

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE
NEONATOS QUE REQUIEREN CUIDADOS INTENSIVOS EN HOSPITALES
DE AREQUIPA, 2017”**

Tesis presentada por el bachiller:

Michael Francio Ramos Yacasi

para optar el Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesor:

Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

AREQUIPA – 2017



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	III
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II: RESULTADOS	12
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	22
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	
ANEXO 1: Proyecto de Investigación	38
ANEXO 2: Matriz de sistematización de información	100

RESUMEN

Los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos, se enfrentan a situaciones extremas diariamente como al estrés y a cuadros de depresión y ansiedad que puede comprometer su propia calidad de vida, deteriorando su salud. Por este motivo se plantea el presente trabajo para determinar la frecuencia de los síntomas de depresión y ansiedad en los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa. Realizando un estudio observacional, analítico, transversal, en el que se estudió a 86 progenitores cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicios de neonatología de hospitales de Arequipa mediante la encuesta y estadística descriptiva. Encontrando que 90.7% de los progenitores presentaban estados de ansiedad grave y un nivel de depresión moderado en un 55.8%. El promedio de edad de los progenitores fue de 32.22 años, en cuanto al estado civil predominaban padres casados y convivientes, el grado de instrucción de los padres fue en su mayoría secundaria (54.7%). Sobre las características de los recién nacidos hospitalizados como pacientes críticos, fueron varones (68.2%) y la edad gestacional promedio corresponde a recién nacidos pre término (33,14 semanas). 85% de los recién nacidos tuvo un APGAR mayor a 7 a los 5 minutos. Se encontró relación estadísticamente significativa que concluye que la edad gestacional del neonato influye en el grado de depresión del progenitor. El grado de instrucción está relacionado con el nivel de ansiedad con diferencia estadísticamente significativa. Concluyendo que los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos presentan ansiedad y depresión.

Palabras claves: padres, ansiedad, depresión, unidad de cuidados intensivos neonatales

ABSTRACT

Caregiver parents of neonatal patients who take care of intensive care, face extreme situations daily as stress, depression and anxiety that can compromise their own quality of life, deteriorating their health. For this reason, we present the present study to determine the frequency of symptoms of depression and anxiety in the caregiver parents of neonatal patients requiring intensive care in Arequipa Hospitals. Carried out an observational, analytical, cross - sectional study, in which 86 caregiver parents of critical pediatric patients were studied in the neonatal services of hospitals in Arequipa through the survey and descriptive statistics. Finding that 90.7% of the parents have severe anxiety states and a moderate depression level of 55.8%. The average age of the parents was 32.22 years; in terms of marital status, married and cohabiting parents predominated; the parents' educational level was mostly secondary (54.7%). The characteristics of hospitalized neonates as critical patients were male (68.2%) and mean gestational age was preterm (33.14 weeks). 85% of newborns had a APGAR greater than 7 at 5 minutes. We found a statistically significant relationship that concludes that the gestational age of the neonate influences the degree of parent depression. The level of education is related to the level of anxiety with a statistically significant difference. Concluding caregiver parents of neonates requiring intensive care have anxiety and depression.

Key words: parents, anxiety, depression, neonatal intensive care unit

INTRODUCCION

Los profesionales de la salud y los padres de familia se enfrentan a diversas situaciones opuestas entre sí, por un lado, pueden sentir la satisfacción de atender a un recién nacido sin ninguna complicación de su salud, pero por otro lado, pueden encontrarse con diversas situaciones de extremados riesgos, complicaciones del parto, malformaciones congénitas, enfermedades graves entre otras, que obligan a la hospitalización de los pacientes pediátricos en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

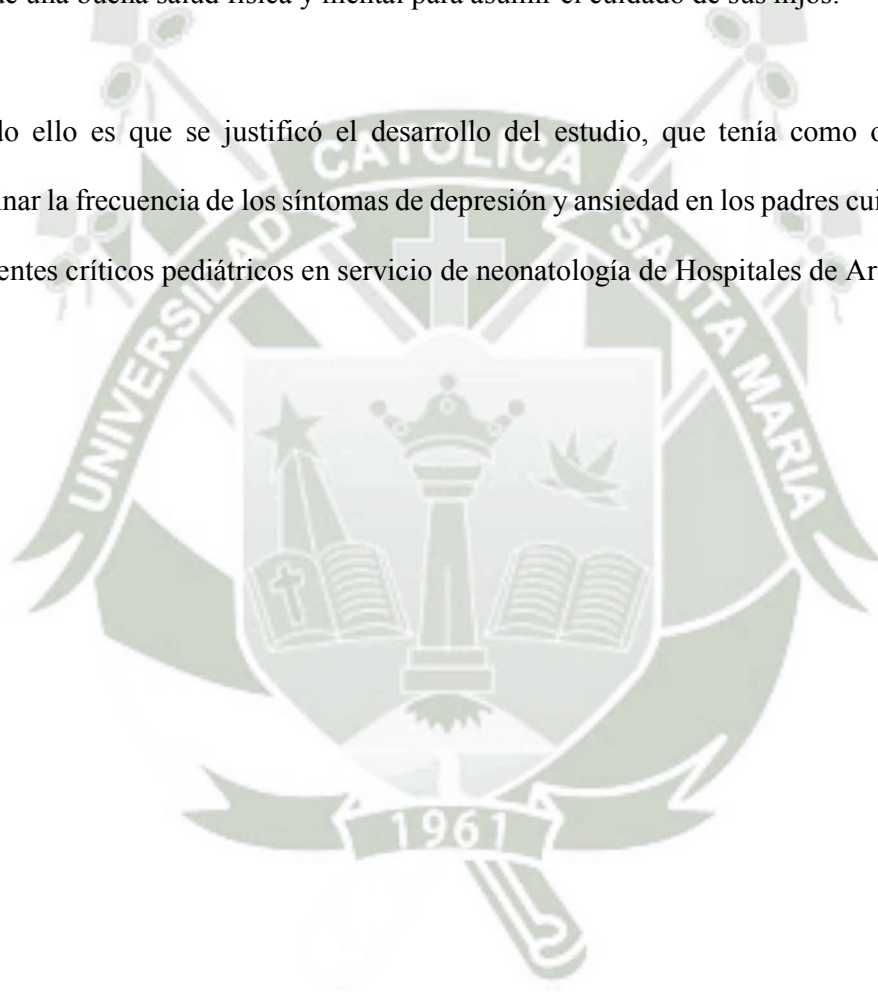
Todos estos eventos son en su mayoría inesperados por los padres, quienes deben asumir el rol de cuidadores por periodos largos para enfrentarse a situaciones extremas, sentimientos de temor a pérdida de sus hijos, por la condición de emergencia de sus hijos, éstas situaciones constantes pueden desencadenar en cuadros de ansiedad y depresión principalmente por presenciar continuamente el mal estado de salud de sus hijos y del entorno que rodea a sus hijos, tales como los ambientes de unidad de cuidados intensivos con la convivencia con otros neonatos enfermos, alarmas de diversos dispositivos médicos, constantes pruebas de laboratorio y otros procedimientos, fallecimiento de otros pacientes etc.

Existe evidencia que, en algunos espacios hospitalarios, las personas en general están expuestas a mayor estrés y afectan al personal de la salud y a los progenitores de los neonatos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. Estas situaciones afectan la salud mental, por lo que se han incrementado los casos de depresión y ansiedad en los

padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicios de emergencia, neonatología, unidades de cuidados intensivos, entre otros.

La depresión y ansiedad en los progenitores cuidadores, pueden comprometer su propia calidad de vida, siendo indispensable para la sobrevivencia del neonato, que los padres gocen de una buena salud física y mental para asumir el cuidado de sus hijos.

Por todo ello es que se justificó el desarrollo del estudio, que tenía como objetivo, determinar la frecuencia de los síntomas de depresión y ansiedad en los padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicio de neonatología de Hospitales de Arequipa.





CAPITULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Inventario de Depresión de Beck II

“El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un test auto administrado compuesto por 21 ítems, tipo Likert. El inventario propuesto por Beck ha tenido diversa versiones posteriores y es considerado como uno de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión y describe los síntomas clínicos que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes psiquiátricos con depresión, es utilizada para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con 13 años o más de edad”. (1)

Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- 0 a 13: nivel mínimo de depresión
- 14 a 19: depresión leve
- 20 a 28: depresión moderada
- 29 a 63: depresión severa

1.2.2. Inventario de Ansiedad Beck I (BAI)

“El BAI sirve para identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, el estado general del paciente o la efectividad de un proceso terapéutico. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno de ansiedad se efectúa teniendo en cuenta no sólo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles (p. ej., se debe excluir que los síntomas sean el efecto fisiológico directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas), por lo que los casos inicialmente detectados por el BAI deberían posteriormente ser confirmados mediante algún tipo de entrevista diagnóstica.” (2)

“Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). “ (2)

Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- 0 a 7: nivel mínimo de ansiedad
- 8 a 15: ansiedad leve
- 16 a 25: ansiedad moderada
- 26 a 63: ansiedad severa.

1.2.3. Ficha de recolección de datos de los padres y neonatos

Se hizo uso de una ficha de recolección para recoger datos sociodemográficos de los padres y neonatos.



2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial

El proyecto se realizó en el servicio de neonatología de Hospitales de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

El proyecto se realizó durante los meses de enero a marzo 2017.



2.3. Unidades de Estudio

Progenitores cuidadores de pacientes neonatos de los meses enero-febrero del 2017, que requieren cuidados intensivos en los hospitales de Arequipa,

Población

Ambos progenitores cuidadores de pacientes neonatos de los meses enero-febrero del 2017, que requieren cuidados intensivos de los hospitales de Arequipa,

Muestra

86 progenitores cuidadores de pacientes neonatos de los meses enero-febrero del 2017, que requieren cuidados intensivos de los hospitales Regional Honorio Delgado Espinoza y Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, que cumplieron con los siguientes criterios de selección :

Criterios de Inclusión.

- Ambos progenitores de pacientes hospitalizados en Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Criterios de Exclusión.

- Quienes no consintieron participar en el estudio.
- Quienes no puedan concluir el cuestionario
- Fichas de encuestas incompletas o mal llenadas.

En el presente estudio se trabaja con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y una probabilidad del 50%.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

En las poblaciones pequeñas o finitas no se selecciona muestra alguna para no afectar la validez de los resultados.

3. Tipo de investigación

Se trata de un estudio analítico, prospectivo y transversal.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

- Se solicitó permiso a jefatura del servicio de neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del HNCASE de Arequipa .
- Se solicitó el consentimiento para realizar la investigación a la población objetivo.
- Desarrollo de entrevista individual con cada progenitor cuidador de pacientes críticos pediátricos en servicio de neonatología.

4.2. Validación de los instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron serán una ficha de recolección de datos que estuvo constituida por un cuestionario simple para obtener los datos sociodemográfico.

El Inventario de ansiedad de Beck (BAI), por sus siglas en el idioma inglés Beck Anxiety Inventory fue inventada por Aaron T. Beck en el año de 1988 cuyo nombre en su versión original es: Beck Anxiety Inventory (BAI) publicado en 1988 y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide el nivel de ansiedad actual en adultos, describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy buena para discriminar la ansiedad de la depresión siendo este uno de los motivos más importantes en su elección. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ha sido validado en numerosos estudios y tiene numerosos estudios que lo validan así tenemos: Versión española del test de ansiedad de Beck Autor Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández publicado el test en su adaptación española en 2011.

En la revisión de la validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año 1977, Beck, Kovaes & Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa con criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck). El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, al finalizar el tratamiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva. Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996),

realizaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck ; utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos. En el Hospital Militar Central se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión, encontrando una relación entre ambas escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizada por Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), hallando una relación de 0.75. Los resultados de los estudios citados nos dejan mencionar que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

4.3. Criterio para manejo de resultados.

a) El tipo de procesamiento:

Los resultados de los cuestionarios se trataron en una matriz de sistematización

b) Plan de operaciones:

b.1. Plan de clasificación:

Los datos recolectados se sistematizaron según las variables del estudio en una matriz de sistematización en Excel

b.2. Plan de codificación:

Se codificaron de acuerdo a diccionario de variables creada en el paquete estadístico SPSS versión 15

b.3. Plan de tabulación:

Se elaboraron las tablas para cálculo de frecuencias y relaciones de variables

3.1. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis.

