

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina Humana**

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN  
NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA  
2018”**

Tesis presentada por el bachiller:

**Autor:** Núñez Zúñiga Yordi Jesús

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Asesor:** Dr. Zevallos Rodríguez Juan Manuel

**Arequipa – Perú**

**2018**



## Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

### INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS DECRETO Nº 146 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA 2018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**YORDI JESUS NUÑEZ ZUÑIGA**

Nuestro dictamen es:

*Favorable*

OBSERVACIONES:

*Se tienen las conclusiones señaladas*

Arequipa, .....

*[Signature]*  
Dr. Ervis Felipe Alvarado Dueñas  
MEDICO - PSQUIATRA  
C.M.P. 22789 R.N.E. 9285  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

*[Signature]*  
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE AREQUIPA  
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

Dr. JOSÉ ALVARADO ACO  
DIRECTOR GENERAL  
COMPLEJO HOSPITALARIO "MOISES HERESI FARWAGI"

*[Signature]*  
Dr. Javier Gutiérrez Morales  
DR. JAVIER GUTIERREZ MORALES  
MEDICO NEFROLOGO  
C.M.P. 26314 R.N.E. 9103

## DEDICATORIA

**“A mi familia, en especial a mi madre, por su paciencia y apoyo constante en mis años de estudio y desarrollo de esta investigación”**

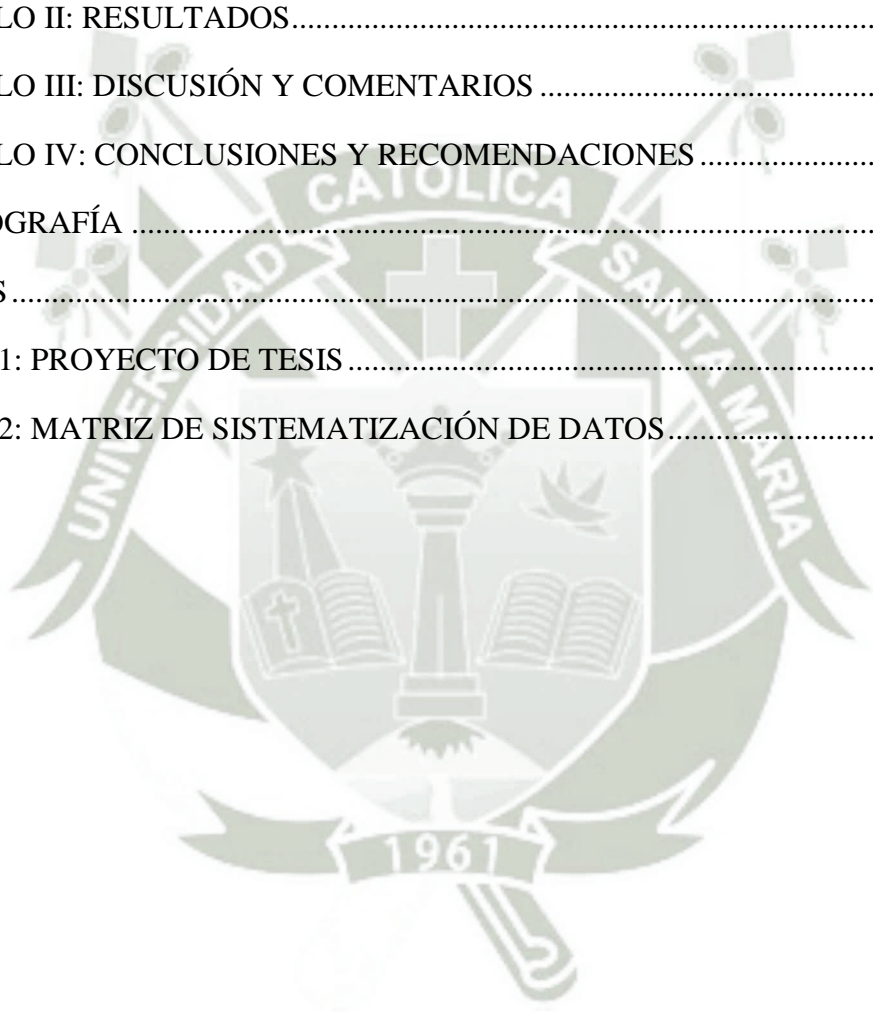


**"Somos lo que hacemos repetidamente. La excelencia, entonces, no es un acto; es  
un hábito."  
Aristóteles**



## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	I
RESUMEN.....	III
ABSTRACT.....	IV
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	1
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	6
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	53
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
BIBLLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	68
ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS.....	69
ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	115



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad los padres de los pacientes neonatos que requieren hospitalización están sujetos a una gran carga emocional, pues quedan expuestos a diversos factores estresantes que pueden llevar a depresión y ansiedad, relacionados no solamente a la apreciación de los síntomas y signos que la enfermedad del neonato conlleva, sino a la implementación de diversas terapias, exámenes y procedimientos, que con la tecnología actual permiten dar mayor oportunidad de supervivencia al neonato, significando sin embargo, posibles altos gastos económicos, inestabilidad en la relación de los padres, e incluso evitación o conflicto; comprometiendo de tal forma la óptima recuperación del paciente.

El nacimiento de un hijo, por sí mismo, conlleva una gran carga emocional y tiene un gran impacto en las vidas de los padres, así como en la relación entre estos; requiriendo un estabilidad emocional para sobrellevar adecuadamente una enfermedad del nuevo ser, estado que se ve afectado por diversos factores económicos, sociales y culturales a los que se ven expuestos los padres durante la hospitalización.

El mayor acceso a servicios de salud y los avances en la terapia neonatal, han permitido que mayor número de pacientes sean atendidos por el servicio de neonatología, significando esto que mayor número de padres estén expuestos los factores y problemas ya descritos, siendo propensos a desarrollar cuadros de depresión y ansiedad.

Durante mi práctica clínica de pregrado en el Hospital III Goyeneche, he tenido la oportunidad de apreciar como los padres de los recién nacidos se ven sometidos a constantes factores que afectan su salud mental, tales como reglas y exigencias del servicio de neonatología que deben cumplir para el cuidado del paciente, como el requerimiento de métodos invasivos, aislamiento en cunas y monitorización para el tratamiento y manejo de patología de fondo del paciente; todo esto necesario para la remediar la patología de fondo de neonato. En este contexto he sido testigo de cómo los padres responden emocionalmente a estos factores de maneras distintas, teniendo al

parecer relación con la edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, zona en la que viven, nivel socioeconómico, o con el estado civil actual.

La supervivencia y la recuperación óptima posterior del neonato dependen de la salud mental de los padres, determinada por los factores ya mencionados. La tendencia a desarrollar depresión y ansiedad por los padres a distintos niveles, no solo afecta la salud de estos, sino también la del neonato; siendo por tal motivo importante el estudio propuesto que busca determinar, incrementar y afianzar el conocimiento del tema en nuestra realidad actual.



## RESUMEN

Los síntomas de ansiedad y depresión en padres de recién nacidos admitidos en los servicios de neonatología han sido estudiados a lo largo del mundo, sin embargo la literatura disponible a nivel latinoamericano y nacional es escasa. En la revisión sistemática realizada por Roque y colaboradores se evidencian diversos factores asociados negativamente con la salud mental de los padres.

**Objetivo:** Determinar el nivel de depresión y ansiedad en los padres de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del hospital III Goyeneche.

**Métodos:** se desarrolló un estudio observacional transversal de campo aplicando la encuesta incluyendo la escala de depresión y ansiedad de Zung.

**Resultados:** Tras aplicar la escala depresión y ansiedad a 96 padres, se encontró que el 41.66% de padres estudiados experimentó algún nivel de depresión, siendo predominantemente leve 33.33% y moderado en 8.33%, del mismo modo 54.17% presentó síntomas de ansiedad, siendo 47.92% leve y 6.25% moderada. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo ( $\text{Chi}^2=9.165$ ,  $p=0.010$ ) y zona de residencia ( $\text{Chi}^2=34.631$ ,  $p=0.001$ ) con el nivel de depresión de los padres. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas para el nivel de ansiedad.

**Conclusiones:** 41.66% de padres con recién nacidos hospitalizados experimentó síntomas depresivos y 54.17% de ansiedad. Existen relaciones significativas entre las características de los padres y la patología del recién nacido, y el nivel de depresión. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas para el nivel de ansiedad.

**PALABRAS CLAVE:** DEPRESIÓN, ANSIEDAD, PADRES, NEONATOS, HOSPITALIZADOS

## ABSTRACT

**Background:** The symptoms of anxiety and depression in parents of newborns admitted to neonatal services have been studied throughout the world, however the literature available at Latin American and national level is scarce. In the systematic review conducted by Roque et al., Several factors are found that are negatively associated with the mental health of the parents.

**Objective:** To determine the level of depression and anxiety in the parents of newborns hospitalized in the neonatology service of Hospital III Goyeneche.

**Methods:** An observational cross-sectional field study was developed applying the survey including Zung's depression and anxiety scale.

**Results:** After applying the depression and anxiety scale to 96 parents, it was found that 41.66% of parents studied experienced some level of depression, being predominantly 33.33% mild and moderate in 8.33%, in the same way 54.17% presented symptoms of anxiety, being 47.92% mild and 6.25% moderate. A statistically significant relationship was found between sex ( $\text{Chi}^2 = 9.165$ ,  $p = 0.010$ ) and area of residence ( $\text{Chi}^2 = 34.631$ ,  $p = 0.001$ ). No statistically significant relationships were found for the level of anxiety.

**Conclusions:** 41.66% of parents with hospitalized newborns experienced depressive symptoms and 54.17% of anxiety. There are significant relationships between the characteristics of the parents and the pathology of the newborn, and the level of depression. No statistically significant relationships were found for the level of anxiety.

**KEY WORDS:** DEPRESSION, ANXIETY, PARENTS, NEONATOS, HOSPITALIZADOS



# **CAPÍTULO I**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

## CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

**1.1. TÉCNICAS:** Se hizo empleo de la encuesta.

**1.2. INSTRUMENTOS:** Ficha de recolección de datos (Anexo 1), para los niveles socioeconómicos estarán basados en los datos de Ipsos Perú, 2013 (1); la escala de Zung para depresión (Anexo 3) y la escala de Zung para ansiedad (Anexo 5).

**1.3. MATERIALES:**

- Fichas de recolección de datos
- Materiales de escritorio
- Computadora portátil personal con sistema operativo Windows 10, paquete office 2010, programa Zotero v.4.0.29 (procesador de citas y bibliografía) y programa SPSS v.23.0 (procesador estadístico) para Windows.
- Impresora

### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

**2.1. Ubicación espacial:** Arequipa, Arequipa, Cercado de Arequipa, Hospital III Goyeneche, servicio de Neonatología.

**2.2. Ubicación temporal:** Enero y febrero 2018.

**2.3. Unidades de estudio:**

**2.3.1. Población:** Madres y Padres de recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital III Goyeneche.

**2.3.2. Muestra:** Para la determinación de la muestra se utilizaron las formulas incluidas en el libro de estadística de los autores Spiegel y Stephens, 2009 (2). Al no contar con antecedentes estadísticos de la población objetivo, se utilizó la fórmula para poblaciones infinitas o desconocidas:  $N = Z^2 * P * Q / E^2$ . Siendo N: muestra, Z: nivel de confianza, P: proporción, Q: 1-p y E: margen de error.

En el presente estudio se utilizó un nivel de confianza de 95%,

proporción de 50% y margen de error de 10%

La muestra final es de 96 individuos.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

### 2.3.3. Criterios de selección:

#### a) Criterios de inclusión:

- Padres y madres de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital III Goyeneche durante los meses de estudio.
- Padres que hayan aceptado por medio del consentimiento informado.

#### b) Criterios de exclusión:

- Padres de recién nacidos hospitalizados por malformaciones congénitas.
- Encuestas no llenadas en su totalidad o llenadas erróneamente.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. ORGANIZACIÓN:

- Se solicitó y se obtuvo autorización de la Dirección del Hospital III Goyeneche y de la Jefatura del servicio de Neonatología, para el acceso a las unidades de estudio.
- Se solicitó el consentimiento de la población objetivo, para la realización de la investigación mediante la encuesta.
- Se administró una encuesta a cada progenitor de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología, para su llenado.

### 3.2. RECURSOS

#### 3.2.1. Humanos:

- Investigador : Yordi Jesús Núñez Zúñiga
- Asesor : Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

#### 3.2.2. Físicos:

- Instalaciones del Hospital III Goyeneche
- Historias clínicas neonatales.

#### 3.2.3. Financiamiento

- El presente estudio es autofinanciado.

### **3.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:**

Los instrumentos empleados en el presente estudio fueron desarrollados y creados por Zung WW, en 1961 con la escala autoadministrada de depresión (3) y en 1975 con la escala autoadministrada de ansiedad (4). Los cuales han sido utilizados ampliamente en diversos tipos de pacientes y población en general, lo cual ha permitido su validación de su idioma inglés original, al español; a manos de Conde V, en 1970 con la escala de depresión de Zung (5), y por Lusilla MP en 1990 con la escala de ansiedad de Zung (6). Además existe una amplia experiencia de su uso en nuestro país, contando incluso con validación nacional, en cuanto a la escala de depresión de Zung (7). Dicha validez es apoyada por otros autores quienes refieren que al haberse utilizado extensamente en poblaciones variadas, estos confieren datos para su validez (8).

### **3.4. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS**

#### **3.4.1. PLAN DE RECOLECCIÓN**

La recolección de los datos se desarrolló tras la autorización de las autoridades del hospital, mediante la aplicación del instrumento.

Además se le informó a cada padre sobre el estudio, y se hizo entrega de encuestas a ser llenadas.

#### **3.4.2. PLAN DE PROCESAMIENTO:**

Las encuestas fueron ordenadas según número y se les colocó puntaje a los instrumentos, tras lo cual los datos obtenidos fueron transcritos en una matriz de sistematización elaborada en una hoja de cálculo digital mediante Excel 2010.

#### **3.4.3. PLAN DE CLASIFICACIÓN:**

Los datos presentes en la matriz de sistematización, fueron distribuidos según las variables presentadas en este estudio.

#### **3.4.4. PLAN DE CODIFICACIÓN:**

Se realizó la codificación numérica de aquellos datos, cuya variable contenía un indicador en escala ordinal y nominal, para agilizar la tabulación del dato en el programa SPSS versión 23.0.

#### **3.4.5. PLAN DE TABULACIÓN**

Se elaboraron tablas para el cálculo de frecuencias, y tablas cruzadas para relaciones y concordancia.

#### 3.4.6. PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó el análisis de los datos mediante estadísticos descriptivos con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas fueron presentadas como proporciones.

Para la comparación de variables categóricas y determinación de relación entre grupos independientes, se empleó la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Para la determinación de concordancia se empleó el índice Kappa de Cohen.

Se consideró estadísticamente significativa una significación asintótica bilateral (P) menor de 0.05.

Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.23.0.



## **CAPÍTULO II RESULTADOS**

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 1**

Distribución de padres de recién nacidos hospitalizados según edad y sexo

<b>EDAD (años)</b>	<b>VARONES</b>		<b>MUJERES</b>		<b>TOTAL</b>	
	N°	%	N°	%	N°	%
<20	2	2,08%	7	7,29%	9	9,38%
20-29	25	26,04%	26	27,08%	51	53,13%
30-39	13	13,54%	18	18,75%	31	32,29%
≥40	4	4,17%	1	1,04%	5	5,21%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>45,83%</b>	<b>52</b>	<b>54,17%</b>	<b>96</b>	<b>100,00%</b>

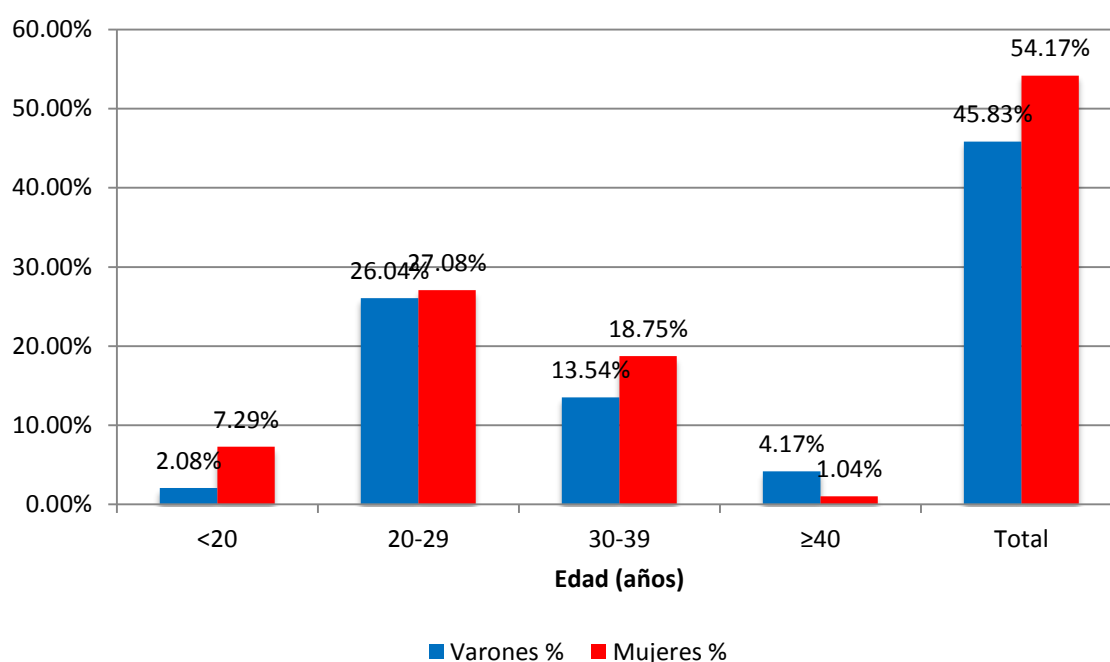
Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestra la distribución de los 96 padres de recién nacidos hospitalizados según edad y sexo. El rango de edad predominante fue de 20-29 años (53.13%). El 54.17% de los padres fueron mujeres y 48.83% varones.

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 1**

Distribución de padres de recién nacidos hospitalizados según edad y sexo



Se muestra la distribución de los 96 padres de recién nacidos hospitalizados según edad y sexo. La edad promedio de los padres fue 28.86 años y de las madres 27.38 años.

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 2**

Estado civil de los padres de recién nacidos hospitalizados

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero	8	8.33%
Conviviente	80	83.33%
Casado	8	8.33%
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

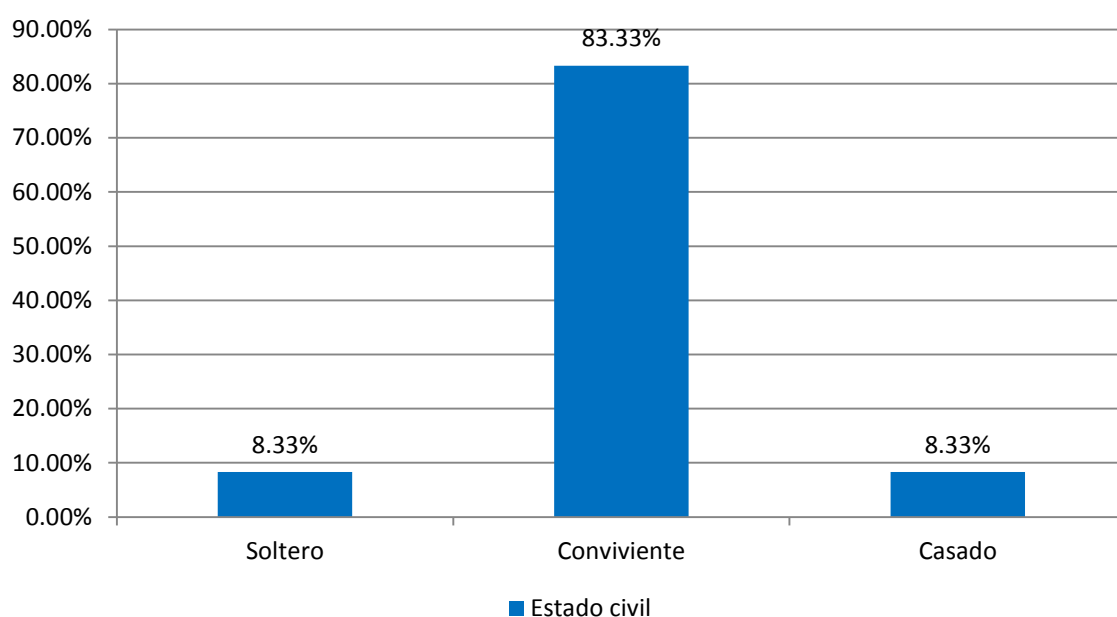
Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestra el estado civil de los padres de recién nacidos hospitalizados; siendo en su mayoría convivientes (83.33%), teniendo los solteros y casados una frecuencia similar (8.33%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 2**

Estado civil de los padres de recién nacidos hospitalizados



Se muestra el estado civil de los padres de recién nacidos hospitalizados; observándose un predominancia de la unión en pareja incluyendo a convivientes y casados (91.66%) y comparación de solteros (8.33%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 3**

Grado de instrucción de los padres de recién nacidos hospitalizados

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

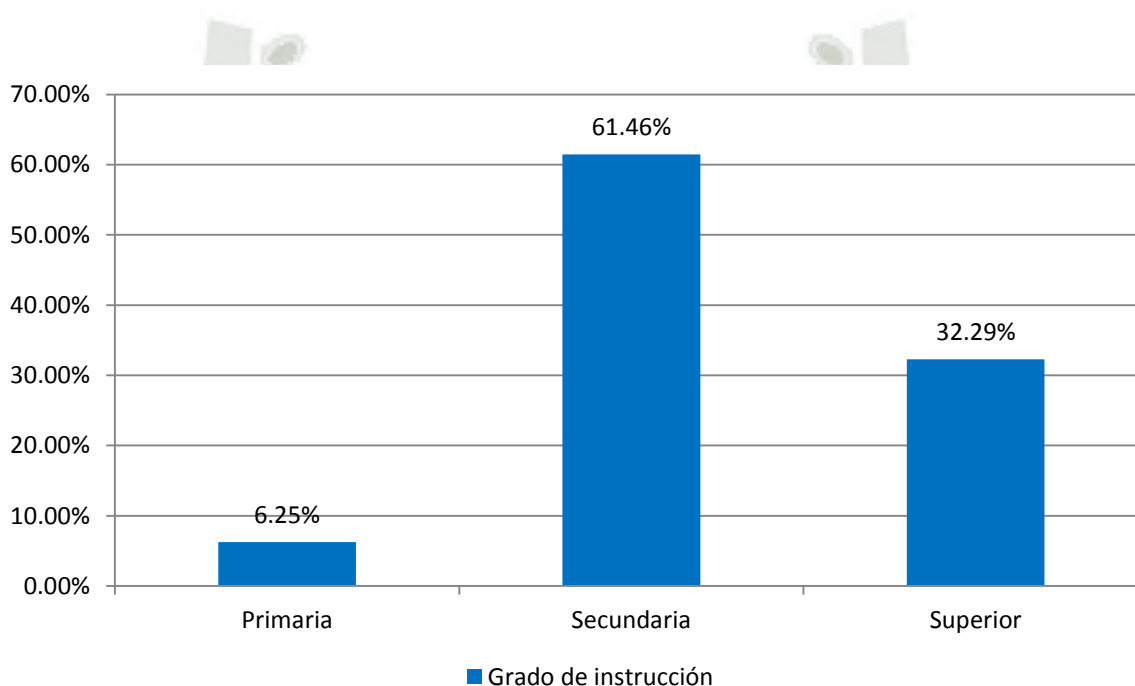
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Primaria	6	6.25%
Secundaria	59	61.46%
Superior	31	32.29%
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Se muestra que el grado de instrucción predominante fue secundaria (61.46%), seguido de superior (32.29%) y finalmente primaria (6.25%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 3**

