

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA



TESIS:

**RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADAS
A PARTOS PREMATUROS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE CUSCO – 2016.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

**AUTOR:
SILVIA ZAMALLOA MONTOYA**

CUSCO – PERÚ

2016

A mi hija Ariana Micaela que siempre tiene una sonrisa para mí en los días más cansados y es por ella todo este esfuerzo de salir adelante.

A mi madre querida que lucha cada día y se enfrenta ante la adversidad en esta vida.

Silvia Zamalloa

A Dios, por permitirme llegar a una de mis metas, a mi esposo Gustavo Alonso por el apoyo incondicional que me brinda cada día, a mis padres Cirilo y Leonor; sobre todo a mi mamita quien me apoyo con el cuidado de mi hija mientras trabajaba.

Me gustaría agradecer sinceramente a mis asesores por sus conocimientos, sus orientaciones, sin quienes esta investigación no hubiera sido posible: Lic. David Concha Romaña y Ps. Jeane Brigitte Mejía.

Al Mg. Américo Mejía por el genuino interés que demostró a lo largo de toda esta etapa, sobre todo por su exigencia.

A todas las madres que participaron de esta investigación, por su tiempo brindado y anécdotas, por permitirme conocerlas a ellas y a sus bebés.

A las personas que laboran en la institución los cuales me ayudaron para la aplicación de la tesis.

Silvia Zamalloa

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco, teniendo como muestra de estudio a las madres que tuvieron recién nacidos prematuros (RNP). Se realizó un estudio de los niveles de ansiedad y depresión que pudieran experimentar las madres con un RNP. Los objetivos de la investigación fueron describir los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos que inciden en la relación que existen entre los niveles de ansiedad y depresión; evaluar los niveles de ansiedad y depresión; y determinar el coeficiente de correlación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros. Se utilizaron como instrumentos de investigación un cuestionario de encuesta estructurado especialmente confeccionado para el presente estudio y se aplicó la Escala para la Auto-Medición de la Ansiedad y Depresión (Test de Zung), los cuales fueron previamente validados antes de aplicarlos a la muestra de madres del estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto al nivel de ansiedad el 13.3% de las madres de la muestra se encuentran en el "límite normal" de ansiedad, el mayor porcentaje (63.3%) se encuentra entre las madres que muestran síntomas de un ansiedad "mínima a moderada" y finalmente el 23.3% de las madres muestran síntomas de una ansiedad "marcada a severa"; con respecto a los niveles de depresión el 63.3% de las madres de la muestra han experimentado síntomas de depresión dentro del "rango normal", el 26.7% ha experimentado un estado "ligeramente deprimido" y el 10% de madres ha experimentado un estado "moderadamente deprimido".

Se encontró que existe una correlación positiva y significativa entre los niveles de ansiedad y depresión experimentados por las madres de la muestra. También se discuten los factores socioeconómicos, psicosociales, familiares y físicos relacionados.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, Depresión, Postparto, Recién Nacido Prematuro (RNP), Test de Zung.

ABSTRACT

The present investigation developed in the Service of Neonatology of the Regional Hospital of the Cusco, taking as a study sample the mothers who had newborn premature (PNB). There was realized a study of the levels of anxiety and depression that the mothers could experience with RNP. The targets of the investigation were to describe the psychosocial, socioeconomic, familiar and physical factors that affect in the relation that they exist between the levels of anxiety and depression; to evaluate the levels of anxiety and depression; and to determine the coefficient of existing interrelation between the levels of anxiety and depression of the mothers who had premature childbearings. There was used like investigation instruments a structured questionnaire of survey especially made for the present study and there applied the Self-Rating Anxiety and Depression Scale (Test of Zung), which were validated previously before applying them to the sample of mothers of the study. The following results were obtained: as for the anxiety level 13.3 % of the mothers of the sample is in the “normal limit” of anxiety, the biggest percentage (63.3 %) is between the mothers who show symptoms of an anxiety “minim to moderate” and finally 23.3 % of the mothers shows symptoms of an anxiety “marked to severe”; with regard to the depression levels 63.3 % of the mothers of the sample has experienced depression symptoms inside the “normal status”, 26.7 % has experienced the state “lightly depressed” and 10 % of mothers has experienced the state “moderately depressed”.

It has found a positive and significant interrelation between the levels of anxiety and depression experienced by the mothers of the sample. Also there are discussed the related socioeconomic, psychosocial, familiar and physical factors.

WORDS FIX: Anxiety, Depression, Post childbearing, Premature Newborn Baby (PNB), Test of Zung.

INTRODUCCION

La presente tesis está dirigida a investigar la relación entre la ansiedad y depresión asociada a partos prematuros en mujeres atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco.

Los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación, el parto, el nuevo rol de madre, y los sucesos derivados del cuidado del recién nacido, incluso en mujeres que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad y disfrutan de un entorno socio familiar acomodado y satisfactorio supone un considerable estrés materno. Muchos autores consideran que el puerperio es de alto riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos y psicóticos. Por ello es importante prestar especial atención a la salud mental de la puérpera, por los servicios de atención médicos y sociales.

Por otro lado, ante un cuadro de depresión postparto de la madre las consecuencias en el recién nacido pueden provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebe, una reducida interacción madre-hijo; la teoría respalda que la depresión postparto tiene efectos devastadores no sólo en las madres sino también en sus familiares. En algunos estudios se ha mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, acompañado de bajo peso al nacer, depresión postparto y dificultades en el aprendizaje.

En el capítulo I, se describe la realidad problemática, se formulan el problema principal y los problemas secundarios. También, se plantean los objetivos de la investigación así como sus respectivas hipótesis de investigación.

En el capítulo II, se presenta el marco teórico de la investigación con la revisión de los antecedentes internacionales, nacionales y locales de investigaciones

realizadas sobre la depresión y ansiedad de las mujeres en sus etapas prenatal y posnatal. Así también, se describen las bases teóricas sobre las cuales se fundamentara la investigación.

En el capítulo III, se establece la metodología de la investigación describiéndose el tipo y diseño de la investigación, así mismo, se presenta la población y muestra que se usaron en la investigación. También se definen las variables, dimensiones e indicadores así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a los instrumentos de recolección de datos aplicados a la muestra y su respectivo análisis y discusión de resultados.

Los objetivos de la presente investigación son evaluar los niveles de ansiedad y depresión en las madres con un Recién Nacido Prematuro (RNP), así como, describir los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos que inciden en la relación que existen entre los niveles de ansiedad y depresión; y finalmente cuantificar la relación de estos niveles mediante la determinación del coeficiente de correlación.

La investigación nos ayudará a incrementar nuevos conocimientos y a su vez servirá para analizar la información que nos ayude en la detección temprana que conlleve a una intervención oportuna y disminución de las complicaciones de la presencia de ansiedad y depresión en las madres con recién nacidos prematuros. Así también, es importante porque las políticas de salud del estado peruano priorizan la atención al binomio madre – niño. La importancia de esta relación que incluye la etapa prenatal, involucra aspectos muy importantes en el futuro del niño en su desarrollo físico, cognitivo, social e inclusive económico.

La investigación se llevó en cabo en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco, teniendo como muestra de población a 30 madres que tuvieron partos prematuros. A quienes se les aplicaron un cuestionario de encuesta con 14 preguntas relacionadas con los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos; seguidamente se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión en cada una de las madres de la muestra mediante la aplicación de la Escala para la Auto-Medición de la Ansiedad y Depresión (Test de Zung). Se utilizaron dos meses para completar el tamaño de la muestra de la investigación, solo se consideraron a las madres que asistían al servicio de neonatología que tenían un recién nacido prematuro internado en cuidados intensivos o cuidados intermedios. Las madres fueron abordadas en las mismas instalaciones del servicio de neonatología y se les aplicaron los instrumentos previo consentimiento de ellas.

Se utilizaron como variables de investigación los niveles de ansiedad y depresión, los factores asociados a la relación entre los niveles de ansiedad y depresión. Los factores asociados comprenden los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos que pueden incidir en que la madre experimente un cuadro de ansiedad o depresión más alto.

Los resultados se presentan en tres apartados, primero, los resultados de los factores asociados a los niveles de ansiedad y depresión; seguidamente los resultados de los niveles de ansiedad y depresión encontrados en las madres de la muestra de la investigación después de la aplicación de la Escala para la Auto-Medición de la Ansiedad y Depresión (Test de Zung); y finalmente el resultado del coeficiente de correlación existente entre los niveles de ansiedad y depresión.

En forma general, los resultados de la investigación muestran que la incidencia de ansiedad y depresión postparto en la muestra de la población escogida es similar a la esperada según la teoría.

INDICE

| | |
|-----------------------|-----|
| DEDICATORIA | i |
| AGRADECIMIENTOS | ii |
| RESUMEN..... | iii |
| ABSTRACT..... | v |
| INTRODUCCION..... | vii |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|---|---|
| 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA | 1 |
| 1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN..... | 2 |
| 1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL | 2 |
| 1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA..... | 2 |
| 1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL | 2 |
| 1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL: | 3 |
| 1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS:..... | 3 |
| 1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 3 |
| 1.4.1 OBJETIVO GENERAL | 3 |
| 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 3 |
| 1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 4 |
| 1.5.1 HIPÓTESIS ALTERNA | 4 |
| 1.5.2 HIPÓTESIS NULA | 4 |
| 1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:..... | 4 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 6 |
| 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES..... | 6 |
| 2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES | 8 |
| 2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES..... | 10 |
| 2.2 BASES TEORICAS..... | 11 |
| 2.2.1 ANSIEDAD | 11 |
| 2.2.2 DEPRESIÓN..... | 16 |
| 2.2.3 EL PARTO PREMATURO..... | 24 |
| 2.2.4 EL TRABAJO DE PARTO..... | 27 |

| | |
|--|----|
| 2.2.5 LA CESAREA | 31 |
| 2.2.6 LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA..... | 32 |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

| | |
|---|----|
| 3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN: | 37 |
| 3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:..... | 37 |
| 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN: | 38 |
| 3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES | 43 |
| 3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 43 |
| 3.5.1 TÉCNICAS:..... | 43 |
| 3.5.2 INSTRUMENTOS: | 44 |
| 3.6 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION..... | 47 |

CAPÍTULO IV

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

| | |
|--|-----------|
| 4.1 RESULTADOS | 49 |
| 4.2 DISCUSION DE LOS RESULTADOS..... | 68 |
| CONCLUSIONES | 71 |
| SUGERENCIAS..... | 72 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 73 |