- Se realizó un análisis de relación de variables.

Análisis estadístico:

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.15.0.





CAPITULO II

RESULTADOS

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 1. Distribución de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos según edad y sexo

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
20-29	14	16.28	19	22.09	33	38.37
30-39	16	18.60	23	26.74	39	45.35
40-49	12	13.95	2	2.33	14	16.28
Total	42	48.84	44	51.16	86	100

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los 86 padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos según edad y sexo. La edad predominante fue de 30-39 años (45.35 3%). El 51.16% de los progenitores fueron mujeres.

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 2. Características sociodemográficas de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos

Variable	N	%
estado civil		
casado	33	38.37
conviviente	33	38.37
soltero	20	23,26
Total	86	100,0
grado de instrucción		
secundaria	47	54.65
superior	39	45.35
Total	86	100,0

El estado civil de los grupos fue igual para casados y convivientes, haciendo que exista una predominancia de una unión de pareja (casado y conviviente) frente a menos solteros (23,26%). El grado de instrucción de los padres fue en su mayoría secundaria (54.65%).

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 3. Sexo y APGAR de los Recién nacidos hospitalizados como pacientes críticos en los hospitales de Arequipa, 2017

Variable	N	%
sexo recién nacido		
Femenino	14	31.82
masculino	30	68.18
Edad Gestacional X(DE)	33,14 (4,08)	
Apgar al primer minuto*		
1 a 3	8	20
4 a 6	12	30
7 a 9	20	50
Apgar a los 5 minutos*		
1 a 3	2	5
4 a 6	4	10
7 a 9	34	85

* No se contó con el dato de 4 pacientes para la valoración de APGAR

La mayoría de los recién nacidos hospitalizados como pacientes críticos fueron varones (68.18%) y la edad gestacional promedio corresponde a recién nacidos pre término (33,14 semanas). En cuanto a la valoración de APGAR hubieron 85% de los recién nacidos con un APGAR mayor a 7 a los 5 minutos.

“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”

Tabla 4. Depresión y Ansiedad en los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos

Variable	N	%
depresión		
leve	6	6.98
moderada	48	55.81
severa	32	37.21
Total	86	100
ansiedad		
leve	2	2.33
moderada	6	6.98
grave	78	90.70
Total	86	100

En cuanto al estado anímico; la mayoría de los progenitores se encuentran con estados de ansiedad grave (90.7%), en tanto el nivel de depresión predominante es el moderado (55.81%).

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 5. Análisis exploratorio de la relación de Ansiedad con características de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos.

Variables	Ansiedad				Total		P*
	leve- moderada		grave		N	%	
sexo progenitor	N	%	N	%	N	%	
femenino	6	13.64	38	86.36	44	100	0.1567
masculino	2	4.76	40	95.24	42	100	
estado civil							
casado-conviviente	6	9.09	60	90.91	66	100	0.9024
soltero	2	10	18	90	20	100	
grado de instrucción							
secundaria	7	14.89	40	85.11	47	100	0.05
superior	1	2.56	38	97.44	39	100	
Total	8	9.3	78	90.7	86	100	

* El valor de p fue calculado a partir del estadístico chi cuadrado.

Progenitores con sexo femenino y masculino resultaron con ansiedad grave. Progenitores casados-convivientes y solteros presentan ansiedad grave en su mayoría. El grado de instrucción, paradójicamente, nos muestra que ante un nivel educativo más alto habría mayor tendencia a la ansiedad.

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 6. Análisis exploratorio de la relación de Depresión con características de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos

Variables	Depresión				Total	P*
	leve-moderada		grave			
	N	%	N	%	N	%
sexo padre						
femenino	30	68.18	14	31.82	44	100
masculino	24	57.14	18	42.86	42	100
estado civil						
casado-conviviente	44	66.67	22	33.33	66	100
soltero	10	50	10	50	20	100
grado de instrucción						
secundaria	27	57.45	20	42.55	47	100
superior	27	69.23	12	30.77	39	100
Total	54	62.79	32	37.21	86	100

* El valor de p fue calculado a partir del estadístico chi cuadrado.

La distribución de depresión en ambos géneros aparentemente es clara entre moderada y leve. No se halló ningún progenitor con niveles mínimos de ansiedad. Progenitores que llevan una vida unida (casados y convivientes) muestran depresión leve-moderada. Progenitores que tienen instrucción superior tienen depresión leve moderada.

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 7. Relación de la edad y la edad gestacional con la depresión de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos.

Variables	Depresión				Total		P*
	leve-moderada		grave		N	%	
	N	%	N	%			
Edad de progenitor							
20-29 años	19	57.58	14	42.42	33	100	0.53
30-39 años	27	69.23	12	30.77	39	100	
40-49 años	8	57.14	6	42.86	14	100	
Edad gestacional							
RN inmaduro (21-27 semanas)	6	75	2	25	8	100	0.002
RN pretermo (28-36 semanas)	40	74.07	14	25.93	54	100	
RN término (37-41 semanas)	8	33.33	16	66.67	24	100	
Total	54	62.79	32	37.21	86	100	

* El valor de p fue calculado con Chi Cuadrado

La distribución para la edad de los progenitores presentó un claro nivel leve-moderado de depresión. Y acerca de progenitores de neonatos a término, un gran porcentaje (66.67%) mostro un nivel grave de depresión.

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 8. Relación de la edad y la edad gestacional, con la ansiedad de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos

Variables	Ansiedad				Total	P*
	leve-moderada		grave			
	N	%	N	%		
Edad de progenitor						
20-29 años	4	12.12	29	87.88	33	100
30-39 años	2	5.13	37	94.87	39	100
40-49 años	2	14.29	12	85.71	14	100
Edad gestacional						
RN inmaduro (21-27 semanas)	0	0	8	100	8	100
RN pretermo (28-36 semanas)	6	11.11	48	88.89	54	100
RN termino (37- 41 semanas)	2	8.33	22	91.67	24	100
Total	8	9.3	78	90.7	86	100

* El valor de p fue calculado con Chi Cuadrado

En general la distribución para la edad de los progenitores más común en esta población (30-39 años) presentó un claro nivel severo de ansiedad. Y acerca de las edades gestacionales todas obtuvieron un gran porcentaje también de ansiedad severa en sus progenitores.

**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CARACTERÍSTICAS
ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS EN
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITALES DE AREQUIPA, 2017”**

Tabla 9. Relación entre el sexo, con la ansiedad y depresión de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos

Variable	femenino		masculino		Total		P*
	N	%	N	%	N	%	
Depresión							
leve-moderada	30	55.56	24	44.44	54	100,00	0.289
severa	14	43.75	18	56.25	32	100,00	
Ansiedad							
leve-moderada	6	75	2	25	8	100,00	0.15
grave	38	48.72	40	51.28	78	100,00	
Total	44	51.16	42	48.84	86	100,00	

* El valor de p fue calculado con el estadístico chi cuadrado

Ambos progenitores resultaron con depresión leve-moderada. Ambos progenitores resultaron con ansiedad grave.

CAPITULO III DISCUSIÓN



DISCUSIÓN

En cuanto al sexo y edad de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en hospitales de Arequipa, se encontró que la población era homogénea, en cuanto a estas dos variables, con una ligera predominancia femenina, esto coincide con la evidencia de que es la madre quien cuida más de la salud de los hijos enfermos, ya sea porque el padre se encuentre trabajando o porque la madre prioriza más la salud de los hijos. Así en el estudio denominado se reconoce que la enfermedad de un hijo menor, afecta también a ambos progenitores y que genera grandes cambios en el hogar, pero principalmente en las madres quienes son consideradas como “las cuidadoras principales, por esto modifican sus rutinas y estilos de vida” durante todo el proceso de enfermedad de sus hijos. (3)

Con respecto a las características sociodemográficas de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en hospitales de Arequipa, se evidenció que el estado civil de los grupos fue igual para casados y convivientes predominando así la unión de pareja (casado y conviviente) sobre los solteros que son sólo el 23,25%. El grado de instrucción de los progenitores fue en su mayoría secundaria (54.65%).

En el estudio se encontró que la edad de las madres, en el rango de 30-39 años representan el 52% del total de mujeres, mientras que las mujeres de 20-29 años representan el 43%

, seguida por las madres de 40-49 años que son el 4.55%. Coinciden con los resultados reportados en el estudio denominado “Efecto que produce el programa “familia activa” sobre la ansiedad de las madres de los niños hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo pediátrico del Hospital Federico Lleras Acosta. Ibagué, Tolima” en el que se encontró que las madres de niños en UCI tenían un rango de edad mayor de 30 años en el 45% de la población, seguida por las madres que tienen entre 20 y 25 años con un 26%, siendo las más jóvenes (entre 14 y 19 años) en solo 13% de la población. (4)

En lo que respecta a las características clínicas de los recién nacidos hospitalizados y que requieren cuidados intensivos en hospitales de Arequipa, la mayoría de los recién nacidos hospitalizados fueron varones (68.18%) y la edad gestacional promedio corresponde a recién nacidos pre término (33,14 semanas).

Según nuestros resultados recién nacidos pretérmino comprenden el mayor porcentaje con un 63%, mientras es seguido por la cantidad de recién nacidos a término que representan el 28%, y finalmente en menor porcentaje están los recién nacidos inmaduros con 9 %. En un estudio desarrollado en UCI neonatal en Cucuta, los autores concluyen en que la hospitalización del neonato pre-término es una de las situaciones más frecuentes en la neonatología actual. (5)

En cuanto a la valoración de APGAR hubo pocos casos que se pueden catalogar como APGAR bajo (≤ 3); el 85% de los recién nacidos tuvo un APGAR mayor a 7 a los 5 minutos, cabe destacar que no se contó con el dato de 4 pacientes para la valoración de

APGAR, siendo este dato de vital importancia para la determinación de la evolución del paciente pediátrico.

En cuanto al estado anímico los resultados del presente estudio, determinan que la mayoría de progenitores tienen un estado de ansiedad grave (90.7%).

En la bibliografía analizada se encontraron algunos estudios sobre el nivel de ansiedad de los cuidadores de niños en UCI, que se correlaciona con nuestros hallazgos, por ejemplo una tesis analizada del repositorio internacional, desarrollada para determinar la diferencia entre los niveles de ansiedad de cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, para lograr tal fin, se entrevistaron a 110 padres de familia, se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y se encontraron como resultados, una alta incidencia de ansiedad. (7)

La ansiedad, como estado emocional desagradable de “tensión, incomodidad, displacer y alarma” (5), es causado por la sensación o idea de posible daño, amenaza o peligro inminente, provocando alteraciones somáticas y psíquicas. (6) Por lo tanto, en la extrema situación en la que los padres observan a sus hijos, es de esperar que se presente en ellos estos sentimientos y estados emocionales. (8)

En el presente estudio se encontró que el nivel de depresión predominante es el moderado (55.8%), es decir que más de la mitad de los padres entrevistados presentaban depresión.

Estos hallazgos demuestran que la situación de los niños hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, ocasionan ansiedad y depresión en los padres, siendo la ansiedad grave el estado presente en casi todos los padres y en el caso de depresión moderada en más de la mitad de los progenitores.

Es de esperar que la situación crítica en la que se encuentran los hijos en UCI y el entorno que los rodea cause afectación a la salud mental de los progenitores, ya sea por la incertidumbre de la evolución de la salud de sus hijos, por el ambiente de emergencia y del estado de los otros neonatos, además de la presencia y sonido (alarmas) de los monitores cardíacos y aparatos cerca al neonato, la cantidad de procedimientos entre otros.