Grado de instrucción de los padres de recién nacidos hospitalizados



Se muestra que el grado de instrucción predominante fue secundaria (61.46%), seguido de superior (32.29%) y finalmente primaria (6.25%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 4**

Nivel socioeconómico de los padres de recién nacidos hospitalizados\*

<b>NIVEL</b>	<b>INGRESO MENSUAL (S/)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
E	s/ 1027	54	56.25%
D	s/ 1992	39	40.63%
C	s/ 3261	-	-
B	s/ 5126	3	3.13%
A	s/ 10622	-	-
<b>TOTAL</b>		96	100.00%

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

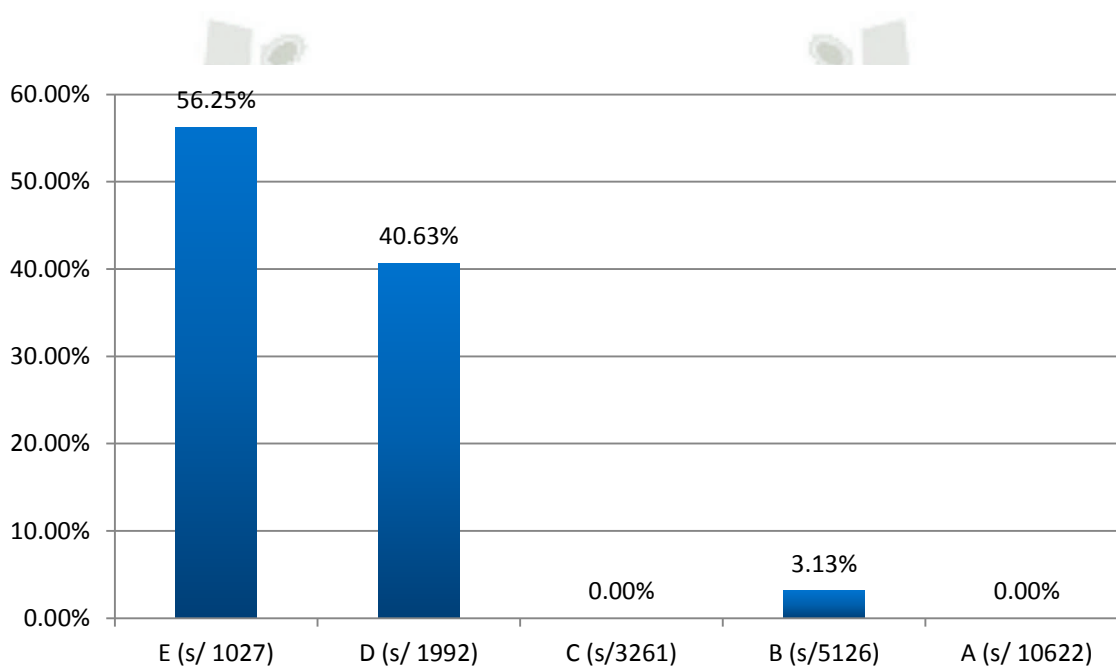
\* Niveles socioeconómicos basados en los datos de Ipsos Perú, 2013 (1).

Se muestra que el nivel socioeconómico predominante fue nivel E (s/ 1027) con 56.25%, seguido de nivel D (s/ 1992) con 40.63% y finalmente nivel B (s/ 3261) con 3.13%. No se encontraron padres con nivel socioeconómico A ni C.

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 4**

Nivel socioeconómico de los padres de recién nacidos hospitalizados



\* Niveles socioeconómicos basados en los datos de Ipsos Perú, 2013 (1).

Se muestra que el nivel socioeconómico predominante fue nivel E (s/ 1027) con 56.25%, seguido de nivel D (s/ 1992) con 40.63% y finalmente nivel B (s/ 3261) con 3.13%. No se encontraron padres con nivel socioeconómico A ni C.

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 5**

Distribución de padres de recién nacidos hospitalizados según procedencia y zona en la que vive

<b>ZONA / PROCEDENCIA</b>	<b>RURAL</b>		<b>URBANA</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Arequipa	11	11.46%	45	46.88%	56	58.33%
Cusco	18	18.75%	5	5.21%	23	23.96%
Puno	5	5.21%	4	4.17%	9	9.38%
Moquegua	3	3.13%	1	1.04%	4	4.17%
Lima	1	1.04%	1	1.04%	2	2.08%
Ilo	0	0.00%	2	2.08%	2	2.08%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>39.58%</b>	<b>58</b>	<b>60.42%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

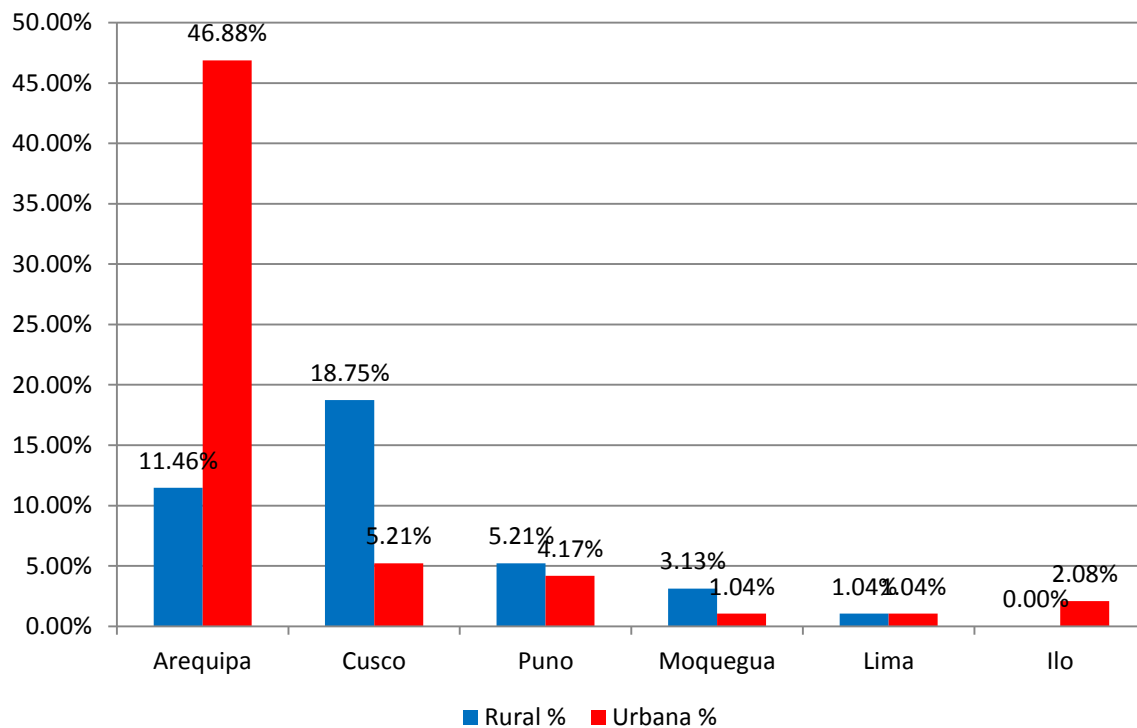
Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestra el lugar de procedencia predominante fue Arequipa con 58.33%, seguida de Cusco con 23.96%, viviendo en zona urbana predominantemente (60.42%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 5**

Distribución de padres de recién nacidos hospitalizados según procedencia y zona en la que vive



Se muestra el lugar de procedencia predominante fue Arequipa con 58.33%, de los cuales el 46.88% vive en zona urbana; seguida de Cusco con 23.96%, de los cuales 18.75% vive en zona rural.

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 6**

Distribución recién nacidos según diagnóstico de hospitalización

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Infecciosa	Afecto por ITU materna	13	25.00%
	Afecto por Infección vaginal	2	3.80%
	Afecto por RPM	5	9.60%
	Sepsis	4	7.70%
Asociado a la edad gestacional	Grande para la edad gestacional	10	19.20%
	Pequeño para la edad gestacional	7	13.50%
	Bajo peso al nacer	1	1.90%
	Prematuro	2	3.80%
Respiratoria	Síndrome de dificultad respiratoria	4	7.70%
Digestiva	Ictericia	2	3.80%
	Deshidratación II°	2	3.80%
<b>TOTAL</b>		<b>52</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

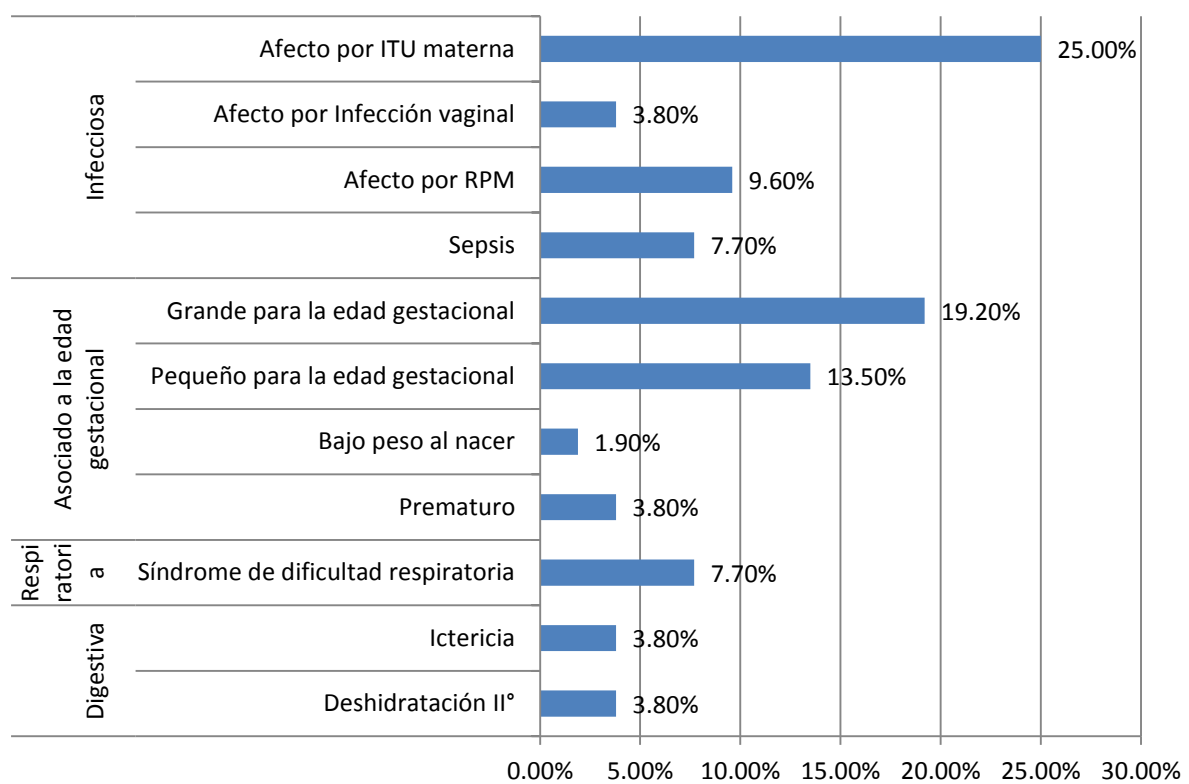
\* ITU: Infección del tracto urinario, RPM: ruptura prematura de membranas.

Se muestran 52 neonatos hospitalizados, siendo 44 nacidos de parejas de padres convivientes o casadas, y 8 de madres solteras. El motivo predominante de hospitalización fue la patología infecciosa con 46.10%, siendo la afección por ITU materna y por RPM los diagnósticos principales; seguido de la patología asociada a la edad gestacional (38.40%), patología digestiva (7.6%) y finalmente respiratoria (7.70%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 6**

Distribución recién nacidos según diagnóstico de hospitalización



\* ITU: Infección del tracto urinario, RPM: ruptura prematura de membranas.

Se observa que el diagnóstico predominante de los 52 recién nacidos hospitalizados fue la afección por ITU materna (25.00%), seguido de grande para la edad gestacional (19.20%). El diagnóstico menos frecuente fue bajo peso al nacer (1.9%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 7**

Niveles de depresión en padres de recién nacidos hospitalizados

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>ESCALA DE ZUNG</b>	<b>NIVELES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin depresión	≤40	Ausente	56	58.33%
	41-47	Leve	32	33.33%
Con depresión	48-55	Moderada	8	8.33%
	>55	Severa	-	-
<b>TOTAL</b>			96	100.00%

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestran los niveles de depresión obtenidos tras la aplicación de la escala de Zung para depresión, encontrándose que los padres en su mayoría no presentan nivel alguno de depresión (58.33%), y de aquellos que si presentan algún nivel (41.66%), este es leve predominantemente (33.33%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 8**

Niveles de ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados

<b>ANSIEDAD</b>	<b>ESCALA DE ZUNG</b>	<b>NIVELES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin ansiedad	≤35	Ausente	44	45.83%
	36-47	Leve	46	47.92%
Con ansiedad	38-59	Moderada	6	6.25%
	≥60	Severa	-	-
<b>TOTAL</b>			96	100.00%

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestran los niveles de ansiedad obtenidos tras la aplicación de la escala de Zung para ansiedad, encontrándose que los padres en su mayoría presentan algún nivel de ansiedad (54.17%), siendo este predominantemente leve (47.92%). El 45.83% de los padres no presentó ansiedad.

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 9**

Nivel de depresión de los padres según edad

EDAD	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	7	77.28%	1	11.11%	1	11.11%	9	100.00%
20-29	26	50.98%	20	39.22%	5	9.80%	51	100.00%
30-39	19	61.29%	10	32.26%	2	6.45%	31	100.00%
>40	4	80.00%	1	20.00%	0	0.00%	5	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

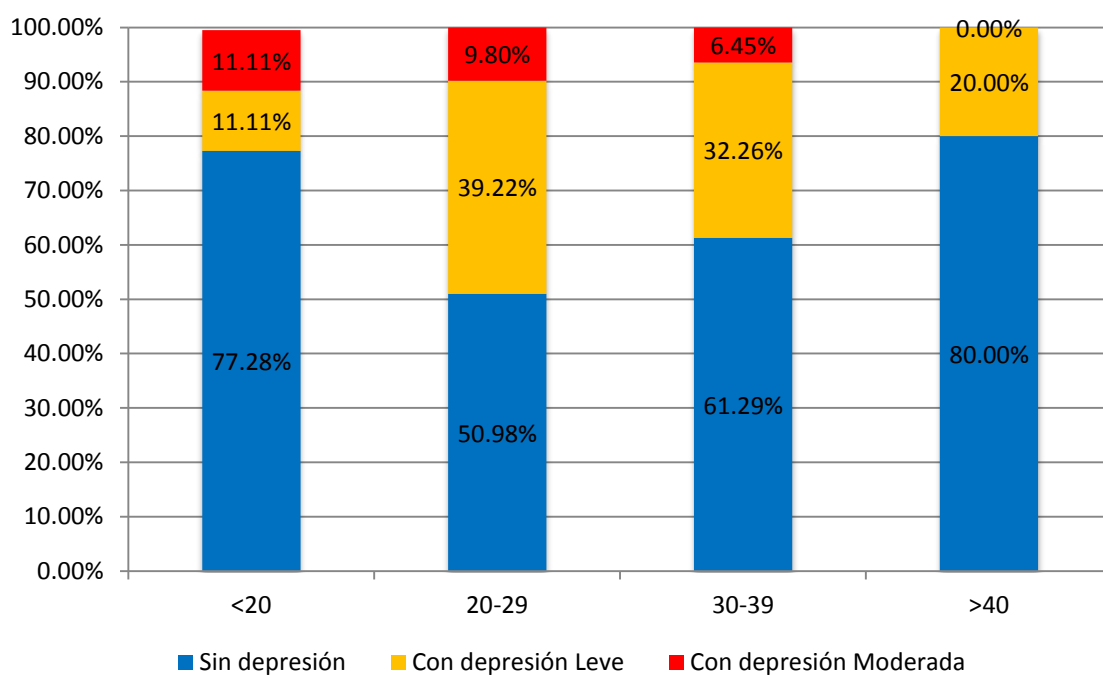
**Chi-cuadrado = 4.409      Grados de libertad = 6 (12.592)      p = 0.621**

Se observa una distribución similar entre quienes no presentan depresión y quienes la presentan. El rango de edades en la que se presenta con mayor frecuencia algún nivel de depresión fue entre los 20 a 29 años (46.02%). Los padres de un rango de edad <20 años presentan un nivel más de depresión (11.11%) Así mismo tras la prueba de Chi-cuadrado se interpreta que no existe diferencia significativa entre la edad de los padres y el nivel de depresión que estos poseen ( $p < 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 9**

Nivel de depresión de los padres según edad



Se observa una distribución similar entre quienes no presentan depresión y quienes la presentan. El rango de edades en la que se presenta con mayor frecuencia algún nivel de depresión fue entre los 20 a 29 años (49.02%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 10**

Nivel de ansiedad de los padres según edad

EDAD	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	4	44.44%	4	44.44%	1	11.11%	9	100.00%
20-29	21	41.88%	26	50.98%	4	7.84%	51	100.00%
30-39	16	51.61%	14	45.16%	1	3.23%	31	100.00%
>40	3	60.00%	2	40.00%	0	0.00%	5	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>45.83%</b>	<b>46</b>	<b>47.92%</b>	<b>6</b>	<b>6.25%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

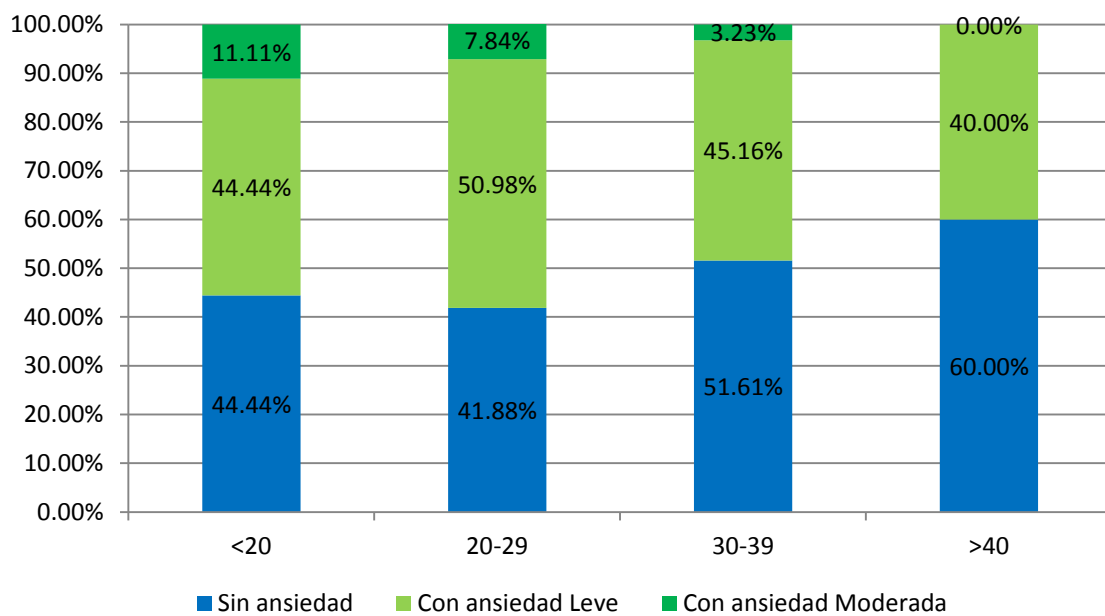
**Chi-cuadrado = 2.241      Grados de libertad = 6 (12.592)      p = 0.896**

Se observa una distribución similar entre quienes no presentan ansiedad y quienes la presentan. El rango de edades en la que se presenta con mayor frecuencia algún nivel de ansiedad fue entre los 20 a 29 años (58.82%). Así mismo tras la prueba de Chi-cuadrado se interpreta que no existe relación entre la edad de los padres y el nivel de ansiedad que estos presentan ( $p < 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 10**

Nivel de ansiedad de los padres según edad



Se observa una distribución similar entre quienes no presentan ansiedad y quienes la presentan. El rango de edades en la que se presenta con mayor frecuencia algún nivel de ansiedad fue entre los 20 a 29 años (58.82%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 11**

Nivel de depresión de los padres según sexo

SEXO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	25	56.82%	19	43.18%	0	0.00%	44	100.00%
Femenino	31	59.62%	13	25.00%	8	15.38%	52	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

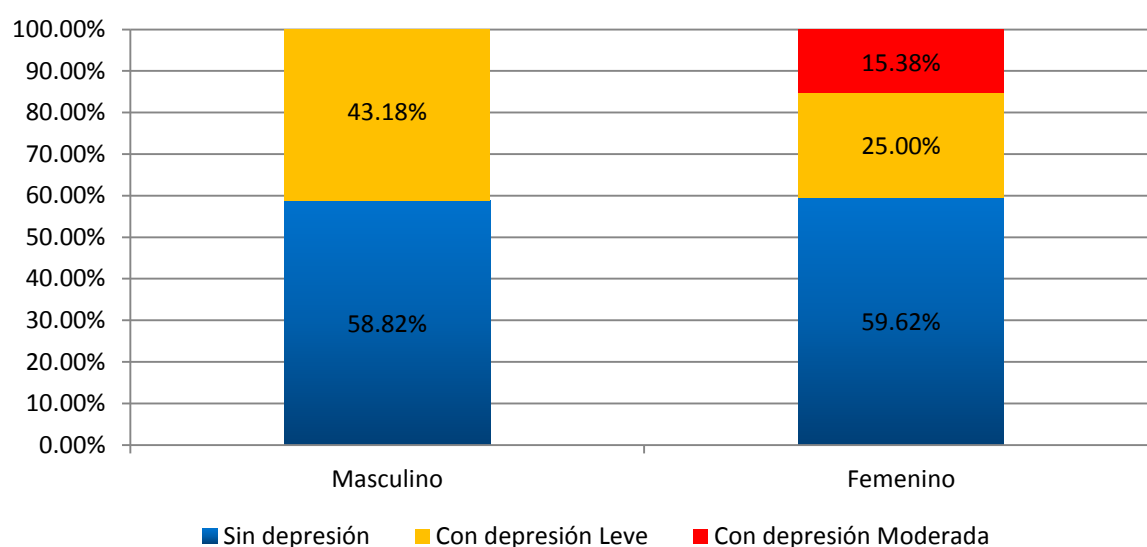
**Chi-cuadrado = 9.165      Grados de libertad = 2 (5.991)      p = 0.010**