ANEXOS

| | |
|---|------------|
| SOLICITUD O AUTORIZACION | Anexo N° 1 |
| DOCUMENTO DE ACEPTACION | Anexo N° 2 |
| CONSENTIMIENTO ETICO..... | Anexo N° 3 |
| INSTRUMENTOS | Anexo N° 4 |
| HOJA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS..... | Anexo N° 5 |
| MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | Anexo N° 6 |
| BASE DE DATOS..... | Anexo N° 7 |
| ANEXO FOTOGRAFICO | Anexo N° 8 |

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

| | |
|---|----|
| TABLA N° 1: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA..... | 39 |
| TABLA N° 2: EDAD DE LA MADRE..... | 40 |
| TABLA N° 3: OCUPACION DE LA MADRE | 41 |
| TABLA N° 4: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE | 42 |
| TABLA N° 5: NUMERO DE EMBARAZO DE LA MADRE | 50 |
| TABLA N° 6: ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES..... | 51 |
| TABLA N° 7: TIPO DE PARTO | 52 |
| TABLA N° 8: DURACION DE LA LABOR DE PARTO | 53 |
| TABLA N° 9: NUMERO DE HIJO..... | 54 |
| TABLA N° 10: COMPLICACION CONGENITA EN RNP | 55 |
| TABLA N° 11: ¿TUBO A SU BEBE EN BRAZOS? | 56 |
| TABLA N° 12: ¿USA EL METODO MADRE CANGURO? | 57 |
| TABLA N° 13: ¿CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA?..... | 58 |
| TABLA N° 14: TIPO DE RELACION CON EL PADRE | 59 |
| TABLA N° 15: ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? | 60 |
| TABLA N° 16: HORAS DE DESCANSO DESPUES DEL PARTO | 61 |
| TABLA N° 17: SENTIMIENTO EXPERIMENTADOS POR LA MADRE..... | 62 |
| TABLA N° 18: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES ANSIEDAD Y DEPRESION | 63 |
| TABLA N° 19: DIAGNOSTICO SEGÚN INDICE EAA (ANSIEDAD)..... | 64 |
| TABLA N° 20: DIAGNOSTICO SEGÚN INDICE EAMD (DEPRESION) | 65 |
| TABLA N° 21: CORRELACION ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION..... | 66 |
| GRAFICO N° 2: Edad de la madre..... | 40 |
| GRAFICO N° 3: Ocupación de la madre..... | 41 |
| GRAFICO N° 4: Grado de instrucción de la madre | 42 |
| GRAFICO N° 5: Número de embarazos de la madre | 50 |
| GRAFICO N° 6: Asistencia a controles prenatales..... | 51 |
| GRAFICO N° 7: Tipo de parto..... | 52 |
| GRAFICO N° 8: Duración de labor de parto..... | 53 |
| GRAFICO N° 9: Numero de hijo | 54 |
| GRAFICO N° 10: Complicación congénita en RNP..... | 55 |
| GRAFICO N° 11: ¿Tubo a su bebe en brazos? | 56 |
| GRAFICO N° 12: ¿Usa el Método Madre Canguro? | 57 |
| GRAFICO N° 13: ¿Cuenta con el apoyo de su pareja?..... | 58 |
| GRAFICO N° 14: Tipo de relación con el padre | 59 |

| | |
|---|----|
| GRAFICO N° 15: ¿Tiene alguna enfermedad crónica? | 60 |
| GRAFICO N° 16: Horas de descanso después del parto | 61 |
| GRAFICO N° 17: Sentimientos experimentados por la madre | 62 |
| GRAFICO N° 19: Diagnostico según Índice EAA | 64 |
| GRAFICO N° 20: Diagnostico según Índice EAMD | 65 |

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El periodo posparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, incluyendo así a la depresión posparto. La depresión posparto es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad (Oviedo G.F. & Jordán V., 2006). La depresión posparto (DPP) puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses (Evans G., 2003).

El estudio de la DPP tiene relevancia ya que ésta puede provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, una reducida interacción madre-hijo; y una mayor morbilidad y mortalidad materna. Según los estudios de Beck hay una creciente evidencia de que la depresión posparto tiene efectos devastadores no sólo en las madres sino también en sus familiares. En algunos estudios se ha mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, acompañado de bajo peso al nacer, depresión posparto y dificultades en el aprendizaje.

En la Región Cusco no se menciona ningún avance sobre la salud de las madres y sus recién nacidos relacionados al aspecto de su salud psicológica. También es insuficiente la existencia de estudios de investigación relacionados con la DPP y su comportamiento específico en el grupo de madres de la región Cusco.

Es un hecho que en el Hospital Regional del Cusco uno de los campos de mayor abandono es el referido a la salud mental materno-perinatal. No existe, en ninguno de los niveles de atención, un servicio de psiquiatría que se encargue de velar por el bienestar mental de las mujeres durante el periodo antenatal, como postnatal. Por lo que las mujeres embarazadas y las mujeres en periodo de posparto atendidas en este nosocomio podrían ser afectadas en su salud mental, dejándolas más susceptible a padecer esta patología. La misma que podría complicarse debido a la presencia de factores como: el bajo ingreso económico, el desempleo, el antecedente genético, experiencias de la infancia de abuso sexual, rasgos de personalidad: baja autoestima y personalidad neurótica, antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico; deficiente apoyo social, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante el embarazo, mal estado de salud de la madre y conflictos con la pareja.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL

La investigación está considerando las altas totales de recién nacidos prematuros atendidos durante el año 2016.

1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

La investigación se realizó en el servicio de neonatología del Hospital Regional del distrito de Cusco, provincia y región de Cusco.

1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL

La investigación consideró todos los niveles de grado de instrucción y niveles socioeconómicos de la población objetivo.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión en las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco en el 2016?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

a. ¿Qué factores físicos, psicosociales, socioeconómicos y familiares se encuentran asociados a los casos de ansiedad y depresión en las madres que tuvieron partos prematuros?

b. ¿Qué niveles de ansiedad y depresión existen en las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco en el 2016?

c. ¿Cuál es el grado de relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión que presentan las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco en el 2016.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Describir los factores físicos, psicosociales, socioeconómicos y familiares que inciden en la relación que existen entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres que tuvieron partos prematuros.

b. Conocer los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología de Hospital Regional de Cusco durante el año 2016.

c. Determinar el grado de relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS ALTERNA (H_1)

Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco.

1.5.2 HIPÓTESIS NULA (H_0)

No existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología de Hospital Regional de Cusco.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.- La investigación nos ayudará a incrementar nuevos conocimientos y a su vez servirá para analizar la información que nos ayude en la detección temprana que conlleve a una intervención oportuna y disminución de las complicaciones de la presencia de ansiedad y depresión en las madres con recién nacidos prematuros.

JUSTIFICACIÓN SOCIAL.- La trascendencia de la investigación es importante porque las políticas de salud del estado peruano priorizan la atención al binomio madre – niño. La importancia de esta relación que incluye la etapa prenatal, involucra aspectos muy importantes en el futuro del niño en su desarrollo físico, cognitivo, social e inclusive económico (entendiéndolo como capital humano). Lo

cual también implica el desarrollo de la sociedad a través de sus integrantes, es decir, un mejor capital humano consecuentemente involucra una mejor sociedad.

JUSTIFICACIÓN TÉCNICA.- La investigación ayudará a tener más información respecto a la interrelación entre las variables consideradas que son: la ansiedad y depresión de la madre, los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos. Las mismas que específicamente se estudiarán en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de la ciudad de Cusco.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL PUERPERIO CON LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO. Gracia Maroto Navarro, María del Mar García Calvente y Antonio Fernández Parra. 2004. España.

OBJETIVOS

- a. Analizar las características psicométricas de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en relación con el Inventario de Depresión de Beck en una población de la Costa y Axarquía de Málaga (España).
- b. Analizar la consistencia interna y la estructura factorial de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, y la validez de convergencia y la eficacia diagnóstica entre escalas.

CONCLUSIONES

Las madres entrevistadas tenían una edad media de 29,4 años, todas informaron tener pareja estable y menos de la mitad tenían empleo remunerado (43%). La puntuación media en estado de ánimo (según el BDI) se sitúa dentro del rango de “estado normal” (3,75 en un rango de 0 a 23), quedando clasificadas con estado deprimido el 10,7% de las madres.

VARIABLES POSIBLEMENTE ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSPARTO, SEGÚN LA ESCALA EDIMBURGO. Dres. Ruth Pérez Villegas, Katia Sáez Carrillo, Lorena Alarcón Barra, Vanesa Avilés Acosta, Isabel Braganza Ulloa, Jocelyn Coleman Reyes. 2007. Chile.

OBJETIVOS

Existen factores de riesgo que predisponen al desarrollo de una depresión posparto, entre ellos se señala las edades extremas, actitud negativa hacia el embarazo, antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, enfermedad en el recién nacido, dificultad en la lactancia, ansiedad prenatal, depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor, acontecimientos vitales estresantes, historia de disforia premenstrual, estrés psicosocial, inadecuado apoyo social, mala relación de pareja, bajo nivel socioeconómico y embarazo no deseado, entre otros (Navarro, García y Fernández, 2005)

El objetivo del estudio es analizar algunas variables sociodemográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto, según escala de Edimburgo.

CONCLUSIONES

Se realizó un estudio analítico y observacional en una muestra de 50 puérperas mayores de 18 años, elegidas al azar simple, que asistieron a control de planificación familiar a la sexta semana posparto, en el Policlínico Maternal Adosado al Hospital San José de Coronel, Chile, entre los meses de julio a septiembre del año 2006. El universo estuvo constituido por 259 puérperas que tuvieron su parto en el Hospital de Coronel durante el período de estudio.

De las 50 puérperas estudiadas, 11 de ellas (22%) obtuvieron un test positivos para riesgo de depresión posparto (EPDS +), con un promedio de 13 puntos y una desviación estándar de 3,49 puntos. Con respecto a la paridad, el 63,7% de las madres cuyo test resultó positivo para depresión (EPDS +) eran multíparas versus un 43,6% en el grupo de madres que obtuvieron un test negativo para depresión (EPDS -), diferencias que no resultaron ser estadísticamente significativas. En cuanto a la edad, el 36,3% de las puérperas con test positivo eran adolescentes, versus el 23,2% cuyo test fue negativo.

Al analizar las variables nivel socioeconómico, escolaridad y estado civil, se determinó que el 72,7% de las madres con test (+) provenían del subnivel socioeconómico clasificado como bajo y miseria versus el 64,1% de las madres que obtuvieron un test (-), estas diferencias aunque porcentuales no fueron estadísticamente significativas, en cuanto a la escolaridad tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativa en esta variable, en ambos grupos la mayoría de las madres habían cursado la enseñanza media, es decir, tenían más de 9 años de estudios, 90,9% test (+) y 84,6% test (-).

