
4.2. Depresión.....	8
4.2.1. Definición	8
4.2.2. Fenomenología.....	8
4.2.2.1. <i>Humor</i>	8
4.2.2.2. <i>Actividad psicomotriz</i>	8
4.2.2.3. <i>Función cognitiva</i>	9
4.2.2.4. <i>Síntomas biológicos</i>	9
4.2.3. Evaluación diagnóstica	9
4.2.3.1. <i>Inventario de depresión de Beck</i>	9
4.3. PSICOPATOLOGÍA DURANTE EL POSTPARTO.....	10

4.3.1.	Depresión postparto	10
4.3.2.	Etiología	10
4.3.2.1.	<i>Hormonales</i>	10
4.3.2.2.	<i>Disfunción tiroidea.</i>	10
4.3.2.3.	<i>Obstétricos.</i>	11
4.3.2.4.	<i>Factores psicosociales/psiquiátricos.</i>	11
4.3.3.	Manifestaciones clínicas	11
4.3.4.	Tratamiento	12
4.4.	UNIDAD DE NEONATOS.	13
4.5.	Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en unidad de cuidado intensivo neonatal	13
4.5.1.	La comunicación madre-recién nacido	15
4.5.2.	La observación madre-recién nacido	16
4.5.3.	El toque materno	16
4.5.4.	El apoyo religioso y familiar como complemento de las expresiones y comportamientos	17
5.	METODOLOGÍA	19
6.	RESULTADOS	22
7.	DISCUSIÓN	28
8.	CONCLUSIONES	31
9.	RECOMENDACIONES	32
10.	BIBLIOGRAFÍA	33

11. ANEXOS:	35
Anexo N° 1: Aprobación del tema de tesis	35
Anexo N° 2: Cambios en el proyecto de investigación	36
Anexo N° 3: Designar director de tesis	37
Anexo N° 5: Certificación de traducción del resumen	39
Anexo N° 6: Consentimiento informado	40
Anexo N° 7: Guía de recolección de datos	41
Anexo N° 8: Inventario de depresión de Beck	43
Anexo N° 9: Proyecto de investigación	49

1. TÍTULO:

DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA
CIUDAD DE LOJA

2. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, en 177 madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Enero – Junio 2016, con el objetivo de determinar la depresión de las madres de los neonatos mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck y relacionar esta depresión con las características sociodemográficas de la madre como: edad, estado civil, nivel de instrucción, lugar de residencia y con la estancia hospitalaria del neonato. Entre los resultados sobresalieron: una leve perturbación del estado de ánimo con un 57.60%, un grupo etario de 21 a 25 años, estado civil casada, instrucción en su mayoría fue secundaria, el lugar de residencia la mayor parte de Loja dentro del cual se incluyeron tanto las parroquias urbanas como rurales y el tiempo de mayor estancia hospitalaria del neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatales fue de 2 semanas. Los resultados obtenidos en este estudio, permiten concluir que la depresión en madres de neonatos hospitalizados en el área de neonatología del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja fue leve perturbación del estado de ánimo seguido por una depresión intermitente.

Palabras claves: *depresión materna, neonatos hospitalizados, inventario depresión de Beck*

ABSTRACT:

A descriptive, observational, prospective and cross-sectional study was performed in 177 mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care from Isidro Ayora Hospital in Loja period January- June 2016, with the objective to determine the depression of mothers of infants by applying the Beck Depression Inventory test and relate this depression with socio-demographic characteristics of the mother like: age, marital status, level of education, place of residence and neonatal hospital stay. Among the results we can highlight a slight disturbance of mood with a 57.60%, an age group of 21 to 25 years of age, married, whose instruction was mostly secondary, place of residence mostly from Loja in which both urban parishes and rural taking note that the longest hospital stay from the neonatal stay including the neonatal intensive care was for 2 weeks.

The results showed in this study, allow us to conclude that depression in mothers of hospitalized infants in the area of neonatology from Isidro Ayora Hospital in the city of Loja was a mild mood disturbance followed by intermittent depression.

Key - Words: Maternal depression, hospitalized neonates, Beck Depression Inventory.

3. INTRODUCCIÓN:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, Salud Mental: Depresión, 2012).

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo está en torno al 20% en mujeres. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. Se calcula que los trastornos mentales, entre otros la depresión, afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto (OMS, Salud de la mujer, 2009).

La depresión materna es un problema de salud público generalizado que afecta el bienestar, la manera de vivir, la actitud y la manera de ver la vida de las madres. La depresión puede causar una gran tristeza y puede quitarle a la madre la energía, la motivación y el entusiasmo en la crianza de los hijos. También puede llevar a la pérdida de la esperanza, a dudar de sí misma y a sentirse culpable por no ser la clase de madre que ella quisiera ser. La depresión materna es un problema familiar, cuando una madre sufre depresión los síntomas que ella tiene pueden afectar a toda la familia. (America, Services, & Administration., 2008)

La (OMS) Organización Mundial de la Salud (2012), reporta que “Cada año se producen más de 136 millones de partos, de los cuales unos 20 millones presentan complicaciones posteriores relacionadas con el embarazo. La lista de enfermedades es larga y diversa; por ejemplo, fiebre, anemia, fístulas, incontinencia, esterilidad y depresión”.

Dentro del cuadro depresivo después del parto se encuentran síntomas tales como llanto, desánimo, sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar alguna situación con respecto al recién nacido, sentimientos de culpa, ideas obsesivas y pérdida del deseo sexual. (Durán Flóres, Téllez, & Velasco Ospina, 2016)

Sin embargo, todos los síntomas depresivos nombrados anteriormente pueden estar relacionados con distintos factores en las madres. Por ejemplo, Costas, Botet y Fornieles (2007), aseguran que el tener un hijo supone cambios en todas las dimensiones de la mujer, es decir, la mujer puede presentar cambios psicológicos, sociales, emocionales y por supuesto físicos, lo que puede conllevar a que la madre presente duelos por pérdida de la independencia, de la imagen corporal anterior, de la vida en pareja sin hijos y de la vida laboral que llevaba. Además, Martínez (2010), pone en evidencia que la mayoría de las madres que tiene un hijo hospitalizado en una unidad de neonatos, tienen altos niveles de estrés además de poseer un mayor porcentaje de riesgo para presentar síntomas depresivos. (Durán Flóres, Téllez, & Velasco Ospina, 2016)

Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, buscó determinar la depresión de las madres de los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Isidro Ayora Loja en el período comprendido entre Enero – junio 2016. Entre los objetivos específicos se hallaron: determinar el nivel de depresión materna mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck el cual fue leve perturbación, relacionar las características sociodemográficas y el tiempo de estancia hospitalaria de neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales con el nivel de depresión de la madre. Entre los resultados sobresalieron: una leve perturbación del estado de ánimo con un 57.60%, un grupo etario de 21 a 25 años, estado civil casada, instrucción en su mayoría fue secundaria, el lugar de residencia la mayor parte de Loja dentro del cual se

incluyeron tanto las parroquias urbanas como rurales y el tiempo de mayor estancia hospitalaria del neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatales fue de 2 semanas.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. Generalidades

Uno de los objetivos principales del plan del buen vivir es mejorar la calidad de vida de la población mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable, también garantiza condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida.

El modelo de atención integral en salud (MAIS) define la salud mental como un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien consigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con “el otro”; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos. Bajo estos lineamientos el MAIS enfatiza la salud mental y los riesgos ambientales son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social.

En el Ecuador la Constitución de la República señala la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental a la población. De igual manera en la Ley Orgánica de Salud constan artículos relacionados directamente con algunos tópicos de la salud mental y en el Plan Nacional para el Buen Vivir se inscriben de manera tácita aspectos relacionados a la promoción de la salud mental y su prevención.