Se muestra que la presencia de depresión entre hombre y mujeres tuvo frecuencias cercanas, siendo mayor en los varones (43.18%) en comparación con las mujeres (40.38%). Así mismo se observa que el sexo femenino presenta con más frecuencia depresión moderada (15.38%). A partir de la prueba Chi-cuadrado se determina que existe relación entre el sexo de los padres y el nivel de depresión que estos poseen con una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 11**

Nivel de depresión de los padres según sexo



Se muestra que la presencia de depresión entre hombre y mujeres tuvo frecuencias cercanas, siendo mayor en los varones (43.18%) en comparación con los hombres (40.38%). Así mismo se observa que el sexo femenino presenta con más frecuencia depresión moderada (15.38%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 12**

Nivel de ansiedad de los padres según sexo

SEXO	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	21	47.73%	21	47.73%	2	4.55%	44	100.00%
Femenino	23	44.23%	25	48.08%	4	7.69%	52	100.00%
<b>TOTAL</b>	44	45.83%	46	47.92%	6	6.25%	96	100.00%

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

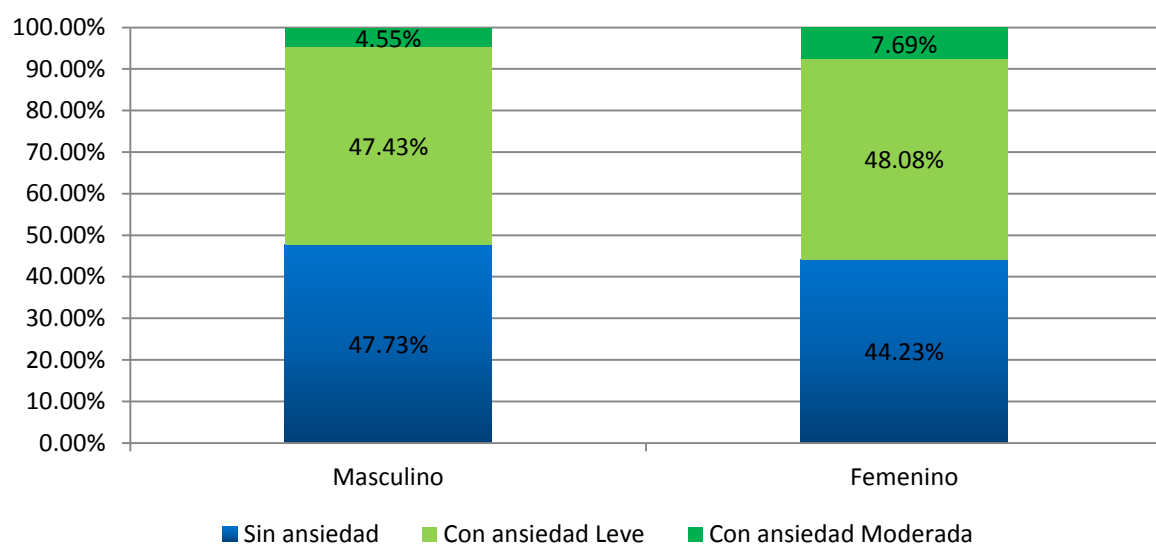
**Chi-cuadrado = 0.442      Grados de libertad = 2 (5.991)      p = 0.802**

Se muestra que la presencia de ansiedad en las mujeres fue mayor (55.77%) en comparación con los hombres (51.98%). La frecuencia en cuanto a diferentes niveles de ansiedad fue similar en ambos sexos. A partir de la prueba Chi-cuadrado se determina que no existe diferencia significativa entre el sexo de los padres y el nivel de ansiedad que estos poseen ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 12**

Nivel de ansiedad de los padres según sexo



Se muestra que la presencia de ansiedad en las mujeres fue mayor (55.77%) en comparación con los hombres (51.98%). La frecuencia en cuanto a diferentes niveles de ansiedad fue similar en ambos sexos.

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 13**

Nivel de depresión de los padres según estado civil

ESTADO CIVIL	SIN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
	DEPRESIÓN		LEVE		MODERAD A			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltero	3	37.50%	5	62.50%	0	0	8	100.00%
Conviviente	46	57.50%	26	32.50%	8	10.00%	80	100.00%
Casado	7	87.50%	1	12.50%	0	0.00%	8	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

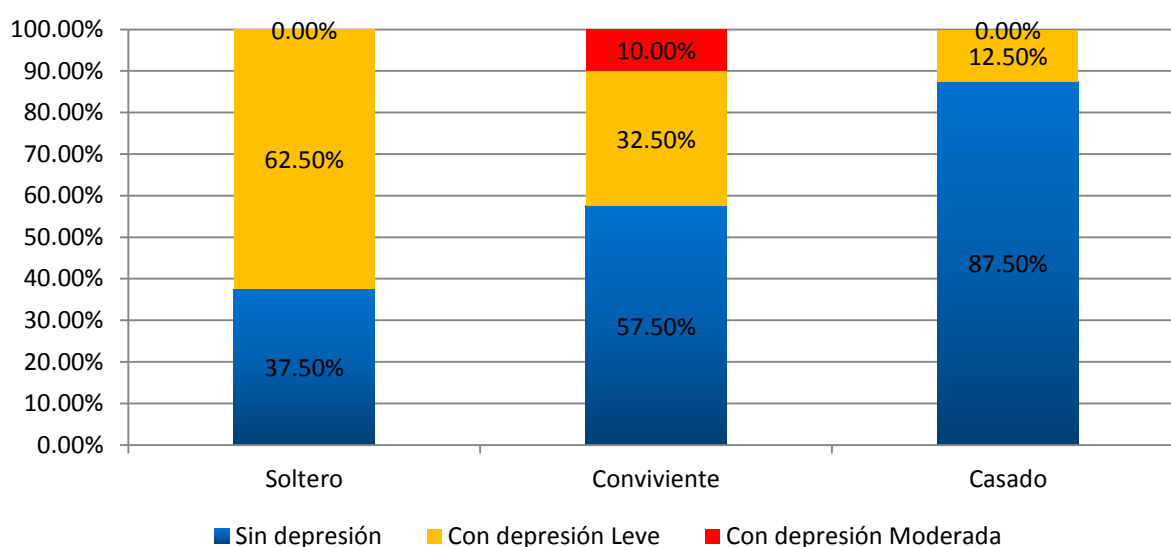
**Chi-cuadrado = 6.471      Grados de libertad = 4 (9.488)      p = 0.167**

Se muestra que los padres convivientes y casados en su mayoría no presentaron depresión (57.50% y 87.50% respectivamente), caso contrario en los solteros quienes en su mayoría presentaron un nivel leve de depresión (62.50%). El grupo de los convivientes fue el único grupo que presentó depresión moderada (10.00%). A partir de la prueba Chi-cuadrado se demuestra que no existe diferencia significativa entre el estado civil de los padres y el nivel de depresión que estos poseen ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 13**

Nivel de depresión de los padres según estado civil



Se muestra que los padres convivientes y casados en su mayoría no presentaron depresión (57.50% y 87.50% respectivamente), caso contrario en los solteros quienes en su mayoría presentaron depresión leve (62.50%). El grupo predominante fue el único grupo que presentó depresión moderada (10.00%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 14**

Nivel de ansiedad de los padres según estado civil

ESTADO CIVIL	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltero	4	50.00%	4	50.00%	0	0.00%	8	100.00%
Conviviente	34	42.50%	40	50.00%	6	7.50%	80	100.00%
Casado	6	75.00%	2	25.00%	0	0.00%	8	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>45.83%</b>	<b>46</b>	<b>47.92%</b>	<b>6</b>	<b>6.25%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

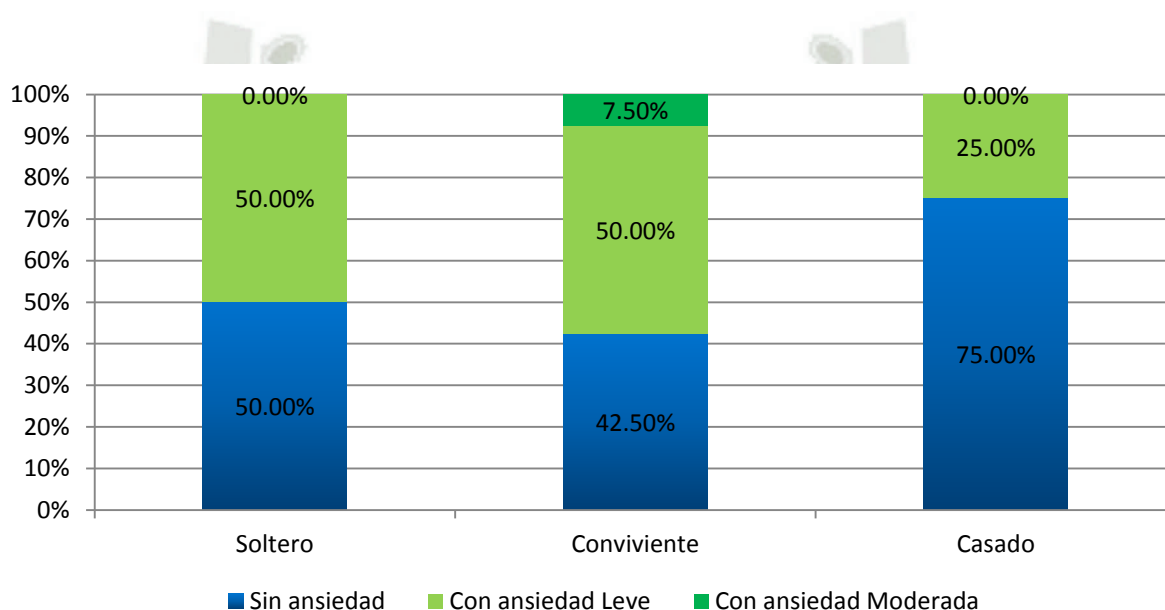
**Chi-cuadrado = 3.866      Grados de libertad = 4 (9.488)      p = 0.424**

Se muestra que los padres en los diferentes estados civiles presentan o carecen de ansiedad en frecuencias similares. Los convivientes presentaron predominantemente ansiedad en algún nivel (57.50%), siendo además el único grupo que presentó ansiedad moderada (7.50%). A partir de la prueba Chi-cuadrado se determina que no existe diferencia significativa entre el estado civil de los padres y el nivel de ansiedad que estos poseen ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 14**

Nivel de ansiedad de los padres según estado civil



Se muestra que los padres en los diferentes estados civiles presentan o carecen de ansiedad en frecuencias similares. Los convivientes presentaron predominantemente ansiedad en algún nivel (46.92%), siendo además el único grupo que presentó ansiedad moderada (6.25%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 15**

Nivel de depresión de los padres según grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
	N	%	LEVE	MODERADA	N	%	N	%
Primaria	5	83.33%	1	16.67%	0	0.00%	6	100.00%
Secundaria	32	54.24%	22	37.29%	5	8.47%	59	100.00%
Superior	19	61.29%	9	29.03%	3	9.68%	31	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

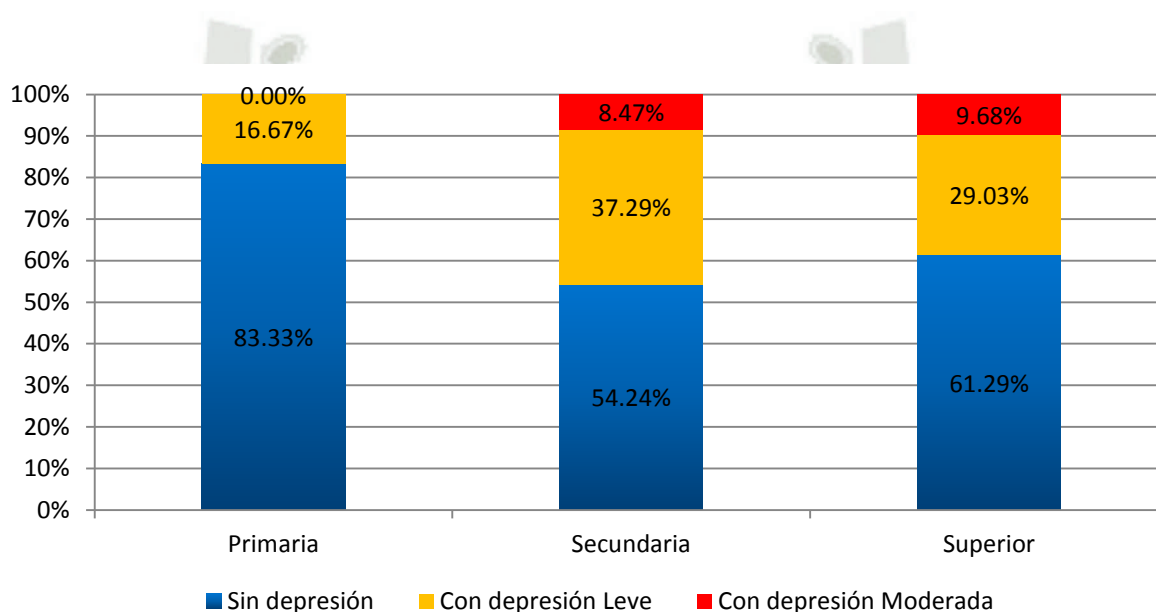
**Chi-cuadrado = 2.377      Grados de libertad = 4 (9.488)      p = 0.667**

Se muestra que los padres, en los tres grados de instrucción se presentan en su mayoría sin depresión, siendo esto predominante en el grupo de padres con instrucción primaria (83.33%). El grupo predominante que presentó depresión fue el de instrucción secundaria, siendo en su mayoría leve (45.76%). No existe diferencia significativa entre el grado de instrucción de los padres y el nivel de depresión de estos ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 15**

Nivel de depresión de los padres según grado de instrucción



Se muestra que los padres, en los tres grados de instrucción se presentan en su mayoría sin depresión, siendo esto predominante en el grupo de padres con instrucción primaria (83.33%). El grupo predominante que presentó depresión fue el de instrucción secundaria, siendo en su mayoría leve (45.76%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 16**

Nivel de ansiedad de los padres según grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
N	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	5	83.33%	1	16.67%	0	0.00%	6	100.00%
Secundaria	27	45.76%	29	49.15%	3	5.08%	59	100.00%
Superior	12	38.71%	16	51.61%	3	9.68%	31	100.00%
<b>TOTAL</b>	44	45.83%	46	47.92%	6	6.25%	96	100.00%

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

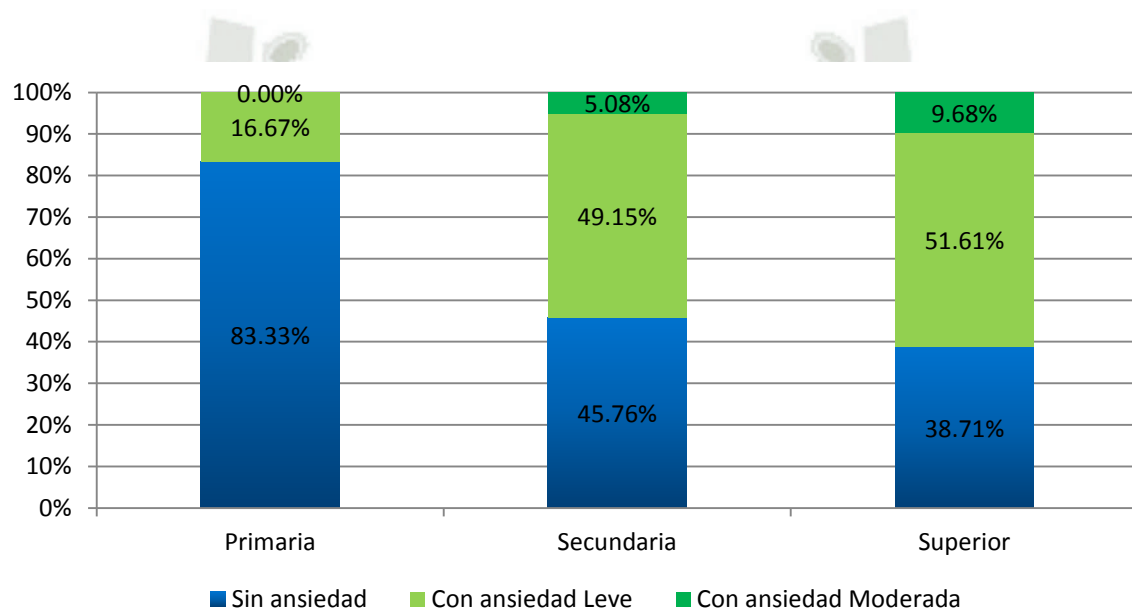
**Chi-cuadrado = 4.600      Grados de libertad = 4 (9.488)      p = 0.331**

Se muestra que los padres con instrucción secundaria y superior presentan algún grado de ansiedad predominantemente, siendo 54.23% y 61.29% respectivamente. El grupo predominante fue el de padres con instrucción primaria sin depresión (83.33%). Sin embargo esta diferencia no es significativa, no existiendo relación entre el grado de instrucción de los padres y el nivel de ansiedad que estos poseen ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 16**

Nivel de ansiedad de los padres según grado de instrucción



Se muestra que los padres con instrucción secundaria y superior presentan algún grado de ansiedad predominantemente, siendo 54.23% y 61.29% respectivamente. El grupo predominante fue el de padres con instrucción primaria sin ansiedad (83.33%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 17**

Nivel de depresión según nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOECON ÓMICO	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
E (S/ 1027)	25	46.30%	23	42.59%	6	11.11%	54	100.00%
D (S/ 1992)	29	74.36%	8	20.51%	2	5.13%	39	100.00%
C (S/ 3261)	-	-	-	-	-	-	-	0.00%
B (S/ 5126)	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%	3	100.00%
A (S/ 10622)	-	-	-	-	-	-	-	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

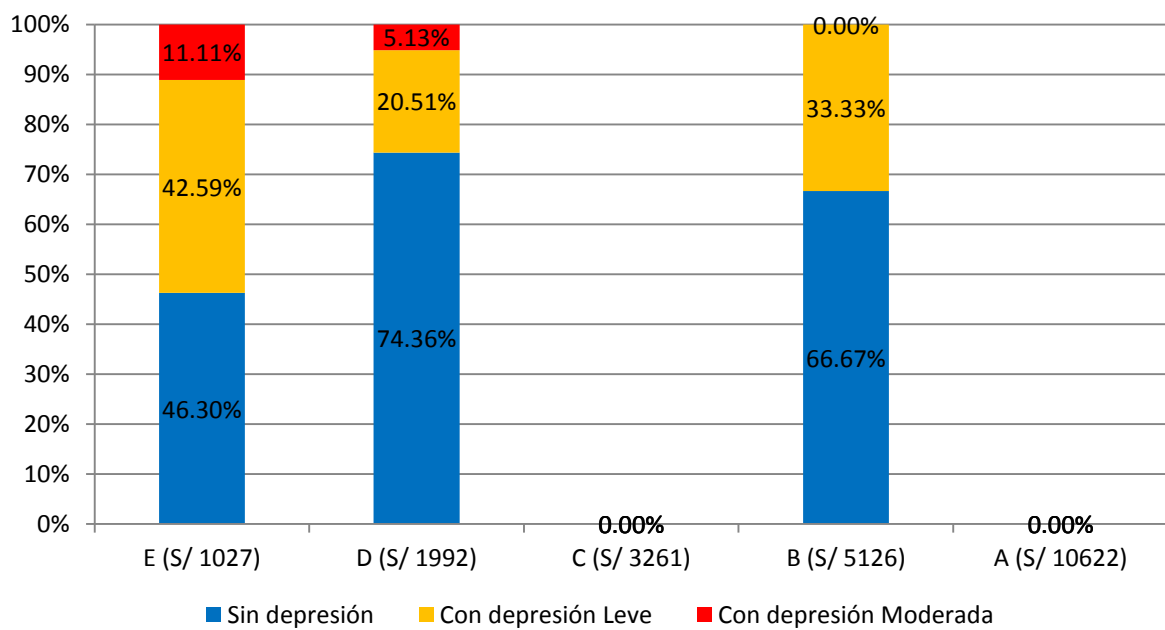
**Chi-cuadrado = 7.637      Grados de libertad = 4 (9.488)      p = 0.106**

Se muestra que los padres con nivel E presentaron en mayor frecuencia síntomas de depresión (53.70%). Los padres con un nivel D, en su mayoría no presentaron depresión (74.36%). Sin embargo, no existe diferencia significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y el nivel de depresión de estos ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 17**

Nivel de depresión según nivel socioeconómico.