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO: EFECTO SOBRE EL ESTADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MATERNA POSPARTO Y SOBRE LA ADAPTABILIDAD NEONATAL HACIA LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ.

Dres. Gustavo Rivara Dávila y Pedro Rivara Dávila. 2007. Perú.

OBJETIVO

Demostrar el efecto del contacto piel a piel inmediato, sobre los niveles de ansiedad y depresión materna a las 2 y 48 horas posparto; así como sobre la

adaptación neonatal hacia la lactancia materna inmediata y sobre los niveles de satisfacción materna sobre el parto en sí.

CONCLUSIÓN

El contacto piel a piel disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la lactancia materna inmediata e incrementa los niveles de satisfacción materna sobre la percepción del parto.

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA METROPOLITANA. Dres. Pilar Aramburú, Rosalyn Arellano, Sandra Jáuregui, Lizbeth Pari, Pablo Salazar y Oswaldo Sierra. 2004.

OBJETIVO

Determinar la tasa de prevalencia de depresión posparto en madres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; determinar además los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados a ésta.

CONCLUSIÓN

Se encontró una tasa de prevalencia de depresión posparto en Lima Metropolitana de 24%. Los factores gineco-obstétricos y el estatus socioeconómico son factores de riesgo moderado para el desarrollo de depresión posparto. Es de importancia reconocer los factores relacionales, satisfacción marital y psicosociales como factores de alto riesgo para el desarrollo de depresión posparto en mujeres dentro de los primeros meses.

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

SÍNDROME DE TRISTEZA POSPARTO HOSPITALARIO EN LA CIUDAD DEL CUSCO. Dr. Rodolfo Quiroz Valdivia. 1997. Cusco.

OBJETIVO

Explorar el ambiente materno puerperal en un medio cultural mestizo. Determinar la incidencia del Síndrome de Tristeza Posparto (STP) en puérperas con parto hospitalario vía vaginal de la ciudad del Cusco.

CONCLUSIONES

Debido al diseño muestral, los resultados pueden ser generalizados para las pacientes de partos hospitalarios en la ciudad de Cusco. Se incluyeron sólo pacientes previamente no deprimidas, para evitar que sea factor de desviación.

Existe una mayor incidencia del STP en los grupos más jóvenes y, dentro de ellos, las primíparas. La Planificación Familiar inadecuada o ausente; así como, una temprana cohabitación conyugal podría ser alguna de sus causas.

La incidencia del STP hospitalario en la ciudad del Cusco es de 34,44%. Los síntomas se iniciaron hacia el tercer y cuarto días. La duración promedio del STP fue 2,83 días. Los grupos etáreos más frecuentes fueron entre los 20 – 24 y 18 – 19 años. Factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos se encuentran asociados al STP. El factor del recién nacido asociado al STP fue el embarazo no deseado.

2.2 BASES TEÓRICAS.

2.2.1 ANSIEDAD

La ansiedad (del latín anxietas, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos, cognitivos y fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema nervioso simpático. Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con ansiedad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

2.2.1.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica. Según el CIE-10 los trastornos de ansiedad se encuentra clasificados en el código F41.

Estudios recientes, han hallado que la genética encargada en propiciar la aparición y el desarrollo de éstos es la misma que la involucrada en los trastornos depresivos y bipolares. Los trastornos de ansiedad en el Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM V) se dividen principalmente en: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico (con o sin agorafobia), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, fobia social, trastorno fóbico y otros trastornos de ansiedad no especificados o producidos por el consumo de sustancias. Cada uno tiene sus propias características y síntomas y requieren tratamientos diferentes. Las emociones presentes en los trastornos de ansiedad van desde el simple nerviosismo a episodios de terror o pánico.

2.2.1.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Según el CIE-10 este trastorno tiene el código F41.1, la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

2.2.1.3 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

a. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

b. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

c. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):

1. Inquietud o impaciencia

2. Fatigabilidad

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

d. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la

ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

e. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

f. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.2.1.4 TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO (F41.2)

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan

estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación. Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

2.2.1.5 FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se sabe que bajos niveles de ácido gamma-aminobutírico, un neurotransmisor que reduce la actividad del sistema nervioso central, contribuye a la ansiedad. Factor que se puede asociar a la existencia de niveles de desnutrición en la persona con trastorno de ansiedad. El abuso de sustancias como el alcohol, puede inducir estados severos de ansiedad y depresión, que decrecen con prolongada abstinencia. Incluso cantidades moderadas de alcohol pueden incrementar la ansiedad y la depresión en algunos individuos.

El abuso de la cafeína, el alcohol y los ansiolíticos pueden causar o empeorar estados de ansiedad preexistentes y ataques de pánico. En pacientes que padecen alcoholismo, la ansiedad se incrementa en la fase aguda de abstinencia y puede persistir hasta 2 años después del síndrome de abstinencia en el 25% de las personas. La intoxicación por estimulantes se asocia a ataques de pánico repetitivos. La exposición a disolventes orgánicos en el medio de trabajo se ha asociado con el desarrollo de trastornos de ansiedad. Llevar un estilo de vida estresado, atravesar situaciones financieras complicadas, tener problemas laborales, atravesar alguna crisis vital o tener una enfermedad física crónica puede erigir un trastorno de ansiedad como respuesta.

2.2.2 DEPRESIÓN

La depresión (del latín *depressio*, que significa 'opresión', 'encogimiento' o 'abatimiento') es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Los principales tipos de depresión son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno ciclotímico, trastorno afectivo estacional y depresión bipolar.

El trastorno depresivo mayor, el distímico y ciclotímico son las formas más comunes de depresión, el trastorno distímico y ciclotímico son más crónicos, con una tristeza persistente durante al menos dos años. El trastorno afectivo estacional tiene los mismos síntomas que el trastorno depresivo mayor, en lo que difiere es que se produce en una época del año, suele ser el invierno. La depresión bipolar es la fase depresiva de un trastorno llamado trastorno bipolar.

2.2.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA DSM-IV-TR Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-IV-TR

Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autoreproches o culpa por estar enfermo).
8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

2.2.2.2 LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres, relativas al sexismo (género).

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la pre menopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión. La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable.

2.2.2.3 REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE DEPRESIÓN

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

Beck es uno de los exponentes más relevantes en temas que abordan la depresión, él considera que la depresión se basa en la vulnerabilidad ante el estrés, en donde la persona modifica pensamientos, cogniciones, sensaciones y percepciones sobre sí mismo, el mundo y su futuro, creando estados de profunda tristeza (Beltrán, Feyre y Guzmán, 2011). Desde hace unos años, la depresión se ha definido como la reunión de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos, los cuales crean en la persona sensaciones de malestar e impotencia frente a la vida

(Sudupe, Taboada y Dono, 2006). En relación con lo anterior, Ramírez (2003) considera que la depresión afecta tanto el estado de ánimo como la mente de la persona quien la presenta, teniendo repercusiones no solo en la alimentación, descanso, sino también en la autoestima.

En este orden de ideas, cabe resaltar que para, la clasificación internacional de enfermedades, el diagnóstico de depresión se evalúa según la alteración en grave, moderado y leve teniendo en cuenta la recurrencia en los cambios en el estado de ánimo. Por tanto, la población femenina tiene mayor riesgo de presentar trastornos depresivos que la población masculina. Además, la frecuencia de estos trastornos se elevan importantemente en el embarazo y en la etapa después del parto que en otras épocas del ciclo vital (Campo, Ayola, Peinado, Amor y Cogollo, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (2012), reporta que cada año hay 136 millones de partos y que 20 de estos tiene complicaciones tales como: fiebre, anemia, fístulas, incontinencia, esterilidad y depresión. Adicionalmente, se ha evidenciado que el periodo postparto es una etapa donde la mujer tiene mayor vulnerabilidad emocional y puede desencadenar desórdenes emocionales. La depresión ocurre en el 13% de la mujeres después de tener un bebé y esta complicación incluye síntomas tales como ganas de llorar, tristeza, irritabilidad, ansiedad y confusión (Aramburú, Arellano, Jáuregui, Pari, Salazar y Sierra, 2008).

2.2.2.4 LA DEPRESIÓN POSTPARTO

La depresión post-parto (también conocida como depresión post natal, DPP) es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres y, menos frecuentemente, a los hombres después del nacimiento de un hijo. En general, se

manifiesta por sentimientos de tristeza y tendencia al llanto, aunque también puede mostrar síntomas de la depresión. Existen dos tipos de depresión, la babyblues que es mucho más leve que la depresión post parto, ambas están ampliamente consideradas como tratables.

Los estudios muestran entre un 5% y 25% de prevalencia pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara. No se conocen las causas pero se considera que el cambio hormonal junto al cambio de ritmo de vida es un posible detonante.

También se define como un trastorno transitorio que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un periodo de dos semanas. Los médicos consideran babyblues “a la existencia de una alteración leve en el estado de ánimo de la madre puérpera” con síntomas depresivos leves, en general se manifiesta por falta de concentración, ansiedad, tristeza, pero sobre todo por una inestabilidad del humor con gran tendencia al llanto.

La depresión posparto es “la depresión que se inicia en las primeras doce semanas tras el parto” debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios – molestias digestivas, dolor de cabeza, fatiga –, ansiedad elevada, etc. Las agresiones de la madre al niño durante este estado son excepcionales.

2.2.2.5 ¿QUIÉNES CORREN MÁS RIESGO DE DESARROLLAR DEPRESIÓN POSTPARTO?

Algunas mujeres tienen más posibilidades que otras de desarrollar depresión posparto. Los factores de riesgo más importantes son: crisis frecuentes de ansiedad o depresión durante el embarazo, particularmente durante el tercer trimestre; haber sufrido de depresión o ansiedad previamente; historial de depresión o ansiedad en la familia; estrés causado por el cuidado infantil; falta de apoyo social; dificultades en el matrimonio; estrés por eventos externos como problemas financieros o la pérdida de un trabajo; cuidar a un niño con un temperamento difícil y una baja autoestima. Otros factores de riesgo menos predecibles, incluyen: un embarazo no deseado o planeado; ser soltera; bajos recursos financieros.

2.2.2.6 REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE DEPRESIÓN POSTPARTO

Es pertinente abordar los factores de riesgo que se encuentran inmersos en la mujer que presenta depresión posparto, con el fin de evaluar las variables psicológicas asociadas a la maternidad y de cierto modo la influencia de estas para generar cambios significativos en la conducta de la mujer (Dois, Uribe, Villarroel, Contreras, 2012).