4.2. Depresión

4.2.1. Definición

La depresión materna es un problema de salud público generalizado que afecta el bienestar, la manera de vivir, la actitud y la manera de ver la vida de las madres. La depresión puede causar una gran tristeza y puede quitarle a la madre la energía, la motivación y el entusiasmo en la crianza de los hijos. También puede llevar a la pérdida de la esperanza, a dudar de sí misma y a sentirse culpable por no ser la clase de madre que ella quisiera ser. La depresión materna es un problema familiar, cuando una madre sufre depresión los síntomas que ella tiene pueden afectar a toda la familia. (America, Services, & Administration., 2008)

4.2.2. Fenomenología

4.2.2.1. *Humor*

Las alteraciones en el humor características de la depresión son: tristeza, apatía, anhedonia o pérdida de intereses. Esto produce disminución de la ilusión o placer anticipatorio, afecto restringido, tendencia al llanto o incapacidad para llorar. (Figuroa Quintana, Baras Pastor, & Soutullo Esperón, 2009)

4.2.2.2. *Actividad psicomotriz*

El trastorno depresivo cursa con una alteración en las actividades mental y motora. Cuando cursa con un retraso o enlentecimiento psicomotor, el paciente camina y piensa más lentamente, refiere dificultad para el movimiento, disminución de la energía, sensación de fatiga intensa e impresión de que el tiempo pasa lentamente.

La agitación psicomotriz se manifiesta como inquietud psicomotriz, sensación de intranquilidad interna e incapacidad para relajarse. (Figuroa Quintana, Baras Pastor, & Soutullo Esperón, 2009)

4.2.2.3. *Función cognitiva*

Disminución de la capacidad de concentración, fallos amnésicos, rumiación persistente en torno a los pensamientos negativos, indecisión y dificultad para el pensamiento abstracto. (Figuroa Quintana, Baras Pastor, & Soutullo Esperón, 2009)

4.2.2.4. *Síntomas biológicos*

Alteraciones en el sueño: son característicos el despertar precoz, el sueño superficial con múltiples despertares durante la noche y el insomnio de conciliación.

Alteración del apetito: con pérdida o ganancia de peso.

Disminución de la libido y la función sexual.

Variación circadiana del humor: síntomas son intensos por la mañana y mejoran por la tarde.

Variación estacional del humor: precipitación o empeoramiento del episodio depresivo en otoño e invierno y mejoría del humor en primavera.

Activación automática: palpitaciones, taquicardia, sudoración.

Molestias físicas: entre las que se encuentran los síntomas gastrointestinales inespecíficos, en ausencia de una enfermedad médica que los justifique.

Dolor: cefalea o dolor precordial, sin patología médica. (Figuroa Quintana, Baras Pastor, & Soutullo Esperón, 2009)

4.2.3. **Evaluación diagnóstica**

4.2.3.1. *Inventario de depresión de Beck*

Inventario de Depresión de Beck (BDI): es un instrumento que puede ser auto administrado, que consta de 21 ítems y evalúa los síntomas de depresión en sus componentes cognitivos, afectivos, de comportamiento y somáticos. La versión revisada de este instrumento se desarrolló a partir de las evaluaciones del BDI original en adultos y adolescentes normales. Luego se realizaron adaptaciones, lo que dio lugar a un inventario que

representa síntomas y signos que se clasifican en una escala de 4 puntos, ranqueados de 0 a 3 puntos en términos de gravedad de la depresión. Cuando la puntuación no es mayor a 10 se considera dentro de un rango normal; de 11 a 16 indica un grado leve de depresión; de 19 a 29 un grado moderado y de 30 a 63, un grado severo (Ruiz Ana Lía Dres., 2005)

4.3. PSICOPATOLOGÍA DURANTE EL POSTPARTO

4.3.1. Depresión postparto

La depresión postparto es un síndrome clínico caracterizado por sintomatología depresiva moderada o grave y con grave impacto familiar. Atendiendo a las clasificaciones actuales (DSM-5) la depresión postparto comienza en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento, aunque en otros trabajos se data su comienzo entre las seis y ocho semanas tras el mismo, y puede persistir hasta seis meses más. La prevalencia mundial de la depresión postparto oscila entre un 5 y un 15%, independientemente de los factores culturales y sociales. (Doll, Navas, & Quintero, 2015)

4.3.2. Etiología

4.3.2.1. Hormonales

El rápido descenso de los niveles de hormonas sexuales tras el parto es el primer factor a considerar dentro de la etiología de la depresión postparto, sin que se haya podido confirmar de forma definitiva. Los estrógenos funcionan como moduladores de la neurotransmisión cerebral que controla el estado de ánimo, incluyendo la serotonina, habiéndose encontrado diferencias en los niveles de estrógenos y progesterona entre mujeres diagnosticadas de depresión postparto y en aquellas que no lo estaban. (Doll, Navas, & Quintero, 2015)

4.3.2.2. Disfunción tiroidea.

Se ha encontrado asociación entre la tiroiditis postparto y la depresión postparto, siendo esta la causa más frecuente de trastorno endocrinológico en el puerperio, con una prevalencia entre un 5 y un 10%. (Doll, Navas, & Quintero, 2015)

4.3.2.3. Obstétricos.

Embarazo no deseado, lactancia artificial, contracciones durante el embarazo, amenaza de aborto, parto pre término y parto por cesárea se han asociado a la existencia de depresión postparto; sin embargo, no parece que exista una asociación clara entre las complicaciones intraparto y este tipo de trastorno afectivo. (Doll, Navas, & Quintero, 2015)

4.3.2.4. Factores psicosociales/psiquiátricos.

Los factores siquiátricos y psicosociales son los más fuertemente asociados al riesgo de padecer una depresión postparto. Entre estos cabe destacar la existencia de antecedentes de episodios depresivos no puerperales, depresión postparto y trastorno depresivo durante el embarazo. También se han descrito otros factores psicosociales como escasa formación, estrés psicosocial, aislamiento social, escaso soporte social durante el embarazo e intervalo de tiempo largo entre la boda y el primer hijo. (Doll, Navas, & Quintero, 2015)

4.3.3. Manifestaciones clínicas

La depresión postparto hace referencia a un episodio depresivo sin síntomas psicóticos que bien comienza o se extiende a lo largo del puerperio. En general, suele comenzar como una alteración del apetito y sueño con disminución de la energía. Estos síntomas en ocasiones enmascaran el cuadro, ya que podrían corresponderse con un puerperio normal. La falta de sueño, así como la fatiga secundaria a los cuidados neonatales forman parte de un puerperio normal; sin embargo, las pacientes que experimentan incapacidad para conciliar el sueño y pérdida grave de apetito podrían estar sufriendo una depresión post-parto. El establecimiento de la sintomatología podría asemejarse al de una depresión mayor no puerperal. Sin embargo, en la depresión postparto predominan el llanto y la labilidad emocional, sentimientos de culpa en torno a la maternidad a la discapacidad, irritabilidad y rumiaciones en torno a auto lesionarse o hacerle daño al bebé. Los criterios para el diagnóstico de depresión postparto son los mismos que para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, pero, como se ha

indicado previamente, indicando el comienzo en el periodo de tiempo que sigue al nacimiento de un niño vivo:

- 1) Para episodios que están “asociados al puerperio” la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud requiere un comienzo del episodio dentro de las primeras seis semanas tras el parto.
- 2) En el DSM-5, el diagnóstico de depresión durante el periodo del postparto todavía utiliza el especificador de comienzo. Sin embargo, el especificador ha cambiado y, en la actualidad, se denomina “de comienzo en el periparto” definido como el episodio más reciente que ocurrió durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el parto. (Doll, Navas, & Quintero, 2015)

4.3.4. Tratamiento

El tratamiento de la depresión postparto es muy similar al de aquellas depresiones no ligadas al puerperio. En cuanto al tratamiento farmacológico, los fármacos antidepresivos como sertralina y venlafaxina han ofrecido buenos resultados, siendo eficaces y bien tolerados, aunque teniendo en cuenta que todos se excretan por la leche materna. Deben evitarse las benzodiazepinas y los estabilizadores del ánimo. Algunas mujeres prefieren evitar los fármacos en ese periodo para poder mantener la lactancia materna. En casos resistentes al tratamiento farmacológico, se plantea la terapia electroconvulsiva (TEC) como una opción segura. La valoración del tratamiento debe realizarse de forma individualizada y teniendo en cuenta el riesgo/beneficio. Algunas alternativas psicoterapéuticas han demostrado disminuir la sintomatología depresiva en estas mujeres, como son la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal. (Doll, Navas, & Quintero, 2015)

4.4. UNIDAD DE NEONATOS.

Las unidades de neonatos se definen como “la Unidad Clínica Pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatales y reanimación en la sala de partos y quirófano” (Castillo y Jiménez, 2005).