Se muestra que los padres con nivel E presentaron las frecuentemente síntomas de depresión (53.70%). Los padres con un nivel D, en su mayoría no presentaron depresión (74.36%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 18**

Nivel de ansiedad de los padres según nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOECON ÓMICO	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
E (S/ 1027)	23	42.59%	27	50.00%	4	7.41%	54	100.00%
D (S/ 1992)	19	48.72%	18	46.15%	2	5.13%	39	100.00%
C (S/ 3261)	-	-	-	-	-	-	-	0.00%
B (S/ 5126)	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%	3	100.00%
A (S/ 10622)	-	-	-	-	-	-	-	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>45.83%</b>	<b>46</b>	<b>47.92%</b>	<b>6</b>	<b>6.25%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

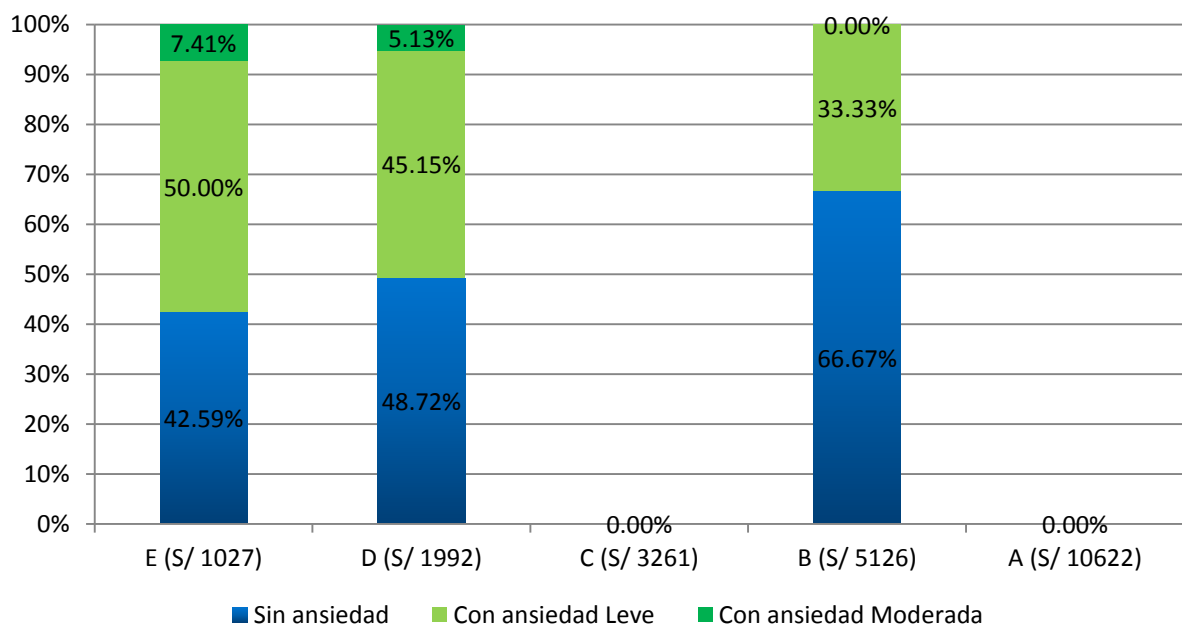
**Chi-cuadrado = 1.068      Grados de libertad = 4 (9.488)      p = 0.899**

Se muestra que los padres con nivel E presentaron en mayor frecuencia síntomas de ansiedad (57.41%).. Siendo así, no se evidencia diferencia significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y el nivel de ansiedad de estos ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 18**

Nivel de ansiedad de los padres según nivel socioeconómico



Se muestra que los padres con nivel E presentaron en mayor frecuencia síntomas de ansiedad (57.41%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 19**

Nivel de depresión de los padres según procedencia.

PROCEDENCIA	SIN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
	DEPRESIÓN		LEVE		MODERAD A			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Arequipa	37	66.07%	16	28.57%	3	5.36%	56	100.00%
Cusco	6	26.09%	13	56.52%	4	17.39%	23	100.00%
Puno	8	88.89%	1	11.11%	0	0.00%	9	100.00%
Moquegua	2	50.00%	1	25.00%	1	25%	4	100.00%
Lima	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2	100.00%
Ilo	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

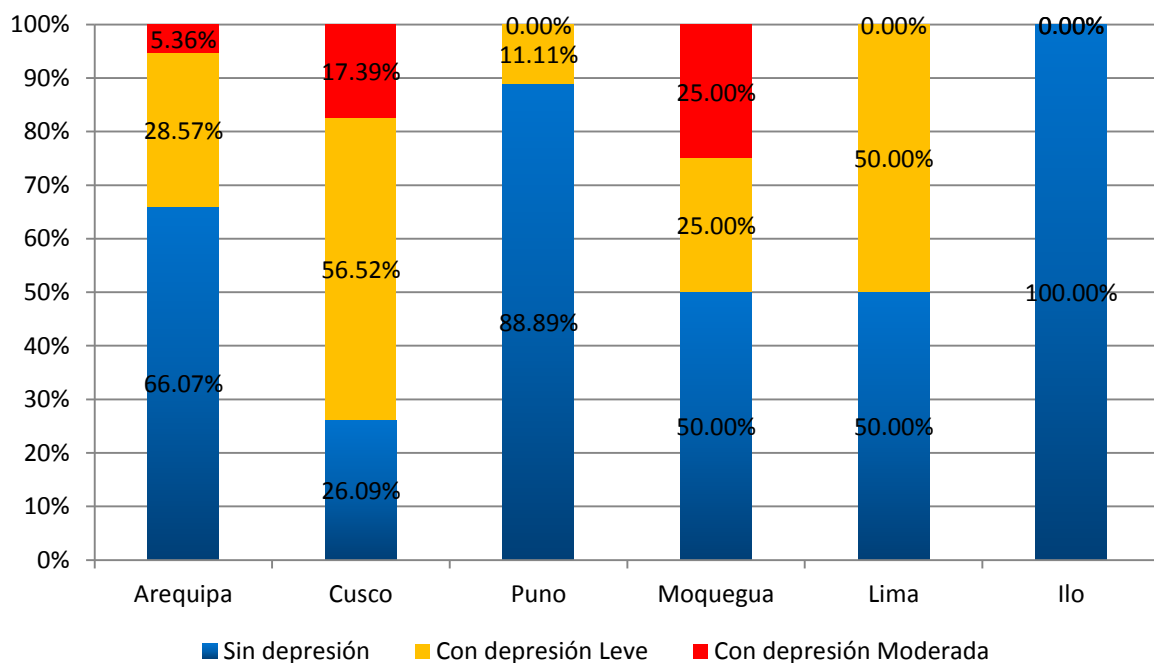
Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestra que los padres procedentes de las ciudades de Ilo, Puno y Arequipa en su mayoría no presentan síntomas de depresión (100%, 88.89% y 66.07%), en contraste con los padres procedentes de Cusco quienes presentaron depresión en una frecuencia mayor (73.91%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 19**

Nivel de depresión de los padres según procedencia.



Se muestra que los padres procedentes de las ciudades de Ilo, Puno y Arequipa en su mayoría no presentan síntomas de depresión (100%, 88.89% y 66.07%), en contraste con los padres procedentes de Cusco quienes presentaron depresión en una frecuencia mayor (73.91%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 20**

Nivel de ansiedad de los padres según procedencia

PROCEDENCIA	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Arequipa	25	44.64%	28	50.00%	3	5.36%	56	100.00%
Cusco	7	30.43%	14	60.87%	2	8.70%	23	100.00%
Puno	7	77.78%	2	22.22%	0	0.00%	9	100.00%
Moquegua	2	50.00%	1	25.00%	1	25.00%	4	100.00%
Lima	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2	100.00%
Ilo	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>45.83%</b>	<b>46</b>	<b>47.92%</b>	<b>6</b>	<b>6.25%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

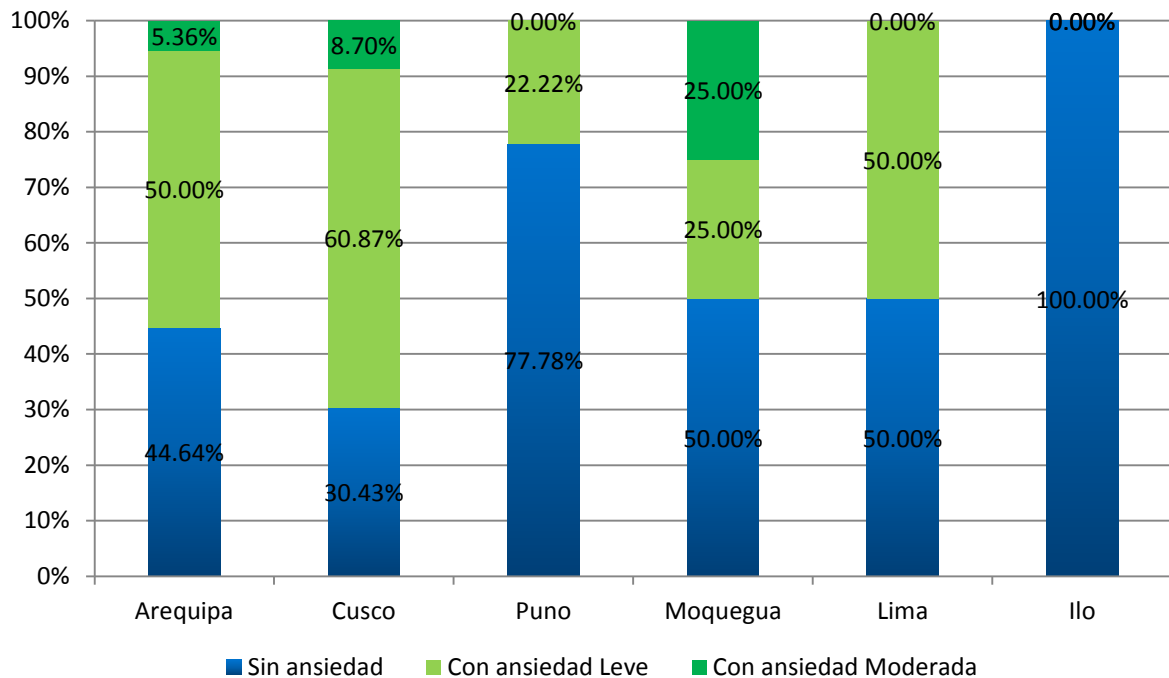
Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestra que los padres procedentes de Arequipa y Cusco presentaron en su mayoría algún nivel de ansiedad con 69.57% y 55.36. % respectivamente. Los padres procedentes de Ilo y Puno no presentaron síntomas en mayor medida (100% y 77.78%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 20**

Nivel de ansiedad de los padres según procedencia



Se muestra que los padres procedentes de Arequipa y Cusco presentaron en su mayoría algún nivel de ansiedad con 69.57% y 55.36. % respectivamente. Los padres procedentes de Ilo y Puno no presentaron síntomas en mayor medida (100% y 77.78%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 21**

Nivel de depresión de los padres según zona en la que viven

ZONA	SIN DEPRESIÓN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rural	12	31.58%	20	52.63%	6	15.79%	38	100.00%
Urbana	44	75.86%	12	20.69%	2	3.45%	58	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

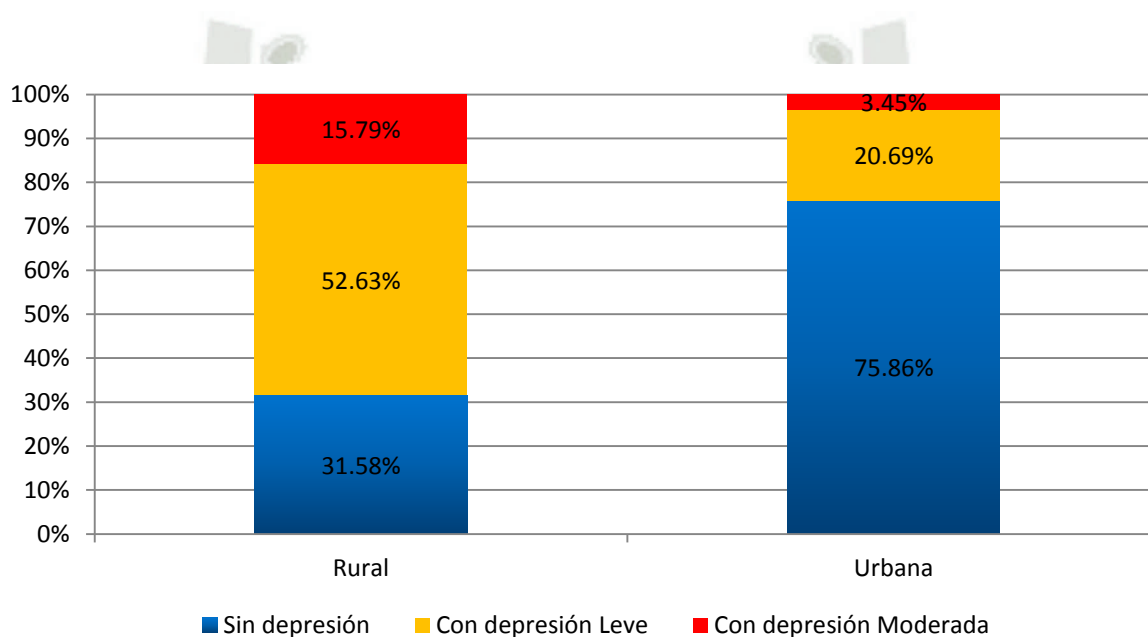
**Chi-cuadrado = 18.941      Grados de libertad = 2 (5.991)      p = 0.0001**

Se muestra que los padres que viven en zona rural presentan con mayor frecuencia depresión en algún nivel (68.42%). Aquellos que viven en zona urbana no presentaron depresión en su mayoría (75.86%). Existe diferencia significativa entre la zona en la que viven los padres y el nivel de depresión de estos. ( $p < 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 21**

Nivel de depresión de los padres según la zona en la que viven



Se muestra que los padres que viven en zona rural presentan con mayor frecuencia depresión en algún nivel (68.42%). Aquellos que viven en zona urbana no presentaron depresión en su mayoría (75.86%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 22**

Nivel de ansiedad de los padres según la zona en la que viven

ZONA	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rural	13	34.21%	21	55.26%	4	10.53%	38	100.00%
Urbana	31	53.45%	25	43.10%	2	3.45%	58	100.00%
<b>TOTAL</b>	44	45.83%	46	47.92%	6	6.25%	96	100.00%

Fuente: instrumento aplicado por el investigador

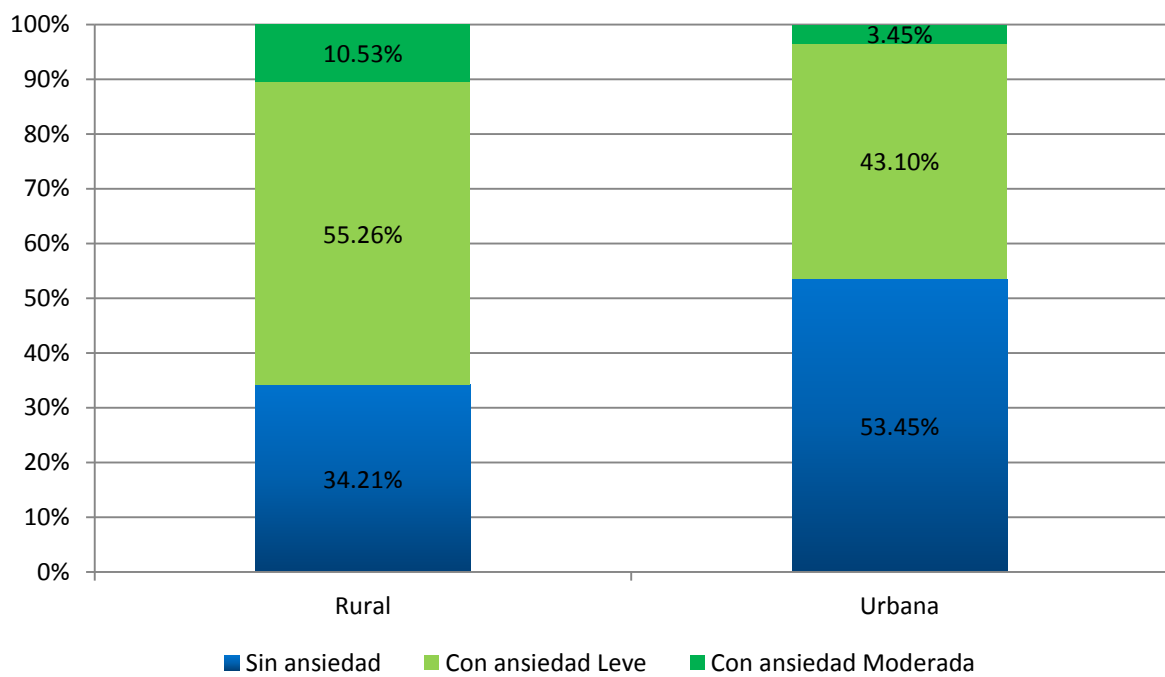
**Chi-cuadrado = 4.403      Grados de libertad = 2 (5.991)      p = 0.111**

Se muestra que los padres que viven en zona rural presentan con mayor frecuencia ansiedad en algún nivel (65.79%) y aquellos que viven en zona urbana no presentaron depresión en su mayoría (53.45%). Sin embargo esta diferencia no fue significativa concluyéndose que no existe relación entre la procedencia de los padres y el nivel de ansiedad de estos. ( $p > 0.05$ ).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 22**

Nivel de ansiedad de los padres según la zona en la que viven



Se muestra que los padres que viven en zona rural presentan con mayor frecuencia ansiedad en algún nivel (65.79%) y aquellos que viven en zona urbana no presentaron depresión en su mayoría (53.45%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 23**

Nivel de depresión de los padres según el diagnóstico del recién nacido

PATOLOGÍA	SIN		CON DEPRESIÓN				TOTAL	
	DEPRESIÓN		LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infecciosa	28	60.87%	14	30.43%	4	8.70%	46	100.00%
Asociado a la edad gestacional	23	67.65%	9	26.47%	2	5.88%	34	100.00%
Respiratoria	4	50.00%	4	50.00%	0	0.00%	8	100.00%
Digestiva	1	12.50%	5	62.50%	2	25.00%	8	100.00%
<b>TOTA</b>	<b>56</b>	<b>58.33%</b>	<b>32</b>	<b>33.33%</b>	<b>8</b>	<b>8.33%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

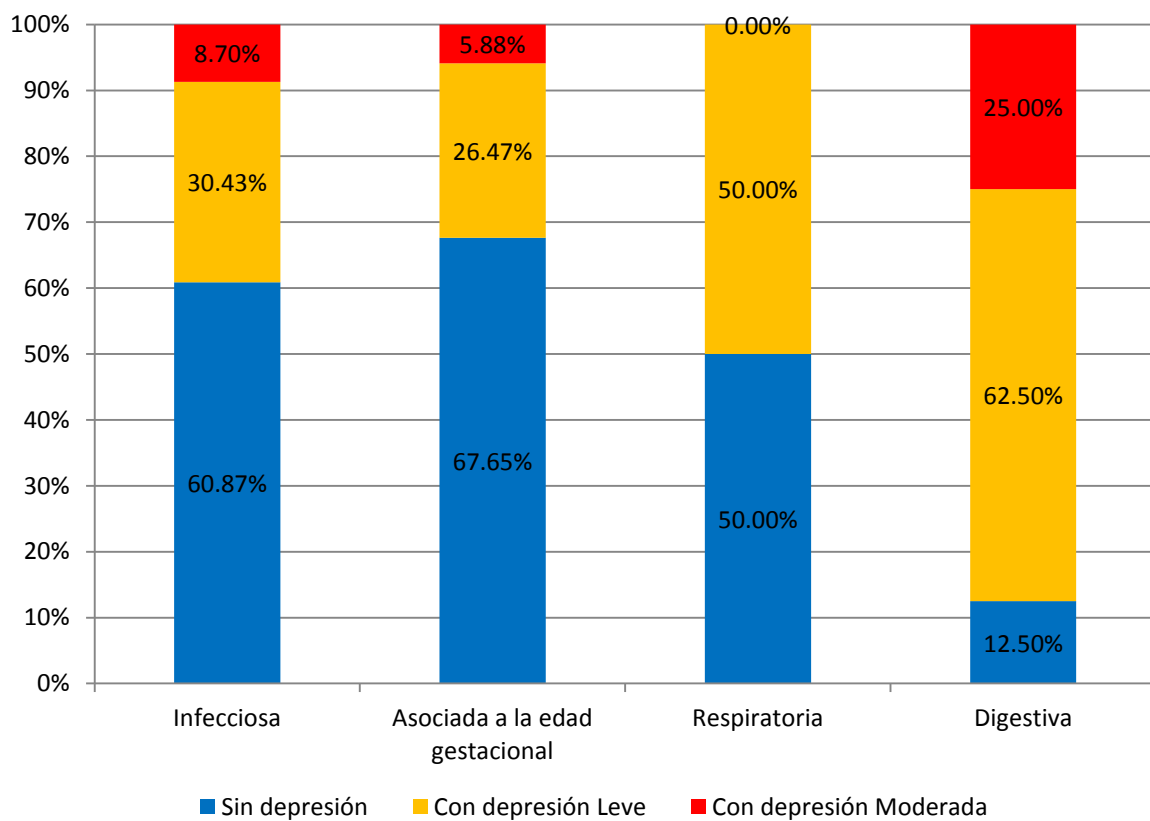
Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestra que los padres de hijos con patología infecciosa y asociada a la edad gestacional se presentaron en su mayoría sin depresión (60.87% y 67.65% respectivamente). Los padres de hijos hospitalizados por patología digestiva y respiratoria presentaron con más frecuencia síntomas depresivos (87.50% y 50.00%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 23**

Nivel de depresión de los padres según diagnóstico del recién nacido



Se muestra que los padres de hijos con patología infecciosa y asociada a la edad gestacional se presentaron en su mayoría sin depresión (60.87% y 67.65% respectivamente). Los padres de hijos hospitalizados por patología digestiva y respiratoria presentaron con más frecuencia síntomas depresivos (87.50% y 50.00%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Tabla 24**

Nivel de ansiedad de los padres según la patología del recién nacido

PATOLOGÍA	SIN ANSIEDAD		CON ANSIEDAD				TOTAL	
			LEVE		MODERADA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Infeciosa	21	45.65%	21	45.65%	4	8.70%	46	100.00%
Asociado a la edad gestacional	19	55.88%	15	44.12%	0	0.00%	34	100.00%
Respiratoria	3	37.50%	5	62.50%	0	0.00%	8	100.00%
Digestiva	1	12.50%	5	62.50%	2	25.00%	8	100%
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>45.83%</b>	<b>46</b>	<b>47.92%</b>	<b>6</b>	<b>6.25%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>

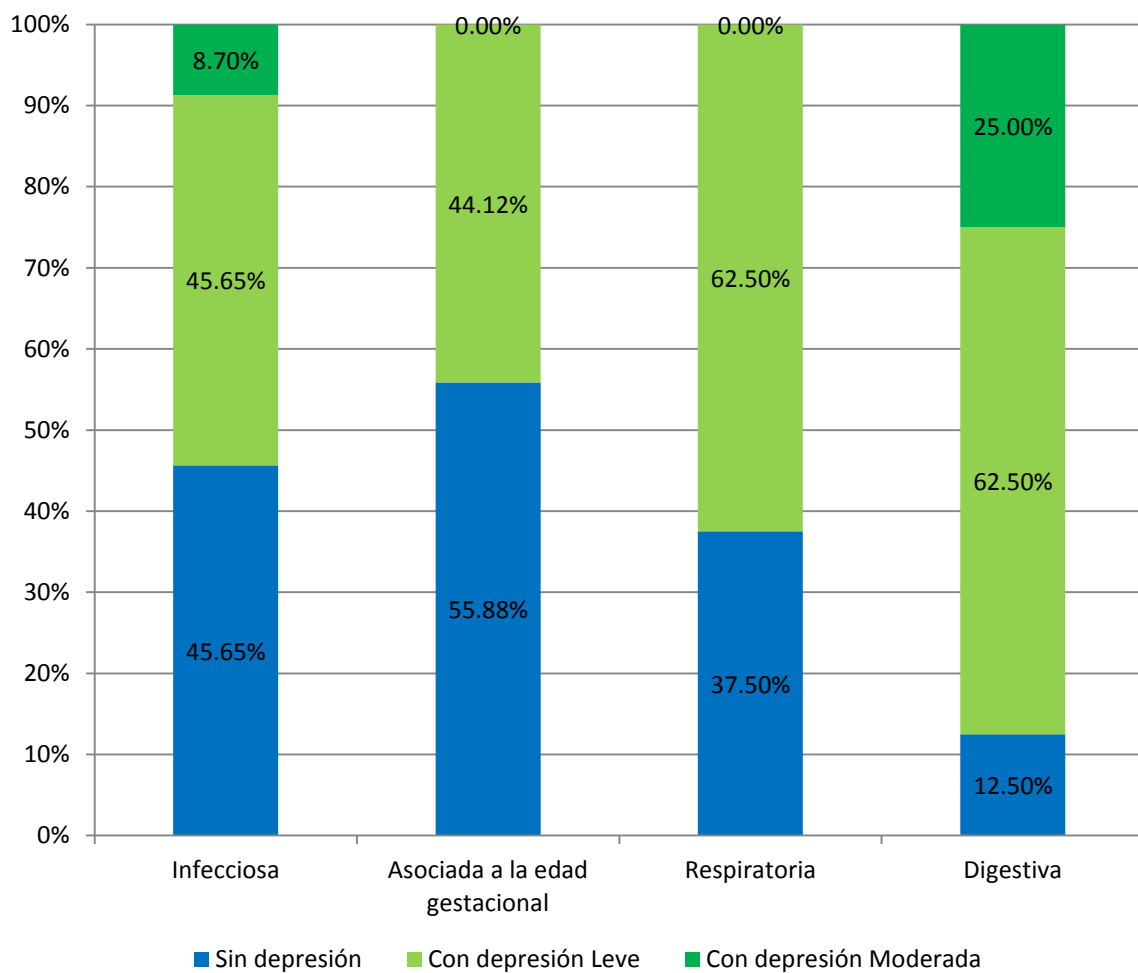
Fuente: instrumento aplicado por el investigador

Se muestra que los padres de hijos con patología digestiva y respiratoria presentaron en su mayoría síntomas de ansiedad (87.50% y 62.50%). Los padres de hijos con patología asociada a la edad gestacional no presentaron ansiedad en su mayoría (55.88%).