En este orden de ideas, según Sarton (2006), el primer documento médico acerca de los desórdenes psicológicos después del parto fue descrito por el físico francés Jean Esquirol en 1838. Así mismo, en 1859 Marcé estableció la relación entre los síntomas físicos y psicológicos tales como confusión y delirio en madres después del parto. Con el paso del tiempo se ha podido distinguir 5 desordenes del humor

asociados al periodo postparto, entre ellos son: ataque de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, depresión mayor y psicosis (Sarton, 2006).

Según Zauderer y Davis (2012), en la depresión postparto se ha determinado como la complicación más común en mujeres en el periodo después del parto. Adicionalmente, determinaron que aproximadamente 1 de 20 mujeres experimentan depresión mayor y que se puede experimentar hasta los 12 meses después del parto. Así mismo, la depresión postparto ha sido definida como “la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto” (Zaconeta, Domínguez, y França, 2004).

Del mismo modo, la depresión postparto es la causante de sufrimiento tanto para la madre como para la familia (Ayala, 2007), de la misma manera este trastorno se caracteriza por las mamás que experimentan síntomas tales como irritabilidad, cambios de humor, fatiga, interrupción del sueño, miedo de estar sola, falta de concentración, tristeza, culpa, pérdida de interés y placer en actividades y cambios en el apetito (Zauderer & Davis, 2012).

En la actualidad, la depresión posparto no está clasificada como una enfermedad separada, sino que se diagnostica como parte de los trastornos afectivos o del estado de ánimo, tanto en el DSM-IV (2004) como en el CIE-10 (1999) Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (Vargas y García, 2009). De hecho, dentro del DSM-IV (2004) manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2004), la depresión postparto es un episodio depresivo mayor que se inicia 4 semanas después del parto.

Así mismo, el DSM IV (2004) y Zaconeta et al (2004), coinciden que los síntomas de depresión postparto son: ánimo depresivo, disminución de la capacidad para el

placer, pérdida de energía, ansiedad, irritabilidad, llanto, sentimientos de culpa, labilidad emocional, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, sentimiento de culpa, dificultades para concentrarse, pérdida del deseo sexual, sentimientos de incompetencia como madres y excesiva preocupación por el estado de salud del bebé.

De igual manera, Espíndola y Morales (2004) refieren que “La depresión después del parto se caracteriza por iniciar en las cuatro primeras semanas después del alumbramiento de un hijo. Su sintomatología no difiere en general de la sintomatología de los episodios afectivos que no cuentan con esta característica de inicio Sin embargo, puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo”.

Sin embargo, todos los síntomas depresivos nombrados anteriormente pueden estar relacionados con distintos factores en las madres. Por ejemplo, Costas, Fornieles, Botet y Boatella (2007), aseguran que el tener un hijo supone cambios en todas las dimensiones de la mujer, es decir, la mujer puede presentar cambios psicológicos, sociales, emocionales y por supuesto físicos, lo que puede posiblemente conllevar a que la madre presente duelos por pérdida de la independencia, de la imagen corporal anterior, de la vida en pareja sin hijos y de la vida laboral que llevaba.

2.2.3 PARTO PREMATURO

El nacimiento prematuro es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro ocurre entre los 6 a 12% de los nacimientos en la mayoría de los países. Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida. Existe también un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como: parálisis cerebral, enfermedades crónicas a los pulmones, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida de la visión y el oído.

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente de 8 a 10% del total de partos. Algunos países (Suecia y Dinamarca, por ejemplo) tienen incidencias menores del 6%. El parto prematuro es considerado esencialmente una enfermedad social, lo que explica que países pobres, o las minorías postergadas de otros, presenten cifras de incidencia superiores al 20% de los partos.

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anormalidades neurológicas son atribuibles directamente a prematurez, lo que ilustra la magnitud del problema. Aun cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbimortalidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente. Esta reducción se atribuye a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro.

2.2.3.1 FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO

El parto es un proceso complejo que involucra muchos factores. Se han identificado cuatro diferentes vías que pueden resultar en el nacimiento prematuro y tienen considerable evidencia: activación endocrina fetal precoz, sobredistensión uterina, hemorragia intrauterina y la inflamación o infección. La activación de una o más de estas vías puede haber ocurrido gradualmente a lo largo de semanas, incluso meses. En la práctica una serie de factores han sido identificados que se asocian con un nacimiento prematuro, sin embargo, una asociación no establece causalidad.

Aunque una mujer haga todo "bien" durante el embarazo, puede, de todas formas, tener un bebé prematuro. Existen ciertos factores de riesgo para los nacimientos prematuros, por ejemplo, un riesgo es haber tenido un bebé prematuro. Otros factores de riesgo son: Estar embarazada con más de un bebé (mellizos, trillizos o más). Tener problemas en el útero o el cuello uterino. Problemas crónicos de salud en la madre, como presión arterial alta, diabetes y trastornos de la coagulación. Ciertas infecciones durante el embarazo. Consumo de cigarrillos, alcohol o drogas ilícitas durante el embarazo.

Algunos eventos y trastornos en la madre pueden contribuir a un parto prematuro. Un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años de edad.

El intervalo entre embarazos hace una diferencia ya que las mujeres con un período de 6 meses o menor entre un embarazo y el siguiente tienen un aumento del doble en partos prematuros. Los estudios sobre el tipo de parto y la actividad

física han dado resultados contradictorios, pero se consideró que las condiciones estresantes, el trabajo laborioso, largas horas laborales tienen una probable asociación con la prematuridad. Los pacientes que han tenido abortos inducidos en el pasado han demostrado tener un mayor riesgo de nacimientos prematuros sólo si la terminación se realizó quirúrgicamente, pero no por vías médicas.

La adecuada nutrición materna es importante, pues las mujeres con un bajo índice de masa corporal tienen un mayor riesgo de prematuridad. Además, las mujeres con un estado nutricional deficiente también pueden estar deficientes en vitaminas y minerales. Una nutrición adecuada es fundamental para el desarrollo del feto y una dieta baja en grasas saturadas y colesterol puede ayudar a reducir el riesgo de un parto prematuro. La obesidad no conlleva directamente a un nacimiento prematuro, pero se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial que son factores de riesgo por sí mismos. Las mujeres con antecedentes de partos prematuros están en mayor riesgo de recurrencia a un ritmo del 15 - 50% dependiendo del número de acontecimientos previos. En cierta medida, estas son madres que suelen tener condiciones subyacentes crónicas, es decir, malformación uterina, hipertensión o diabetes. El componente genético es un factor en la causalidad de nacimientos prematuros. Se ha demostrado un riesgo aumentado de prematuridad entre una generación y otra. No hay un gen identificado aún, y al parecer por la complejidad de la iniciación del trabajo de parto, son numerosas las interacciones genéticas polimórficas las que pueden ser vinculadas a la etiología.

Hay una serie de trastornos anatómicos en ciertas mujeres que evitan que el bebé llegue a término. Algunas mujeres tienen un débil o corto cuello uterino (el más fuerte predictor de un parto prematuro). En mujeres con malformaciones uterinas

pierden la capacidad para mantener el embarazo lo cual conlleva a un trabajo de parto prematuro. Las mujeres con sangrado vaginal durante el embarazo tienen un riesgo mayor de partos prematuros. Si bien las hemorragias en el tercer trimestre pueden ser una señal de placenta previa o desprendimiento placentario – las cuales se producen frecuentemente de manera prematura – incluso el sangrado en meses iniciales no causado por estos dos trastornos se vincula a una mayor tasa de prematuridad. Las mujeres con cantidades anormales de líquido amniótico, también están en situación de riesgo.

El estado mental de las mujeres es importante. La ansiedad y la depresión se han relacionado con el parto prematuro. Por último, el consumo de tabaco, cocaína, y el exceso de alcohol durante el embarazo también aumenta el riesgo de un parto prematuro. El tabaco es la droga más comúnmente usada durante el embarazo y también contribuye de manera significativa al parto de un recién nacido de bajo peso al nacer. Los bebés con defectos de nacimiento se encuentran en mayor riesgo de nacer prematuros.

2.2.4 TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto y nacimiento son procesos complejos en el cual participan varios factores, siendo los más importantes: el pasajero (o sea, el feto, las membranas y la placenta), el canal del parto, las contracciones, la posición de la madre y su respuesta psicológica o emocional. Los primeros cuatro forman la base para la comprensión del trabajo de parto como un proceso, en tanto que el último, en el cual también intervienen factores culturales y educacionales, tiene enorme influencia sobre los otros cuatro y puede hacer que una misma experiencia sea percibida por una mujer y su familia como un acontecimiento

natural de gran significado afectivo y poco o ningún sufrimiento físico o psicológico, o bien como un suceso negativo, doloroso, peligroso y atemorizante.

Según la edad de la gestación en que ocurre el parto se clasifica:

Parto inmaduro, entre las 20 a las 28 semanas

Parto pretermino o prematuro, entre las 28 y las 36 semanas.

Parto de termino, entre las 37 y 40 semanas.

Parto posttermino, después de la semana 42 en adelante.

Por su forma de inicio:

Espontaneo, cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.

Inducido, cuando se utiliza alguna técnica médica como sería la Maduración Cervical usando prostaglandinas PG2alfa, o Inducción con medicamentos oxitócicos.

2.2.4.1 TIPOS DE PARTO

Diversas modalidades por las que puede nacer el bebé al término del embarazo, entre los cuales podemos mencionar:

Parto vaginal espontáneo; en el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el

nombre de posición de litotomía, y ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical - por ejemplo agachada- en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos. Idealmente, el entorno de la madre en el momento del parto debería ser de tranquilidad, sin prisas, intimidad y confianza: luz suave, pocas personas y pertenecientes a su entorno íntimo, una posición cómoda elegida por ella, tal vez música o flores o aromas si a ella le gustan. También existe el parto en agua caliente, en el propio hogar, en hospitales o en centros privados.

Parto vaginal instrumental; ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el vacuum (ventosa) o el fórceps (pinza obstétrica), que presan la cabeza del feto con la finalidad de asirlo y tirar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles.

Parto abdominal; cerca del 20% de los partos en países desarrollados como los Estados Unidos, se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada cesárea. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé no nazca vaginal.

2.2.4.2 APOYO Y ALIVIO EN EL DOLOR DEL PARTO

Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan los profesionales. Se debe respetar los deseos de

las mujeres y proporcionarles apoyo físico y emocional. El apoyo continuo a la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y cesáreas; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto. El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados. Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles.