Cabe mencionar que existe evidencia que existen diversos estresores presentes en madres de neonatos pretérmino, así, un estudio desarrollado en el año 2011 con el objetivo identificar los determinantes estresores en 145 madres de neonatos pre-términos hospitalizados en (UCI) en Cucutá Venezuela, luego de aplicar la “Escala de estrés en los padres: Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos”, se encontró que la hospitalización de los neonatos pretérminos en una UCI, es considerado por las madres de como muy o extremadamente estresante en un 89%, además los autores identificaron que la presencia y alarmas de los monitores, aparatos y los procedimientos invasivos, afectan el rol materno, y son los factores más estresantes para las madres de neonatos pre-términos hospitalizados en UCI. Los autores concluyen en que la hospitalización del neonato pre-término es considerada por las madres como una experiencia muy o extremadamente estresante. (5)

En el presente estudio se realizó el análisis exploratorio de la relación de Ansiedad con características de los padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicios de neonatología, en cuanto al sexo de los progenitores se identificó que las madres en 86.4% presentaron una calificación grave. Los padres presentaron ansiedad grave en el 95.2%, y ninguno con ansiedad leve o mínima. Este hallazgo puede demostrar que ambos progenitores presentan grave compromiso al presenciar la situación de emergencia de su hijo.

En cuanto al estado civil, se encuentra que progenitores que llevan vida unida siendo casados y convivientes, presentan distribución de ansiedad grave en el 90.91%, mientras que progenitores solteros presentan ansiedad grave en el 90%. Al parecer si es un progenitor que lleve una vida conyugal o no, no es factor que intervenga en diferencias en su ansiedad frente a una situación importante de salud de sus hijos, pudiendo ser que no exista relación entre ambas variables.

El grado de instrucción, paradójicamente, nos muestra que ante un nivel educativo más alto habría mayor tendencia a la ansiedad. Además, es motivo para estudios posteriores encontrar muestra con un nivel educativo bajo, ya que en este estudio no se halló progenitores con sólo educación primaria, por lo cuál es una posibilidad que este grupo no hallado presente tanta o menos o más ansiedad que progenitores con educación secundaria-superior. Sin embargo, cabe recalcar que la asociación de grado de instrucción y grado de ansiedad tuvo un valor estadísticamente significativo.

Al analizar una posible relación entre las características de los padres y la ansiedad hay que tener en cuenta que los grupos de ansiedad leve y moderada están constituidos por pocos individuos; por lo cual los datos no tienen mucho poder para establecer una asociación o relación clara entre las variables; sin embargo, nos pueden ayudar a direccionar futuros estudios.

Existe evidencia que la hospitalización en las Unidades 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. Numerosas investigaciones documentan esta situación. (9,10)

La distribución de depresión según el sexo fue en su mayoría moderada y leve; siendo probablemente una población más susceptible a la depresión, debido a que no se halló ningún progenitor con niveles mínimos de depresión que corresponde al menor nivel de categorización para Depresión en el Inventario de Beck.

En cuanto al estado civil, se observa que si es un progenitor que lleva una vida conyugal, es interviniente en el grado de depresión frente a una situación importante de salud de sus hijos, ya que presentaron predominio claro de depresión leve-moderada, por lo que aparentemente existe relación entre esta variable y la depresión.

El grado de instrucción nos muestra que ante un nivel educativo más alto habría menos tendencia a depresión grave.

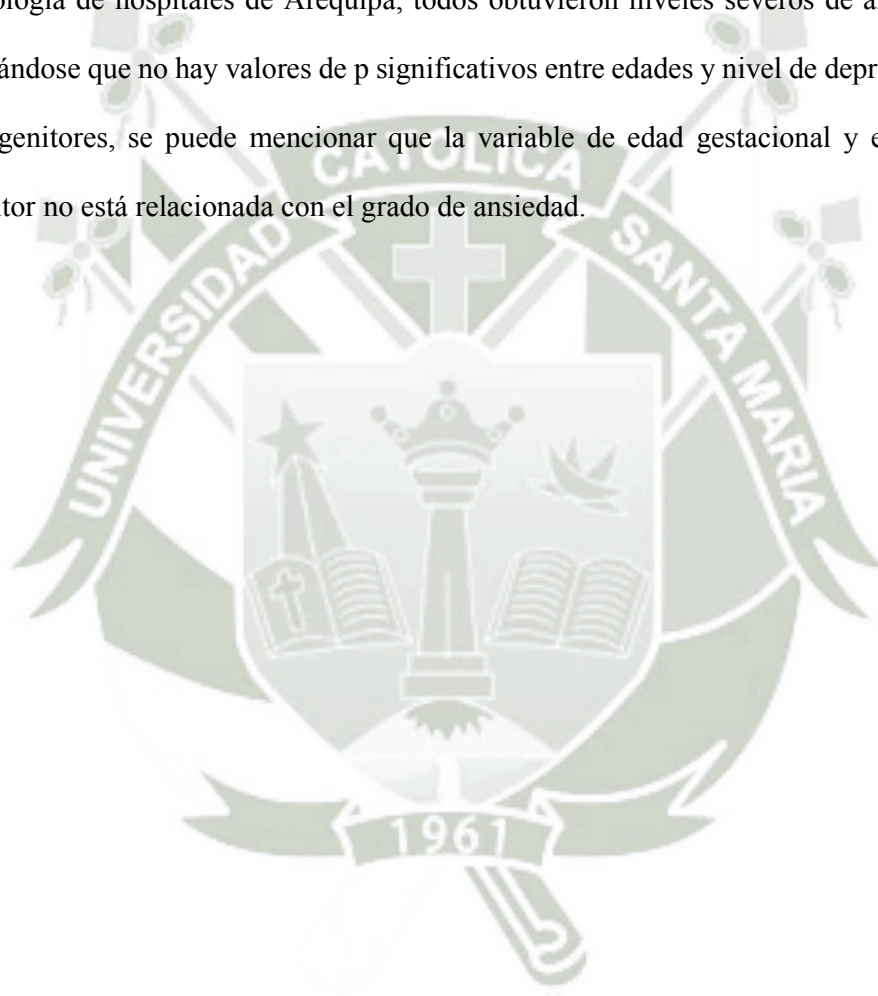
Observamos valores de p no significativos en el análisis estadístico; mostrando que no existe relación entre las variables que relacionan depresión con características de los padres, pero es útil para direccionar más estudios.

En un estudio realizado en Chile, con el objetivo de determinar el nivel de estrés de las madres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, en Concepción, Chile, 1999, se estudiaron 35 madres de los recién nacidos hospitalizados, encontró que el nivel de estrés se relaciona con el ambiente de la unidad; el aspecto y comportamiento del recién nacido y el rol de la madre, no identificándose relación con las variables sociodemográficas de la madre, ni las características del recién nacido. (11), así mismo otro estudio realizado en el Hospital Italiano en Argentina, demuestra que el estrés y depresión en madres de prematuros es alta y que programas de intervención tienen impacto en la disminución de estas afectaciones (12), o evitar episodios nuevos de depresión, (13) ya que, debido a las condiciones de sus hijos tanto en la estancia hospitalaria como en el hogar, los progenitores deben participar activamente en la recuperación de sus hijos. (14)

Se analizó si existía alguna relación entre la edad de los progenitores y la edad gestacional, con la depresión de los padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicios de neonatología de hospitales de Arequipa, observándose que hay valor de p

significativo entre edad gestacional y nivel de depresión de sus progenitores, pudiendo concluir que la variable de edad gestacional está relacionada con el grado de depresión.

En cuanto a la relación entre la edad de los progenitores y la edad gestacional, con la ansiedad de los padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicios de neonatología de hospitales de Arequipa, todos obtuvieron niveles severos de ansiedad. Observándose que no hay valores de p significativos entre edades y nivel de depresión de los progenitores, se puede mencionar que la variable de edad gestacional y edad del progenitor no está relacionada con el grado de ansiedad.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

PRIMERA: Las características sociodemográficas de los padres cuidadores de neonatos que requieren cuidados intensivos fueron mujeres de 32 años casadas y convivientes con educación secundaria.

SEGUNDA: Las características de los recién nacidos que requieren cuidados intensivos fueron: varones con edad gestacional promedio pretérmino con un APGAR > de 7 a los 5' en $\frac{3}{4}$ partes de los RN.

TERCERA: La mayoría de progenitores se encuentran con estados de ansiedad grave, en tanto el nivel de depresión predominante es el moderado.

CUARTA: La variable de edad gestacional influye en el grado de depresión con diferencia estadísticamente significativa.

QUINTA: El grado de instrucción se relaciona con el nivel de ansiedad con diferencia estadísticamente significativa.

SEXTA: Los padres cuidadores de neonatos que requieren cuidados intensivos son más susceptibles a depresión y/o ansiedad.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda que durante una de las visitas de los padres de neonatos que requieren cuidados intensivos se les brinde un test que pueda ser autoadministrado para determinar síntomas de ansiedad y depresión, para su posterior referencia si fuera necesario en el caso al servicio de psiquiatría.

SEGUNDA: El estudio demostró que los progenitores cuidadores de pacientes pediátricos en situación crítica se ven afectados y presentan cuadros de ansiedad y depresión, es importante que los servicios de UCIN, y de emergencia neonatal, presten atención y consejería a madres, padres y otros familiares que ejercen el rol de cuidadores en estas situaciones extremas.

TERCERA: Se recomienda el desarrollo de nuevas investigaciones sobre el tema de la salud mental de los cuidadores de pacientes pediátricos críticos para generar evidencia que apoye a estos servicios para solicitar apoyo integral hacia los padres cuidadores de pacientes críticos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Beck, Aaron; Steer, R. A.; Brown, G. K. BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II. Hojas, 2006, vol. 46, p. 30.
- 2 SANZ, Jesús. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud, 2014, vol. 25, no 1, p. 39-48.
- 3 Liberato Marín, Jenny Carolina, Nayibe Andrea Quiroga Mejía, and Maribel Vargas Lancheros. Entre las expectativas, la fe y la esperanza: Vivencias de madres de niños con diagnóstico de cardiopatías congénitas. BS thesis. 2014
- 4 Devia Gómez, Adriana, et al. Efecto que produce el programa " Familia Activa" sobre la ansiedad de las madres de los niños hospitalizados en La Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del Hospital Federico Lleras Acosta. Ibagué, Tolima. BS thesis. Universidad de La Sabana, 2012.
- 5 Escobar, Dianne Sofía González; Celis, Nury Esperanza Ballesteros; Reatiga, Maria Fernanda Serrano. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Ciencia y Cuidado, 2016, 9, (1): 43-53
- 6 WORMALD, Francisca, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Archivos argentinos de pediatría, 2015, vol. 113, no 4, p. 303-309

- 7 Meneses Canizares, Carolina Ximena. Estudio comparativo para evaluar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados durante la primera semana en la unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal, del Hospital de los Valles en el año 2014. 2015. Tesis de Maestría. PUCE.
- 8 Gil PJM, Moreno P. Superar la ansiedad y el miedo: un programa paso a paso: Desclee de Brouwer; 7am edición. Murcia España. 2002. P.15
- 9 Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaría de Salud, 2010 p 8
- 10 Martínez, A. I. R. Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos. Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías, [Vol.1, N°1]. 2012. Disponible en: <http://132.247.85.93/cshat/index.php/cshat/article/view/34/29>
- 11 Jofré Aravena, Viviane Eugenia; Henríquez Fierro, Elena. Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, hospital Guillermo Grant Benavente de concepción, concepción, 1999. Ciencia y enfermería, 2002, vol. 8, no 1, p. 31-36.
- 12 Ruiz, A; Ceriani C, J; Cravedi, V; Rodriguez, D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. División de Neonatología, Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina. 2005
- 13 Vásquez, F. Torres, A. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. Revista Clínica y Salud. [Vol.18, N°2]. España: 2007

- 14 Gallegos, J; Reyes, J; Silvan, C. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Revista Perinatología y Reproducción Humana. [Vol.24, N°2]. México: 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102b.pdf>







ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Escuela de Medicina Humana



**“FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS, EN PADRES CUIDADORES DE
NEONATOS QUE REQUIEREN CUIDADOS INTENSIVOS EN HOSPITALES
DE AREQUIPA, 2017”**

Proyecto de tesis presentada por el bachiller:

Michael Francio Ramos Yacasi

para optar el Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesor:

Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

AREQUIPA – 2017

PREÁMBULO

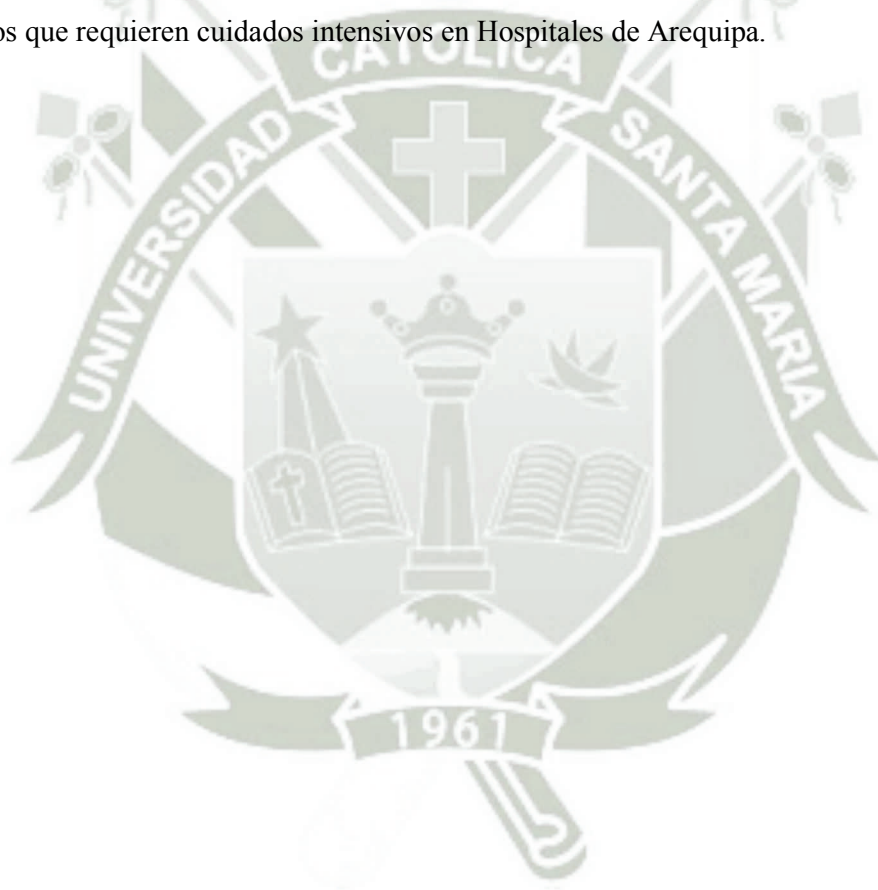
Los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos, se enfrentan a situaciones extremas diariamente, según varios autores, son diversos los factores relacionados al estrés y a cuadros de depresión y ansiedad de los cuidadores de neonatos y niños enfermos, tales como presenciar diariamente signos y síntomas de la enfermedad infantil como la fiebre, el dolor, el uso de dispositivos médicos diversos, la cantidad de pruebas de laboratorio y otros procedimientos que podrían implicar molestias para el neonato y gastos económicos elevados, todo ello compromete la calidad de vida no solo del paciente. Sino de los familiares cuidadores., etc.

Existe evidencia que en la actualidad se han incrementado los casos de depresión y ansiedad en los padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicios de emergencia, neonatología, unidades de cuidados intensivos, entre otros, debido a varias razones tales como la alteración del funcionamiento familiar, acceso a medicinas, etc.

La depresión y ansiedad de los padres puede comprometer su propia calidad de vida, puede agravarse y ser incapacitante, siendo indispensable para la sobrevivencia del neonato, contar con sus padres para su adecuado cuidado esto implica que tengan buena salud mental.

Diariamente se observan nuevos ingresos a estas unidades de neonatología en los Hospitales y los padres pueden estar expuestos a tener depresión y ansiedad, siendo de necesidad hacer diagnósticos oportunos para prevenir niveles que deterioren al ser humano.

De allí la importancia del estudio propuesto, que tiene por objetivo, determinar la frecuencia de los síntomas de depresión y ansiedad en los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad, y características asociadas, en padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a. Área de conocimiento

- a. Área General : Ciencias de la Salud
- b. Área Específica : Medicina Humana.
- c. Especialidad : Salud mental
- d. Línea : Ansiedad y Depresión

b. Operacionalización de variables

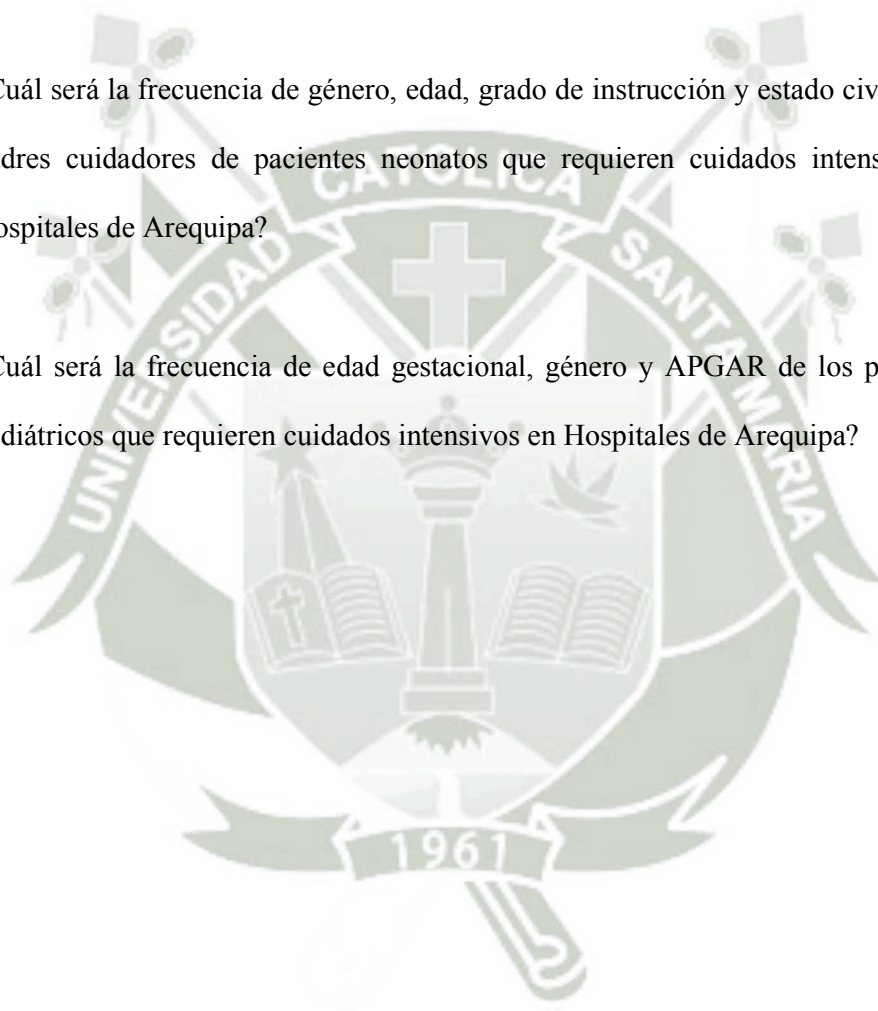
VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Características del cuidador	-Edad -Género -Grado de Instrucción -Estado civil	-Años -Masculino/Femenino -Según ficha de datos -Según ficha de datos	-Numérica -Dicotómica -Cualitativa -Cualitativa
Características del neonato	-Edad gestacional -Género -APGAR del neonato	-Número de semanas -Masculino/Femenino -Puntaje de APGAR	-Numérica -Dicotómica -Numérica
Depresión	Nivel de depresión Según calificación obtenida en la sumatoria de respuestas del inventario de Depresión de Beck	0 a 13: nivel mínimo de depresión 14 a 19: depresión leve 20 a 28: depresión moderada 29 a 63: depresión severa	-Cualitativa
Ansiedad	Nivel de ansiedad Según calificación obtenida en la sumatoria de respuestas del inventario de Ansiedad de Beck	0 a 7: nivel mínimo de ansiedad 8 a 15: ansiedad leve 16 a 25: ansiedad moderada 26 a 63: ansiedad severa.	-Cualitativa

c. Interrogantes básicas

¿Cuál será la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad, y características asociadas, en padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa?

¿Cuál será la frecuencia de género, edad, grado de instrucción y estado civil de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa?

¿Cuál será la frecuencia de edad gestacional, género y APGAR de los pacientes pediátricos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa?



d. Tipo de Investigación

El presente trabajo investigativo es de campo, observacional analítico, transversal.

e. Nivel de Investigación

Descriptivo.



1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad:

En la búsqueda bibliográfica se encontraron bastantes trabajos acerca de frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad en padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos pero no se encontró estudios regionales ni locales que traten del tema.

Relevancia Científica Humana:

El estudio tiene una justificación científica, debido a que los resultados que se obtengan reflejarán la real situación de depresión y ansiedad en los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos para gestionar la toma de decisiones y acompañamiento y mejora de esta situación en hospitales con intervenciones eficaces que determinen la recuperación de quienes son afectados.

Relevancia social:

La depresión y ansiedad en padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos conlleva a un bajo desempeño en sus actividades y trabajo siendo consecuente pérdidas económicas y una baja calidad de vida, por tanto es de interés conocer la real situación del tema en nuestra ciudad y proponer soluciones.

El estudio es **contemporáneo** ya que la depresión y ansiedad en padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos es

observada pero no investigada para proponer soluciones.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño transversal con una población disponible y con instrumentos validados.

Es de **motivación personal** porque realizar una investigación en el campo de la psiquiatría en nuestros hospitales locales nos permitirá conocer el problema en resultados reales para proponer soluciones reales y factibles, que permitirán brindar un servicio de salud más **integral**.



2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1. Depresión

2.1.1. Definición

Los trastornos afectivos van cobrando protagonismo a medida que pasa el tiempo y cambian los estilos de vida en las personas, a tal punto que hoy en día las grandes organizaciones van dando mayor importancia al estudio y tratamiento de los mismos.

La Organización Mundial de la Salud - OMS define a la depresión como “...*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.*”¹¹

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS, nos brinda una definición más extensa y enfocada desde un punto de vista clínico, en la cual la mencionan como un trastorno afectivo del humor en el que “*el paciente sufre de un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en formas leves, a menudo están*

*presentes ideas de culpa o inutilidad...”, asimismo señala que “... puede acompañarse de los síntomas somáticos, como son: pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, agitación, pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución de la libido”.*¹²

Basándonos en las definiciones previas, podemos considerar que un sujeto se encuentra bajo un episodio depresivo cuando evidencia cambios en su nivel de actividad y presenta varios síntomas de tipo anímico, somático o psíquico, los cuales en muchas oportunidades interfieren en el desarrollo de sus actividades normales del día a día.

La depresión es clasificada por la cantidad y severidad de los síntomas que presenta el sujeto evaluado en tres categorías: leve, moderada y grave. Estas clasificaciones se determinan por criterios generales (presentes en todas sus tipologías) y síntomas específicos, de los cuales pueden encontrarse dos o más de ellos de manera simultánea en el paciente.¹²

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, existen criterios que definen la presencia de un episodio depresivo en un sujeto y al analizarlos podemos determinar la gravedad del mismo. En este sentido los criterios generales a considerar son:¹²

“G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30) en ningún período de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09)”¹²

“Asimismo, se considera que un episodio depresivo presenta síntomas somáticos si:

- 1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes en actividades que normalmente eran placenteras.*
- 2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.*
- 3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.*
- 4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.*
- 5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada referida por terceras personas).*
- 6. Pérdida marcada de apetito.*
- 7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).*
- 8. Notable disminución de la libido.”¹²*

1.1.2. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una enfermedad recurrente que “... *afecta a más de 350 millones de personas en el mundo... cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años*”.¹³

Por otro lado, mencionan que “*La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La depresión afecta más a la mujer que al hombre. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.*”¹³

En tal sentido, durante el trascurso de los años se han elaborado una serie de tratamientos con la finalidad de enfrentar esta enfermedad, dados sus efectos en la salud de los pacientes. Sin embargo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, más de la mitad de las personas que sufren esta enfermedad en el mundo y, en algunos países más del 90% de dichas personas, no reciben ningún tipo de tratamiento. Son diversas las razones que intentan justificar este problema, sin embargo, debemos considerar que muchos estados no facilitan el acceso a profesionales que puedan diagnosticar de manera correcta la enfermedad, asimismo, muchas personas no cuentan con recursos para acceder a este tipo de profesionales, finalmente, también puede tomarse en cuenta que existen ideas incorrectas y desconocimiento de las enfermedades mentales y su posible tratamiento.