**“NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”**

**Gráfico 24**

Nivel de ansiedad de los padres según la patología del recién nacido



Se muestra que los padres de hijos con patología digestiva y respiratoria presentaron en su mayoría síntomas de ansiedad (87.50% y 62.50%). Los padres de hijos con patología asociada a la edad gestacional no presentaron ansiedad en su mayoría (55.88%).



### CAPITULO III

#### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Dada la alta incidencia de depresión y ansiedad en nuestra sociedad, es imperativo el estudio de esta en grupos vulnerables como lo son los padres de recién nacidos que requieren hospitalización, no solo por ser considerados un problema de salud pública afecta a los padres, sino que puede provocar inestabilidad familiar, e incluso afectar el desarrollo del neonato, esto respaldado por estudios a lo largo del mundo que van en aumento. Siendo así en el presente trabajo se realizó encuestas a 96 padres que cumplieron los criterios de inclusión, recolectando datos sociodemográficos y de nivel de depresión y ansiedad por la escala de Zung.

Según la distribución de acuerdo a edad y sexo el rango de edad predominante fue de 20-29 años (53.13%). Del total el 54.17% fueron mujeres y 48.83% varones. Los padres tuvieron una edad superior. Si bien en nuestro entorno predominan las parejas jóvenes, estas están conformadas por personas de edades similares. La proporción entre madres y padres concuerdan con estudios realizados en poblaciones similares como el de E. Palma l. y col. en Chile, sin embargo las edades encontradas en tal estudio fueron superiores teniendo las madres  $34\pm 5.8$  años y los padres  $36\pm 7.0$  años. (9)

El estado civil de los padres es en su mayoría convivientes (83.33%), teniendo los solteros y casados una frecuencia similar (8.33%). Esto pone en evidencia una predominancia clara de la unión en pareja entre convivientes y casados, sin embargo la frecuencia de parejas convivientes es considerable denotando que la población objetivo tiene ningún lazo legal o religioso. Esto contrasta con las poblaciones de otros países, Carter y col. en un estudio similar en el 2005 en Nueva Zelanda, encontró en su población objetivo que el 58% eran casados y el 30% convivientes. (10)

El grado de instrucción predominante fue secundaria (61.46%), seguido de superior (32.29%) y finalmente primaria (6.25%). En otros estudios el grado superior es más constante (9,11,12). Los padres se distribuyeron según su nivel socioeconómico de acuerdo a Ipsos Perú el 2013, a partir de los ingresos familiares mensuales (1).

Predominante fue nivel E (s/ 1027) con 56.25%, cifra que contrasta con la de otros estudios (11,13), pero similar a la encontrada por Kong y col. en China (12). Se comparó la procedencia de los padres con la zona en la que estos residían, siendo de zona rural el 39.58% y urbana el 60.42%, provenientes principalmente de Cusco y Arequipa respectivamente. Kong y col. en su estudio encontró frecuencias similares, con el 23.25% de padre residentes de zona rural y 76.75% de zona urbana. (12).

Se obtuvieron los diagnósticos de ingreso de 52 neonatos, 44 nacidos de parejas convivientes o casadas, y 8 de madres solteras. El motivo predominante de hospitalización fue la patología infecciosa con 46.10%, siendo la afección por ITU materna y por RPM los diagnósticos principales; seguido de la patología asociada a la edad gestacional (38.40%), patología digestiva (7.6%) y finalmente respiratoria (7.70%). Esto contrasta con lo descrito por Anicama M. en el 2011 en Lima quien encontró que las patologías más frecuentes en hijos de madres no adolescentes fueron en orden: grande para edad gestacional, pequeño para edad gestacional, ictericia neonatal y malformaciones congénitas, por mencionar las más frecuentes (14) y con lo descrito por Begazo P. en Arequipa quien describió que la mayoría fueron hospitalizados por patología metabólica, principalmente vómitos, seguido de patología respiratoria y luego por patología traumática (15). Siendo así se puede afirmar que de los neonatos estudiados, la mayoría fueron afectados por una infección materna transmitida en el periodo perinatal, siendo la principal la infección del tracto urinario, que como se sabe y corroboró el 2013 en un meta-análisis realizado por Grace J. y col., el riesgo de infección neonatal se incrementa hasta nueve veces en nacidos de madres infectadas (16).

Tras aplicar la escala de Zung para depresión, se reveló que los padres en su mayoría no presentaron síntomas de depresión (58.33%), y de aquellos que si lo hicieron, estos fueron leves (33.33%), y moderados (8.33%). El rango de edad en el que se presenta con mayor frecuencia depresión fue entre los 20 a 29 años (46.02%), así mismo los padres menores de 20 años presentaron niveles más altos (11.11%), pudiéndose intuir que las parejas entre más jóvenes están sujetas a una mayor probabilidad de presentar síntomas e incluso de mayor severidad, por su inexperiencia o falta de madurez mental,

sin embargo no existió diferencia significativa ( $\text{Chi}^2=4.409$ ,  $p=0.621$ ). En estudios similares no se discute la asociación entre edad y depresión (11,17,18).

Los resultados de esta investigación demostraron que los padres tuvieron una frecuencia mayor de depresión que las madres de los recién nacidos, encontrándose que el 43.18% de padres y el 40.38% de las madres con un recién nacido hospitalizado, presentaron síntomas. Al ser semejantes, podría deberse a que los padres estudiados estuvieron presentes la mayor parte del tiempo junto a la madre, experimentando así mayor carga emocional, no obstante las mujeres fueron las únicas que presentaron depresión moderada (15.38%). Se encontró diferencia significativa ( $\text{Chi}^2=9.165$ ,  $p=0.010$ ), otros estudios también encontraron diferencia estadísticamente significativa, sin embargo indicaron que los padres presentan niveles menores de depresión, siendo así un reciente estudio desarrollado por Al Maghaireh et al. (2017) en 310 padres de recién nacidos hospitalizados (155 varones y 155 mujeres) encontró que el 31% de los padres ( $n=93$ ) y el 35% de las madres ( $n=105$ ) tuvieron síntomas de depresión (11), siendo consistente además con lo encontrados en otros estudios (12,18). Por otro lado, Carter et.al. (2005) no reportaron diferencias significativas (10).

De acuerdo al estado civil, se encontró que los padres convivientes y casados en su mayoría no presentaron depresión (57.50% y 87.50%), caso contrario en los solteros quienes en su mayoría presentaron depresión leve (62.50%). El grupo de padres convivientes fue el único que presentó depresión moderada (10.00%). Las relaciones en pareja parecer apoyar al menor desarrollo de síntomas depresivos, al tener un apoyo mutuo para confrontar y superar la situación que viven, dicho apoyo es menor o prácticamente nulo en madres solteras. A pesar de esto no se encontró diferencia significativa ( $\text{Chi}^2=6.471$ ,  $p=0.167$ ). Esto es apoyado por lo encontrado por Greene y col. (2015) quienes reportaron que estar soltero o en una relación sin cohabitar, se asociaba a mayores síntomas depresivos (19).

Los padres en todos grados de instrucción no presentan depresión en su mayoría, siendo esto predominante en el grupo de padres con instrucción primaria (83.33%). Los padres con instrucción secundaria fueron quienes predominantemente presentaron

depresión (45.76%). Esto podría deberse a que en nuestra población al tener un menor grado de conocimiento, se brinda del mismo modo menor importancia a la enfermedad del neonato, denotando cierto grado de despreocupación. Siendo así no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el grado de instrucción de los padres y el nivel de depresión de estos ( $\text{Chi}^2=2.377$ ,  $p=0.667$ ). Este hallazgo se ve contrastado con el de Kong y col. quien describió que los padres con nivel educacional menor se asociaba a puntajes más altos para depresión (12).

Según el nivel socioeconómico se encontró que los padres con nivel E presentaron en mayor frecuencia síntomas de depresión (53.70%) y los padres con un nivel D, en su mayoría no presentaron depresión (74.36%). Siendo así se evidencia que el ingreso económico mensual influye en el grado de depresión influye en una situación compleja, como lo es la hospitalización de un recién nacido, siendo así y considerando que la mayoría de la población tiene un nivel económico E, existe el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Sin embargo no se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico según ingresos y la depresión ( $\text{Chi}^2=7.637$ ,  $p=0.106$ ). Esto es apoyado por Segre y col. (2014) quien encontró que los ingresos no se asociaban significativamente a emocionalidad negativa (13), sin embargo otros trabajos si han descrito esta asociación (12).

Al comparar la procedencia y la zona de residencia de los padres se encontró que los padres procedentes de Cusco presentaron en mayor medida depresión (73.91%,) en comparación de quienes no presentaron sintomatología. Esta proporción fue inversa en el resto de ciudades, siendo Ilo, Puno y Arequipa las principales ciudades con padres sin depresión (100%, 88.89% y 66.07%). En similar proporción los padres residentes de zona rural presentaron en mayor medida depresión (68.42%), y los de zona urbana en su mayoría no la presentaron (75.86%). De tal modo se pone en evidencia que lo padres que proceden de zonas rurales, como lo son las ciudades a niveles mayores de altura, entre ellas Cusco, son más susceptibles a tener una efecto emocional negativo, por estar lejos de sus casas y estar en un ambiente ajeno a ellos. Siendo así existe relación la zona de residencia ( $\text{Chi}^2=34.631$ ,  $p=0.001$ ) con el nivel de depresión de los padres, tal como se muestra en otros trabajos (12).

En cuanto a la patología del recién nacido se muestra que los padres de hijos con patología infecciosa y asociada a la edad gestacional se presentaron en su mayoría sin depresión (60.87% y 67.65% respectivamente). Los padres de hijos con patología digestiva y respiratoria presentaron con más frecuencia síntomas depresivos (87.50% y 50.00%), esto posiblemente debido en estos casos los padres no están advertidos de la posibilidad que sus hijos enfermen, como sí sucede con las otras 2 patologías mencionadas. Dato que es apoyado con el encontrado por Greene y col. en el 2015 quien no encontró relación significativa entre el nacimiento del neonato o variables medicas tales como la patología de fondo, y la depresión (19). Otros autores encontraron que más allá de la patología, los factores neonatales que se relacionan con la depresión son el género del recién nacido, la edad gestacional al nacimiento y la duración de hospitalización (20).

Después de emplear la escala de Zung para ansiedad, se encontró que la mayoría de padres presentó algún nivel de ansiedad (54.17%), siendo este predominantemente leve (45.92%) y en menor medida moderada (6.25%). El 45.83% de los padres no presentó ansiedad. Esto denota una distribución similar entre aquellos que presentan y no presentan síntomas de ansiedad. El rango de edad en el que se presenta con mayor frecuencia algún nivel de ansiedad fue entre los 20 a 29 años (58.82%). Los menores de 20 años presentaron síntomas más severos (11.11%). Similar a lo que ocurre con la depresión, la edad no solo influye en presentar con más frecuencia síntomas ansiosos, sino que además de mayor grado. No se encontró diferencia significativa entre las edades y el nivel de ansiedad ( $\text{Chi}^2=2.241$ ,  $p=0.896$ ), lo cual es apoyado por un estudio realizado el 2007 por Zelkowitz y col., quienes estudiaron una población de 156 padres, 86 madres de  $30.5\pm 4.7$  años y 70 padres de  $33.2\pm 4.9$  años, y determinaron que no existía relación entre la edad de los padres y la ansiedad (21).

En el estudio se encontró que la frecuencia en cuanto a diferentes niveles de ansiedad fue similar en ambos sexos. El nivel de ansiedad entre los padres de los recién nacidos hospitalizados (51.98%) fue menor que el de las madres (55.77%), proporción que se diferencia sutilmente al del cuadro depresivo, destacando que este caso las madres

presentar mayor preocupación e incertidumbre por la hospitalización de su hijo, en cierta medida por ser ellas las que pasan mayor tiempo en el servicio de neonatología. Así mismo Carter y col. (2005) al estudiar a 447 padres (205 varones y 242 mujeres) reportaron que el nivel de ansiedad entre padres fue 11%, mientras que en las madres fue 18% con respecto a la hospitalización del neonato (10). Del mismo modo estudios más recientes como los presentados por Al Maghaireh y col. en el 2017 (11) y por Kong y col. en el 2013 (12) fueron consistentes con el presente estudio. Sin embargo, en el presente, no hubo diferencia significativa, no lográndose determinar relación entre el sexo de los padres y el nivel de ansiedad que estos poseen ( $\text{Chi}^2=0.442$ ,  $p=0.802$ ).

En lo que respecta al estado civil los convivientes presentaron predominantemente ansiedad en algún nivel (57.50%), siendo además el único grupo que presentó ansiedad moderada (7.50%). Las parejas convivientes al carecer de un lazo legal o religioso, no poseen una base sólida para afrontar o planear su futuro, es incertidumbre se ve reflejada en el estudio, pues está podría ser un exacerbante de la situación que atraviesan los padres. La diferencia entre grupos no fue significativo, de tal modo no existió relación entre el estado civil de los padres y el nivel de ansiedad de estos poseen ( $\text{Chi}^2=3.866$ ,  $p=0.424$ ). Esto contrasta con los resultados de Zelkowitz y col., donde se describe que el estado civil es un fuerte predictor de ansiedad, reportando que las madres solteras presentan niveles mayores de ansiedad, esto debido a que estas no podrían acudir a una pareja para soporte emocional o instrumental (21).

Los padres con instrucción secundaria y superior presentaron ansiedad predominantemente (54.23 y 61.29%) en contraste con los padres de instrucción primaria lo que no presentaron ansiedad en 83.33%. Esto relacionado posiblemente a la falta de conocimiento e interpretación de la verdadera situación por la que pasa su hijo, en los padres de menor grado de instrucción, sin embargo esta diferencia no es significativa ( $\text{Chi}^2=4.600$ ,  $p=0.331$ ). Esta es una realidad opuesta a la reportada en un estudio similar que postula que los padres con nivel educacional más bajo tienen puntajes más altos de ansiedad (12).

En cuanto a niveles socioeconómicos se muestra que los padres con nivel E (ingreso mensual menor a s/ 1027) presentaron en mayor frecuencia síntomas de ansiedad (57.41%). Se aprecia en el estudio que a medida que el ingreso mensual sube, la incidencia de ansiedad es menor y así mismo su grado de severidad. Siendo así, no logró evidenciar una diferencia significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y el nivel de ansiedad de estos ( $\text{Chi}^2=1.068$ ,  $p=0.899$ ). Los datos son similares a los encontrados en el trabajo realizado por Kong y col. que estudió al ingreso económico como variable, categorizando al nivel más bajo con un ingreso mensual menor a 5000 Yuan (moneda local), siendo así se encontró que las familias con este ingreso tuvieron ansiedad más seria ( $p<0.01$ ) (12).

En cuanto a procedencia y zona de residencia se encontró que los padres procedentes de Arequipa y Cusco presentaron en su mayoría síntomas de ansiedad (69.57% y 55.36% respectivamente). Los padres procedentes de Ilo y Puno en su mayoría no presentaron ansiedad (100% y 77.78%). Los padres que viven en zona rural presentaron con mayor frecuencia ansiedad (65.79%) y aquellos que viven en zona urbana no la presentaron en su mayoría (53.45%), sin embargo esta diferencia no fue significativa ( $\text{Chi}^2=4.403$ ,  $p=0.111$ ). Se pone en evidencia nuevamente que los padres que proceden de una zona rural, como lo es Cusco en su mayoría, es un factor que se asocia negativamente con la salud de los padres, al estar sometidos a una situación de incertidumbre y estar lejos de sus hogares y deberes propios de su entorno. En otros estudios esta diferencia fue significativa, siendo los padres residentes de zonas rurales quienes presentaron mayor ansiedad (12).

De acuerdo con la patología del neonato los padres de hijos con patología digestiva y respiratoria presentaron en su mayoría algún nivel de ansiedad (87.50% y 62.50%). Los padres de hijos con patología asociada a la edad gestacional predominantemente no presentaron síntomas de ansiedad (55.88%). Este hallazgo se ve apoyado con lo descrito por Greene et al. en el 2015 quien no encontró relación significativa entre el nacimiento del neonato o variables medicas del neonato, y la ansiedad (19).

Roque y col. realizó una revisión publicada el 2017 del alcance de la salud mental de padres de recién nacidos en neonatología, incluyéndose 66 artículos de la literatura disponible a la fecha, y se reportó que en cuanto a depresión, los padres estaban expuestos a factores múltiples individuales de ambiente que incrementaban el riesgo de presentar síntomas de depresión, e incluso de depresión mayor. Además los factores de riesgo significativos incluyeron la falta de apoyo percibida por el equipo de enfermería, edades gestacionales menores, periodos más largos de hospitalización y niños pretérmino. En cuanto a ansiedad se menciona que existe poca consistencia entre los estudios, afirmando que factores tales como el bajo peso al nacer del neonato, la edad gestacional al nacimiento, educación, estado civil, soporte social y calidad de la relación marital tienen asociación significativa (17).

Los estudios más recientes dan un nuevo enfoque, e incrementan la importancia del desarrollo de estudios similares a este pues se ha asociado que la depresión y ansiedad de los padres tras el parto afecta el neurodesarrollo del recién nacido, resaltado el impacto negativo en la adquisición de hitos del desarrollo, mencionando que a los 14 meses los hijos de madres con depresión presentaron riesgo de retraso en la comunicación no verbal, además que los hijos con padres con ansiedad tuvieron menor competencia socio-emocional a los 18-24 meses (22). De la misma forma otros estudios concluyeron que la depresión materna se asociaba negativamente con el neurodesarrollo en neonatos pretérmino de <32semanas (23), misma asociación que se encontró entre la ansiedad materna y el neurodesarrollo de neonatos con muy bajo peso al nacer hacia los 2 años de vida (24).



**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

### **PRIMERA:**

Las características sociodemográficas predominantes en los padres fueron mujeres con un rango de edad entre los 20 y 29 años, conviviente, con instrucción secundaria, de un nivel socioeconómico E, procedente de Arequipa, residiendo en zona urbana con recién nacido por ITU materna.

### **SEGUNDA:**

Se encontró padres con depresión en un 41.66%, predominantemente leve en 33.33%, y con ansiedad 54.17%, predominantemente leve en 47.92%.

### **TERCERA:**

La depresión se relaciona con el sexo ( $\chi^2=9.165$ ,  $p=0.010$ ) y zona de residencia ( $\chi^2=34.631$ ,  $p=0.001$ ) de los padres.

### **CUARTA:**

No hubo relación entre la ansiedad y las variables estudiadas.

## RECOMENDACIONES

### **PRIMERA:**

El servicio de neonatología del Hospital III Goyeneche debe brindar apoyo y consejería en conjunto con el servicio de psiquiatría y psicología, a aquellos padres que por sus características sociodemográficas o la patología de su hijo, sean más susceptibles a desarrollar niveles considerables de ansiedad y depresión, siendo así deben programarse charlas o entrevistas personalizadas para su manejo.