2.2.4.3 PAPEL DE LA PAREJA EN EL TRABAJO DE PARTO

Cada vez es más evidente que la participación de la pareja de la mujer durante el nacimiento conduce a mejores partos y también afectan de manera positiva los resultados postparto. Las investigaciones también muestran que las mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto, como un miembro de la familia de la paciente, tienen resultados significativos en términos de reducción en la tasa de cesárea, partos instrumentalizados (como el uso de fórceps), menos anestesia, episiotomía, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego, así como una reducción de la duración del trabajo de parto y el bebé nace con una mayor puntuación Apgar (Dellman 2004, Vernon 2006). La pareja puede proporcionar apoyo físico y emocional: ayudando a la mujer a que comprenda cómo progresa el parto, apoyarla en las contracciones, las respiraciones adecuadas, etc. Un estudio español demostró cierto alejamiento de los hombres con respecto al proceso de embarazo, parto y posparto y que la vivencia del padre en el proceso de nacimiento es corporalmente mediado, que los desplaza a un segundo plano e imposibilita participar en ciertas actividades y vivencias. Por lo general, el padre no muestra tanto una actitud proactiva, sino que más bien quedan a la espera,

finalmente frustrada en muchos casos, de que los servicios sanitarios les asignen un espacio y un papel que desempeñar.

2.2.5 LA CESÁREA

Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas. No se debe confundir con la episiotomía, que es una incisión en el periné para facilitar el parto. La cesárea se hace por encima de la pelvis.

La incisión clásica es longitudinal en la línea media, lo que permite mayor espacio para el parto. Se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones. La más común hoy en día es la del segmento inferior, en la cual se hace un corte transversal justo por encima del borde de la vejiga. La pérdida de sangre es menor y la reparación más fácil. Una cesárea histerectomía es el parto mediante cesárea y posterior extracción del útero, que se puede realizar en casos de sangrado intratable o cuando la placenta no se puede separar del útero. Algunas veces se han practicado otros tipos, como la extraperitoneal.

Actualmente se insta al padre para que presencie la operación con el fin de apoyar y compartir la experiencia con su pareja. El anestesiólogo usualmente descubre temporalmente el campo cuando el bebé está saliendo para que los padres puedan verlo.

Los ginecólogos recomiendan la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre. Algunas posibles razones son:

Parto complicado prolongado o distocia: pelvis anormal, agotamiento materno, malformaciones uterinas, posición fetal anormal, asinclitismo, hidrocefalia, pelvis

demasiado estrecha. Sufrimiento fetal aparente. Sufrimiento maternal aparente. Complicaciones como preclamsia o eclampsia. Nacimientos múltiples. Mala colocación del bebe (cabeza hacia arriba en lugar de hacia la pelvis). Presentación anormal. Inducción del trabajo de parto fallida. Parto instrumental fallido. Bebé muy grande (macrosomía). Placenta muy baja o placenta previa. Pelvis contraída. Evidencia de infección intrauterina. Algunas veces, cesárea previa. Problemas de curación del periné, derivados del parto o de la Enfermedad de Crohn, por ejemplo.

Sin embargo, diferentes especialistas pueden diferir en cuanto a sus opiniones sobre la recomendación de una cesárea. Un obstetra puede sentir que una mujer es muy pequeña para parir a su bebé, pero otro puede estar en desacuerdo. De forma similar, algunos proveedores de cuidado pueden determinar que el parto no progresa más rápidamente que otros. Estos desacuerdos ayudan a explicar por qué las tasas de cesáreas son diferentes entre hospitales y médicos.

Los bebés nacidos por cesárea suelen tener problemas iniciales para respirar. Además puede ser difícil la alimentación porque tanto la madre como el bebé están afectados por la medicación para el dolor. Una cesárea es una cirugía mayor, con todos los riesgos y eventos que conlleva. El dolor en la incisión puede ser intenso, y la recuperación completa de la movilidad puede tomar semanas.

2.2.6 PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) es mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al principio. Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo a la gestación, del parto y del puerperio, por

consiguiente significando los mismos beneficios tanto para el feto como para el recién nacido.

El campo fisio-psicoterapéutico, incluye una preparación integral complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental (Edgar Maeder, 1985: 112-114), los que facilitarán a la madre los esfuerzos durante todo el proceso (gestacional, intranatal y postnatal), evitando o disminuyendo así posibles dificultades y/o complicaciones.

Incluye asimismo técnicas de actividad respiratoria que aportarán una buena oxigenación materno-fetal; por consiguiente, una ventaja para su buen estado en el nacimiento; y técnicas de relajación neuromuscular, elementales para lograr en la madre un buen estado emocional que favorezca su comportamiento, actitud y disposición a colaborar durante todo el proceso.

Hasta antes de octubre de 1979, año internacional del niño en Japón, en que el ilustre médico obstetra Roberto Caldeyro Barcia dejara establecidas las ventajas materno-fetales de la atención del parto en madres preparadas con psicoprofilaxis obstétrica, todo lo escrito hasta esa fecha se puso en tela de juicio y fue motivo de muchas discusiones y controversias (Guzmán Sánchez, 1983: 221-224) y León Juan (1961: 303-306). Quedó comprobado científicamente que esta atención integral interviene en una prevención global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo en el embarazo, parto y post parto, y que es ideal para la madre, el niño y equipo de salud, al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la Psicoprofilaxis Obstétrica por sus efectos positivos y beneficiosos.

Ventajas de la PPO en la madre. Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad. Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda. Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada. Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto. Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal. Menor duración de la fase expulsiva. Menor duración del tiempo total del trabajo de parto. Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor. Menor uso de fármacos en general. Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas. Manifestará menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias. Tendrá amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo. Aprenderá a disfrutar mejor de su gestación y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso. Ampliará las posibilidades de gozar de la jornada con participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto. Mejor vínculo afectivo con el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones ni uso de técnicas no probadas o no convenientes. Menor posibilidad de un parto por cesárea. Menor riesgo de un parto instrumentado. Recuperación más rápida y cómoda. Aptitud total para una lactancia natural. Menor riesgo a tener depresión postparto.

Ventajas perinatales de la PPO en la prevención prenatal de discapacidades. La PPO brinda significativos beneficios al niño desde su gestación. Esta interesante acepción se está dando sustancialmente en la visión de los pediatras neurofisiólogos y otros especialistas relacionados a la perinatología. Se ha demostrado que antes de nacer, en el útero, el feto es un ser profundamente sensible que establece una relación intensa con su entorno gestacional. Su desarrollo depende de los cuidados maternos y de la calidad de vida que le proyecte las mejores oportunidades de crecer, desarrollarse y ser un individuo potencial en todas sus capacidades físicas, intelectuales y psico-afectivas. El estrés, el exceso de trabajo, condiciones sociales diferentes, mala historia obstétrica y cuidada insatisfactoria de la gestación son los responsables de la aparición del temor durante la gestación. Y aquí es donde precisamente la PPO cumple un rol preventivo primordial, como el principal factor para suprimir el miedo en la gestante, devolviéndole el equilibrio emocional adecuado en tan importante momento de la vida y brindándole las herramientas para que tenga los mejores cuidados y calidad de vida.

Las principales alteraciones perinatológicas observadas pueden resumirse en: prematuridad, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo, complicaciones neonatales tempranas (síndrome de distrés respiratorio, apnea, mayor uso de incubadora, mayor estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales), lactancia materna inadecuada, hiperactividad y desarrollo psicomotor en desmedro. Con todo ello se demuestra que el entorno prenatal y perinatal ejerce profunda influencia y la PPO permite brindar al máximo mejor potencial al feto y recién nacido. La PPO es un espacio privilegiado en la preparación y concientización de los futuros padres respecto de la importancia en mantener

estilos de vida saludables y responsables lo cual generará mejores oportunidades de calidad de vida para el bebé.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

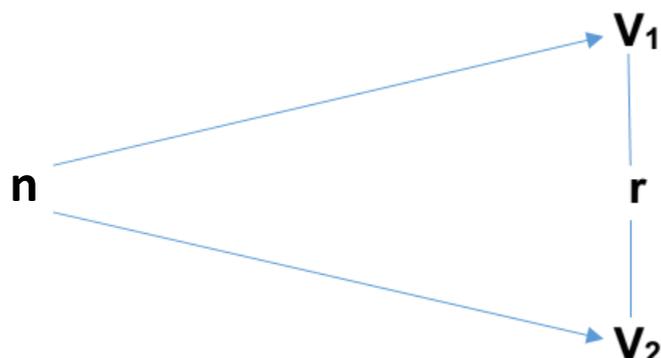
3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un estudio **descriptivo correlacional**. Este tipo de estudios tiene como finalidad describir fenómenos buscando especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos de persona. Así también, conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías y variables en un contexto en particular (Hernández, 2014). En la investigación se conocerá el grado de asociación entre las variables Ansiedad y Depresión.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Planteado el problema de la investigación, el diseño de la investigación se orienta a medir la relación existente entre dos variables, Ansiedad y Depresión; para medir y evaluar con precisión el grado de relación que existe entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos (Hernández, 2014).

El diseño se presenta de la siguiente manera:



Donde:

n = Madre con RNP atendida en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco.

V_1 = Ansiedad

V_2 = Depresión

r = Correlación de las variables V_1 y V_2

El diseño de la investigación nos permitirá medir la relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres con RNP atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN

La población está conformada por las mujeres que tuvieron recién nacidos prematuros en los servicios de neonatología del Hospital Regional de Cusco. Según datos proporcionados por este servicio se dan un promedio de 142 altas anualmente, teniendo este servicio una capacidad real de seis (06) atenciones en cuidados intensivos y catorce (14) atenciones en cuidados intermedios.

3.3.2 MUESTRA

En la investigación se usó el método de muestreo probabilístico, los métodos de muestreo probabilísticos nos aseguran la representatividad de la muestra extraída y son, por tanto, los más recomendables. Específicamente se usó el tipo *Muestreo Aleatorio Simple* con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

Según el método utilizado, a un nivel de confianza de 95% la muestra hallada para la investigación fue de 30 madres que tuvieron partos prematuros.

| | |
|------------------------------|-----|
| Nivel de confianza | 95% |
| Intervalo de confianza | 16 |
| Población | 142 |
| Tamaño de la muestra preciso | 30 |

Fuente: The Survey Sistem. 2016

3.3.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En esta sección de la investigación realizaremos la descripción de los factores asociados a la población de estudio, estos factores son: edad de la madre, ocupación de la madre y grado de instrucción de la madre; con el propósito de analizar e interpretar la incidencia de estos factores en los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres que tuvieron partos prematuros.