No debe perderse de vista que según un estudio realizado a solicitud de la Organización Mundial de la Salud y publicado en la revista *The Lancet Psychiatry*, el retorno de la inversión en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad es de 4 a 1, mejorando ostensiblemente la salud y capacidad de trabajo de las personas. ¹⁴

2.1.3. Diagnóstico

A fin de establecer un diagnóstico acertado según la tipología y severidad del episodio depresivo, los especialistas emplean herramientas estandarizadas y reconocidas que facilitan la identificación del mismo. Entre estas herramientas las más usadas son el manual DSM-IV y el manual CIE-10, los cuales muchas veces son complementados con test debidamente validados.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, para determinar la intensidad del episodio depresivo, además de los 3 criterios generales, se consideran los siguientes elementos: ¹²

“

B. Presencia de los síntomas siguientes:

- 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.*
- 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.*

3. *Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.*

C. *Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista:*

1. *Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.*
2. *Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.*
3. *Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.*
4. *Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.*
5. *Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).*
6. *Cualquier tipo de alteración del sueño.*
7. *Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.”¹²*

Para determinar la severidad del episodio se considera la presencia de criterios como detallamos a continuación:

- “Episodio Depresivo Leve: Se descarta la presencia de sintomatologías definidas en los criterios generales. El paciente presenta por lo menos dos (02) de los síntomas mencionados en el criterio B. Presencia de uno (01) o más síntomas del criterio C.”¹²
- “Episodio Depresivo Moderado: Cumple con los criterios generales. El paciente presenta por lo menos dos (02) de los síntomas mencionados en el

criterio B. Adicionalmente el paciente evidencia síntomas del criterio C, sumando por lo menos seis (06) síntomas.”¹²

- “Episodio Depresivo Grave: Cumple con los criterios generales. El paciente presenta los tres (03) síntomas mencionados en el criterio B. Evidencia síntomas del criterio C, hasta sumar por lo menos ocho (08) síntomas. En este estado el paciente puede presentar o no, síntomas psicóticos.”¹²

Cabe señalar que en cualquiera de los tres estados, el sujeto puede presentar o no, síntomas somáticos. Del mismo modo, estos episodios pueden ser aislados o recurrentes.

Por otro lado, para determinar la existencia de estos síntomas, en muchas ocasiones los especialistas suelen emplear herramientas como son las escalas o test de depresión, los cuales son de gran utilidad para el diagnóstico de trastornos afectivos.¹⁵

2.1.4. Factores

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, existen factores que contribuyen a la depresión, tales como sociales, psicológicos y biológicos. Así por ejemplo, señala la OMS, el que una persona sufra situaciones complejas y adversas, como una pérdida del empleo, el fallecimiento de una persona cercana, entre otros, genera una mayor posibilidad de sufrir depresión. Adicionalmente, una persona depresiva

puede también generar mayor estrés y ser disfuncional, con lo cual se afecta su vida y, como consecuencia de todo ello, la depresión también se agudiza.

La misma organización considera que existe correlación entre la depresión y el estado físico de la persona, por ello, el hecho de ser un enfermo cardiovascular puede generar depresión y, del otro lado, una persona depresiva puede provocar problemas cardiovasculares.¹³

2.1.5. Prevención

Los programas de prevención de la depresión han demostrado efectividad, de acuerdo a los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud. Dichos programas se inician en los centros educativos, de manera tal que se orienta a los menores de edad en la promoción de pensamientos positivos. Asimismo, los programas deben comprender a los padres de los menores que reflejen problemas conductuales. Promover la práctica del deporte y, en general, ejercicios dirigidos a padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicio de neonatología de Hospitales de Arequipa pueden ayudar a prevenir la depresión en dicho grupo de personas.¹³

Asimismo, los programas preventivos de depresión están relacionados con la calidad de los diseños que se empleen en la investigación, de manera tal que los investigadores pueden evaluar adecuadamente si la intervención tuvo el impacto

deseado, identificando las razones por las que dicha intervención fue exitosa o no, según la investigación realizada por Vásquez F, et al. ¹⁶

2.2. Ansiedad

2.2.1 Definición

De acuerdo con Guía Salud, organismo del Sistema Nacional de Salud de España, entendemos por ansiedad a una: *“... anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.”* ¹⁷

Los síntomas que nos permiten identificar la existencia de ansiedad en un paciente pueden ser físicos, psicológicos y conductuales. Entre los síntomas físicos tenemos:

vegetativos (tales como sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad); neuromusculares (temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias); cardiovasculares (palpitaciones, taquicardias, dolor precordial); respiratorios (disnea); digestivos (náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo); y genitourinarios (micción frecuente, problemas de la esfera sexual).

17

Respecto a los síntomas psicológicos y conductuales, podemos considerar los siguientes: preocupación, aprensión; sensación de agobio; miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente; dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria; irritabilidad, inquietud, desasosiego; conductas de evitación de determinadas situaciones; inhibición o bloqueo psicomotor y obsesiones o compulsiones.¹⁷

Finalmente, la misma entidad señala que los trastornos de ansiedad son considerados como un grupo de enfermedades que se caracterizan por la “... *presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo*”.¹⁷

2.2.2. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio en 21 países relacionado con eventos traumáticos y pérdida de personas cercanas. Los resultados señalan

que más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Dicha Organización sostiene que aproximadamente un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año. ¹⁸

La Organización Mundial de la Salud encargó un estudio relacionado con la depresión y la ansiedad, el mismo que fue publicado por The Lancet Psychiatry. El estudio brinda argumentos consistentes para incrementar la inversión económica en atención de la salud mental por parte de los estados. ¹⁴

En los últimos años se han incrementado a nivel global los trastornos mentales. Así tenemos que entre 1990 y el 2013, el aumento de las personas con depresión o ansiedad es del 50%, pasando de 416 millones a 615. Casi el 10% de la población global se encuentra afectado, siendo que los trastornos mentales representan alrededor del 30% de las enfermedades no mortales a nivel mundial. ¹⁴

Existen factores que inciden en el incremento de los trastornos mentales, tales como conflictos armados y emergencias humanitarias. Así, la Organización Mundial de la Salud considera que una de cada cinco personas atendidas en estas situaciones, está afectada por ansiedad y depresión. ¹⁴

El estudio antes señalado calcula costos y resultados sanitarios en países de todo tipo de ingresos (bajos, medios y altos). Participaron un total de 36 países y corresponde a un período de 15 años, desde el 2016 hasta el 2030. Al respecto, se estiman costos en asesoría psicosocial y medicinas de alrededor de US\$ 147,000 millones. El retorno por la inversión es mayor que dicho costo. La productividad laboral registraría un incremento del 5%, implicando un beneficio de alrededor de US\$ 399,000 millones y, respecto a las mejoras de la salud adicionalmente US\$ 310,000 millones. ¹⁴

Sin embargo, los estados no invierten en la medida necesaria en programas de salud mental. Una encuesta realizada para el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, gastan en promedio un 3% del presupuesto de salud, en salud mental. En países con ingresos bajos, dicha cifra es incluso menor, llegando al 1%, siendo los países con recursos altos los que realizan una inversión de aproximadamente el 5%. ¹⁴

2.2.3. Diagnóstico

Si bien de acuerdo a los diversos estudios sabemos que la presencia de los distintos trastornos de ansiedad van en aumento, los especialistas requieren de herramientas debidamente validadas que los ayuden a identificar los síntomas presentes en el sujeto y determinar el tipo de ansiedad que presenta.

Para ello, al igual que en depresión y otros trastornos, las fuentes clínicas más significativas y relevantes son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación de Psiquiatras Americanos.

Es importante establecer previamente si los síntomas encontrados no se atribuyen a una enfermedad médica o consumo de sustancias. Luego de descartar estos supuestos, para determinar el tipo de ansiedad se deben considerar los siguientes criterios: ²⁰

1. Si existen crisis de angustia y cuán frecuentes son.
2. Si la preocupación o ansiedad está ligada a algún evento en particular, pensamientos o actos recurrentes.
3. Si los síntomas se dan como una respuesta a un estresante específico.

La CIE-10 clasifica a los diversos tipos de ansiedad como trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; y señala los síntomas detallados a continuación, los cuales pueden presentarse o no de acuerdo al trastorno que presenta el paciente: ¹²

“

- ***Síntomas Autonómicos:*** *Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. Sudoración. Temblor o sacudidas. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).*

- **Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:** Dificultad para respirar. Sensación de ahogo. Dolor o malestar en el pecho. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto).
- **Síntomas relacionados con el estado mental:** Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización). Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia. Miedo a morir.
- **Síntomas generales:** Sofocos de calor o escalofríos. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo. Tensión, dolores o molestias musculares. Inquietud e incapacidad para relajarse. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- **Otros síntomas no específicos:** Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a causa de la preocupación o de la ansiedad. Irritabilidad persistente. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.¹²

Para determinar la presencia de ansiedad en una persona e identificar su tipología según las clasificaciones en mención, los psiquiatras y psicólogos clínicos suelen iniciar la intervención diagnóstica con una entrevista semi-estructurada que permita comprender de manera global la situación del paciente y recabar información referente a los síntomas, desencadenantes, contenido del pensamiento, antecedentes familiares, entre otros.²⁰

Finalmente, para constatar la información obtenida se suelen aplicar escalas estructuradas, las cuales si bien no sustituyen las entrevistas, son fundamentales para validar la presencia de la posible patología.

Dentro de las escalas de ansiedad más empleadas, encontramos la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), Inventario para Ansiedad de Beck, Inventario para Depresión de Beck, entre otras.^{15, 20, 21}

2.2.4. Factores

En el estudio denominado “Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos” realizado por A. Rubiños, se señala que en la evaluación cualitativa de los padres de familia con hijos recién nacidos internados en unidades de cuidados intensivos, la mayoría de dichos padres mencionaron que tenían preocupación y sentían dolor por, entre otras razones, el dolor físico al que eran sometidos sus hijos en los procedimientos médicos llevados a cabo en dicha unidad especializada, desesperación y frustración por la imposibilidad de coadyuvar en la recuperación de sus hijos, miedo e incertidumbre por los acontecimientos por venir, el estado del resto de la familia, especialmente otros hijos, así como por el impacto económico y la situación laboral de los referidos padres.²²

2.3. Depresión y ansiedad en padres de neonatos

El período de gestación permite un proceso de adaptación y maduración, tanto de los padres como de los fetos. Por tanto, los nacimientos prematuros interrumpen el denominado proceso de "anidación psicobiológica" y generan un estado en el que los intervinientes son más vulnerables. En tal sentido, se hace más intenso el problema cuando el menor debe ser internado en una unidad de cuidados intensivos, debido a lo prematuro de su nacimiento. Son comunes en estos casos procesos de estrés y depresión de los padres, siendo que en la mayoría de establecimientos de salud no existen programas de atención de los padres que deben someterse a una situación relacionada con el internamiento del recién nacido en unidades especializadas de cuidados intensivos en neonatología.²³

Un factor que puede también incidir en la ansiedad generada en los padres de neonatos internados en unidades de cuidados intensivos, es el referido al cuidado del referido recién nacido. En efecto, si consideramos el estudio realizado por Gallegos, J; et al. en Hospitales y maternidades de México, si bien es cierto las madres tienen acceso prácticamente libre para visitar a sus hijos internados en la mayoría de casos, el resto de familiares, incluido el padre, tiene acceso restringido a determinados horarios. Mientras más alta la complejidad de la atención, menor el tiempo de visita, llegando incluso a 10 o 15 minutos en horario matutino y por la tarde no es permitido o tiene un máximo de 15 minutos, con restricciones incluso mayores los fines de semana. A mayor abundamiento, incluso se obliga a las madres

a solicitar un permiso especial para poder ingresar a visitar a sus propios hijos en este tipo de unidades. Respecto a los padres que ingresan a las unidades de cuidados intensivos, a diferencia de la madre, no son involucrados en el cuidado de sus hijos, sino simplemente a una visita, permaneciendo en el pasillo o mera observación de sus hijos. El resto de familiares no tienen acceso a tales unidades especializadas.²⁴



II. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

a. **Autor:** Ruiz, A; Ceriani C, J; Cravedi, V; Rodriguez, D.