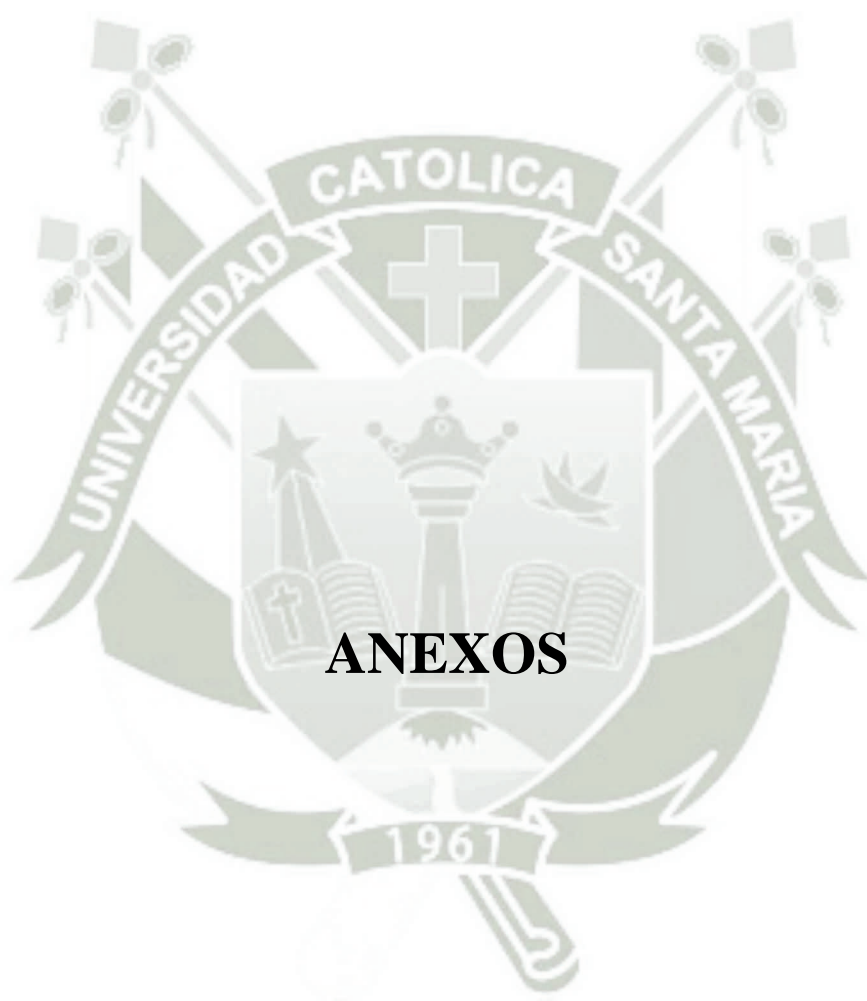


## BIBLIOGRAFÍA

1. PERU21 R. El 55% de los hogares urbanos pertenece a clase media y alta [Internet]. Peru21. 2013 [citado el 5 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://peru21.pe/economia/55-hogares-urbanos-pertenece-clase-media-alta-121849>
2. Spiegel MR, Stephens LJ, Gómez Castillo R. Estadística. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
3. Zung WW. A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. Arch Gen Psychiatry. enero de 1965;12:63–70.
4. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. diciembre de 1971;12(6):371–9.
5. Conde V, P JAE, T JAI. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión (S.D.S.) de Zung. Rev Psicol Gen Apl Rev Fed Esp Asoc Psicol. 1969;24(99):868–80.
6. Conde V, P JAE, T JAI. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión (S.D.S.) de Zung. Rev Psicol Gen Apl Rev Fed Esp Asoc Psicol. 1969;24(99):868–80.
7. Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. 1985;
8. Perales A, Sogi C. Ansiedad y depresión, unidad o diversidad clínica. Acta Psicol Psiquiat Am Lat. 1999;45(1):13–23.
9. Palma I E, Von Wussow K F, Morales B I, Cifuentes R J, Ambiado T S. Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. Rev Chil Pediatría. junio de 2017;88(3):332–9.

10. Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* marzo de 2005;90(2):F109–13.
11. Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chong MC, Chua YP, Al Kawafha MM. Stress, Anxiety, Depression and Sleep Disturbance among Jordanian Mothers and Fathers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *J Pediatr Nurs.* octubre de 2017;36:132–40.
12. Kong L-P, Cui Y, Qiu Y-F, Han S-P, Yu Z-B, Guo X-R. Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. *J Clin Nurs.* abril de 2013;22(7–8):1163–72.
13. Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewert R, O’Hara MW. Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. *Nurs Res.* octubre de 2014;63(5):320–32.
14. Anicama Melo MJ. Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en eL HNAL [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012 [citado el 24 de diciembre de 2017]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/465/1/Anicama\\_mm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/465/1/Anicama_mm.pdf)
15. Begazo Flores PD. FRECUENCIA Y NIVEL DE ESTRÉS EN PADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2015 [Internet]. [Arequipa - Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2016 [citado el 20 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5076/70.2051.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Chan GJ, Lee AC, Baqui AH, Tan J, Black RE. Risk of Early-Onset Neonatal Infection with Maternal Infection or Colonization: A Global Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* [Internet]. el 20 de agosto de 2013 [citado el 5 de marzo

- de 2018];10(8). Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3747995/>
17. Roque ATF, Lasiuk GC, Radünz V, Hegadoren K. Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. agosto de 2017;46(4):576–87.
  18. Gönülal D, Yalaz M, Altun-Koroğlu Ö, Kültürsay N. Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *Turk J Pediatr*. abril de 2014;56(2):171–6.
  19. Greene MM, Rossman B, Patra K, Kratovil AL, Janes JE, Meier PP. Depression, anxiety, and perinatal-specific posttraumatic distress in mothers of very low birth weight infants in the neonatal intensive care unit. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. junio de 2015;36(5):362–70.
  20. 45 percent of parents experience depression, anxiety and stress when newborns leave NICU: Parents who were the most anxious also were the most depressed; older parents were less stressed [Internet]. *ScienceDaily*. 2017 [citado el 25 de diciembre de 2017]. Disponible en:  
<https://www.sciencedaily.com/releases/2017/09/170915095203.htm>
  21. Zekowitz P, Bardin C, Papageorgiou A. Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Ment Health J*. el 1 de mayo de 2007;28(3):296–313.
  22. Hoffman C, Dunn DM, Njoroge WFM. Impact of Postpartum Mental Illness Upon Infant Development. *Curr Psychiatry Rep*. el 6 de noviembre de 2017;19(12):100.
  23. Bozkurt O, Eras Z, Sari FN, Dizdar EA, Uras N, Canpolat FE, et al. Does maternal psychological distress affect neurodevelopmental outcomes of preterm infants at a gestational age of  $\leq 32$  weeks. *Early Hum Dev*. enero de 2017;104:27–31.
  24. Greene MM, Rossman B, Meier P, Patra K. Elevated maternal anxiety in the NICU predicts worse fine motor outcome in VLBW infants. *Early Hum Dev*. enero de 2018;116:33–9.





## **ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS**

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana

Escuela de Medicina Humana



### “NIVEL DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2018”

Proyecto de tesis presentado por:

**Autor:** Yordi Jesús Núñez Zúñiga

Para obtener el Título Profesional de Médico

Cirujano

**Asesor:**

Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

**Arequipa – Perú**

**2018**

## I. PREÁMBULO

En la actualidad los padres de los pacientes neonatos que requieren hospitalización están sujetos a una gran carga emocional, pues quedan expuestos a diversos factores estresantes que pueden llevar a depresión y ansiedad, relacionados no solamente a la apreciación de los síntomas y signos que la enfermedad del neonato conlleva, sino a la implementación de diversas terapias, exámenes y procedimientos, que con la tecnología actual permiten dar mayor oportunidad de supervivencia al neonato, significando sin embargo, posibles altos gastos económicos, inestabilidad en la relación de los padres, e incluso evitación o conflicto; comprometiendo de tal forma la óptima recuperación del paciente.

El nacimiento de un hijo, por sí mismo, conlleva una gran carga emocional y tiene un gran impacto en las vidas de los padres, así como en la relación entre estos; requiriendo un estabilidad emocional para sobrellevar adecuadamente una enfermedad del nuevo ser, estado que se ve afectado por diversos factores económicos, sociales y culturales a los que se ven expuestos los padres durante la hospitalización.

El mayor acceso a servicios de salud y los avances en la terapia neonatal, han permitido que mayor número de pacientes sean atendidos por el servicio de neonatología, significando esto que mayor número de padres estén expuestos los factores y problemas ya descritos, siendo propensos a desarrollar cuadros de depresión y ansiedad.

Durante mi práctica clínica de pregrado en el Hospital III Goyeneche, he tenido la oportunidad de apreciar como los padres de los recién nacidos se ven sometidos a constantes factores que afectan su salud mental, tales como reglas y exigencias del servicio de neonatología que deben cumplir para el cuidado del paciente, como el requerimiento de métodos invasivos, aislamiento en cunas y monitorización para el tratamiento y manejo de patología de fondo del paciente; todo esto necesario para la remediar la patología de fondo de neonato. En este contexto he sido testigo de cómo los padres responden emocionalmente a estos factores de maneras distintas, teniendo al parecer relación con la edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, zona en la que viven, nivel socioeconómico, o con el estado civil actual.

La supervivencia y la recuperación óptima posterior del neonato dependen de la salud mental de los padres, determinada por los factores ya mencionados. La tendencia a desarrollar depresión y ansiedad por los padres a distintos niveles, no solo afecta la salud de estos, sino también la del neonato; siendo por tal motivo importante el estudio propuesto que busca determinar, incrementar y afianzar el conocimiento del tema en nuestra realidad actual.



## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 4.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad, en padres de recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche Arequipa 2018?

#### 4.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

##### 4.2.1. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

1. **Área general** : Ciencias de la Salud
2. **Área específica** : Medicina Humana
3. **Especialidad** : Psiquiatría
4. **Línea** : Depresión y ansiedad

##### 4.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA
<b>Padres y madres de neonatos hospitalizados</b>	- Edad	- Años	- De razón
	- Sexo	- Masculino/Femenino	- Nominal
	- Estado civil	- Soltero/ casado/ conviviente/ viudo	- Nominal
	-Grado de instrucción	- Analfabeto/ primaria/ secundaria/ superior	- Ordinal
	- Nivel socioeconómico	-Marginal/ Bajo inferior/ Bajo/ Medio/ Medio alto - Alto	- Ordinal
	- Procedencia	- Arequipa/ Fuera de Arequipa	- Nominal
	- Zona en la que vive	- Rural / Urbana	- Nominal
<b>Neonato hospitalizado</b>	- Diagnóstico de hospitalización del recién nacido.	- Patología digestiva - Patología respiratoria - Patología infecciosa	- Nominal

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA
		- Patología según edad gestacional - Otras patologías	
<b>Depresión</b>	- Nivel de depresión según el inventario de depresión de Zung tras la sumatoria total de respuestas	- <= 40 : Depresión ausente - 41 – 47: Depresión leve - 48 – 55: Depresión moderada - >55 : Depresión severa	- Ordinal
<b>Ansiedad</b>	- Nivel de depresión según el inventario de ansiedad de Zung tras la sumatoria total de respuestas	- < 36 : Ansiedad ausente - 36 – 47 : Ansiedad leve - 48 – 59 : Ansiedad moderada - >=60 : Ansiedad severa	- Ordinal

#### 4.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS

1. ¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche?
2. ¿Cuál es la frecuencia de depresión y ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche?
3. ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión, y las características sociodemográficas de los padres de los recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche?
4. ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión, y la patología de los recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche?

III Goyeneche?

**4.2.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Analítica

**4.2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:** Observacional, transversal, de campo.

**4.2.6. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:** Descriptivo



### 4.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El trabajo de investigación presentado se ve justificado por las siguientes razones:

**Originalidad:** Es la primera vez que se estudia a esta población en el Hospital III Goyeneche, así mismo no se cuenta con documentación local, en páginas científicas ni en revistas internacionales. De la misma forma no se cuenta con medidas o posibles intervenciones que se podrían dar a padres afectados, siendo esto en un principio a la falta de datos y conocimiento de la situación local de este problema.

**Justificación Científica:** La depresión y ansiedad afectan no solo la salud mental de que las personas que las padecen, sino también su salud corporal; siendo así factor importante para el desarrollo de patologías posteriores. De tal forma es importante determinar que individuos son más susceptibles, y en que situaciones; para el desarrollo de dichas enfermedades y así poder prevenirlas y tratarlas.

**Justificación Humana:** La carga emocional que significa para una pareja el nacimiento de un nuevo ser, pone a prueba y afianza los lazos de esta. Pudiendo significar una situación aún más agobiante, que dicho ser padezca una enfermedad; de tal modo la estabilidad emocional y la salud mental de la pareja es puesta a prueba.

**Justificación Social:** El grado de afectación emocional de los padres al saber que su hijo está hospitalizado es expresado en ansiedad y depresión, y esto se podría ver reflejado en su desempeño como padres, en la relación de la pareja en incluso en el ámbito laboral o de estudio. Afectando de tal forma la calidad de vida de los padres y su lugar como miembros de una sociedad.

**Justificación Contemporánea:** Actualmente con el mayor número de responsabilidades que una persona tiene, y en especial de los padres; conlleva a la aparición de problemas psiquiátricos en misma medida. Aun estando dichos problemas en aumento, muy pocas veces se les estudia, y aún en menor medida se les trata, siendo necesario un mayor aporte de conocimientos acorde al tiempo en que vivimos.

**Factibilidad:** Al desarrollarse el estudio en las instalaciones de un hospital, que permiten estar en contacto directo con los padres de los neonatos hospitalizados; se permite de igual forma estar directamente frente a los problemas y situaciones que afectan la salud mental de estos. Permitiendo así su estudio adecuado, al contar con instrumentos validados.

**Interés Personal:** Este proyecto se desarrolla en pos de conocer si es que realmente el estado emocional de los padres se relaciona con la estancia hospitalaria de sus hijos y más aún que impacto tiene en la salud mental de estos y relacionarlo con sus posibles consecuencias una vez dados de alta, así como saber el estado real que se vive en uno de nuestros hospitales locales, siendo el primer paso para determinar medidas posteriores para su manejo.



## 5. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. DEPRESIÓN

#### 2.1.1. DEFINICIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V menciona que los trastornos depresivos tienen en común un ánimo irritable, triste o vacío, junto a cambios somáticos y cognitivos que tienen un efecto significativo en la capacidad funcional del individuo, siendo diferenciados por su duración, el tiempo en que se presentan o la probable causa que los originan. Así mismo destaca al trastorno depresivo mayor, describiéndolo como episodios que ocurren durante por lo menos dos semanas, teniendo en cuenta que la mayor parte de los episodios ocurren en un tiempo más prolongado, en los que se ve implicados cambios evidentes en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas, con la presencia de remisiones entre los episodios. (1)

Kaplan y Sadock la incluyen dentro de los trastornos del estado de ánimo, esta se caracteriza por la pérdida del sentido de control y por un sentimiento subjetivo de gran malestar, experimentando pérdida de energía y de interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, inapetencia, hasta pensamientos de muerte o suicidas. (2)

La Organización Mundial de la Salud la define 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 de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.” (3) Además describe que el episodio depresivo posee un estado anímico disminuido, poca energía y menor desarrollo de actividades diarias; viéndose disminuida así la capacidad del gozo, interés y concentración, asociándose un aumento en el cansancio, sueño, descenso en la autoestima y autoconfianza, acompañándose incluso de síntomas somáticos. (4)

Siendo así se puede afirmar que la depresión es un trastorno del estado del ánimo de alta importancia, que afecta de mayor o menor medida al individuo afectado y su calidad de vida. Limitando al paciente a desarrollarse

íntegramente, en primer lugar por la falta ánimo para realizar las cosas, la pérdida del sentido de superación, y en segundo lugar por los síntomas somáticos que se presentan y que dificultan realizar actividades diarias.

### **2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA**

Los trastornos del estado de ánimo tienen una frecuencia alta, encontrándose que el trastorno depresivo mayor posee la prevalencia más alta a lo largo de la vida (aproximadamente 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos. (2)

La incidencia anual de la depresión mayor es del 1.59% (2). Además independientemente de la cultura o nacionalidad, este trastorno tiene una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (1) (2). Es más prevalente en poblaciones de entre 18 y 29 años que en pacientes de 60 años o mayores (1).

En el Perú, tras la realización de “El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002”, realizado por el INSM “HD-HN” en lima y callao; permitió contar con estadística nacional, revelando una prevalencia de vida de episodio depresivo correspondiente al 18.2%, correlacionado con datos previos como el del estudio epidemiológico de salud mental en ciudades de la costal en el 2006 que reveló una prevalencia del 14.1%. (5)

Según estos datos, es evidente la correlación entre los datos internacionales y nacionales, y del tal forma permiten evidenciar el considerable número de personas que padecen estos trastornos, y que posiblemente no estén siendo tratados en proporcional medida, ya sea por falta de recursos, desconocimiento o falta de accesibilidad.

### **2.1.3. ETIOLOGÍA**

La causa específica del trastorno se desconoce, sin embargo parece ser multifactorial y heterogénea, incluyendo desordenes biológicos, genéticos y factores ambientales.

En cuanto a los factores biológicos se reconoce que las alteraciones en los sistemas monoaminérgicos tengan un rol en el desarrollo del trastorno, pues la

regulación negativa de los receptores b adrenérgicos presinápticos, y la depleción o ausencia de serotonina y sus metabolitos, al ser tratadas con fármacos como la venlafaxina y fluoxetina respectivamente, mejoran los cuadros depresivos. Así mismo se ven implicados otros neurotransmisores como la acetilcolina, GABA, glutamato y glicina. Además alteraciones hormonales, como la hipercortisolemia, concentraciones elevadas de TSH y la disminución en concentraciones de somatostatina se han visto implicados. Así mismo la neurofisiología del sueño se ve alterada, aumentando el sueño REM y disminuyendo la onda lenta del sueño, disminuyendo el sueño NO REM, ocasionando una disminución de la latencia REM. (2)

Anatómicamente se reconoce que podría existir anomalía en algunas de las zonas encargadas de la regulación de las emociones, siendo estas: la corteza prefrontal, la zona cingulada anterior, el hipocampo y la amígdala. Finalmente en TC y RM se evidencian hiperintensidades anormales en las regiones subcorticales, periventriculares, ganglios basales y el tálamo, además en la TEP se evidencia disminución metabólica en el cerebro anterior. (2)

Siendo así los factores genéticos juegan un rol importante, viéndose una concordancia en gemelos del 40-50%. Además se conocen dos loci susceptibles en el genoma: el MDD1 locus, localizado en 12q22-q23.2 y vinculado fuertemente con depresión mayor en varones; y el MDD2 locus, localizado en 15q25.2-q26.2 relacionado con la aparición temprana o episodios recurrentes de depresión. Así mismo otros genes como el SLC6A4 y el TPH2 se vienen estudiando. (6) Otros estudios resaltan la importancia del cromosoma 18q, en familias en las que la enfermedad se transmite desde la madre; y del locus CREB 1. (2)

Dentro de los factores ambientales, que si bien no son indispensables para el desarrollo de depresión mayor, los estresantes o pérdidas interpersonales incrementan el riesgo. Otros factores asociados son las enfermedades psicológicas en ancianos, dolor crónico, falta de apoyo social, soledad y el duelo. Dichos factores tienen mayor importancia en personas con vulnerabilidad cognitiva. (6)

Se describen además factores psicodinámicos, basados en las afirmaciones de varios autores como Sigmund Freud, que tienen como concepto común, que el trastorno se produce en personas vulnerables, en los que hay discrepancia entre sus ideales y su capacidad para cumplirlos. (2)

Otros factores asociados son: las anormalidades neuroendocrinas y enfermedades neurodegenerativas, deplorable relación entre padre e hijo y la depresión vascular, hipótesis apoyada por un aumento en la incidencia del trastorno en pacientes con infarto cerebral derecho, isquemia de materia blanca, enfermedad coronaria y demencia vascular. (6)

#### **2.1.4. DIAGNÓSTICO**

Se toma como base los criterios planteados por la Asociación Americana de Psiquiatría en el manual DSM-V, que incluye la información más actualizada para el diagnóstico psiquiátrico, y que, citando a autores como Black y Andreasen; “ahora sigue el desarrollo humano a lo largo de la vida del individuo” (7). Así mismo el cribado y seguimiento del trastorno puede ser apoyado por entrevistas o encuestas utilizando instrumentos validados tales como la escala autoadministrada de depresión de Zung (8), la escala de clasificación de depresión de Hamilton (9) y el inventario de depresión de Beck (10).

El manual DSM-V presenta criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor, el cual tiene la mayor prevalencia dentro de los trastornos del ánimo y que se presenta a continuación:

#### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR**

“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas atribuibles con claridad a otra afección médica.

**1.** Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

**2.** Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

**3.** Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

**4.** Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

**5.** Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

**6.** Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

**7.** Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

**8.** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

**9.** Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), Ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

**B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia .o de otra afección médica...” (1)

“... **D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

**E.** Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.” (1)

Estos síntomas guardan semejanza con lo planteados por organización mundial de la salud: pérdida de interés o gozo, ausencia de reacciones emocionantes ante situaciones que producirían una respuesta emocional, despertarse precozmente por la mañana, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor o agitación, inapetencia, pérdida de peso y disminución de la libido. (4)

De lo expuesto, los nueve síntomas característicos de la depresión descritos en el DSM-V, son los que para algunos autores definen al trastorno de depresión mayor. Siendo esta definición más dinámica, de forma que se le brinda además relevancia clínica no solo en el área de psiquiatría, sino en otras ramas de la medicina, afirmando que al ser la depresión mayor la enfermedad psiquiátrica más común, tener en cuenta estos síntomas, permite realizar una evaluación sencilla, de manera fluida y continua. (7)

#### **2.1.5. TRATAMIENTO**

Kaplan y Sadock refieren que el tratamiento debe tener como objetivo garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación diagnóstica completa. La primera decisión debe ser la necesidad de hospitalización, enfocada a paciente con riesgo de suicidio u homicidio, poca capacidad para obtener alimento y refugio o requerimiento de procedimientos diagnósticos. (2)

El tratamiento psicosocial se logra mediante distintas terapias, las cuales son: la terapia cognitiva, que se centra en la atención selectiva que le da el paciente a los aspectos negativos e interferencias patológicas que se establecen irrealmente sobre las consecuencias, de tal forma que se trata de identificar y

analizar estas planteando pensamientos alternativos, flexibles y positivas; la terapia interpersonal, se basa en los problemas interpersonales del paciente asociado a una relación disfuncional más precoz y al origen o permanencia de los síntomas depresivos actuales, buscando abordar comportamientos como la falta de seguridad, afectación de habilidades sociales y pensamiento distorsionado; y la terapia conductual, basada en que posiblemente, los patrones conductuales de inadaptación, provocan poca retroalimentación positiva, buscando que el paciente aprenda a recibir refuerzos positivos. (2)

La terapia farmacológica hace uso de medicamentos tales como: antidepresivos tricíclicos y compuestos relacionados, IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa), ISRS (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina) y otros antidepresivos. Estos modifican la concentración de diversos neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central. Debe iniciar con uno de los ISRS, al ser estos bien tolerados, aunque elevan el riesgo de comportamiento impulsivo e incluso suicidio, motivo por el cual requieren vigilancia cercana. Se administra durante 4 a 8 semanas como prueba, para evaluar la dosis y la eficacia de medicamento. (1) (7) Se ha visto que intensificar el tratamiento con fármacos como el carbonato de litio ha dado buenos resultados. En pacientes además psicóticos se debe administrar además uno de los ASG (antipsicóticos de segunda generación). Tras un primer episodio el tratamiento debe continuar por 16 a 36 semanas (1) (7), y debe suspenderse de modo gradual, pues pueden presentarse síntomas de abstinencia en especial en antidepresivos triciclos o los SIRS. Se utilizan IMAO para aquellos pacientes que no responden a antidepresivos de primera línea, son en especial útiles en pacientes con depresión atípica. (7)

Además como alternativa, se reconoce la utilidad de la terapia electroconvulsiva en paciente con depresión grave, alto riesgo de suicidio, enfermedad cardiovascular y embarazo. (7)

## 2.2. ANSIEDAD

### 2.2.1. DEFINICIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V refiere que los trastornos de ansiedad están caracterizados por la sensación excesiva y desproporcionada de ansiedad como respuesta anticipatoria a una futura amenaza, y de miedo como respuesta emocional a una amenaza inminente ya sea real o imaginaria. “Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes”. (1)

Kaplan y Sadock consideran de igual forma a los trastornos de ansiedad, como una forma excesiva de ansiedad normal, caracterizada por “... una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud, y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo” (2). Black y Andreasen la definen como “... la presencia de temor o aprensión desproporcionado para la situación.” (7)

Se debe diferenciar el miedo de la ansiedad: El miedo es una señal de alerta análoga a la ansiedad, como respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva, que es inminente, real o imaginaria; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva, la cual es futura. (1) (2) “La principal diferencia psicológica entre las dos respuestas emocionales es la brusquedad del miedo y la naturaleza gradual de la ansiedad” (2). Así como la angustia de la ansiedad, “La angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora; mientras que la ansiedad es más psíquica, y es vivenciada con inquietud y sobresalto.” (11)

### 2.2.2. Epidemiología

Los trastornos de ansiedad forman parte de un grupo frecuente en trastornos psiquiátricos, teniendo una prevalencia los 12 meses de 17.7%, siendo más frecuente en mujeres y en estratos socioeconómicos altos. (2)

La prevalencia anual en EEUU: de fobia social es de 0.5 al 2% y sube a 2-5 % en adultos mayores, del trastorno de pánico es de 2-3% entre adolescentes y adultos, del trastorno de ansiedad generalizada es del 0.9% entre adolescente y 2.9% entre adultos. La prevalencia por país varía entre 0.4 a 3.6%. (1)

En otros dos grande estudios en estados unidos – Estudio de Área de Captación Epidemiológica y la Encuesta Nacional de Comorbilidad- estiman un prevalencia a lo largo de la vida para trastorno de pánico 2.3-2.7%, para ansiedad generalizada 4.1-6.6%, y para fobia social 2.6-13.3%. (12)

En el Perú, tras la realización de “El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002”, realizado por el INSM “HD-HN” en lima y callao; permitió contar con estadística nacional, revelando una prevalencia de vida de trastorno de ansiedad generalizada correspondiente al 7.9%, correlacionado con datos previos como el del estudio epidemiológico de salud mental en ciudades de la costal en el 2006 que reveló una prevalencia del 4.2%. (5)

Según estos datos, cabe señalar que la prevalencia de ansiedad en la población no es tan evidente como en el caso de la depresión. Existiendo correlación entre los datos internacionales y nacionales, y del tal forma permiten evidenciar que el número de personas afectadas es limitado, y es posible que por esta misma razón su intervención terapéutica también lo sea.