Sin embargo, existen diversos factores físicos, ambientales y emocionales que pueden afectar a la mamá y el vínculo afectivo con el bebé. Según Brundi, Gonzales, Enríquez y larguía (2006), al estar en una unidad de neonatos el bebé y los padres están expuestos a diferentes estímulos tales como lumínicos, sonoros y técnicas diagnósticas que pueden repercutir en el desarrollo del bebé y en el estado emocional de los padres. Del mismo modo, Fernández (2004), argumenta que el ambiente que se vive en la unidad neonatal es de estrés lo cual afecta a los padres y en las interacciones entre padre e hijo. (Durán Flóres, Téllez, & Velasco Ospina, 2016)

4.5. Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en unidad de cuidado intensivo neonatal

Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 100 mujeres puérperas. Se valora el comportamiento durante la lactancia en relación con la depresión puerperal durante la hospitalización por parto. La prevalencia de trastornos depresivos fue del 15,8%.

Mediante entrevista personal, dirigida, voluntaria y anónima, realizada durante la hospitalización posparto en las primeras 48-72 horas, se facilitó el test de depresión de Beck de forma auto aplicado, informando previamente a la mujer del modo de cumplimentación y del objetivo de su aplicación. También se utilizó una hoja de recogida de datos con distintas variables sociodemográficas y culturales (edad, estado civil, nivel de estudios y profesión actual), obstétricas (número de embarazos, número de abortos, embarazo deseado o no, tipo

de parto: normal, instrumental, cesárea) y características del recién nacido (peso, posible prematuridad y necesidad de ingreso después del nacimiento).

El test de Beck fue valorado según los criterios de corrección de la escala auto aplicada. Se definió presencia de depresión cuando la puntuación directa era superior a 10. En cuanto a los resultados la edad media fue de 29,78 años. En cuanto al estado civil, 88 eran casadas (92,6%) y 7 solteras (7,4%). Los estudios realizados se agruparon en “primarios” en 30 (31,6%), “secundarios” en 37 (38,9%) y “universitarios” en 28 (29,5%). La profesión era de “ama de casa” en 29 (30,5%), se encontraban en paro 15 (15,8%) y trabajaban en diversas actividades 51 (53,7%). El número total de trastornos depresivos (tristezas y depresión puerperal) fue de 15 casos, lo que representa una prevalencia de 15,8% (Monteiro Díaz M. Pilar, 2001)

El presente estudio tiene como objetivo comparar la ocurrencia de síntomas de ansiedad y depresión en madres de bebés prematuros y madres de bebés nacidos a término. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, de abordaje cuantitativa.

Las participantes ($n=40$) fueron sometidas a la evaluación ejecutada como rutina por el Servicio de Psicología de un hospital filantrópico del interior del estado de São Paulo-Brasil mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Se constató que, entre las madres de bebés prematuros, un 75% presentaba síntomas clínicamente significativos de ansiedad y un 50% presentaba síntomas clínicamente significativos de depresión. Ya entre las madres de bebés nacidos a término, un 65% no presentaba síntomas clínicamente significativos de ansiedad y tampoco depresión (Filho Favaro Marina de Souza, 2012)

Se realizó un estudio en el cual, la muestra estaba compuesta por 20 madres de recién nacidos prematuramente, con un peso abajo de lo normal, internados en una UTI Neonatal; la muestra estaba constituida por 10 madres con indicadores clínicos emocionales (MCIE) y 10

madres sin estos indicadores (MSIE); las expresiones fueron evaluadas por medio del Inventario de Depresión de Beck. Las expresiones verbalizadas por las madres en el grupo de apoyo fueron grabadas, transcritas y clasificadas en categorías. En ambos grupos las madres eran, en su mayoría, jóvenes, poseían pocos hijos, tenían una unión civil estable y habían cursado el primer grado escolar. En relación a la ocupación profesional, la mayor parte de estas madres no trabajaba fuera de casa.

El Grupo MCIE verbalizó más sobre el rechazo, revuelta, negación o distanciamiento del bebé en comparación al Grupo MSIE. En relación a lo verbalizado sobre Sentimientos/reacciones maternas con connotación positiva, se observa que las madres del Grupo MCIE tendieron a verbalizar menos que las madres del Grupo MSIE sobre las subcategorías de adaptación, aceptación, superación, esperanza o tranquilidad delante de la condición del bebé prematuro y de necesidad o voluntad materna de establecer contacto, de aproximarse o tocar el bebé.

Entretanto, las madres del Grupo MCIE se expresaron más sobre el deseo de obtener el alta del hospital y sobre la voluntad de cuidar al bebé después de recibir el alta, cuando se comparan a las madres del Grupo MSIE. Se observa que, en relación a la categoría

Comunicación y relación materna con el equipo de salud, las madres del Grupo MCIE verbalizaron más que las madres del Grupo MSIE sobre expresiones relativas a la comunicación de informaciones dadas a ellas y expresiones relacionadas a la busca activa de información sobre el bebé por parte de la madre (Leonetti Correia Luciana, 2008)

4.5.1. **La comunicación madre-recién nacido**

En la comunicación madre-recién nacido, los comportamientos: maneras de comunicación, sentido de la comunicación y la comunicación y las conexiones madre recién nacido, evidencian que, a pesar de la circunstancia de hospitalización del recién nacido, madre e hijo inician una relación a través de la comunicación, empleando la voz, la música, y la aplicación

del sentido del humor como forma de conectarse con el entorno y dar inicio a la relación de apego. Wallon, expone que la forma que tiene el neonato para relacionarse es casi nula y que sus gestos y el llanto pueden no tener intencionalidad; sin embargo, existe una relación entre el dolor y la expresión a través del llanto en el niño, por tanto, aunque el neonato carezca de intencionalidad para comunicarse, él se expresa a través de comportamientos como el llorar, gritar, ponerse tenso; situación en la que es necesario que alguien, en este caso la madre, reciba esa expresión y la entienda, le asigne un significado, realizándose entonces una conexión o vínculo. En la medida en la que el niño recibe esas respuestas a determinados actos, palabras y acciones, comienza a hacer asociaciones, surgiendo entonces la intención comunicativa (M & L, 2013)

4.5.2. La observación madre-recién nacido

Se identificó cómo las madres detallaban cada particularidad de sus hijos, referente a sus gestos, movimientos, expresiones, respuestas, un ceño fruncido, lágrimas en los ojos, sonrisas, sueño, la ubicación de sus manitas, sus piecitos, la posición del cuerpo, el aumento de peso, la incursión de aparatos electrónicos para monitoreo de constantes vitales, sondas, el espacio donde se encontraban; todos estos elementos tuvieron un papel importante en el desarrollo de comportamientos por ambas partes de esta diada, un solo detalle hacia la diferencia y le daba sentido de especialidad a cada uno (M & L, 2013)

4.5.3. El toque materno

Uno de los comportamientos de apego detectado con mayor relevancia fue las maneras de toque, un sentido del toque, el toque y las conexiones madre-recién nacido. Se observaron expresiones que se traducían en rutinas comportamentales específicas; por ejemplo, el toque suave y repetitivo de las madres, procurando hacer la diferencia entre el toque de la enfermera y el toque materno, de manera que el hijo pudiera identificarlo, sus creencias se

encontraron relacionadas con la tranquilidad del bebé al momento de la caricia o el toque (M & L, 2013)

Varios estudios respaldan la importancia de la promoción del contacto a través del toque entre la madre y el hijo en las UCIN. Por ejemplo, un estudio en la India, demuestra que el masaje por parte de la madre a su hijo, no sólo contribuye al niño a relajarse y equilibrarse frente a un proceso de enfermedad, estabiliza el sistema nervioso, estimula el sistema respiratorio, cardiocirculatorio y gastrointestinal, al tiempo que activa el sistema neurológico, también y no menos importante favorece la relación madre e hijo (M & L, 2013)

4.5.4. El apoyo religioso y familiar como complemento de las expresiones y comportamientos

Es el refuerzo para esa unión única madre-recién nacido; el estudio reveló la importancia que las madres atribuían a sus creencias religiosas en relación con el soporte que les ofrecía para la relación con sus hijos, convirtiéndose este apoyo en un complemento que refuerza los comportamientos de comunicación, observación y toque; es decir, cada uno de éstos se encontraba, de alguna forma, ligado a sus creencias religiosas. Algunas de ellas realizaban oraciones a sus hijos en compañía de su pareja, les tomaban por sus manitos, tocándoles, acariciándoles, comunicándose con ellos y con Dios, observando sus reacciones y mostrando satisfacción al ver que estas oraciones contribuían al proceso de recuperación del neonato. Sus cantos eran, en su mayoría, alabanzas propias de su doctrina religiosa y de la fe que profesaban, manteniendo actitud positiva para conservar la calma y la tranquilidad frente a la adversidad, al tiempo que instruían a sus hijos en su mismo credo religioso, conservando así sus tradiciones y ritos religiosos (M & L, 2013)

Estas expresiones son consistentes con los hallazgos encontrados en la literatura, la cual demuestra que la religión ayuda a superar el miedo a la muerte, la pérdida, el sufrimiento y el significado de la vida. Por otra parte, es necesario describir la importancia del apoyo de la

pareja; en este sentido, se evidenció que el contacto y la relación que las madres tenían con sus hijos, era más intensa cuando se encontraba en compañía de su pareja. Algunas de estas madres se encontraban más tranquilas cuando ingresaban acompañadas, a pesar de que en nuestro contexto el ingreso a las UCIN es limitado (M & L, 2013)

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, que se realizó en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, con el fin de identificar el nivel de depresión presente en las madres.

ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el área de Neonatología del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja. Este hospital es de II nivel, se encuentra ubicado en las calles Avenida Manuel Agustín Aguirre entre Juan J. Samaniego y Manuel Y. Montero en la ciudad de Loja, que brinda atención a la ciudad y provincia de Loja, también a provincias cercanas como Zamora y el Oro.

UNIVERSO:

El universo estuvo conformado por todas las madres de los neonatos que se encontraron en el Área de Neonatología del Hospital Isidro Ayora, desde enero – junio 2016.

En total 177 madres de los neonatos, dentro del tiempo programado para la recolección de datos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres de neonatos que se encontraron en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres de neonatos que no se encontraban en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

- Madres que no desearon participar.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se diseñó un formulario de recolección de datos en la que constaron indicadores como: caracterización sociodemográfica de la madre, días de hospitalización de los neonatos y la aplicación del inventario de depresión de Beck.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

La fuente de información fue directa a través de la entrevista directa con las madres de los neonatos, por medio de la aplicación del inventario de depresión de Beck.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Después de haber aplicado el formulario de recolección de datos se realizó la tabulación y el análisis de los datos obtenidos en Microsoft Excel con el que se elaboraron las tablas en correspondencia con los indicadores.

USOS:

Los resultados obtenidos fueron entregados al Hospital Isidro Ayora de Loja, en especial a los especialistas del área de Neonatología y a la biblioteca del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja ya que deberían ser utilizados como base para otros estudios de investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se solicitó el permiso correspondiente del Gerente del Hospital Isidro Ayora. En los formularios de recolección de datos no constaron los nombres de los pacientes y se reunió la información con la mayor reserva.

Se solicitó a cada madre participante del estudio el consentimiento informado debidamente firmado que da fe de que cada individuo que participe en la investigación recibió información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones del investigador, beneficios calculados, riesgos visibles o incomodidades derivadas de la investigación.

6. RESULTADOS

Resultados para el primer objetivo: Determinar el nivel de depresión materna mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck.

Tablas N°1

Inventario de depresión de Beck

Depresión Materna	Casos	Porcentaje
Estados De Depresión		
Altibajos considerados normales	28	15.80%
Leve perturbación del estado de animo	102	57.60%
Depresión Intermitente	42	23.70%
Depresión Moderada	5	2.80%
Depresión Grave	0	0.00%
Depresión Extrema	0	0%
Total	177	100%

Fuente: Inventario de depresión de Beck

Autora: Yuli Peña.

La tabla resalta que el estado predominante es leve perturbación del estado de ánimo con un 57,60 % que puntuó entre un rango de 11-16, seguido por depresión intermitente con un 23,70 % que puntuó entre un rango de 17 a 20 puntos, seguido por un 15.80% de altibajos considerados normales que puntuó entre un rango de 7 – 10 puntos y en menor cantidad encontramos depresión moderada con un 2.80% que puntuó en un rango entre 21- 30 puntos.

Resultados para el segundo objetivo: Relacionar las características sociodemográficas de la madre con el nivel de depresión que presenta.

Tablas N°2

Edad materna en relación con los estados de depresión

Estados de depresión														
Edad	Altibajos considerados normales		Leve perturbación del estado de ánimo		Depresión Intermitente		Depresión Moderada		Depresión Grave		Depresión Extrema		Total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
15-20	6	21.43	13	46.43	8	28.57	1	3.57	0	0.00	0	0.00	28	100.00
21-25	8	11.76	42	61.76	16	23.53	2	2.94	0	0.00	0	0.00	68	100.00
26-30	8	17.02	26	55.32	13	27.66	0	0.00	0	0.00	0	0.00	47	100.00
31-35	4	14.81	17	62.96	4	14.81	2	7.41	0	0.00	0	0.00	27	100.00
36-40	2	28.57	4	57.14	1	14.29	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	100.00
41-45	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Formulario de recolección de datos - Inventario de depresión de Beck
 Autora: Yuli Peña.

Relacionando la edad con los diferentes estados de depresión tenemos que existe leve perturbación del estado de ánimo en mayor porcentaje entre 31-35 años con un 62.96%, seguido por un 61.76% de 21-25 años, luego un 57.14% de 36-40 años. Depresión intermitente se presentó en su mayoría de 15-20 años en un 28.57%, luego en un 27.66% de 26-30 años, seguido por 23.53% de 21-25 años. Dentro de altibajos considerados normales en su mayoría se encontraron de 36-40 años con un 28.57%, seguido de 15-20 años con un 21.43% y de 26-30 años con un 17.02%.

Tablas N°3

Estado civil en relación con los estados de depresión

Estados de depresión														
Estado civil	Altibajos considerados normales		Leve perturbación del estado de animo		Depresión Intermitente		Depresión Moderada		Depresión Grave		Depresión Extrema		Total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
Soltera	12	20.34	33	55.93	12	20.34	2	3.39	0	0.00	0	0.00	59	100.00
Casada	10	13.89	42	58.33	18	25.00	2	2.78	0	0.00	0	0.00	72	100.00
Unión libre	6	13.04	27	58.70	12	26.09	1	2.17	0	0.00	0	0.00	46	100.00

Fuente: Formulario de recolección de datos - Inventario de depresión de Beck
 Autora: Yuli Peña.

Relacionando el estado civil con los estados de depresión encontramos leve perturbación del estado de ánimo mayor en madres con unión libre con un 58.70%, luego en casadas con un 58.33% y finalmente en solteras con un 55.93%. Depresión intermitente se presentó mayor en madres con unión libre con un 26.09%, luego en casadas con un 25% y finalmente en solteras con un 20.34%. Altibajos considerados normales se presentó mayor en solteras con un 20.34%, luego en casadas con un 13.89% y finalmente en unión libre con un 13.09%.

Tablas N°4

Instrucción materna en relación con los estados de depresión

Estados de depresión														
Instrucción	Altibajos considerados normales		Leve perturbación del estado de ánimo		Depresión Intermitente		Depresión Moderada		Depresión Grave		Depresión Extrema		Total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
Primaria	11	18.33	36	60.00	11	18.33	2	3.33	0	0.00	0	0.00	60	100.00
Secundaria	12	12.37	59	60.82	24	24.74	2	2.06	0	0.00	0	0.00	97	100.00
Universitaria	5	25.00	7	35.00	7	35.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	20	100.00

Fuente: Formulario de recolección de datos - Inventario de depresión de Beck

Autora: Yuli Peña.

La instrucción materna relacionada con los diferentes estados de depresión leve perturbación del estado de ánimo se presentó en mayor porcentaje en madres con secundaria en un 60.82%, luego primaria en un 60% y universitaria un 35%. Depresión intermitente se presentó en mayor porcentaje en madres con instrucción universitaria en un 35%, luego secundaria 24.74% y primaria en un 18.33%. Altibajos considerados normales en mayor porcentaje presentaron madres con nivel universitario en un 25%, luego primaria con un 18.33% y secundaria con un 12.37%.