Título: Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención

Resumen:

“Introducción: Los avances en el cuidado del prematuro han significado un progreso notable en Neonatología. Sin embargo, se observan efectos no deseados, en especial sobre los padres. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de un programa de intervención psicológico sobre el nivel de estrés y depresión de las madres durante la internación de sus bebés en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Población, material y métodos:* Entre el 5/1/97 y el 20/11/99 se enrolaron 60 prematuros con pesos <1500 g, que sobrevivieron y fueron dados de alta. No se incluyeron madres solteras, gemelares, anomalías congénitas y la negativa a dar el consentimiento. Los padres se dividieron en dos grupos: intervención (n= 31) y control (n= 29). Se seleccionaron mediante un método de tiempo retrasado, para evitar la simultaneidad entre ambos grupos. Los prematuros del grupo control y sus padres recibieron los cuidados habituales del Servicio. Los del grupo de intervención recibieron una atención individualizada basada en un programa transdisciplinario y multifactorial, evaluado mediante escalas específicas. *Resultados:* Los grupos fueron similares en los aspectos demográficos, educacionales y socioeconómicos. El grupo de intervención presentó niveles de estrés y de depresión materna significativamente menores ($p < 0,001$). El 62% de las madres del grupo control

manifestó que la experiencia fue "extremadamente estresante", contra el 6,4% en el grupo de intervención ($p < 0,0001$). *Conclusión:* Mediante un programa de apoyo especial se observó una significativa disminución del estrés y depresión materna. Este efecto beneficioso podría mejorar la interacción madre-hijo y el futuro desarrollo del niño.”³

Palabras clave: Prematuros de muy bajo peso; Estrés y depresión materna; Programa de intervención psicosocial

Referencia: Ruiz, A; Ceriani C, J; Cravedi, V; Rodriguez, D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. División de Neonatología, Departamento de Pediatría. Hospitales Italiano de Buenos Aires. Argentina. 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000100008&script=sci_arttext&tlng=en

b. **Autor:** Vásquez, F; Torres, A.

Título: Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión

Resumen:

“Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión: La depresión es uno de los trastornos psíquicos más comunes en la adolescencia y en la edad adulta. En los últimos 12 años se ha producido un progreso significativo en la

investigación sobre la prevención de la depresión. A pesar de los avances notables reflejados en la literatura científica, todavía se detectan importantes problemas en los estudios de prevención específica de la depresión. En este artículo se analizan una serie de aspectos referidos a la elección del objetivo de la prevención, la teorización, la identificación de los grupos de alto riesgo, el diseño de la intervención y el diseño del estudio.”⁴

Palabras clave: Depresión, Investigación, Estudio, Metodología, Diseño.

Referencia: Vásquez, F. Torres, A. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. Revista Clínica y Salud. [Vol.18, N°2]. España: 2007.
Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a06.pdf>



c. **Autor:** Gallegos, J; Reyes, J; Silvan, C.

Título: La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro

Resumen:

“Antecedentes: Los neonatos prematuros constituyen una población vulnerable; con los avances biotecnológicos sobreviven desde edades gestacionales muy tempranas sometidos a largos internamientos que implican la separación del niño y su familia, lo que ha dado lugar a aplicación de programas con participación de los padres en la Unidad Neonatal, al constatar ventajas en evolución clínica, desarrollo, vínculo y apego padre-hijo favorables, padres competentes en su cuidado y reducción de días de Hospitalización del prematuro. *Objetivos:* 1) Describir las Unidades Neonatales según el tipo de Hospitales en la ciudad de San Luis Potosí para comprender el ámbito asistencial en el que participan los padres. 2) Caracterizar la participación de los padres en el cuidado del hijo prematuro. *Material y métodos:* Estudio descriptivo y encuesta en nueve unidades con consentimiento informado; se recolectó información en 2004 actualizándose en 2008. *Resultados:* Se analizaron dos Hospitales grandes y siete pequeños públicos y privados. Con tres unidades nivel III, tres nivel II y el resto nivel I. El personal médico y de enfermería se acerca al estándar en la razón profesional: paciente; la competencia médica es suficiente y falta elevar la de enfermería. Existe acceso con permiso y participación parcial de la madre sin un programa definido, con horarios estrictos, proporciona algunos cuidados de alimentación e higiene capacitada por enfermería. Al padre se le permite solamente visitas de observación. *Conclusiones:* La visita a las terapias neonatales

depende de varios factores: producción de leche materna, situación clínica del recién nacido y tratamiento del prematuro. Se recomienda favorecer la participación de ambos padres mediante la implantación de una filosofía y programa institucional, que incluya la capacitación del equipo de salud así como el entrenamiento grupal e individual de los padres para el egreso Hospitalario.”⁵

Palabras clave: Prematuro, participación, unidad neonatal, asistencia neonatal.

Referencia: Gallegos, J; Reyes, J; Silvan, C. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Revista Perinatología y Reproducción Humana. [Vol.24, N°2]. México: 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102b.pdf>

d. **Autor:** Wormald, F; et al.

Título: Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso Hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico

Resumen:

“Introducción: El nacimiento de un hijo prematuro es un evento estresante para sus padres. El objetivo de este estudio fue determinar el estrés inicial de padres de recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN) Hospitalizados en 12 unidades de cuidados intensivos neonatales en una red neonatal sudamericana, identificar los factores asociados y comparar el nivel de estrés parental en centros públicos vs. privados.

Población y métodos: Estudio transversal en madres/padres de RNMBPN (de 500 a 1500 g). El estrés parental inicial se midió utilizando la Escala de Estrés Parental en una escala de 1 (bajo estrés) a 5 (alto estrés). Las características sociodemográficas de las madres/padres y de los neonatos fueron recolectadas y asociadas a los niveles de estrés parental. *Resultados:* Participaron del estudio 273 padres / madres de un total de 218 RNMBPN. La encuesta fue aplicada en el $5,9 \pm 2,0$ días de vida del recién nacido. El estrés parental total promedio fue de $3,1 \pm 0,8$, y la subescala rol parental fue aquella que puntuó más alto (3,6). Tener un menor nivel educacional, estar desempleado, no haber tomado al recién nacido en brazos y el requerimiento de apoyo ventilatorio se asociaron a mayor estrés parental. El estrés fue mayor en madres que en padres y en centros públicos que en privados. *Conclusiones:* En padres de RNMBPN, se encontró un estrés inicial moderado. El factor más relevante fue la alteración en su rol parental. El estrés parental fue mayor en las madres y en los centros públicos. Se requiere una mayor sensibilización, investigación e intervención en esta área. ”⁶

Palabras clave: Estrés psicológico, padres, recién nacido de muy bajo peso, unidades de cuidado intensivo neonatal.

Referencia: Wormald, F; et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso Hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Archivos Argentinos de Pediatría. [Vol.113, N°4]. Argentina: 2015. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000400005

e. **Autor:** Flávia Helena Pereira Padovani; et al.

Título: Evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión de madres de recién nacidos prematuros, durante y después de su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Resumen:

“Objetivo: Identificar el nivel clínico de síntomas de ansiedad, disforia y depresión de las madres de lactantes pretérmino entre el durante y después de la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU).

Métodos: Anteriormente, las madres con antecedentes psiquiátricos fueron excluidas del estudio. Cuarenta y tres madres, de los bebés prematuros y de muy bajo peso al nacer fueron evaluadas a través del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario para depresión de Beck. Las evaluaciones se realizaron durante y después de la hospitalización, respectivamente.

Resultados: En la primera evaluación, el 44% de las madres mostraron nivel clínico en uno o más de los síntomas emocionales, como ansiedad, disforia o depresión. Después del alta de los lactantes, el número de madres con nivel clínico de síntomas emocionales disminuyó significativamente (26%) en comparación con la primera evaluación ($p = 0,008$). El nivel de ansiedad-estado disminuyó significativamente desde la primera a la segunda evaluación (de 35% a 12%, $p = 0,006$). No hay diferencia en síntomas de depresión y disforia entre las dos evaluaciones.

Conclusión: Las madres de bebés prematuros presentaron ansiedad situacional y requerían apoyo emocional para hacer frente a la situación de los bebés en hospitalización. ”⁷

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Trastornos do humor; Recién-nacido prematuro; Unidades de terapia intensiva neonatal

Referencia: Flávia Helena Pereira Padovani.et al. Evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión de madres de recién nacidos prematuros, durante y después de su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(4):251-4. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n4/en_a09v26n4.pdf

f. **Autor:** Lisa S. Segre, PhD; et al.

Título: Depresión y síntomas de ansiedad en madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Resumen:

“Antecedentes-Las madres de niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales están en riesgo clínico para niveles significativos de síntomas de depresión y ansiedad. Sin embargo, las características madre /lactante que predicen el riesgo han sido

difíciles de determinar. Estudios previos han conceptualizado los síntomas de depresión y ansiedad por separado, ignorando su comorbilidad.

Además, los factores de riesgo para estos síntomas no se han evaluado juntos en una muestra del estudio.

Objetivos El objetivo principal de este estudio fue determinar si el enfoque de una clasificación diagnóstica o un modelo de factor común explica mejor el patrón de síntomas reportados en madres en UCIN, incluyendo depresión, ansiedad generalizada, pánico y trauma. Un objetivo secundario era evaluar los factores de riesgo de estados emocionales aversivos en las madres de la UCIN basados en un modelo conceptual.

Método-En este estudio transversal, una muestra de conveniencia no probabilística de 200 madres de UCIN completaron cuestionarios evaluando la demografía materna y las características de la salud infantil, así como la depresión materna y los síntomas de ansiedad.

Un modelo de ecuación estructural fue usado para la clasificación de diagnóstico, y un modelo factor-común de estados emocionales aversivos y los factores de riesgo de estados emocionales aversivos en las madres en la UCIN.

Resultados: Las estimaciones máximos verosímiles indicaron que al examinar síntomas de depresión y trastornos de ansiedad, como clasificaciones diagnósticas separadas no se ajustan bien a los datos, mientras que examinando el factor común de emotividad negativa hizo un ajuste adecuado a los datos, e identificó antecedentes de depresión, enfermedad infantil y prematuridad infantil como factores de riesgo significativos.

Discusión-Este estudio apoya una visión multidimensional de la depresión, y debe guiar tanto la práctica clínica y la investigación futura con madres de la UCIN. ”⁸

Palabras clave: ansiedad; depresión; recién nacidos hospitalizados; madre; Unidad de cuidado intensivo neonatal

Referencia: Lisa S. Segre, PhD; et al. Depresión y síntomas de ansiedad en madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. NIH Public Access. Nurs Res. 2014 ; 63(5): 320–332. Iowa City. 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25171558>

g. **Autor:** KA Penny, SH Friedman and GM Halstead

Título: Apoyo psiquiátrico para madres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Resumen:

“Objetivo: Este estudio describe el tratamiento de salud mental y el seguimiento de las madres de lactantes en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Diseño del estudio: Se recolectaron datos retrospectivamente de unas 204 madres referidas a un Equipo de Enlace de Consultoría Psiquiátrica de la UCIN de Nivel 3 por más de 2 años. Esto incluyó información médica, demográfica y de tratamiento sobre la madre y el bebé.