### **2.2.3. ETIOLOGÍA**

La primera consideración es la posibilidad de que la ansiedad se deba a una condición médica conocida o no reconocida. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias es un diagnóstico que a menudo se pasa por alto. (12)

En cuanto a los factores biológicos se admite el rol que tiene el sistema nervioso autónomo en el trastorno de ansiedad, mostrándose un aumento del tono simpático, con una adaptación lenta a estímulos repetitivos, y desproporcionada a estímulos moderados. Los neurotransmisores implicados son: Noradrenalina, cuyos cuerpos neuronales se hallan en el locus caeruleus,

en la protuberancia rostral y sus axones llegan a la corteza cerebral, sistema límbico, tronco cerebral y médula espinal, una mala regulación provoca explosiones de actividad; serotonina, cuyos cuerpos neuronales se encuentran en los núcleos del rafe, tronco cerebral rostral y llegan a la corteza cerebral, sistema límbico e hipotálamo, presentándose un aumento en el recambio de la 5-HT en la corteza prefrontal, núcleo accumbens, la amígdala y el hipotálamo lateral; y GABA, respaldado por el efecto indiscutible de las benzodiacepinas, las cuales lo potencian, para el manejo de la ansiedad. Así mismo interviene el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, alteraciones en este pueden aumentar la síntesis y liberación cortisol empleado para la activación, vigilancia, atención y memoria; la CRH que coordina los cambios adaptativos conductuales y fisiológicos frente al estrés, e inhibe funciones neurovegetativas; el neuropéptido Y, que posee efectos ansiolíticos en la amígdala; y la galanina, que se halla en la inervación del prosencéfalo y mesencéfalo, incluidos hipocampo, hipotálamo, amígdala y corteza prefrontal, y que interviene en el aprendizaje, memoria, control del dolor, apetito, control neuroendocrino, regulación cardiovascular y ansiedad. (2)

Anatómicamente se admite que podría haber alteración en el locus caeruleus y los núcleos del rafe que se proyectan principalmente al sistema límbico y a la corteza cerebral. Finalmente en la TC y RM se muestra aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales, defectos en el lóbulo temporal derecho y ciertos grados de asimetría, además en la TEP se evidencia alteraciones de la corteza frontal, de las áreas occipital y temporal y del giro parahipocámpico. (2)

Los factores genéticos influyen significativamente en el riesgo de muchos trastornos de ansiedad. (12) Existe mayor frecuencia de la enfermedad entre familiares de primer grado, estando relacionados a una variante polimórfica del gen del transportador de serotonina, o expresión del gen del centro cerebral del miedo, que codifica la estatmina, proteína involucrada en la formación de recuerdos de miedo. (2)

Los factores ambientales, como los traumas de la infancia temprana, también pueden contribuir al riesgo de trastornos de ansiedad posteriores. Algunas personas parecen resistentes al estrés, mientras que otras son vulnerables al estrés, lo que precipita un trastorno de ansiedad. (12)

La mayoría de los trastornos de ansiedad que se presentan son trastornos psiquiátricos funcionales, pueden ser explicadas por teorías psicológicas. Las teorías psicoanalíticas apoyadas por Freud, la definió “como un signo de la presencia de peligro en el inconsciente” (2), concepto apoyado por datos neurobiológicos actuales que presentan a la amígdala como responsable de la respuesta al miedo, careciendo esta de memoria consiente. Las teorías existenciales, sostienen que “los individuos experimentan sentimientos de vivir en un mundo sin sentido.” (2) Las teorías conductuales refieren que es una respuesta a estímulos ambientales, aprendidos y generalizados, o aprendidos en la sociedad. (2)

#### **2.2.4. DIAGNÓSTICO**

Para el adecuado diagnóstico, al igual que en el caso de depresión, se utilizan como herramienta el manual DSM-V. Así mismo el seguimiento y cribado puede ser apoyado por entrevistas o encuestas utilizando instrumentos validados tales como la escala autoadministrada de ansiedad de Zung (13), la escala de clasificación de ansiedad de Hamilton (14) y el inventario de ansiedad de Beck (15).

La Asociación Americana de Psiquiatría describe una serie de síntomas expuestos en los diversos trastornos de ansiedad, de acuerdo a los criterios diagnósticos del manual DSM-V dentro de los que tenemos síntomas abruptos como: palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblores, sensación de falta de aire o sofocamiento, sensación de ahogamiento, dolor o malestar precordial, náuseas o molestias digestivas, mareo, inestabilidad desmayo, escalofríos, parestesias, desrealización o despersonalización, temor de perder el control o temor a morir (1), siendo los más frecuentes el temblor, el nerviosismo y las palpitaciones (7); y síntomas más crónicos como: inquietud, nerviosismo,

sensación de estar en el límite, fatigabilidad, dificultad para concretarse, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño. (1)

La Organización Mundial de la Salud nos presenta una lista con los síntomas característicos de la enfermedad que incluyen: síntomas autonómicos (palpitaciones, sudoración, temblores, sequedad de boca), síntomas en el pecho y abdomen (dificultad para respirar, sensación de ahogo, malestar en el pecho o abdomen), síntomas relacionados con el estado mental (mareo o aturdimiento, sensación de desrealización o despersonalización, sensación de pérdida de control, miedo a morir), síntomas generales (sofocos o escalofríos, sensación de entumecimiento u hormigueo, mialgias, inquietud, tensión mental, sensación de nudo en la garganta) y síntomas inespecíficos (sobresaltos, dificultad para concentrarse, irritabilidad, dificultad para dormir). (4)

#### **2.2.5. TRATAMIENTO**

Los trastornos de ansiedad poseen etiologías diversas, por tanto el manejo clínico que se le da a cada una de estos es distinto. De lograrse determinar la causa y diagnosticar un trastorno específico, se le puede manejar de distintas maneras según los puntos clínicos presentados a continuación:

En casos de trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo, la terapia debe incluir al paciente y sus padres y requiere mediación. En casos leves de pánico se utiliza la terapia cognitiva-conductual, asociada al uso de los ISRS, y tendiendo como segunda línea a los IMAO y ATC (antidepresivos tricíclicos). En pacientes con agorafobia se alienta salir a explorar y a enfrentar los lugares y situaciones que teme. En general los pacientes deben minimizar el consumo de cafeína. (7)

En pacientes con trastorno de ansiedad social y fobias específicas se utilizan terapias conductuales tales como exposición, saturación, desensibilización, asociándose ISRS y venlafaxina. Finalmente en paciente con ansiedad generalizada, se suelen utilizar terapias conductuales tales como la relajación,

asociado a medicamentos tales como buspirona, venlafaxina, ISRS (paroxetina y escitalopram) y en algunos casos benzodiazepinas. (7)

## 2.3. PATOLOGÍAS DEL RECIÉN NACIDO

Se desarrollará los conceptos de las patologías más frecuentes de neonatos, encontradas en trabajos de investigación a nivel nacional (16) y local (17):

### 2.3.1. CLASIFICACIÓN DEL NEONATO SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y PESO AL NACER

#### Clasificación según edad gestacional:

- **Prematuro:** Neonato vivo nacido antes de la semana 37
- **Prematuro tardío:** 34 semanas, 0/7 días; hasta 36 semanas, 6/7 días
- **Término:** 37 semanas 0/7 días, hasta 41semanas 6/7 días
- **Postérmino:** 42 semanas a más (18) (19)

#### Clasificación según peso al nacer:

- **Extremadamente bajo peso al nacer:** <1000g o 2.2lb
- **Muy bajo peso al nacer:** <1500g o 3.3 lb
- **Bajo peso al nacer:** <2500g o 5.5lb
- **Peso normal:** De 2500g (5.5 lb) a 4000g (8.8 lb)
- **Elevado peso al nacer:** 4000g (8.8 lb) a 4500g (9.9 lb)
- **Muy Elevado peso al nacer:** >4500g (9.9 lb) (17)(18)

#### Clasificación según edad gestacional y peso al nacer combinadas:

- **Pequeño para edad gestacional:** Peso al nacer menor al percentil 10 para la edad gestacional.
- **Adecuado para edad gestacional:** Peso al nacer entre el percentil 10 y 90 para la edad gestacional.
- **Grande para edad gestacional:** Peso al nacer mayor y 90 para la edad gestacional. (19)

### 2.3.2. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA)

Síndrome causado por el déficit de agente tensioactivo en los pulmones.

La imposibilidad de conseguir una capacidad residual funcional

adecuada y la tendencia de los pulmones afectados a volverse atelectásicos tienen una relación estrecha con la elevada tensión superficial y la ausencia de agente tensioactivo. (18)

### **2.3.3. TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO**

Es caracterizada por una taquipnea de inicio precoz, en ocasiones con retracciones o con quejido espiratorio, y a veces aparece cianosis que mejora tras la administración de cantidades mínimas de oxígeno (<40%). Se evidencia en la radiografía de tórax una trama vascular pulmonar evidente, líquido en las fisuras intralobares, hiperaireación, diafragma plano y a veces, derrame pleural pequeño. (18)

### **2.3.4. SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO**

Suele condicionar a sufrimiento fetal e hipoxia, además los neonatos pueden estar deprimidos y necesitar reanimación al nacer. La obstrucción de las vías puede provocar dificultad respiratoria en las primeras horas, con taquipnea, retracciones, quejido y cianosis. En la radiografía se observan infiltrados parcheados, gruesas bandas, aumento del diámetro anteroposterior y aplanamiento del diafragma. (18)

### **2.3.5. VÓMITOS**

“Los vómitos o, lo que es más frecuente, las regurgitaciones son un síntoma bastante habitual durante el período neonatal. Durante las primeras horas de vida los niños pueden tener vómitos mucosos, a veces sanguinolentos. No suelen persistir después de la primera toma y pueden ser secundarios a irritación de la mucosa gástrica por material deglutido durante el parto.” (18)

### **2.3.6. ENTEROCOLITIS NECROSANTE NEONATAL**

Es considerada la urgencia vital digestiva más frecuente de este período de vida. Se caracteriza por diversos grados de necrosis de la mucosa o de la pared intestinal. De causa desconocida, su incidencia y

mortalidad aumentan a medida que el peso al nacer y la edad gestacional disminuyen. Clásicamente se relaciona la triada de isquemia intestinal, alimentación enteral y translocación bacteriana. (18)

### **2.3.7. ICTERICIA E HIPERBILIRRUBINEMIA**

La coloración se puede deber a la acumulación de bilirrubina indirecta no conjugada, con un potencial neurotóxico. Es fisiológica, si la bilirrubina indirecta en la sangre es de 1-3mg/dl y aumenta a menos de 5mg/dl/días, comienza a ser visible entre el segundo y cuarto día y disminuye a menos de 2mg/dl entre el quinto y séptimo día. Es patológica, la evolución es sugestiva de riesgo, en especial neurotoxicidad (kernícterus: bilirrubina >20mg/dl). (18)

### **2.3.8. ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIÉN NACIDO (ERITROBLASTOCIS FETAL)**

Es una causa importante de ictericia y anemia en el neonato:

- **Incompatibilidad RH:** “Los determinantes antigénicos del sistema Rh son heredados genéticamente de cada progenitor, determinan el tipo de Rh y controlan la producción de una serie de factores del grupo sanguíneo “ **Incompatibilidad ABO:** Considerada la causa más frecuente de enfermedad hemolítica neonatal y es más leve que la incompatibilidad RH. “Se pueden formar anticuerpos maternos contra las células B si la madre pertenece al grupo A, o contra las células A si es del grupo B. La madre suele ser del grupo O y el niño del grupo A o B.” (18)

### **2.3.9. SEPSIS BACTERIANA**

“Los recién nacidos afectados pueden tener signos y síntomas inespecíficos o focales de infección, tales como inestabilidad térmica, hipotensión, hipoperfusión con palidez y piel moteada, acidosis metabólica, taquicardia o bradicardia, apnea dificultad respiratoria, quejido, cianosis irritabilidad, letargo, convulsiones, intolerancia

alimentaria, distensión abdominal, ictericia, petequias, púrpura y hemorragias”. (18)

### **2.3.10. INFECCIÓN INTRAUTERINA: TORCH**

Acrónimo de toxoplasmosis, otros microorganismos (sífilis, varicela, etc.), rubéola, citomegalovirus y virus herpes simple. “Existen pruebas para los anticuerpos específicos de tipo IgM contra CMV, T. pallidum, parvovirus B19 y Toxoplasma. Los análisis de la IgM sólo son útiles cuando los resultados son firmemente positivos. (18)

### **2.3.11. HIPOGLUCEMIA**

No existe una correlación clara entre el valor de glucosa en sangre y las manifestaciones clínicas.. La hipoxia e isquemia pueden potenciar la capacidad de la hipoglicemia para producir daño cerebral permanente. La mayoría de los médicos recomiendan que cualquier valor de glucemia < 50mg/dl debe ser sospechosa y se tratada enérgicamente, aplicable especialmente tras las 2 a 3 primeras horas de vida, cuando la glucosa alcanza su valor mínimo. (18)

## **2.4. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE NEONATOS**

La relación entre la depresión y ansiedad que los padres pueden desarrollar, influenciados por la hospitalización del neonato ha sido estudiado durante varios años, siendo así Carter J, en un estudio publicado en el 2005, encontró que el nivel de depresión y ansiedad en pacientes con hijos hospitalizados en la UCIN, y en los padres control era baja, sugiriendo que para la mayoría de los padres, la experiencia hospitalaria no guardaba relación con ansiedad o depresión obvia, aun si sus hijos eran admitidos en UCIN. En dicho estudio refieren además que no hubo diferencia significativa entre el nivel de ansiedad y depresión de padres con hijos en UCIN, y los padres control (20).

Dichos datos contrastan con los encontrados por la Academia Americana de Pediatría tras un estudio realizado durante el 2017, en el cual se encontró que

casi la mitad de los padres, cuyos hijos era admitidos en la unidad de cuidados intensivos del Sistema de Salud Nacional del Niño, experimentaban depresión postparto, ansiedad y estrés cuando sus hijos fueron dados de alta. Cerca del 45% de los padres tuvieron un puntaje elevado en la escala de depresión utilizada en el estudio. Así mismo se encontró que los padres que fueron más ansiosos fueron también los más depresivos. (21)

Adicionalmente se ha estudiado que factores podrían representar un mayor riesgo en los padres, principalmente en cuanto a la madre. En dicho contexto se realizó en un estudio por Segre LS, en el 2014, en cual reportaron que casi un cuarto de las madres con neonatos hospitalizados presentaron síntomas elevados de depresión, y síntomas de moderados a severos de ansiedad; presentando tres factores de riesgo significativos de emocionalidad negativa en dichas madres: una historia materna previa de depresión, mayor prematuridad infantil y complicaciones de la salud infantil, más allá de la prematuridad. (22)

En el estudio realizado por E. Palma I. et al, en el 2017 relacionado a neonatos en la unidad de cuidados intensivos en Chile, se encontró que el factor que más estresa, y por tanto con mayor frecuencia lleva al estrés y ansiedad es la alteración de la relación madre-padre-hijo asociada a la hospitalización, y no hay relación con otras variables del embarazo en sí, ni en el estado clínico del recién nacido. A pesar que otros estudios señalan que las madres desarrollan mayores síntomas depresivos y ansiosos, no encontraron en su estudio diferencia significativa entre los padres. El principal motivo de estrés que se señaló fue el “estar separado del bebé”, y siendo así se reconoce que el contacto precoz, tiene beneficios socioemocionales y puede funcionar par un factor protector para el estrés. (23)

Teniendo esta información presente es importante señalar, que si bien la mayoría de trabajos de investigación y resultados se encuentran englobados en

el binomio materno-fetal, y el desarrollo de depresión y ansiedad en la madre; la situación emocional y psíquica del padre se suele dejar de lado.

En un trabajo realizado Por Li-Ping Kong en el 2012 en China, aplicado a 600 padres, encontraron que el 20% de los padres y 24% de las madres tenían síntomas de ansiedad, mientras que el 30.8% de los padres y 35% de las madres tenían síntomas de depresión, siendo estos valores significativamente superiores a los de la población normal. Demostrando así y dándole relevancia a la práctica clínica, que aun siendo las madres de los recién nacidos las más frecuentemente investigadas, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es similar en los padres y deben ser estudiados. (24)

De similar forma, en el trabajo presentado por Gönülal D en el 2014 en Turquía, se afirma que ambos, padre y madre; están en mayor riesgo de desarrollar depresión estando su hijo hospitalizado en cuidados intensivos neonatales. De tal forma postulan, que si bien en algunas ciudades se recomienda el despistaje de depresión materna, pre y pos natal; la depresión paterna es raramente detectada. Pudiendo esto englobar un problema clínicamente significativo para las familiar, que comúnmente se detecta, diagnostica y trata poco, teniendo un efecto negativo en la relación marital/paternal, en los lazos con el infante y en el desarrollo del niño. (25)

## 6. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

**2.5. Autor:** “Begazo Flores PD.”

**Título:** “Frecuencia y nivel de estrés en padres de neonatos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital Yanahuara Essalud, Arequipa 2015”

**Resumen:** “Entre los antecedentes investigativos el estrés en padres de neonatos hospitalizados en UCIN neonatales ha sido descrito en varios estudios a nivel de Sudamérica, encontrando una relación estadísticamente significativa entre estos

dos, en Perú estos estudios se limitan a formar parte de revisiones o estudios más grandes. Un último estudio multicéntrico hecho por F. Wormald donde el estrés parental promedio fue de 3,1 y en la subescala de rola parental fue la más alta con 3,6.

**Objetivo:** determinar la frecuencia y el nivel de estrés en padres de neonatos hospitalizados en el servicio de Neonatología del Hospital de Yanahuara.

**Métodos:** se desarrolló un estudio transversal observacional de campo aplicando la encuesta de estrés parental de Miles.

**Resultados:** Con la aplicación de la escala de estrés parental a 100 padres, se encontró que el 97% de padres entrevistados experimentaba algún nivel de estrés, siendo de ellos el 71.13% un estrés leve, moderado en 27.84% y severo en 1.03% de casos; así mismo en la percepción de estrés si antes del evento el 50% tenían un nivel de estrés de 3 puntos después el 63% experimentó un nivel 4 y 25 % el nivel 5 siendo todo esto estadísticamente significativo( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** se encontró estrés en 97% de los padres de neonatos hospitalizados en UCIN, el nivel predominante de estrés de los padres de neonatos en el Hospital de Yanahuara fue leve en 71.13% y moderado en 27.84%, no hubo una relación significativa entre la patología subyacente. La escala de mayor puntaje fue la alteración con la interacción del neonato (4.3) y en la subescala el sentirse separado de su bebe con un 4.5; la escala de menor puntaje fue la percepción de la apariencia del neonato (3.6) y la subescala de apariencia débil del bebe de 3.5. Todos estos fueron estadísticamente significativos.” (17)

**Cita en Vancouver:** Begazo Flores PD. FRECUENCIA Y NIVEL DE ESTRÉS EN PADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2015 [Internet]. [Arequipa - Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2016 [cited 2017 Dec 20]. Available from: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5076/70.2051.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

A nivel nacional

### 3.2 Autor: “Campos Y.”

**Título:** “Nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2017”

**Resumen:** “El objetivo fue determinar el nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en el servicio de Neonatología en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2012. Material y Método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 madres; la técnica fue la entrevista y el instrumento la escala de estrés maternal aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (30), 70% (21) tienen un nivel de estrés medio, 17% (5) alto, y 13% (4) bajo. Según el ambiente del UCIN, 40% (12) medio, 33% (10) bajo y 27% (8) alto; en los aspectos del RN, 63% (19) medio, 27% (8) alto y 10% (3) bajo; en el rol de la madre, 74% (22) medio, 13% (4) bajo y 13% (4) alto; y comunicación del personal 70% (21) medio, 27% (5) bajo y 13% (4) alto. Los aspectos medio está referido a que 37% (11) expresan que existe una gran número de personas trabajando en la unidad, 47% (14) el tamaño pequeño y bajo peso del bebé; 43% (13) no alimenta a su bebé; 20% (6) no me den suficiente información sobre los exámenes y tratamientos de mi bebé; los ítems bajo 60% (18) la presencia de ruidos repentinos de alarmas de los aparatos; 53% (16) ver al bebé que no puede respirar por sí solo; 47% (14) no ser capaz de coger en brazos a mí bebe cuando quiera; 87% (26) el personal explica las cosas muy rápidas; y lo alto porque 3% (1) está prohibido la visita; 10% (3) le incómoda ver al bebe con aparatos, agujas y tubos, y 27% (8) no poder quedarse en el hospital. Conclusiones. La mayoría de las madres tienen un nivel de estrés de medio a bajo referido en el ambiente de la UCIN a la presencia de ruidos repentinos de alarmas, los bebes enfermos en la unidad y un mínimo porcentaje alto, por la prohibición de las visitas; en el aspecto del bebe porque está siendo alimentado por medio de una línea o tubo, y el tamaño pequeño y bajo peso del bebé; seguido por un mínimo porcentaje alto debido a la presencia de aparatos, tubos y agujas; en el rol de madre la mayoría siente de que el personal está más cerca que ella y sentirse incapaz de proteger al bebé del dolor; y un mínimo

porcentaje alto porque tienen miedo de tocar y coger al niño; mientras que en la comunicación del personal la mayoría le dicen versiones diferentes sobre la condición del bebe y un mínimo porcentaje alto porque no le permiten permanecer en el hospital.” (26)

**Cita en Vancouver:** Campos Y. Nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2017 [Tesis en Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6443/2/Campos\\_ay.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6443/2/Campos_ay.pdf)

A nivel internacional

**3.3 Autor:** “Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B”.

**Título:** “Infantes en una unidad de cuidados intensivos: respuesta parental”

**Resumen:** “Objetivo: Comparar el funcionamiento psicosocial de los padres (madre y padre) de los bebés ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) con los padres de los bebés nacidos a término y no admitidos en la UCIN.