Tablas N°5

Lugar de Residencia materna relacionado con los estados de depresión

Estados de depresión														
Lugar de Residencia	Altibajos considerados normales		Leve perturbación del estado de ánimo		Depresión Intermitente		Depresión Moderada		Depresión Grave		Depresión Extrema		Total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
Loja	23	16.08	83	58.04	33	23.08	4	2.80	0	0.00	0	0.00	143	100.00
Cantón de la Provincia de Loja	5	17.86	15	53.57	7	25.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00	28	100.00
Otra Provincia	0	0.00	3	75.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00
Otro País	0	0.00	1	50.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	100.00

Fuente: Formulario de recolección de datos - Inventario de depresión de Beck

Autora: Yuli Peña.

El lugar de residencia de las madres relacionado con los estados depresivos, leve perturbación del estado de ánimo se presentó en su mayoría en madres que residen en otra provincia con un 75%, luego en madres que residen en Loja con un 58.04%, seguido por un 53, 57% de madres del cantón de la provincia de Loja y un 50% de madres de otro país. Depresión intermitente en el 50% en madres que residen en otro país, luego en madres del cantón de la provincia de Loja en un 25%, seguido por madres de otra provincia en el 25% y madres de Loja en un 23.08%. Altibajos considerados normales se presentó en madres del cantón de la provincia de Loja en un 17.86%, luego en madres de Loja con un 16.03%.

Resultados para el tercer objetivo: Relacionar el tiempo de estancia hospitalaria de neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales con el nivel de depresión de la madre.

Tablas N°6

Tiempo de estancia hospitalaria relacionado con los estados de depresión

Estados de depresión														
Tiempo de estancia Hospitalaria	Altibajos considerados normales		Leve perturbación del estado de animo		Depresión Intermitente		Depresión Moderada		Depresión Grave		Depresión Extrema		Total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
>7 días	12	46.15	12	46.15	1	3.85	1	3.85	0	0.00	0	0.00	26	100.00
1 semana	12	29.27	27	65.85	2	4.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00	41	100.00
2 semanas	4	6.25	53	82.81	7	10.94	0	0.00	0	0.00	0	0.00	64	100.00
3 semanas	0	0.00	8	33.33	15	62.50	1	4.17	0	0.00	0	0.00	24	100.00
1 mes	0	0.00	2	9.09	17	77.27	3	13.64	0	0.00	0	0.00	22	100.00
<1 mes	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: Formulario de recolección de datos - Inventario de depresión de Beck

Autora: Yuli Peña.

El tiempo de estancia hospitalaria en relación a los estados depresivos observamos que leve perturbación del estado de ánimo tuvo el mayor porcentaje con un 82.81% de madres que tuvo su neonato hospitalizado 2 semanas, luego un 65.85% en las que lo tuvieron 1 semana, seguido por un 46.15% en las que lo tuvieron > 7 días. Depresión intermitente presentaron las madres que tuvieron hospitalizados sus neonatos un mes con un 77.27%, seguido por 3 semanas con un 62.50%, seguido por dos semanas con un 10.94%. Altibajos considerados normales presentaron en su mayoría las madres que tuvieron hospitalizado su neonato en mayor cantidad >7 días con un 46.15%, seguido con un 29.27% 1 semana y con un 6.25% 2 semanas.

7. DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. La depresión se caracteriza por una sensación persistente de tristeza, interfiriendo con las actividades laborales, escolares o domésticas del ser humano.

Este tipo de depresión después del parto, es definida como “la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto” (Zaconeta, Domínguez, & França, 2004).

La (OMS) Organización Mundial de la Salud (2012), reporta que “Cada año se producen más de 136 millones de partos, de los cuales unos 20 millones presentan complicaciones posteriores relacionadas con el embarazo. La lista de enfermedades es larga y diversa; por ejemplo, fiebre, anemia, fistulas, incontinencia, esterilidad y depresión”. (Durán Flóres, Téllez, & Velasco Ospina, 2016)

Teniendo en cuenta que el presente estudio estuvo enfocado en identificar la depresión de las madres que tienen sus neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital general Isidro Ayora de la ciudad de Loja, donde se obtuvo que un 57,60% presentan leve perturbación del estado de ánimo, seguido por depresión intermitente con un 23,70 %, datos que se corroboran con los resultados obtenidos en el estudio realizado en madres que tienen un hijo hospitalizado en la unidad de neonatos de una Clínica de IV Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá donde se mostró que 28,7% tienden riesgo a presentar síntomas depresivos. En otro estudio realizado en un hospital filantrópico del interior del estado de São Paulo-Brasil se determinó que el 50% de las participantes de recién nacidos prematuros hospitalizados tenía clínicamente síntomas significativos de depresión, mientras el 65% de las madres con recién nacidos a término tenían síntomas de ansiedad y depresión sin importancia clínica. Otro estudio realizado en el hospital Italiano de Buenos

Aires en la división de neonatología departamento de pediatría, se dividieron en dos grupos: intervención (n= 31) y controles (n= 29). Los grupos tuvieron características similares. El grupo de control presentó un nivel significativamente más alto de depresión materna, con un puntaje de $19,6\pm 4,8$ contra $9\pm 2,7$ en el grupo de intervención. En otro estudio realizado en el hospital central de Asturias la prevalencia de trastornos depresivos fue del 15,8%, los resultados de la medición del test de depresión de Beck con sus distintos grados fueron: depresión ausente 84,2, depresión ligera: 11,6 %, depresión moderada 4,2% y depresión grave 0%.

La edad estuvo comprendida entre 31-35 años que representa un 68.96 %, el estado civil fue unión libre con un 58.70%, las madres en un mayor porcentaje poseen instrucción secundaria con un 60.82%, el lugar de residencia de las madres en un 75% procedentes de otra provincia, estas variables sociodemográficas estuvieron relacionadas con leve perturbación del estado de ánimo.

Relacionando estos resultados con diversos estudios realizados tenemos que: un estudio realizado en el hospital de Asturias de una muestra de 95 mujeres en cuanto al estado civil, 88 eran casadas (92,6%) y 7 solteras (7,4%). Los estudios realizados se agruparon en “primarios” en 30 (31,6%) “secundarios” en 37 (38,9%) y “universitarios” en 28 (29,5%). las mujeres solteras tuvieron mayor presencia de depresión. La edad media fue de 29,78 años.

Otro estudio realizado en un hospital filantrópico del estado de sao paulo Brasil se identificaron síntomas clínicamente significativos de depresión en madres solteras, con edades entre 21-25 años y educación secundaria incompleta.

En cuanto tiene que ver al tiempo de estancia hospitalaria de los recién nacidos el mayor porcentaje es 2 semanas al relacionar esta variable con el grado de depresión materna en su mayoría fue leve perturbación del estado de ánimo con un 82.81%. En los estudios encontrados no se relacionó esta variable con el grado de depresión materna, pero la integre

en mi estudio ya que considero un factor muy importante porque se determinó que mientras mayor fue el tiempo de estancia hospitalaria de los recién nacidos mayor fue el grado de depresión materna, es así que un mes de hospitalización que fue el mayor tiempo de estancia hospitalaria, en la cual las madres presentaron: leve perturbación del estado de ánimo 9.09%, depresión intermitente 77.27% y depresión moderada 13.64%.

8. CONCLUSIONES

- La depresión en madres de neonatos hospitalizados en el área de neonatología del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck fue leve perturbación del estado de ánimo seguido por una depresión intermitente.

- Al relacionar las diferentes características sociodemográficas de la madre con el nivel de depresión que presentaron, la edad en su mayoría estuvo en un rango comprendido entre 21 a 25 años, con respecto al estado civil en su mayoría fueron casadas, la instrucción que tuvieron la mayoría de madres fue secundaria, todas estas variables estuvieron relacionadas con una leve perturbación del estado de ánimo.

- Relacionando el tiempo de estancia hospitalaria de neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales con el nivel de depresión de la madre se determinó que mientras más días estuvo hospitalizado mayor fue el grado de depresión que presentaron las madres, el tiempo de mayor estancia hospitalaria fue 2 semanas donde las madres presentaron en su mayoría leve perturbación del estado de ánimo y el tiempo de menor estancia hospitalaria fue 1 mes donde se encontraron en su mayoría madres con depresión intermitente.

9. RECOMENDACIONES

- Que el servicio de psicología del Hospital Isidro Ayora de Loja preste atención a las madres de los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales para que las madres no progresen con su grado de depresión, y aquellas madres que poseen grados depresivos más severos que son en menor cantidad puedan ser ayudadas.