Resultado: La mayoría de las madres (69%) fueron remitidas dentro de la semana del nacimiento, y 100 (49%) de las referidas madres recibieron diagnóstico psiquiátrico. Se

recomendó un seguimiento psiquiátrico para el 13% al salir de la UCIN y se hicieron referencias adicionales para el seguimiento a otro 16%. Las madres con más de una razón inicial para la remisión, una historia psiquiátrica pasada, recibir servicios terapéuticos, Recibir un diagnóstico psiquiátrico y farmacoterapia fueron significativamente más propensos a tener seguimiento recomendado.

Conclusión: Aproximadamente una sexta parte de las madres en la UCIN fueron referidas, una gran proporción recibió un diagnóstico psiquiátrico, y más de un cuarto de seguimiento necesario después del alta, lo que indica la importancia del servicio.”⁹

Palabras clave: Apoyo psiquiátrico, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Referencia: KA Penny, SH Friedman and GM Halstead. Apoyo psiquiátrico para madres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Journal of Perinatology* (2014), 1–7. New Zealand. 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25501838>

h. **Autor:** Rohitkumar Vasa, MD, FAAP. et al.

Título: La depresión posparto en madres de lactantes en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Factores de Riesgo y Estrategias de manejo

Resumen:

“Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia, los factores de riesgo y la gestión de estrategias para la depresión posparto (PPD) en madres de la unidad de cuidados intensivos neonatales

(UCIN).

Diseño del estudio Un total de 131 madres completaron la herramienta de evaluación del estudio (Escala de Depresión Postnatal Edimburgo con preguntas adicionales). Puntuación de 10 o superior fue considerado riesgo de PPD (depresión subclínica). Se examinaron los factores de riesgo con especial énfasis en la duración de la estancia (LOS). Resultados Aproximadamente 19.1% de las madres experimentaron PPD (subclínica). Depresión durante el embarazo actual y previo, y los problemas con el parto actual fueron muy notables prediciendo factores de riesgo para PPD. A medida que el LOS aumentó más allá de 2 semanas, las probabilidades de riesgos para PPD inicialmente aumentaron, luego se estabilizaron y luego disminuyeron después de 31 días.

Conclusión: Recomendamos que las madres de los neonatos de la UCIN sean examinadas rutinariamente para diagnosticar PPD y tratarla agresivamente. ”¹⁰

Palabras clave: Depresión Postparto, cuidado intensivo neonatal, Prácticas amigables con los padres, duración de la estancia

Referencia: Rohitkumar Vasa, MD, FAAP. et al. La depresión posparto en madres de lactantes en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Factores de Riesgo

y Estrategias de manejo. Am J Perinatol 2014;31:425–434. Chicago, Illinois.

2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23918522>



III OBJETIVOS.

El objetivo principal es:

- Identificar la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad, y características asociadas, en padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa.

Para lo cuál es necesario encontrar objetivos específicos como son:

- Determinar la frecuencia de género, edad, grado de instrucción y estado civil de los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa
- Determinar la frecuencia de edad gestacional, género y APGAR de los pacientes críticos pediátricos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa

Hipótesis.

Dado que, padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa, por la condición diaria que viven por la situación de salud de sus menores hijos, es probable que exista alta prevalencia de depresión y ansiedad en padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa, y se relacione con edad, género, grado de instrucción, estado civil de los padres cuidadores; y la situación de salud de los pacientes pediátricos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2. TÉCNICAS, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

4.4. Técnica

Se utilizará como técnica la encuesta.

Se usará el test de Ansiedad y Depresión de Beck, y revisión documental.

- **Descripción de la técnica**

Se desarrollará el estudio con todos los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa que acepten ingresar al estudio mediante la firma de consentimiento informado y que estén presentes en toda la toma de cuestionario.

Se brindarán los test validados para su llenado a los padres cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en Hospitales de Arequipa, solicitando además la información socio demográfica.

Revisión de historias clínicas de neonatología.

- **Diseño investigativo:** Comparativo
- **Tipo de diseño:** Observacional.

4.5. Instrumentos

4.5.1. Inventario de Depresión de Beck II

“El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un test autoadministrado compuesto por 21 ítems, tipo Likert. El inventario propuesto por Beck ha tenido diversa versiones posteriores y es considerado como uno de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión y describe los síntomas clínicos que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes psiquiátricos con depresión, es utilizada para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con 13 años o más de edad.”¹³

4.5.2. Inventario de Ansiedad Beck I (BAI)

“El BAI sirve para identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, el estado general del paciente o la efectividad de un proceso terapéutico. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno de ansiedad se efectúa teniendo en cuenta no sólo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles (p. ej., se debe excluir que los síntomas sean el efecto fisiológico directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas), por lo que los casos inicialmente detectados por el BAI deberían posteriormente ser confirmados mediante algún tipo de entrevista diagnóstica.”¹³

Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).

4.5.3. Ficha de recolección de datos de los padres y neonatos

La ficha nos permitirá la recolección de datos sociodemográficos de los padres y neonatos.

5. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

5.3. Ubicación Espacial.

El proyecto se realizará en servicio de neonatología de Hospitales de Arequipa.

5.4. Ubicación Temporal.

El proyecto se realizará durante los meses de enero a marzo 2017.

5.5. Unidades de Estudio.

Progenitores cuidadores de pacientes neonatos de los meses enero-febrero del 2017, que requieren cuidados intensivos en los hospitales de Arequipa.

Población

Ambos progenitores cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en hospitales de Arequipa, de los meses enero-febrero del 2017.

Muestra

Progenitores cuidadores de pacientes neonatos que requieren cuidados intensivos en hospitales Goyeneche y HNCASE, de los meses enero-febrero del 2017, que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de Inclusión.

- Ambos progenitores de pacientes hospitalizados en Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Criterios de Exclusión.

- Quienes no consintieron participar en el estudio.
- Quienes no puedan concluir el cuestionario
- Fichas de encuestas incompletas o mal llenadas.

En el presente estudio se trabaja con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y una probabilidad del 50%.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

En las poblaciones pequeñas o finitas no se selecciona muestra alguna para no afectar la validez de los resultados.

6. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

6.3. Organización.

- a. Se solicitará permiso a jefatura del servicio de neonatología del Hospital Goyeneche y del HNCASE de Arequipa .
- b. Se solicitará el consentimiento para realizar la investigación a la población objetivo.
- c. Desarrollo de entrevista individual con cada progenitor cuidador de paciente pediátrico que requiere cuidados intensivos.

6.4. Recursos.

6.4.1. Humanos.

Investigador : Michael Francio Ramos Yacasi

Asesor(a) : Dr. Juan Manuel Zevallos Rodriguez

6.4.2. Materiales.

- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

6.5. Presupuesto.

El estudio será autofinanciado por el investigador.

7. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

7.3. Plan de procesamiento de los datos.

c) El tipo de procesamiento:

Los resultados de los cuestionarios se trataron en una matriz de sistematización

d) Plan de operaciones:

b.1. Plan de clasificación:

Los datos recolectados se sistematizarán según las variables del estudio en una matriz de sistematización en Excel.

b.2. Plan de codificación:

Se codificarán de acuerdo a diccionario de variables creada en el paquete estadístico SPSS versión 15

b.3. Plan de tabulación:

Se elaborarán tablas para cálculo de frecuencias y relaciones de variables

7.4. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis.

- Se realizará un análisis de relación de variables.

Análisis estadístico:

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.15.0.

e) **CRONOGRAMA DE TRABAJO**

Actividades	Año 2016				Año 2017			
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Búsqueda bibliográfica								
Redacción de proyecto								
Aprobación de proyecto por dictaminador y por jurados								
Ejecución de proyecto								
Análisis y discusión de resultados								
Redacción de tesis con resultados finales								

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benjamin James Sadock, M.D. Virginia Alcott Sadock, M.D. (2009). Sinopsis De Psiquiatría (10ma Ed).
2. Julio Vallejo Ruiloba (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7ma Ed).
3. Ruiz, A; Ceriani C, J; Cravedi, V; Rodriguez, D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. División de Neonatología, Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina. 2005.
4. Vásquez, F. Torres, A. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. Revista Clínica y Salud. [Vol.18, N°2]. España: 2007.
5. Gallegos, J; Reyes, J; Silvan, C. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Revista Perinatología y Reproducción Humana. [Vol.24, N°2]. México: 2010.
6. Wormald, F; et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso Hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Archivos Argentinos de Pediatría. [Vol.113, N°4]. Argentina: 2015.
7. Flávia Helena Pereira Padovani. et al. Evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión de madres de recién nacidos prematuros, durante y después de su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(4):251-4.

8. Lisa S. Segre, PhD; et al. Depresión y síntomas de ansiedad en madres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. NIH Public Access. Nurs Res. 2014 ; 63(5): 320–332. Iowa City. 2014.
9. KA Penny, SH Friedman and GM Halstead. Apoyo psiquiátrico para madres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Journal of Perinatology (2014), 1–7. New Zealand. 2014.
10. Rohitkumar Vasa, MD, FAAP. et al. La depresión posparto en madres de lactantes en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Factores de Riesgo y Estrategias de manejo. Am J Perinatol 2014;31:425–434. Chicago, Illinois. 2014.
11. Organización Mundial de la Salud [www.who.int/es/]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2017 [actualizada enero 2017; consultada 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
12. Manual CIE-10. Organización Mundial de la Salud [www.who.int/es/]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2017 [actualizada enero 2017; consultada 18 enero 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
13. Organización Mundial de la Salud [www.who.int/es/]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2017 [actualizada enero 2017; consultada 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
14. Organización Mundial de la Salud [www.who.int/es/]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2017 [actualizada enero 2017; consultada 18 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

15. Goldberg. Escala de Ansiedad y Depresión. Disponible en:
http://salpub.uv.es/SALPUB/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciiliaria/085_ESCALA_ANSIEDAD_DEPRESION_GOLDBERG.pdf
16. Vázquez, F. Torres, A. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. Revista Clínica y Salud. [Vol.18, N°2]. España: 2007. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a06.pdf>
17. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. [www.guiasalud.es]. Definición Ansiedad. España: Guia Salud; c2017. Disponible en: <http://guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud [www.who.int/es/]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2017 [actualizada enero 2017; consultada 20 enero 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
19. Organización Mundial de la Salud [www.who.int/es/]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2017 [actualizada enero 2017; consultada 20 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
20. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. [www.guiasalud.es]. Diagnostico Ansiedad. España: Guia Salud; c2017. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado05/diagnostico.html>
21. Servicio Andaluz de Salud. Escala de Ansiedad de Hamilton. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf
22. Martínez, A. I. R. Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos. Revista en Ciencias Sociales y

- Humanidades Apoyadas por Tecnologías, [Vol.1, N°1]. 2012. Disponible en:
<http://132.247.85.93/cshat/index.php/cshat/article/view/34/29>
23. Ruiz, A; Ceriani C, J; Cravedi, V; Rodriguez, D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. División de Neonatología, Departamento de Pediatría. Hospitales Italiano de Buenos Aires. Argentina. 2005. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752005000100008&script=sci_arttext&tlng=en
24. Gallegos, J; Reyes, J; Silvan, C. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Revista Perinatología y Reproducción Humana. [Vol.24, N°2]. México: 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102b.pdf>
25. Wormald, F; et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso Hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Archivos Argentinos de Pediatría. [Vol.113, N°4]. Argentina: 2015. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000400005

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente se le invita a usted a participar en el estudio de investigación, que tiene como propósito conocer si existe depresión y ansiedad en padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicio de neonatología de Hospitales de Arequipa

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Se tomará una encuesta con preguntas.
2. Se evaluarán resultados obtenidos del cuestionario.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio.

Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer si es frecuente la depresión y ansiedad en padres cuidadores de pacientes críticos pediátricos en servicio de neonatología de Hospitales de Arequipa.

Confidencialidad

Sus resultados se tratarán con confidencialidad.

Gracias por su apoyo.



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para que se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma y/o huella digital del padre/madre cuidador(a) de paciente crítico pediátrico en servicio de neonatología de Hospitales de Arequipa, que da su autorización	
---	--

Nombre del Investigador principal	
Documento de identidad	

Fecha:



Ficha de recolección de datos

Ficha: N° _____

1.1. Datos del padre o madre:

-Edad: _____

-Sexo: _____

-Estado civil: _____

-Lugar de procedencia (Departamento): _____

-G. instrucción: _____

1.2. Datos del neonato:

Edad gestacional: _____ semanas

Sexo del neonato: _____

Patología del neonato: _____

APGAR del neonato: _____

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Fecha: _____ Edad: ____ Procedencia: _____ Sexo: () Hombre () Mujer

Instrucciones:

“A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida”

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.