Diseño: Se evaluó una muestra aleatoria de padres de UCIN y padres a término no UCIN a través de una variedad de medidas psiquiátricas y psicosociales poco después del nacimiento de su bebé. Lugar: Christchurch Women's Hospital, Nueva Zelanda. Sala de parto y NICU nivel III. Participantes: Un total de 447 padres (242 madres, 205 padres) con un bebé ingresado en una UCIN regional durante un período de 12 meses; 189 padres (100 madres, 89 padres) con bebés nacidos a término y que no requieren ingreso en la UCIN.

Principales medidas de resultado: síntomas de depresión y ansiedad, funcionamiento psicosocial.

Resultados: En general, los niveles de ansiedad y depresión fueron bajos en ambos grupos de padres. En comparación con los padres control, un mayor porcentaje de padres con UCIN tenía ansiedad clínicamente relevante y tenían más probabilidades de haber tenido una admisión previa en la UCIN y estar en un rango de ingresos

familiares más bajos. La prematuridad infantil se asoció con niveles más altos de sintomatología en madres y padres de UCIN.

Conclusiones: las intervenciones específicas no son necesarias para la mayoría de los padres que tienen un bebé ingresado en la UCIN, ya que parecen adaptarse de manera relativamente exitosa. La prematuridad infantil tiene un impacto negativo en el padre y la madre. En consecuencia, estos padres pueden beneficiarse de una mayor atención clínica.” (20)

**Cita en Vancouver:** Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005 Mar; 90(2):F109–13.

**3.4 Autor:** “Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewert R, O’Hara MW”

**Título:** “Síntomas de depresión y ansiedad en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos”

**Resumen:** “Antecedentes: las madres de bebés hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) corren el riesgo de presentar niveles clínicamente significativos de depresión y síntomas de ansiedad; sin embargo, las características materno-infantil 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 un enfoque de clasificación diagnóstica o un modelo de factor común explicaba mejor el patrón de síntomas informados por las madres de UCIN, incluida la depresión, la ansiedad generalizada, el pánico y el trauma. Un objetivo secundario fue evaluar los factores de riesgo de los estados emocionales aversivos en las madres de UCIN sobre la base del modelo conceptual compatible.

Método: en este estudio transversal, una muestra de conveniencia no probabilística de 200 madres con UCIN completó cuestionarios que evaluaban las características demográficas y de salud infantil, así como la depresión materna y los síntomas de ansiedad. El modelado de ecuaciones estructurales se usó para probar un modelo de clasificación de diagnóstico y un modelo de factores comunes de estados

emocionales aversivos y los factores de riesgo de estados emocionales aversivos en madres en la UCIN.

**Resultados:** las estimaciones de máxima verosimilitud indicaron que el examen de los síntomas de depresión y ansiedad como clasificaciones diagnósticas separadas no encajaba bien con los datos, mientras que el examen del factor común de la emocionalidad negativa permitió un ajuste adecuado de los datos e identificó una historia de depresión y enfermedad infantil y la prematurez infantil como factores de riesgo significativos.

**Discusión:** este estudio respalda una visión multidimensional de la depresión y debe guiar tanto la práctica clínica como la investigación futura con las madres de UCIN.” (22)

**Cita en Vancouver:** Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewert R, O’Hara MW. Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. Nurs Res. 2014 Oct; 63(5):320–32

**3.5 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. ” (27)

**Cita en Vancouver:** Pereira Pardovani FH. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates’ mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(4):251–4.



## 7. OBJETIVO

### 7.1. GENERAL

Determinar nivel de depresión y ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche.

### 7.2. ESPECÍFICOS

- 1) Determinar la frecuencia de depresión y ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche,
- 2) Establecer la relación entre la ansiedad y depresión, y las características sociodemográficas de los padres de los recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche.
- 3) Establecer la relación entre la ansiedad y depresión, y la patología de los recién nacidos hospitalizados en el Servicio de Neonatología del Hospital III Goyeneche.

## 8. HIPÓTESIS

Dado que la hospitalización de un recién nacido en el servicio de neonatología significa un estrés considerable para sus padres, es probable que esté asociada al desarrollo de depresión y ansiedad en estos.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 9. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

**1.1. TÉCNICAS:** Se hará empleo de la encuesta.

**1.2. INSTRUMENTOS:** Ficha de recolección de datos de los padres (Anexo 1), para los niveles socioeconómicos estarán basados en los datos de Ipsos Perú, 2013 (28); la escala de Zung para depresión (Anexo 3) y la escala de Zung para ansiedad (Anexo 5).

**1.3. MATERIALES:**

- Escala de Zung para depresión
- Escala de Zung para ansiedad
- Papel
- Computadora
- Sujetos dentro de la investigación

#### 10. CAMPO DE VERIFICACIÓN

**2.4. Ubicación espacial:** Arequipa, Arequipa, Cercado de Arequipa.

**2.5. Ubicación temporal:** Enero 2018.

**2.6. Unidades de estudio:**

**2.6.1.** Población: Madres y Padres de recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital III Goyeneche.

**2.6.2.** Muestra: Para la determinación de la muestra utilizarán las formulas incluidas en el libro de estadística de los autores Spiegel y Stephens, 2009. (29) Al no contar con antecedente estadístico de la población objetivo, se utilizará la fórmula para poblaciones infinitas o desconocidas:  $N = \frac{Z^2 * P * Q}{E^2}$ . Siendo N: muestra, Z: nivel de confianza, P: proporción, Q: 1-p y E: margen de error.

En el presente estudio se utilizará un nivel de confianza de 95%, proporción de 50% y margen de error de 10%

La muestra final es de 96 individuos.

El muestreo es no probabilístico por conveniencia.

### 2.6.3. Criterios de selección:

#### a) Criterios de inclusión:

- Padres de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital III Goyeneche durante los meses de estudio.
- Padres que hayan aceptado por medio del consentimiento informado.

#### b) Criterios de exclusión:

- Padres de recién nacidos hospitalizados por malformaciones congénitas.
- Encuestas no llenadas en su totalidad o llenadas erróneamente.

## 11. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.5. ORGANIZACIÓN:

- Se solicitará autorización a la Dirección del Hospital III Goyeneche para el acceso a las unidades de estudio así como la preparación de aquellos y formalización física de la muestra.
- Se solicitará el consentimiento de la población objetivo, para la realización de la investigación mediante la encuesta.
- Sea administrará una encuesta a cada progenitor de los recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología, para su llenado.

### 3.6. RECURSOS

#### 3.6.1. Humanos:

- Investigador : Yordi Jesús Núñez Zúñiga
- Asesor : Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

#### 3.6.2. Materiales:

- Material de escritorio.
- Computador personal provisto de programas procesadores de texto, base de datos y software estadístico.

#### 3.6.3. Financiamiento

- El presente estudio es autofinanciado.

### **3.7. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:**

Los instrumentos empleados en el presente estudio fueron desarrollados y creados por Zung WW, en 1961 con la escala autoadministrada de depresión (8) y en 1975 con la escala autoadministrada de ansiedad (13). Los cuales han sido utilizados ampliamente en diversos tipos de pacientes y población en general, lo cual ha permitido su validación de su idioma inglés original, al español; a manos de Conde V, en 1970 con la escala de depresión de Zung (30), y por Lusilla MP en 1990 con la escala de ansiedad de Zung (31). Además existe una amplia experiencia de su uso en nuestro país, contando incluso con validación nacional, en cuanto a la escala de depresión de Zung (32). Dicha validez es apoyada por otros autores quienes refieren que al haberse utilizado extensamente en poblaciones variadas, estos confieren datos para su validez (33).

### **3.8. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS**

#### **3.8.1. PLAN DE PROCESAMIENTO:**

Al concluir la fase de llenado de encuestas, y obtención de datos, se ordenaran las encuestas en orden numérico, tras lo cual los datos obtenidos se transcribirán y tabularán de manera sistemática en una tabla de datos maestra en Excel.

#### **3.8.2. PLAN DE CLASIFICACIÓN:**

Se hará uso de una matriz de sistematización de datos, en la que se ordenaran los datos recolectados en las encuestas, según las variables del presente estudio.

#### **3.8.3. PLAN DE CODIFICACIÓN:**

Se realizará la codificación de aquellos datos, cuya variable contenía un indicador en escala nominal, para agilizar la tabulación del dato.

**IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO**

ACTIVIDADES/ TIEMPO	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección de tema												
2. Búsqueda bibliográfica												
3. Redacción de proyecto												
4. Aprobación de proyecto												
5. Ejecución												
6. Análisis y discusión												
7. Informe final												

**V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA**

1. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2016.
2. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA, Artigot Cánovas RM, Ovid Technologies I. Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatría ciencias de la conducta/psiquiatría clínica. 10a ed. Barcelona: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
3. OMS | Depresión [Internet]. WHO. [citado el 20 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

4. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 10a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
5. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; Vol. XXIX. 2013, Suplemento 1.
6. Halverson JL, Bhalla RN, Moraille-Bhalla P, Andrew LB, Leonard RC. Depression: Practice Essentials, Background, Pathophysiology [Internet]. Medscape. 2017. Disponible en:  
<https://emedicine.medscape.com/article/286759-overview>
7. Black DW, Andreasen NC. Texto introductorio de psiquiatría. 1a ed. Mexico, DF: Editorial El Manual Moderno; 2015.
8. Zung WW. A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. Arch Gen Psychiatry. 1965 Jan; 12:63–70
9. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. 1967 Dec; 6(4):278–96.
10. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Mod Probl Pharmacopsychiatry. 1974; 7(0):151–69.
11. González Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007 Mar;23(1):0–0.
12. Bhatt NV, Baker MJ. Anxiety Disorders: Background, Anatomy, Pathophysiology [Internet]. Medscape. 2017. Disponible en:  
<https://emedicine.medscape.com/article/286227-overview>
13. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. 1971 Dec; 12(6):371–9.
14. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959; 32(1):50–5.
15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):893–
16. Anicama Melo MJ. Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en eL HNAL [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San

- Marcos; 2012 [cited 2017 Dec 24]. Available from:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/465/1/Anicama\\_mm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/465/1/Anicama_mm.pdf)
17. Begazo Flores PD. FRECUENCIA Y NIVEL DE ESTRÉS EN PADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2015 [Internet]. [Arequipa - Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2016 [cited 2017 Dec 20]. Available from:  
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5076/70.2051.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Kliegman RM, Nelson WE. Nelson Tratado de pediatría. 19a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
19. Cunningham MD, Eyal FG, Gomella TL. Neonatology management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs [Internet]. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC.; 2013 [cited 2017 Dec 25]. Available from:  
<http://accesspediatrics.mhmedical.com/book.aspx?bookid=677>
20. Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005 Mar; 90(2):F109–13.
21. 45 percent of parents experience depression, anxiety and stress when newborns leave NICU: Parents who were the most anxious also were the most depressed; older parents were less stressed [Internet]. ScienceDaily; 2017 [cited 2017 Dec 25]. Available from:  
<https://www.sciencedaily.com/releases/2017/09/170915095203.htm>
22. Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewert R, O’Hara MW. Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. Nurs Res. 2014 Oct; 63(5):320–32.
23. Palma I E, Von Wussow K F, Morales B I, Cifuentes R J, Ambiado T S. Stress in parents of hospitalized newborns in a neonatal intensive care unit. Revista chilena de pediatría. 2017 Jun; 88(3):332–9.
24. Kong L-P, Cui Y, Qiu Y-F, Han S-P, Yu Z-B, Guo X-R. Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. J Clin Nurs. Abril de 2013; 22(7–8):1163–72.

25. Gönülal D, Yalaz M, Altun-Köroğlu Ö, Kültürsay N. Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2014 Apr; 56(2):171–6.
26. Campos Y. Nivel de estrés en madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, 2017 [Tesis en Internet]. [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6443/2/Campos\\_ay.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6443/2/Campos_ay.pdf)
27. Pereira Pardovani FH. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(4):251–4.
28. El 55% de los hogares urbanos pertenece a clase media y alta [Internet]. Perú: Perú 21; 2013 [fecha de acceso 24 diciembre de 2017]. URL disponible en:  
<https://peru21.pe/economia/55-hogares-urbanos-pertenece-clase-media-alta-121849>
29. Spiegel MR, Stephens LJ, Gómez Castillo R. Estadística. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
30. CONDE V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol* 1970; 33: 185-206.
31. Lusilla MP, Sánchez A, Sanz C, López J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). *Anales de Psiquiatría* 1990; 6, Sup 1: 39.
32. Novara J, Sotilo C, Warthon D. Estandarización de las Escalas de Depresión en Lima (monografía). Lima, 1984
33. Perales A, Sogi C. Ansiedad y depresión, unidad o diversidad clínica. *Acta Psicol Psiquiat Am Lat* 1999; 45 (1): 13-23.

## ANEXO DE PROYECTO DE TESIS 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FICHA NÚMERO:** \_\_\_\_\_

Por medio del presente se le invita a participar del estudio de investigación, que tiene como objetivo el determinar el nivel de depresión y ansiedad en padres de recién nacidos hospitalizados en servicio de neonatología en el hospital III Goyeneche.

Solicito su autorización para incluírl(o)/(a) en esta investigación, la cual es totalmente anónima, voluntaria y gratuita; en la que se le proporcionara una encuesta a ser llenada por usted mism(o)/(a) y tras lo cual se evaluarán los datos obtenidos; siendo usted libre de retirarse del estudio en cualquier momento.

Si llena la encuesta usted esta consintiendo ser parte de la investigación

Gracias por su apoyo.

#### **1. Datos del padre o madre:**

1.1. Edad: \_\_\_\_\_

1.2. Sexo:      ( ) Masculino      ( ) Femenino

1.3. Estado civil:

( ) Soltero   ( ) Casado/a   ( ) Conviviente   ( ) Viudo/a

1.4. Grado de instrucción:

( ) Analfabeto   ( ) Primaria   ( ) Secundaria   ( ) Superior

1.5. Nivel socioeconómico: **Ingreso económico familiar mensual**

( ) Nivel A (s/. 10622)   ( ) Nivel B (s/. 5126)

( ) Nivel C (s/. 3261)   ( ) Nivel D (s/. 1992)   ( ) Nivel E (s/. 1027)

1.6. Procedencia:

( ) Arequipa   ( ) Fuera de Arequipa, especificar: \_\_\_\_\_

1.7. Zona en la que vive:

( ) Rural      ( ) Urbana

#### **2. Datos del recién nacido:**

2.1. Enfermedad del recién nacido: \_\_\_\_\_

## **ANEXO DE PROYECTO DE TESIS 2**

### **ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESION**

A continuación responda las siguientes preguntas con sinceridad, colocando con una “X” en las columnas según lo siguiente:

A: Nunca o casi nunca

B: A veces

C: Con bastante frecuencia

D: Siempre o casi siempre

		A	B	C	D
1	Me siento abatido y melancólico.				
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.				
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.				
4	Duermo mal.				
5	Tengo tanto apetito como antes.				
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.				
7	Noto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.				
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.				
10	Me canso sin motivo.				
11	Tengo la mente tan clara como antes.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.				
14	Tengo esperanza en el futuro.				
15	Estoy mas irritable que antes.				
16	Me es fácil tomar decisiones.				
17	Me siento útil y necesario.				
18	Me satisface mi vida actual.				
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.				

**ANEXO DE PROYECTO DE TESIS 3**  
**ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESION: PUNTUACIÓN**

		A	B	C	D
1	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4
4	Duermo mal.	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	1	2	3	4
10	Me canso sin motivo.	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15	Estoy mas irritable que antes.	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17	Me siento útil y necesario.	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual.	4	3	2	1
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>
Depresión ausente	≤ 40 puntos
Depresión leve	41-47 puntos
Depresión moderada	48-55 puntos
Depresión grave	> 55 puntos

## ANEXO DE PROYECTO DE TESIS 4

### ESCALA DE ZUNG PARA ANSIEDAD

A continuación responda las siguientes preguntas con sinceridad, colocando con una “X” en las columnas según lo siguiente:

A: Nunca o casi nunca

B: A veces

C: Con bastante frecuencia

D: Siempre o casi siempre

		A	B	C	D
1	Me más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.				
2	Me siento con temor sin razón.				
3	Despierto con facilidad o siento pánico.				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder				
6	Me tiemblan las manos y las piernas.				
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11	Sufro de mareos.				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16	Orino con mucha frecuencia.				
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.				
18	Siento bochornos.				
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche				
20	Tengo pesadillas.				

**ANEXO DE PROYECTO DE TESIS 5**  
**ESCALA DE ZUNG PARA ANSIEDAD: PUNTUACIÓN**

		A	B	C	D
1	Me más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.	1	2	3	4
2	Me siento con temor sin razón.	1	2	3	4
3	Despierto con facilidad o siento pánico.	1	2	3	4
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	1	2	3	4
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder	4	3	2	1
6	Me tiemblan las manos y las piernas.	1	2	3	4
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.	1	2	3	4
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.	4	3	2	1
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	1	2	3	4
11	Sufro de mareos.	1	2	3	4
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	1	2	3	4
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente	4	3	2	1
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.	1	2	3	4
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4
16	Orino con mucha frecuencia.	1	2	3	4
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.	4	3	2	1
18	Siento bochornos.	1	2	3	4
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche	4	3	2	1
20	Tengo pesadillas.	1	2	3	4

CLASIFICACIÓN	PUNTUACIÓN TOTAL
Ansiedad ausente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 36 puntos
Ansiedad leve	36 – 47 puntos
Ansiedad moderada	48 – 59 puntos
Ansiedad grave	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 60 puntos



## **ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS**

## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Ficha	Edad	Sexo	Estad	Grado	Nivel	Proce	Zona	Diagnóstico	Puntu	Depre	Nivel	Puntu	Ansie	
1	19	1	1	2	1	0	1	10	10	32	0	0	36	1
2	20	0	1	2	1	0	1	10		29	0	0	29	0
3	30	0	1	3	1	0	1	5	5	32	0	0	27	0
4	24	1	1	2	1	0	1	5		36	0	0	37	1
5	34	1	1	2	0	1	0	4	4	48	1	2	55	1
6	36	0	1	2	0	1	0	4		46	1	1	40	1
7	30	1	1	3	1	0	1	6	6	41	1	1	32	0
8	36	0	1	3	1	0	1	6		42	1	1	37	1
9	24	0	1	2	0	1	1	5	5	27	1	1	26	1
10	18	1	1	2	0	1	1	5		20	0	0	24	0
11	29	0	1	2	0	2	0	3	3	43	1	1	36	1
12	33	1	1	2	0	1	0	3		49	1	2	40	1
13	26	0	1	2	1	0	1	1	1	28	0	0	32	0
14	29	1	1	3	1	5	1	1		23	0	0	30	0
15	20	0	1	2	0	1	0	7	7	38	0	0	28	0
16	20	1	1	2	0	1	0	7		46	1	1	36	1
17	28	0	1	2	1	5	1	2	2	35	0	0	32	0
18	19	1	1	2	1	0	1	2		34	0	0	36	1
19	19	1	1	2	0	0	1	9	9	50	1	2	43	1
20	24	0	1	2	0	2	1	9		35	0	0	34	0
21	39	1	1	1	1	0	0	8	8	31	0	0	26	0
22	40	0	1	2	1	3	0	8		24	0	0	21	0
23	37	1	1	2	0	1	1	5	5	20	0	0	20	0
24	31	0	1	1	0	0	1	5		26	0	0	25	0
25	31	0	2	2	1	0	1	1	1	36	0	0	27	0
26	30	1	2	3	1	0	1	1		35	0	0	36	1
27	35	0	1	2	0	0	1	5	5	25	0	0	28	0
28	37	1	1	2	0	2	1	5		26	0	0	26	0
29	23	0	1	2	0	4	0	5	5	25	0	0	26	0
30	25	1	1	3	0	0	0	5		35	0	0	39	1
31	31	1	0	3	0	1	0	5	5	41	1	1	41	1
32	21	1	1	2	1	0	0	5	5	32	0	0	41	1
33	21	0	1	2	1	0	0	5		41	1	1	39	1
34	32	0	2	2	1	2	0	5	5	21	0	0	27	0
35	30	1	2	2	1	2	0	5		32	0	0	28	0
36	29	1	1	2	1	0	1	1	1	35	0	0	29	0
37	26	0	1	3	1	1	1	1		25	0	0	30	0
38	19	1	0	2	0	0	1	5	5	41	1	1	36	1
39	29	0	1	2	0	1	0	2	2	44	1	1	24	0
40	29	1	1	1	0	1	0	2		41	1	1	41	1
41	31	1	2	3	1	0	1	7	7	23	0	0	20	0
42	25	0	2	3	1	0	1	7		22	0	0	21	0
43	46	1	1	3	0	4	1	6	6	41	1	1	42	1
44	45	0	1	3	0	1	1	6		24	0	0	44	1
45	17	1	1	2	0	0	1	1	1	22	0	0	22	0
46	19	0	1	2	0	0	1	1		20	0	0	26	0
47	43	0	1	1	0	2	0	5	5	31	0	0	32	0
48	39	1	1	1	0	2	0	5		32	0	0	28	0
49	19	0	1	2	0	0	1	0	0	33	0	0	48	1
50	23	1	1	3	0	0	1	0		24	0	0	25	0