- Mejorar el ambiente en el que viven las madres durante el tiempo de estancia hospitalaria de sus recién nacidos ya que en muchas ocasiones no solo tienen que compartir la habitación sino también la cama.

- Dar a conocer a las madres mediante charlas sobre los efectos negativos que tienen los estados depresivos y como estos influyen en la producción de leche materna y la relación madre neonato, con el fin de mejorar tanto su calidad de vida como la del recién nacido y así el entorno familiar.

10. BIBLIOGRAFÍA

- America, M. H., Services, N. C., & Administration., S. A. (2008). La depresión materna. *Guía de acción materna*, 1- 49.
- Doll, A., Navas, M., & Quintero, J. (2015). Enfermedad mental perinatal. *Enfermedades psiquiátricas*, 19-26.
- Duarte Pinto Ingrid, P. P. (2009). La ansiedad y la depresión materna y los informes del bebé prematuro. *Psicología: teoría e Investigación. Volumen 25. Número 1*, 75-83.
- Durán Flóres, M. E., Téllez, J., & Velasco Ospina, N. (2016). FACTORES ASOCIADOS A SINTOMAS DEPRESIVOS EN MADRES CON. 1-11.
- Figuroa Quintana, A., Baras Pastor, L., & Soutullo Esperón, C. (2009). *Lecciones de psiquiatria*. España: Panamericana.
- Filho Favaro Marina de Souza, P. S. (2012). Evaluación de la prematuridad en la salud mental de las madres . *Psico- USF Braganca Paulista, Volumen 17, Número 3*, 457-465.
- García Zanca Camila, A. P. (2013). La percepción de apoyo social de las familias que viven con depresión materna. *Volumen 18. Número 2, Estudios de Psicología (Navidad)*.
- Leonetti Correia Luciana, V. C. (2008). Contenido verbal expresado por las madres de bebés prematuros con síntomas emocionales clínicos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem. Volumen 16. Número 1*, 64-70.
- M, G.-R., & L, M.-d. R. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enfermería universitaria*, 84-91.

- Monteiro Díaz M. Pilar, F. A. (2001). Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización posparto a la lactancia materna. *Enfermería clínica, Volumen 11, Número 4*, 155-159.
- OMS. (2009). Salud de la mujer. *Centro de prensa. Notas descriptivas*, N° 334.
- OMS. (2012). Salud Mental: Depresión. *Transtornos mentales*.
- Ruiz Ana Lía Dres., C. C. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Archivo argentino pediatrico*, 36-45.

11. ANEXOS:**Anexo N° 1: Aprobación del tema de tesis**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 01747 CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Yuli Paulina Peña Apolo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 24 de junio de 2015.

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema de: **"DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES"**, por lo que puede realizar el perfil del Proyecto.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip

Anexo N° 2: Cambios en el proyecto de investigación

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM NRO. 01996CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Yuli Paulina Peña Apolo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 21 de junio de 2015

ASUNTO: Se sugiere hacer cambios en el proyecto de Investigación

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, de su autoría, que deberá realizar las modificaciones al Tema quedando de la siguiente manera: **DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA** para obtener la pertinencia y que presente un nuevo documento que recoje esta modificación y así continuar el trámite, para lo cual adjunto el informe del Dr. German Vélez Reyes

Con aprecio y consideración.

Atentamente,



**Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Estudiante y Archivo
Sip.

Anexo N° 3: Designar director de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 02121 CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. German Velez Reyes
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

PARA: Srta. Yuli Paulina Peña Apolo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 05 de Agosto de 2015

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009", una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema es: "**DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA**", de autoría de la Srta. Yuli Paulina Peña Apolo, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
 C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo
 Slp

COA
 07-08-15
 16:54
 Yuli Paulina Peña Apolo

Anexo N° 4: Certificado de haber realizada la investigación en el Hospital Isidro Ayora

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

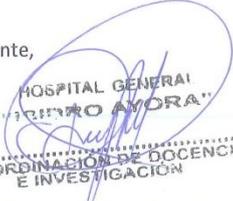
Loja, 11 de octubre de 2016

DR. DANIEL PACHECO MONTOYA
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL

CERTIFICA:

Que la Srta. YULI PAULINA PEÑA APOLO; con CI. 11005026445, realizó la entrega de un CD con el contenido de su Tesis titulada "DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA", previa a la obtención de su Título como Médico General.

Atentamente,



HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Doctor DANIEL PACHECO MONTOYA
Subdirector de Docencia e Investigación HIAL
/Ing.Belc.

c.c. Archivo

Anexo N° 5: Certificación de traducción del resumen

Prof. Joan Morales
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA", autoría de la Srta. Yuli Paulina Peña Apolo con cédula 1105026445, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 12 de Octubre de 2016


Prof. Joan Morales
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



Anexo N° 6: Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,..... MADRE DEL NEONATO HOSTIPALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, acepto participar en la investigación “DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”, de autoría de la Sra. Yuli Paulina Peña Apolo estudiante de la Carrera de Medicina, como requisito para que pueda obtener su titulación como Médica General en la Universidad Nacional de Loja.

Se me indico que el proceso será estrictamente confidencial. En formulario de recolección de datos y test aplicados no constará mi nombre, será anónimo. Además que mi participación es estrictamente voluntaria y que tendré el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

.....

Firma

Anexo N° 7: Guía de recolección de datos**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA****ÁREA DE LA SALUD HUMANA****CARRERA DE MEDICINA**

TEMA: Depresión en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

ÁREA Y GRUPO DE ESTUDIO: en madres de hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el área de neonatología del Hospital Isidro Ayora de Loja.

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar la depresión de las madres de los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

GUÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**1. Características socio demográficas:****a. Edad:**

- i. 15-20
- ii. 21-25
- iii. 26-30
- iv. 31-35
- v. 36-40
- vi. 41-45

b. Estado civil

- i. Soltera
- ii. Casada
- iii. Unión libre

c. Instrucción

- i. Primaria
- ii. Secundaria
- iii. Universitario

d. Residencia:

- i. Loja
- ii. Cantón de la
Provincia de Loja
- iii. En otra provincia
- iv. En otro país

2. Tiempo de estancia hospitalaria de los neonatos en la unidad de cuidados**intensivos neonatales**

- a. <7 días
- b. 1 semana
- c. 2 semanas
- d. 3 semanas
- e. 1 mes
- f. > 1mes

Anexo N° 8: Inventario de depresión de Beck**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido últimamente, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) Tristeza

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) Fracaso pasado

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4) Pérdida de placer

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) Sentimiento de culpabilidad

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) Sentimiento de castigo

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) Desagrado hacia uno mismo

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) Autocrítica

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) Pensamientos o deseos de suicidio

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) Llanto

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) Agitación

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) Pérdida de interés

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) Indecisión

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14) Sentimientos de inutilidad

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) Pérdida de energía

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) Cambios en el sueño

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) Irritabilidad

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) Cambios en el apetito

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) Pérdida de peso

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) Preocupaciones somáticas

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) Pérdida de interés por el sexo

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo N° 9: Proyecto de investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

***“ DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO
AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA ”***

Proyecto de tesis

AUTORA:

YULI PAULINA PEÑA APOLO

TEMA:

DEPRESIÓN EN MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA
CIUDAD DE LOJA

PROBLEMÁTICA:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, Salud Mental: Depresión, 2012).

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo está en torno al 20% en mujeres. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. Se calcula que los trastornos mentales, entre otros la depresión, afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto (OMS, Salud de la mujer, 2009).

Se realizó un estudio en el período comprendido entre el 5/1/97 y el 20/ 11/ 99 en la División Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires se enrolaron 60 recién nacidos prematuros y sus padres, que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión, se incorporaron al estudio. Se dividieron en dos grupos: intervención (n= 31) y controles (n= 29). Los grupos tuvieron características similares. El grupo de control presentó un nivel significativamente más alto de depresión materna, con un puntaje de $19,6 \pm 4,8$ contra $9 \pm 2,7$ en el grupo de intervención. Se observó una significativa relación entre el nivel de estrés y la depresión materna ($p=0,001$), por lo cual a un mayor nivel de estrés correspondieron mayores síntomas de depresión, aun cuando el valor del indicador es

relativamente débil ($r = 0,48$, coeficiente no paramétrico de correlación de Kendall) (Ruiz Ana Lía Dres., 2005).