Presentamos a continuación los estadísticos, las tablas, los gráficos e interpretaciones que corresponden:

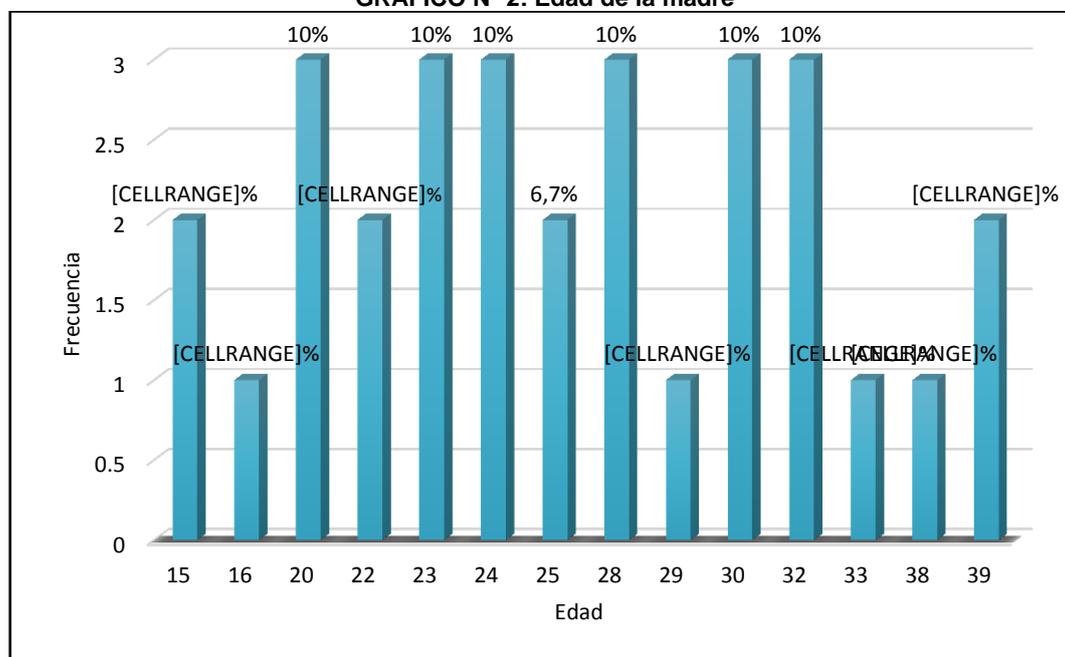
TABLA N° 1: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar | Varianza |
|-------------------------|----|--------|--------|-------|---------------------|----------|
| Edad de la madre | 30 | 15 | 39 | 26,30 | 6,508 | 42,355 |
| Edad del padre | 30 | 17 | 41 | 29,93 | 7,570 | 57,306 |
| Número de embarazo | 30 | 1 | 6 | 2,07 | 1,230 | 1,513 |
| Horas de labor de parto | 30 | 0 | 48 | 7,37 | 11,236 | 126,240 |
| Número de hijo | 30 | 1 | 6 | 2,03 | 1,189 | 1,413 |

TABLA N° 2: EDAD DE LA MADRE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 15 | 2 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| | 16 | 1 | 3,3 | 3,3 | 10,0 |
| | 20 | 3 | 10,0 | 10,0 | 20,0 |
| | 22 | 2 | 6,7 | 6,7 | 26,7 |
| | 23 | 3 | 10,0 | 10,0 | 36,7 |
| | 24 | 3 | 10,0 | 10,0 | 46,7 |
| | 25 | 2 | 6,7 | 6,7 | 53,3 |
| | 28 | 3 | 10,0 | 10,0 | 63,3 |
| | 29 | 1 | 3,3 | 3,3 | 66,7 |
| | 30 | 3 | 10,0 | 10,0 | 76,7 |
| | 32 | 3 | 10,0 | 10,0 | 86,7 |
| | 33 | 1 | 3,3 | 3,3 | 90,0 |
| | 38 | 1 | 3,3 | 3,3 | 93,3 |
| | 39 | 2 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 2: Edad de la madre



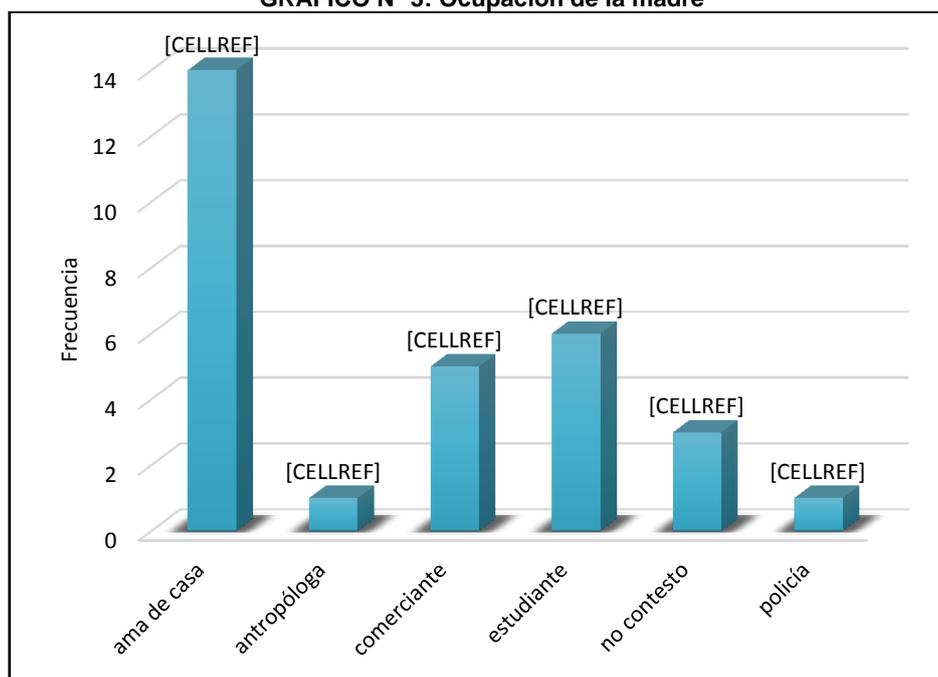
Interpretación

De la muestra tomada (n=30), se tiene que la edad de las madres que tuvieron un RNP oscilan entre los 15 a 39 años (gráfico N° 2) lo cual nos indica que según la edad se tiene un grupo diverso compuesto por madres de edad temprana y edad madura. Se encuentran niveles más altos de madres con RNP entre las edades de 23 a 24 años y 30 a 32 años, que representa un 40% de la muestra (Tabla N° 2). La edad promedio de las madres es de 26.30 años, lo cual denota que es un grupo de madres relativamente joven.

TABLA N° 3: OCUPACION DE LA MADRE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | ama de casa | 14 | 46,7 | 46,7 | 46,7 |
| | antropóloga | 1 | 3,3 | 3,3 | 50,0 |
| | comerciante | 5 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | estudiante | 6 | 20,0 | 20,0 | 86,7 |
| | no contesto | 3 | 10,0 | 10,0 | 96,7 |
| | policía | 1 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 3: Ocupación de la madre



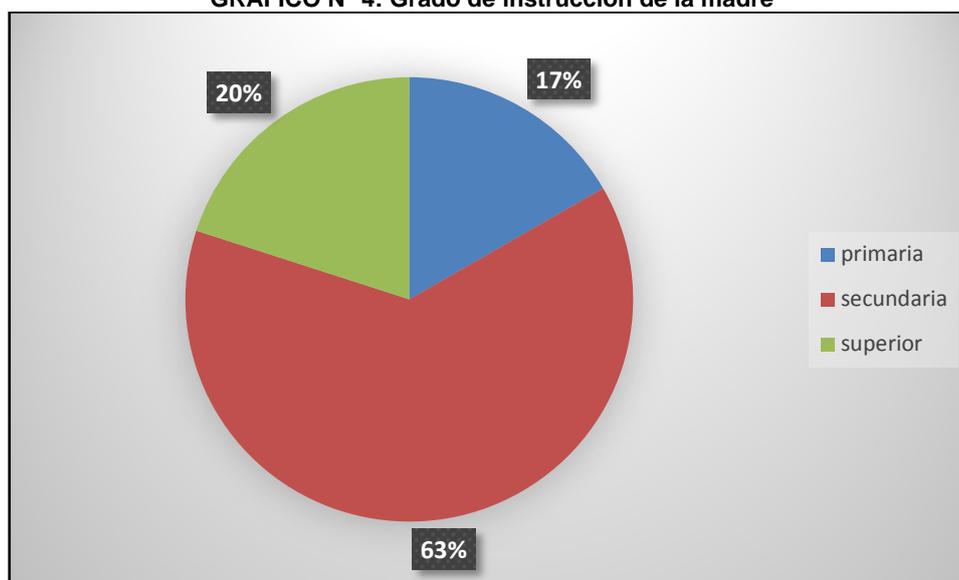
Interpretación

Según la ocupación de la madre, un 46.7% de la muestra de madres con RNP tiene como ocupación principal el ser “ama de casa”. De este grupo de madres también se aprecia que el 20% estaba estudiando antes de su parto (Tabla N° 3 y Gráfico N° 3). También se tiene que el 16.7% se dedica al comercio y un 3.3% son policías. Es importante notar que en la muestra el 94.4% de madres no tiene una ocupación de nivel profesional, lo cual indica que posiblemente estas madres no cuenta con un seguro social de salud y tampoco pueden acudir a un servicio privado de salud (clínicas) para atender sus partos.

TABLA N° 4: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | primaria | 5 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | secundaria | 19 | 63,3 | 63,3 | 80,0 |
| | superior | 6 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 4: Grado de instrucción de la madre



Interpretación

En cuanto al grado de instrucción de la muestra de madres con RNP se aprecia que el 63.3% del total tuvieron estudios hasta el nivel secundario, también se encuentra que un 20% de las madres de la muestra llegaron a completar un grado de instrucción de nivel superior (Tabla N° 4 y Gráfico N° 4). Un 16.7% tiene estudios primarios. En concordancia con el cuadro anterior, se tiene que un porcentaje minoritario tiene estudios superiores. Lo cual posiblemente puede implicar que a mayor grado de instrucción de las madres, se tienen habilidades para buscar, entender y aplicar información referente a los cuidados a tener en cuenta durante el embarazo y después del mismo. Así como entender y manejar las reacciones físico-psicológicas después del parto.