6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.

7.
 - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
 - b. Me he decepcionado a mi mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.

8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.
 - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.
 - a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.

- 13.
- Tomo decisiones casi siempre.
 - Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - Creo que me veo feo.
- 15.
- Puedo trabajar tan bien como antes.
 - Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- Puedo dormir tan bien como antes.
 - No puedo dormir tan bien como solía.
 - Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- No me canso más que de costumbre.
 - Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - Me canso sin hacer nada.
 - Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - Ya no tengo apetito.
- 19.
- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - He rebajado más de dos kilos y medio.
 - He rebajado más de cinco kilos.
 - He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.



Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Nombre: _____ Fecha: _____

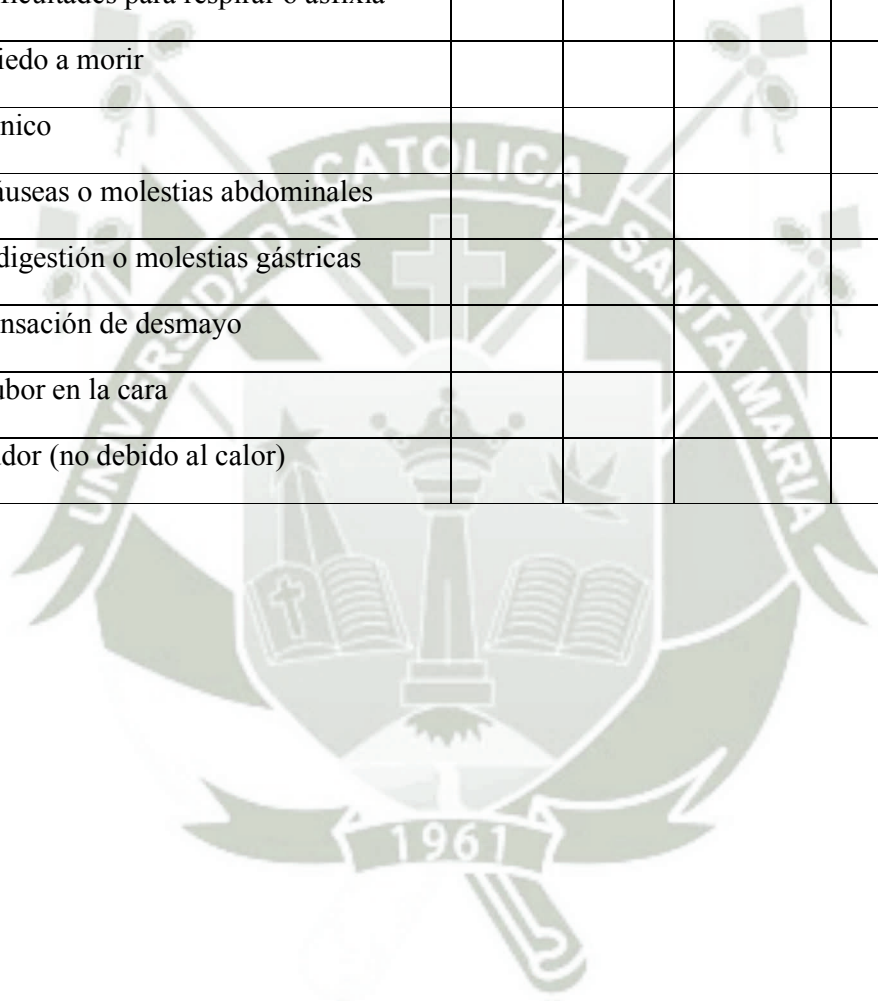
A continuación vas a ver una lista de síntomas comunes de ansiedad.

Por favor, lee atentamente cada ítem de la lista, e indica en qué medida consideras que te ha afectado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

Coloca una X en el espacio correspondiente de las columnas que hay al lado de cada síntoma.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sensación de calor o escalofríos				
3. Temblor en las piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Vértigo o mareo				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Terror				
10. Nervios				
11. Sensaciones de ahogo o atragantamiento				
12. Temblor de manos				

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
13. Miedo a perder el control o volverse loco				
14. Dificultades para respirar o asfixia				
15. Miedo a morir				
16. Pánico				
17. Náuseas o molestias abdominales				
18. Indigestión o molestias gástricas				
19. Sensación de desmayo				
20. Rubor en la cara				
21. Sudor (no debido al calor)				



ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS



MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Fic	Ed	Gru	Sex	Est	Ed	sc	S	Al	Al	EG	EG	RN	R	AE	PE	GE	SDI	S	se	i	BE	BE
1	25	1	2	2	2		1	2	3	31	2	1	0	1	0	0	1	0	1	2	3	
2	27	1	1	2	2		1	2	3	31	2	1	0	1	0	0	1	0	1	1	3	
3	40	3	2	1	2		2	3	3	30	2	1	0	0	1	0	1	0	1	2	3	
4	35	2	1	1	2		2	3	3	30	2	1	0	0	1	0	1	0	1	3	3	
5	39	2	2	1	1		2	2	2	33	2	1	0	0	1	0	1	1	0	2	3	
6	33	2	1	1	1		2	2	2	33	2	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	
7	36	2	2	2	2		2	2	2	34	2	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	
8	30	2	1	2	2		2	2	2	34	2	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	
9	42	3	2	1	2		1	1	2	39	3	0	1	1	0	0	1	1	0	3	3	
10	34	2	1	1	2		1	1	2	39	3	0	1	1	0	0	1	1	0	3	3	
11	26	1	2	3	1		2	3	3	38	3	0	1	1	0	0	1	1	0	3	3	
12	23	1	1	3	1		2	3	3	38	3	0	1	1	0	0	1	1	0	2	3	
13	35	2	2	2	1		2	1	1	39	3	0	1	1	0	0	0	1	0	3	3	
14	32	2	1	2	1		2	1	1	39	3	0	1	1	0	0	0	1	0	2	3	
15	20	1	2	3	1		2	3	3	35	2	1	0	1	0	0	0	1	0	2	3	
16	23	1	1	3	2		2	3	3	35	2	1	0	1	0	0	0	1	0	2	3	
17	23	1	2	3	1		1 no d	no d		34	2	1	0	1	0	0	0	0	1	3	3	
18	20	1	1	3	1		1 no d	no d		34	2	1	0	1	0	0	0	0	1	2	2	
19	44	3	2	2	2		2	2	2	26	1	1	0	1	0	0	1	0	0	3	3	
20	36	2	1	2	2		2	2	2	26	1	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
21	43	3	2	1	2		1	1	2	28	2	1	0	1	0	0	1	0	0	3	3	
22	37	2	1	1	2		1	1	2	28	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
23	37	2	2	1	2		2	3	3	33	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
24	35	2	1	1	2		2	3	3	33	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
25	47	3	2	2	2		2	2	2	39	3	0	1	1	0	0	0	0	0	2	3	
26	37	2	1	2	2		2	2	2	39	3	0	1	1	0	0	0	0	0	3	3	
27	37	2	2	1	1		2	2	2	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
28	24	1	1	1	1		2	2	2	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
29	38	2	2	1	1		2	2	3	37	3	0	1	1	0	0	1	0	0	3	3	
30	24	1	1	1	1		2	2	3	37	3	0	1	1	0	0	1	0	0	3	3	
31	31	2	2	2	1		1	2	3	27	1	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
32	34	1	1	2	1		1	2	3	27	1	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
33	27	1	2	3	1		1	3	3	29	2	1	0	1	0	0	1	1	0	3	3	
34	21	1	1	3	1		1	3	3	29	2	1	0	1	0	0	1	1	0	3	3	
35	37	2	2	2	1		2	3	3	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	3	3	
36	35	2	1	2	1		2	3	3	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
37	22	1	2	3	1		2	2	3	29	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	3	
38	20	1	1	3	1		2	2	3	29	2	1	0	1	0	0	1	0	0	3	3	
39	28	1	2	2	1		2	3	3	37	3	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	
40	27	1	1	2	1		2	3	3	37	3	0	1	1	0	0	0	0	0	3	3	
41	47	3	2	1	2		2	1	2	36	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
42	35	2	1	1	2		2	1	2	36	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
43	31	2	2	1	1		2	2	2	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
44	24	1	1	1	1		2	2	2	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
45	27	2	2	1	1		2	2	3	37	3	0	1	1	0	0	1	0	0	3	3	
46	27	2	1	2	1		2	1	1	39	3	0	1	1	0	0	0	1	0	2	3	
47	37	2	2	2	1		1	2	3	27	1	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
48	33	1	1	2	1		1	2	3	27	1	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	

49	36	1	2	3	1	1	3	3	29	2	1	0	1	0	0	1	1	0	3	3	
50	20	1	1	3	1	1	3	3	29	2	1	0	1	0	0	1	1	0	3	3	
51	28	2	1	1	2	1	1	2	28	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
52	21	2	2	1	2	2	3	3	33	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
53	20	1	1	3	2	2	3	3	35	2	1	0	1	0	0	0	1	0	2	3	
54	36	1	1	3	1	2	3	3	38	3	0	1	1	0	0	1	1	0	2	3	
55	35	2	2	2	1	2	1	1	39	3	0	1	1	0	0	0	1	0	3	3	
56	32	1	2	3	1	1 no d	no d:	34	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3	3	
57	23	1	1	3	1	1 no d	no d:	34	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	2	
58	20	1	2	3	1	2	2	3	29	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	3	
59	44	1	1	3	1	2	2	3	29	2	1	0	1	0	0	1	0	0	3	3	
60	39	1	2	3	1	2	3	3	35	2	1	0	1	0	0	0	1	0	2	3	
61	23	3	2	2	2	2	2	2	26	1	1	0	1	0	0	1	0	0	3	3	
62	35	2	1	1	1	2	2	2	33	2	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	
63	22	2	2	2	2	2	2	2	34	2	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	
64	25	1	2	3	1	2	3	3	38	3	0	1	1	0	0	1	1	0	3	3	
65	27	2	2	1	1	2	2	2	33	2	1	0	0	1	0	1	1	0	2	3	
66	40	2	1	1	2	2	3	3	33	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
67	35	3	2	2	2	2	2	2	39	3	0	1	1	0	0	0	0	0	2	3	
68	35	2	1	2	2	2	2	2	39	3	0	1	1	0	0	0	0	0	3	3	
69	47	2	1	2	2	2	2	2	34	2	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	
70	37	3	2	1	2	1	1	2	39	3	0	1	1	0	0	1	1	0	3	3	
71	37	2	1	1	2	1	1	2	39	3	0	1	1	0	0	1	1	0	3	3	
72	24	1	1	1	1	2	2	3	37	3	0	1	1	0	0	1	0	0	3	3	
73	43	2	1	1	2	2	3	3	30	2	1	0	0	1	0	1	0	1	3	3	
74	37	1	1	2	1	2	3	3	37	3	0	1	1	0	0	0	0	0	3	3	
75	37	3	2	1	2	2	1	2	36	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
76	23	2	1	1	2	2	1	2	36	2	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
77	38	2	2	2	1	2	3	3	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	3	3	
78	24	2	1	2	1	2	3	3	31	2	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
79	30	2	1	2	2	2	2	2	26	1	1	0	1	0	0	1	0	0	2	3	
80	42	3	2	1	2	1	1	2	28	2	1	0	1	0	0	1	0	0	3	3	
81	34	1	2	2	1	2	3	3	37	3	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	
82	26	1	2	2	2	1	2	3	31	2	1	0	1	0	0	1	0	1	2	3	
83	47	1	1	2	2	1	2	3	31	2	1	0	1	0	0	1	0	1	1	3	
84	35	3	2	1	2	2	3	3	30	2	1	0	0	1	0	1	0	1	2	3	
85	49	3	1	1	1	1	2	2	30	2	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	
86	40	3	1	2	2	1	2	2	28	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	3