Se realizó un estudio sobre 100 mujeres que de forma consecutiva dieron a luz en el hospital central de Asturias entre el 10 de febrero y el 2 de marzo de 1999, ambos inclusive. De estas mujeres, dos se negaron a colaborar y otras tres se excluyeron por no haber completado alguna de las fases del estudio; por tanto, la muestra se redujo a 95 mujeres. Se valora el comportamiento durante la lactancia en relación con la depresión puerperal durante la hospitalización por parto. La prevalencia de trastornos depresivos fue del 15,8%. Las mujeres deprimidas presentaron una mayor media de edad ($p = 0,05$) y una media menor de peso de sus recién nacidos ($p = 0,02$); las mujeres solteras tuvieron mayor presencia de depresión ($p = 0,01$). La edad media fue de 29,78 años (DE 5,39 y rango de 18-41). En cuanto al estado civil, 88 eran casadas (92,6%) y 7 solteras (7,4%). Los estudios realizados se agruparon en “primarios” en 30 (31,6%) “secundarios” en 37 (38,9%) y “universitarios” en 28 (29,5%). La profesión era de “ama de casa” en 29 (30,5%), se encontraban en paro 15 (15,8%) y trabajaban en diversas actividades 51 (53,7%). El número total de trastornos depresivos (tristezas y depresión puerperal) fue de 15 casos, lo que representa una prevalencia de 15,8% con un índice de confianza del 95% de 9,4-25, los resultados de la medición del test de depresión de Beck con sus distintos grados fueron: depresión ausente 84,2, depresión ligera: 11,6 %, depresión moderada 4,2% y depresión grave 0% (Monteiro Díaz M. Pilar, 2001).

Se realizó un estudio que tuvo como objetivo comparar la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en madres de prematuros y madres de bebés nacidos a término. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, de abordaje cuantitativo. Los participantes ($n = 40$) 20

madres de bebés prematuros (grupo 1) y 20 madres de recién nacidos a término (grupo 2), fueron sometidos a la evaluación de detección realizada de forma rutinaria por el Departamento de Psicología de un hospital filantrópico del estado de São Paulo-Brasil mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Se encontró que, entre las madres de bebés prematuros, el 75% tienen síntomas de ansiedad clínicamente significativos y el 50% tienen síntomas clínicamente significativos de depresión. Entre las madres de los recién nacidos a término, el 65% no tenía síntomas clínicamente significativos de ansiedad y tampoco depresión. El perfil sociodemográfico y clínico de los participantes en el grupo de que se trate en el que se identificaron los síntomas clínicamente significativos de depresión es similar en edad, la educación y la ocupación. Sin embargo, cabe destacar que alcanzó el promedio más alto en HAD-D (escala hospitalaria de depresión) en mujeres que conviven con su pareja (13,5 puntos), multíparas (13 puntos) que completaron las 35 semanas de gestación (14 puntos) y cuyos bebés fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales durante un período. Se varió entre 11 y 15 días (16 puntos). Por último, cabe señalar que de acuerdo con estos resultados, podemos decir que, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y clínicas de los participantes del grupo en cuestión que tenía síntomas clínicamente significativos de depresión, el promedio más alto en HAD-D (escala hospitalaria de depresión) se encontraban entre las madres solteras (14 puntos), primíparas (14 puntos), amas de casa (14 puntos), con edades entre 21-25 años (14 puntos) y educación secundaria incompleta (13 puntos), que completaron las 39 semanas de gestación (12 puntos) y cuyos neonatos ascendieron a 5.1 días en la maternidad (11,66 puntos) (Filho Favaro Marina de Souza, 2012).

Se realizó un estudio donde la muestra del estudio consistió en 60 madres de recién nacidos prematuros (<37 semanas de edad gestacional) con muy bajo peso al nacer (≤ 1.500

g), ingresó en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, en el periodo 2001 a 2003. Las madres se dividieron en dos grupos, a saber: Grupo MCIE (madres con indicadores clínicos emocionales, que consta de 30 madres *con* indicadores clínicos emocionales de ansiedad y / o depresión y Grupo MSIE (madres sin indicadores clínicos emocionales), compuesto por 30 madres *sin* estos indicadores. Los resultados de este estudio revelaron que las madres de los bebés prematuros, independientemente de la presencia o ausencia de indicadores emocionales clínicos de ansiedad y depresión, expresados en situación de entrevista guiada, la mayoría de las expresiones con connotaciones positivas que negativas cuando se hace referencia por su neonatos ingresados en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales). Las madres de ambos grupos, diferenciados por síntomas clínicos de ansiedad y depresión, tenían expectativas positivas en relación con el desarrollo, la evolución clínica neonatal y el futuro de la salud de su bebé. Estos aspectos revelan un lado optimista en las madres que pueden actuar como un facilitador para hacer frente a las adversidades derivadas de la prematuridad y la distancia de su bebé debido a la hospitalización. Por otro lado, en ambos grupos, las expresiones maternas con connotaciones negativas eran directamente relacionadas con vistas desde el problema de los bebés prematuros. Esto significa que a pesar de tener esperanza, las madres experimentan sentimientos negativos relacionados con el nacimiento de su bebé. Como era de esperar, las madres en este estudio tenían indicadores emocionales clínicos de ansiedad con o sin síntomas de depresión, reportaron emociones y sentimientos que las madres que no tenían estos indicadores emocionales más negativos.

Se encontró que el 88% de la muestra total de madres no tenían historias con fondo psiquiátrico. Por lo tanto, esto indica que los indicadores emocionales de la ansiedad y la

depresión se relacionan más con la historia contemporánea del nacimiento del bebé que con la historia de salud mental materna previa. (Duarte Pinto Ingrid, 2009).

Se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar los contenidos verbales maternos expresados durante una intervención de apoyo psicológico. La muestra estaba compuesta por 20 madres de recién nacidos prematuramente, con un peso abajo de lo normal, internados en una unidad de terapia intensiva neonatal; la muestra estaba constituida por 10 madres con indicadores clínicos emocionales (MCIE) y 10 madres sin estos indicadores (MSIE); las expresiones fueron evaluadas por medio de los Inventarios de Depresión de Beck y de Ansiedad Trazo/Estado. Las expresiones verbalizadas por las madres en el grupo de apoyo fueron grabadas, transcritas y clasificadas en categorías.

Al analizar el conjunto de contenidos verbales maternos expresados en el contexto del grupo de apoyo psicológico a las madres de bebés nacidos prematuramente e internados en una unidad de terapia intensiva neonatal, se verificó que, la muestra de madres manifestó, predominantemente, sentimientos o reacciones con connotación negativa, independientemente de los síntomas emocionales clínicos de ansiedad y depresión. Las madres con indicadores clínicos emocionales tendieron a presentar mayor cantidad de expresiones de sentimientos o reacciones maternas con connotación negativa cuando se comparan a las madres que no presentaron estos indicadores; estas, a su vez, presentaron la tendencia a verbalizar más sobre expresiones de sentimientos o reacciones con connotación positiva y sobre la comunicación y relación con el equipo de salud, cuando se comparan a las madres del Grupo MCIE. Posiblemente, la presencia de indicadores emocionales clínicos maternos de ansiedad y depresión pueden haber estimulado una mayor ocurrencia de expresiones sobre sentimientos y reacciones con connotación negativa. Sin embargo, lo

verbalizado, era esperado debido al impacto que el nacimiento prematuro y la internación precoz del neonato en una unidad de terapia intensiva neonatal representa para las madres en este contexto. A pesar de que, aparentemente, sea paradójico el hecho de que las madres de ambos grupos verbalizaron tanto sobre sentimientos y reacciones negativas como positivas, los datos sugieren que las madres de neonatos prematuros pueden experimentar sentimientos ambiguos. El repertorio del comportamiento del individuo en crisis comprende oscilaciones y ambivalencias de sentimientos y reacciones, desencadenadas por situaciones inesperadas, como ocurre precisamente en el nacimiento prematuro del neonato y la hospitalización precoz de los mismos en una unidad de terapia intensiva neonatal. En el presente estudio, para la reestructuración del equilibrio emocional materno y en el sentido de minimizar las consecuencias desfavorables de la presencia de indicadores emocionales maternos, el ofrecimiento de soporte psicológico por medio de un grupo de apoyo a las madres, en el período neonatal, reviste suma importancia, pues se constituye en un contexto favorecedor, en el cual son ofrecidos apoyo y protección a la madre, a fin de que ella pueda desarrollar mejores condiciones para enfrentar el período de internación del neonato en la unidad de terapia intensiva neonatal y contribuye para la reducción significativa de los niveles clínicos emocionales maternos de ansiedad y depresión. Los resultados del análisis de los relatos verbales maternos sugieren que el nacimiento prematuro y la hospitalización precoz del neonato en una unidad de terapia intensiva neonatal son variables que pueden comprometer el equilibrio emocional materno y familiar, entretanto, las expresiones maternas negativas relacionadas al nacimiento y a la hospitalización del neonato tendieron a ocurrir más en madres con indicadores emocionales de ansiedad o depresión que en madres que no presentaron esos indicadores (Leonetti Correia Luciana, 2008).