3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

| VARIABLES | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | NIVEL DE MEDICION | UNID. DE MEDIDA | INSTRUMENTOS DE MEDICION | |
|--------------------|--|--|---|--|--------------------|------------------------------|--|
| ANSIEDAD | Medición del nivel de ansiedad de las mujeres con un RNP. | Nivel de ansiedad | Resultados según Test de ZUNG. | Ordinal | Índice EAA | Test de ZUNG. | |
| DEPRESIÓN | Medición del nivel de depresión de las mujeres con un RNP. | Nivel de depresión | Resultados según Test de ZUNG. | Ordinal | Índice EAMD | Test de ZUNG. | |
| FACTORES ASOCIADOS | Edad | Medición de las edades tanto de la madre y padre del RNP. | 1. Edad de la madre 2. Edad del padre | - Edad de la madre. - Edad del padre. | Ordinal | Años | Cuestionario de Encuesta a la madre del RNP. |
| | Factores prenatales | Son los factores prenatales asociados a la madre del RNP. | 1. Controles de embarazo 2. Cantidad de embarazos | - Nro. de asistencias a controles. - Nro. de embarazos | Ordinal | - Asistencias - Embarazos | Cuestionario de Encuesta a la madre del RNP. |
| | Factores perinatales | Son los factores prenatales asociados a la madre del RNP. | Complicaciones congénitas | - Si - No | Nominal | - | Cuestionario de Encuesta a la madre del RNP. |
| | Factores postnatales | Son los factores postnatales asociados a la madre del RNP. | 1. Tipo de parto 2. Número de hijos | - Parto natural - Cesárea - Nro. de hijos. | Nominal Ordinal | Hijos | Cuestionario de Encuesta a la madre del RNP. |
| | Factores psicosociales | Son los factores psicosociales asociados a la madre del RNP. | 1. Relación maternal 2. Experiencia de crianza 3. Estado de ánimo | - Madre tuvo en brazos al RNP - Sentimientos asociados al RNP | Nominal | - | Cuestionario de Encuesta a la madre del RNP. |
| | Factores socioeconómicos | Son los factores socioeconómicos asociados a la madre del RNP. | 1. Grado de instrucción 2. Situación laboral | - Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior | Nominal | - | Cuestionario de Encuesta a la madre del RNP. |
| | Factores familiares | Son los factores familiares asociados a la madre del RNP. | 1. Situación conyugal 2. Percepción de apoyo de la pareja | - Convivientes - Casados - Enamorados | Nominal | - | Cuestionario de Encuesta a la madre del RNP. |
| | Factores físicos | Son los factores físicos asociados a la madre | 1. Trabajo excesivo | - Horas de descanso después del | Ordinal | Horas | Cuestionario de Encuesta a la |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|------------------------|--------|--|--|----------------|
| | | del RNP. | 2. Privación del sueño | parto. | | | madre del RNP. |
|--|--|----------|------------------------|--------|--|--|----------------|

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 TÉCNICAS

- a. ENCUESTA, que consiste en la obtención de información mediante un cuestionario previamente elaborado.
- b. PRUEBAS ESTANDARIZADAS E INVENTARIOS, que miden variables específicas como la inteligencia, la personalidad, el estrés preoperatorio, la depresión posparto, entre otros.

3.5.2 INSTRUMENTOS

3.5.2.1 CUESTIONARIO

Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis (Brace, 2008). Para la investigación se utilizó el cuestionario titulado “Encuesta de Diagnostico Situacional de la Madre Puérpera”, el cual se aplicó a las madres con un RNP del Servicio de Neonatología del Hospital Regional. Este cuestionario consta de 14 preguntas que buscan información acerca de los factores físicos, psicosociales, socioeconómicos y familiares que inciden en la relación que existen entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres que tuvieron partos prematuros.

CUESTIONARIO

| DATOS GENERALES DE LA MADRE | | |
|-----------------------------|---------------|----------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: / / | EDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO: |
| NACIONALIDAD: | ESTADO CIVIL: | Ocupación: |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN: | | |
| DATOS GENERALES DE LA PADRE | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: / / | EDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO: |
| NACIONALIDAD: | ESTADO CIVIL: | Ocupación: |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN: | | |

ENCUESTA DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE MADRE PUÉRPERA

1. ¿Cuántos años tiene?
a) 15 – 20 b) 21 – 25 c) 26 – 30
d) 31 – 35 e) 36 – 40 f) 41 - 45
2. ¿Qué número de embarazo es?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6
3. ¿Asistió a todos sus controles prenatales?
a) Si b) No
4. ¿Cuántas horas duro su labor de parto?
a) 1 – 3 b) 4 – 6 c) 7 – 9 d) 10 a más
5. ¿Qué tipo de parto fue?
a) Natural b) Cesárea
6. ¿Qué número de hijo es?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6
7. ¿Su hijo presenta alguna complicación médica?
a) Si b) No
8. ¿Pudo tener a su hijo en brazos?
a) Si b) No
9. ¿Es usted mamá canguro?
a) Si b) No
10. ¿Cuenta con el apoyo de su pareja?
a) Si b) No
11. ¿Qué relación tiene actualmente con el padre de su hija?
a) Casado b) conviviente c) novios
d) enamorados e) ninguno
12. ¿Padece Ud. de una enfermedad crónica?
a) Si b) No
13. ¿Cómo se siente al ser madre?
.....
.....
.....
14. ¿Qué cosas han cambiado en Ud. desde que es madre?
.....
.....
.....

En cuanto a la validez del instrumento, los jueces que validaron este cuestionario fueron:

- Ps. Américo Mejía Masias C.PS.P. 12001
- Ps. David Concha Romaña C.PS.P. 6754
- Ps. Roxana Paricoto Garcia C.PS.P. 12340

3.5.2.2 ESCALA PARA LA AUTO-MEDICION DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION (TEST DE ZUNG)

Es una escala de auto reporte que mide sintomatología depresiva, creada por Zung (1965), en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando

aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. En el estudio de Zung, (1965) la prueba original se aplicó a un total de 56 pacientes admitidos en una clínica psiquiátrica, con un diagnóstico primario de desorden depresivo. A partir de entonces esta escala ha demostrado su utilidad en varios contextos en atención primaria (Aragónés, Masdú, Cando & Coll, 2001) en contextos clínicos (Sharon, Valente & Saunders, 2005), en estudios epidemiológicos (Posada et ál., 1994), en investigación (Kliwer, et ál., 2001) y en validaciones de otras pruebas (Sanz & Vázquez, 1988). La Escala Para La Auto-Medición de la Ansiedad y Depresión, ha pasado por varios estudios psicométricos (Chida, Okayama, Nishi & Sakai, 2004; Kivela & Pahkala, 1987; Passik, Lundberg, Rosenfeld, Kirsh, Donaghy, Theobald, Lundberg & Dugan, 2000; Sakamoto, Kijima & Tomoda, 1998; Shafer, 2006; Schaefer, Brown, Watson, Plemel, DeMotts, Howard, Petrick, Balleweg y Anderson, 1985), que dan cuenta de su confiabilidad y validez en población adulta.

FICHA TECNICA

- **Nombre:**
Escala para la Auto-Medición de la Ansiedad y la Depresión.
- **Autor:**
Dr. William W. Zung.
- **Administración:**
Individual o colectiva.
- **Tiempo de aplicación:**
Aproximadamente entre 10 a 15 minutos.
- **Ámbito de Aplicación:**
Clínico, laboral, escolar.
- **Finalidad:**
Destinada a medir cuantitativamente la ansiedad y depresión, economizando tiempo.
- **Material:**
Cuestionario de Auto-Medición de la Ansiedad y la Depresión, manual y parrillas de calificación.

a. Escala de autoevaluación de la ansiedad (Test de Zung)

Nombre:.....

ÍNDICE EAA

Fecha:.....Edad:.....Sexo:.....

| | NUNCA O RARAS VECES | ALGUNAS VECES | BUEN NÚMERO DE VECES | LA MAYORÍA DE VECES |
|--|---------------------|---------------|----------------------|---------------------|
| 1. Me siento más nervioso y ansioso 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. Sien to que todo está bien y que nada malo puede sucederme. | | | | |
| 6. Me tiemblan los brazos y las piernas. | | | | |
| 7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura. | | | | |
| 8. Me siento débil y me canso fácilmente. | | | | |
| 9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente. | | | | |
| 10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón. | | | | |
| 11. Sufro 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 secas y calientes. | | | | |
| 18. Siento bochornos. | | | | |
| 19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche. | | | | |
| 20. Tengo pesadillas. | | | | |

b. Escala de autoevaluación de la depresión (Test de Zung)

Nombre:.....

ÍNDICE EAMD

Fecha:.....Edad:.....Sexo:.....

| | MUY POCAS VECES | ALGUNAS VECES | MUCHAS VECES | CASI SIEMPRE |
|--|--------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 1. Me siento triste y decaído. | | | | |
| 2. Por las mañanas me siento mejor. | | | | |
| 3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro. | | | | |
| 4. Me cuesta mucho dormir por la noche. | | | | |
| 5. Como igual que antes. | | | | |
| 6. Aún tengo deseos sexuales. | | | | |
| 7. Noto que estoy adelgazando. | | | | |
| 8. Estoy estreñado. | | | | |
| 9. El corazón me late más rápido que antes. | | | | |
| 10. Me canso sin motivo. | | | | |
| 11. Mi mente esta tan despejada como siempre. | | | | |
| 12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes | | | | |
| 13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. | | | | |
| 14. Tengo confianza en el futuro. | | | | |
| 15. Estoy más irritable que antes. | | | | |
| 16. Encuentro fácil tomar decisiones. | | | | |
| 17. Siento que soy útil y necesario. | | | | |
| 18. Encuentro agradable vivir. | | | | |
| 19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto. | | | | |
| 20. Me gustan las mismas cosas que antes. | | | | |

3.6 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

La investigación se llevó en cabo en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco, teniendo como muestra de población a 30 madres que tuvieron partos prematuros. A quienes se les aplicaron un cuestionario de encuesta con 14 preguntas relacionadas con los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos; seguidamente se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión en cada una de las madres de la muestra mediante la aplicación de la Escala para la Auto-Medición de la Ansiedad y Depresión (Test de Zung). Se utilizaron dos meses para completar el tamaño de la muestra de la investigación, solo se consideraron a las madres que asistían al servicio de neonatología que tenían un recién nacido prematuro internado en cuidados intensivos o cuidados intermedios. Las madres fueron abordadas en las mismas

instalaciones del servicio de neonatología y se les aplicaron los instrumentos previo consentimiento de ellas.

Después de recolectados los datos, se procedió a su sistematización en el programa informático EXCEL para después realizar su procesamiento a través del software estadístico STATA. Como parte de este procesamiento de datos se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la muestra (media, desviación estándar, varianza) y el coeficiente de correlación de Pearson. Para la sistematización de los datos se consideraron las variables involucradas con sus respectivas dimensiones.

CAPITULO IV

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

En este capítulo presentaremos los resultados obtenidos en el mismo orden de los objetivos formulados, de tal manera que sea posible comprobar científicamente sus alcances.