En vista de lo antes mencionado y debido a que en nuestro medio no se han encontrado estudios sobre depresión en madres de recién nacidos hospitalizados he formulado la pregunta: ¿Qué depresión presentan las madres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales? Por lo cual el estudio de investigación se realizara en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, con una duración de 6 meses, efectuándose durante el periodo de junio – noviembre 2015, se contara con una población aproximada de 80 personas, en las cuales se medirán indicadores respecto a; los mismos que se obtendrán mediante una hoja de recolección de datos.

JUSTIFICACIÓN

La depresión es un trastorno mental cuyos síntomas principales son cambios de humor, que pueden promover daños en diversos campos de la vida. La estimación de la Organización Mundial de la Salud indica que la depresión tiene una alta prevalencia, tomando forma de enfermedad mental que provoca más discapacidad y, de forma prospectiva, el que va a causar dificultades en la vida social y laboral de las personas en los próximos dos decenios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Los datos epidemiológicos recogidos en los países occidentales indican prevalencia anual de depresión entre 3 a 11% de la población, que experimentan episodios de alta tasa de recurrencia. Aproximadamente el 80% de las personas tratadas por un episodio depresivo presentará al menos una nueva crisis en toda la vida, con la repetición de una peculiaridad de este trastorno (Andrade, Viana, y Silveira, 2006; Fleck et al, 2009).

En cuanto al género, la investigación epidemiológica muestra que en varias regiones del mundo, la prevalencia de este trastorno es mayor en mujeres que en hombres. Las mujeres afectadas, en su mayoría, están en edad de procrear, lo que apunta a la depresión, afectando el vínculo madre- recién nacido, lo que deterioraría la interacción con sus hijos y las prácticas en el cuidado de los mismos, los síntomas típicos de la depresión clínica, serían tristeza, la apatía y la irritabilidad, como afirma la investigación. (Campbell, Matetic, von Stauffenberg, Mohan, y Fernández, 2007; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, y Brownridge, 2007) (García Zanca Camila, 2013).

La experiencia demuestra que la internación en la unidad de cuidados intensivos neonatales provoca reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente

observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño (Ruiz Ana Lía Dres., 2005).

La primera visita de la madre a la unidad de cuidados intensivos neonatales genera una mezcla de emociones intensas. El escenario se compone de la tecnología médica abierta, la cantidad de equipos y el movimiento de profesionales desconcertantes y da lugar a una extraña sensación de irrealidad. El contacto con el bebé se convierte por lo tanto más laboriosa (Raad y et al., 2006). El establecimiento de un enlace incoherente entre la madre y su bebé prematuro, sin embargo, puede, según varios autores, presentar problemas neurológicos, pérdida de la sensibilidad, trastornos motores, dificultades cognitivas, trastornos de conducta y trastornos afectivos durante la niñez o la adolescencia (Carvalho Linhares y Martínez, 2001; Vieira y Linhares, 2011).

Además, existe evidencia empírica de que un bebé prematuro hospitalizado puede desencadenar la madre diferentes tipos de trastornos afectivos. En un estudio nacional, por ejemplo, Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte y Martínez (2004) investigaron, mediante la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, la aparición de los síntomas maternos de ansiedad, disforia y depresión en dos momentos diferentes: durante y después de la admisión del bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Filho Favaro Marina de Souza, 2012).

Debido a lo antes mencionado considero que es de suma importancia y necesario la realización del presente estudio de investigación ya que la salud materna es de vital importancia para el desarrollo del neonato y para la salud mental de la madre y de la familia.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la depresión de las madres de los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de depresión materna mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck.
- Relacionar las características sociodemográficas de la madre con el nivel de depresión que presenta.
- Relacionar el tiempo de estancia hospitalaria de neonatos en la unidad de cuidados intensivos neonatales con el nivel de depresión de la madre.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. Generalidades
2. Depresión
 - 2.1 Definición
 - 2.2 Fenomenología
 - 2.2.1 Humor
 - 2.2.2 Actividad psicomotriz
 - 2.2.3 Función cognitiva
 - 2.2.4 Síntomas biológicos
 - 2.3 Evaluación diagnóstica
 - 2.3.1 Inventario de depresión de Beck
 - 2.4 Síntomas depresivos en el periodo postnatal
3. Psicopatología durante el postparto
 - 3.1 Depresión postparto
 - 3.2 Etiología
 - 3.2.1 Hormonales
 - 3.2.2 Disfunción tiroidea.
 - 3.2.3 Obstétricos.
 - 3.2.4 Factores psicosociales/psiquiátricos.
 - 3.3 Manifestaciones clínicas
 - 3.4 Tratamiento

4. Unidad de neonatos.
5. Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal
 - 4.1 La comunicación madre-recién nacido
 - 4.2 La observación madre-recién nacido
 - 4.3 El toque materno
 - 4.4 El apoyo religioso y familiar como complemento de las expresiones y comportamientos

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, que se realizará en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, con el fin de identificar el nivel de depresión presente en las madres.

ÁREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizará en el área de Neonatología del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja. Este hospital es de II nivel, se encuentra ubicado en las calles Avenida Manuel Agustín Aguirre e Imbabura en la ciudad de Loja, que brinda atención a la ciudad y provincia de Loja, también a provincias cercanas como Zamora y el Oro.

UNIVERSO:

Todas las madres de los neonatos que se encuentran en el Área de Neonatología del Hospital Isidro Ayora.

Aproximadamente 80 madres de los neonatos, dentro del tiempo programado para la recolección de datos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres de neonatos que se encuentren en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres de neonatos que no se encuentren en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Madres que no deseen participar.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se diseñara un formulario de recolección de datos en la que constarán los indicadores: caracterización sociodemográfica de la madre, días de hospitalización de los neonatos y la aplicación del inventario de depresión de Beck.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Fuentes directas a través de la entrevista directa con la madre de los neonatos, por medio de la aplicación del inventario de depresión de Beck.

Fuentes secundarias, a través de las Historias Clínicas del Hospital Isidro Ayora Loja.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Después de haber aplicado el formulario de recolección de datos se realizara la tabulación y el análisis de los datos obtenidos en Microsoft Excel con el que se elaborara las tablas y gráficos en correspondencia con los indicadores.

USOS:

Los resultados obtenidos serán entregados al Hospital Isidro Ayora de Loja, en especial a los especialistas del área de Neonatología y a la biblioteca del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja ya que podrían ser utilizados como base para otros estudios de investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se solicitara el permiso correspondiente del Gerente del Hospital Isidro Ayora. En los formularios de recolección de datos no constaran los nombres de los pacientes y se reunirá la información con la mayor reserva.

Se solicitará a cada madre participante del estudio el consentimiento informado debidamente firmado que da fe de que cada individuo que participe en la investigación recibió información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflicto de intereses afiliaciones del investigador, beneficios calculados, riesgos visibles o incomodidades derivadas de la investigación. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento.

MATERIALES, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:**RECURSOS:****1. RECURSOS HUMANOS:**

- ✓ **Investigador:** Yuli Paulina Peña Apolo

2. RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Hospital Isidro Ayora
- Biblioteca del “Área de Salud Humana”

- **RECURSOS MATERIALES Y PRESUPUESTO:**

Artículo	Valor Unitario	Valor Total
Lapiceros	0,30	0,60
Internet	0,60	12
Papel para impresora	0.05	15
Anillado	6	24
Impresión de tesis	25	100
Empastados de tesis	10	40
Transporte	1	150
Imprevistos	50	50
Total		391.60

SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN:

La supervisión de la investigación está al frente del docente asignado por la Coordinación de la Carrera.