4.1 RESULTADOS

4.1.1 RESULTADOS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LAS MADRES CON UN RECIEN NACIDO PREMATURO

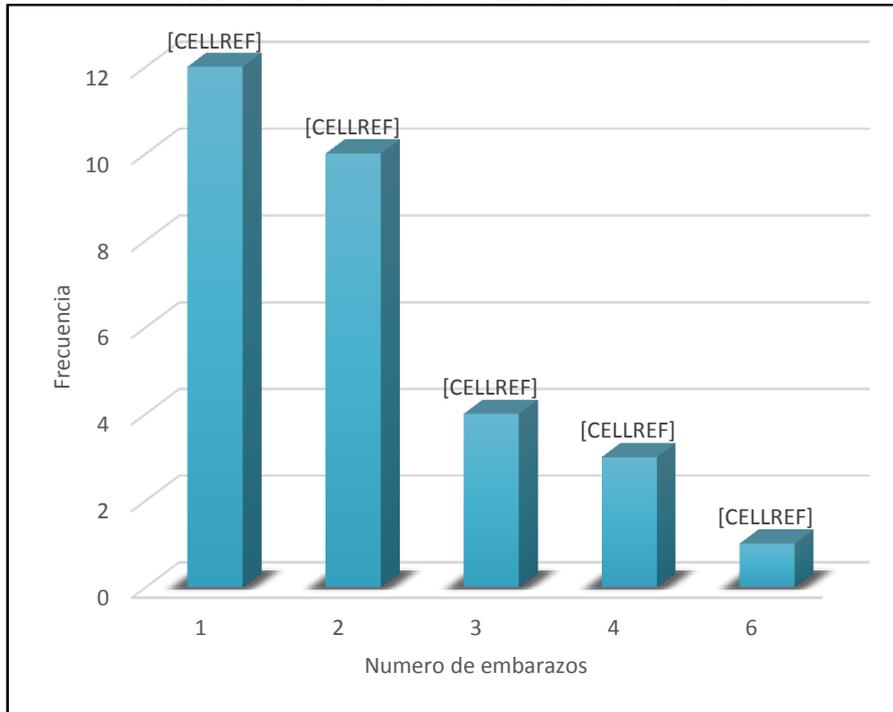
En esta sección de la investigación presentaremos los resultados de los factores asociados a los niveles de ansiedad y depresión, para describir los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos que inciden en la relación que existen entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres que tuvieron partos prematuros. Con estos resultados logramos el siguiente objetivo:

DESCRIBIR LOS FACTORES FÍSICOS, PSICOSOCIALES, SOCIOECONÓMICOS Y FAMILIARES QUE INCIDEN EN LA RELACIÓN QUE EXISTEN ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LAS MUJERES QUE TUVIERON PARTOS PREMATUROS.

Presentamos a continuación las tablas, los gráficos e interpretaciones que corresponden:

TABLA N° 5: NUMERO DE EMBARAZO DE LA MADRE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 1 | 12 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| | 2 | 10 | 33,3 | 33,3 | 73,3 |
| | 3 | 4 | 13,3 | 13,3 | 86,7 |
| | 4 | 3 | 10,0 | 10,0 | 96,7 |
| | 6 | 1 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| Total | | 30 | 100,0 | 100,0 | |

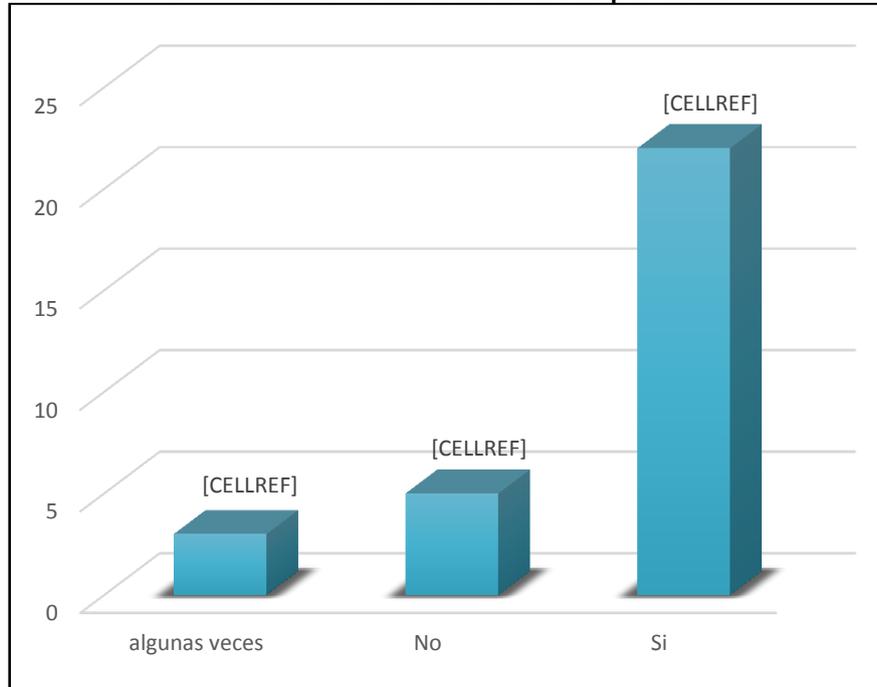
GRAFICO N° 5: Número de embarazos de la madre**Interpretación**

Según el número de embarazos, se encuentra que el mayor porcentaje de la muestra está compuesta por madres primerizas llegando a un 40%. Así también, tuvieron hasta dos embarazos el 33.3% y de 3 a más embarazos el 26.6% (Tabla N° 5 y Gráfico N° 5).

Comparando con los resultados obtenidos de los índices EAA y EAMD, se aprecia que el mayor porcentaje de madres primerizas que se tiene en la muestra podría estar incrementando el nivel de ansiedad y nivel de depresión obtenidos, debido a la nueva experiencia afrontada por estas madres.

TABLA N° 6: ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | algunas veces | 3 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | No | 5 | 16,7 | 16,7 | 26,7 |
| | Si | 22 | 73,3 | 73,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 6: Asistencia a controles prenatales

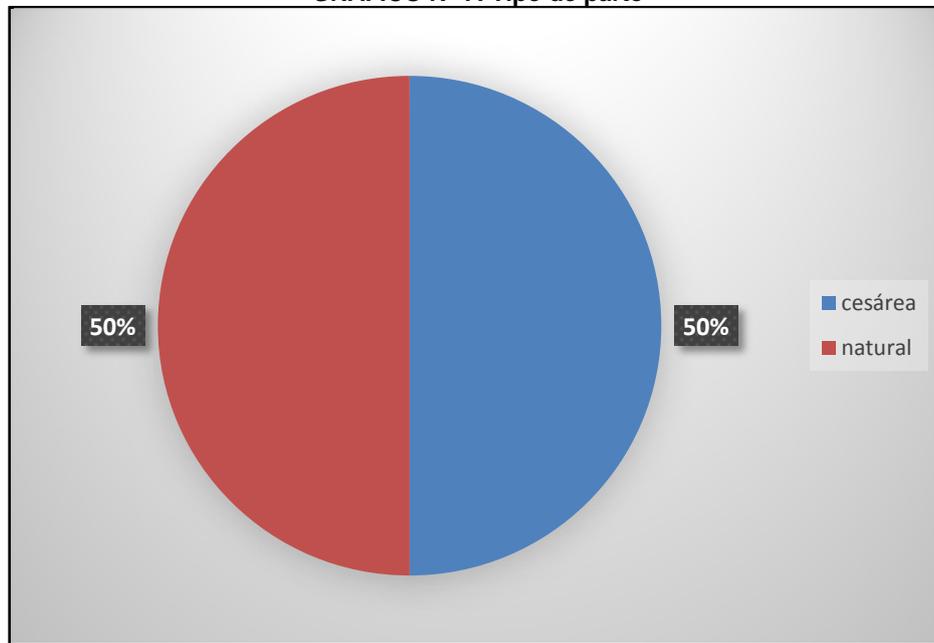
Interpretación

Al preguntar sobre la asistencia a controles prenatales durante el embarazo, el 73.3% de las madres con RNP contestaron que si asistieron a sus controles. El 26.7% restante contestaron que asistieron “algunas veces” o no asistieron a sus controles (Tabla N° 6 y Gráfico N° 6). Es importante destacar que la mayor parte de las madres si asistieron a sus controles prenatales, lo cual indica que este grupo de madres ha interiorizado de manera debida la necesidad de tener un parto sano y atendido por los servicios de salud. El grupo minoritario que no asistió o asistió a veces a los controles prenatales está en riesgo de tener un parto con complicaciones.

TABLA N° 7: TIPO DE PARTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | cesárea | 15 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| | natural | 15 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 7: Tipo de parto



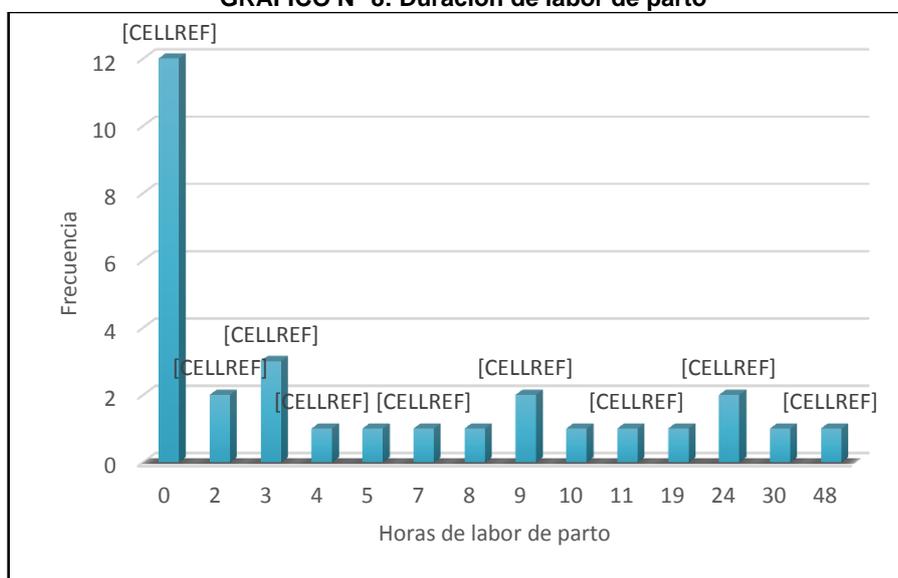
Interpretación

Las madres con RNP de la muestra que experimentaron un parto natural llega al porcentaje de 50% del total de la muestra y el restante experimentó un parto por cesárea (Tabla N° 7). Estos resultados demuestran que la cesárea es igualmente frecuente que el parto natural. Lo esperable es que el parto se de manera natural, pero se ha observado que muchas madres no desean tener un parto natural debido a los sufrimientos y complicaciones por lo que deciden tener sus partos por cesárea. El parto por cesárea no es negativo por sí mismo, pero entraña posibles complicaciones gineco-obstétricas para la madre y el niño. Es importante que los servicios de salud entrenen y motiven a las madres a tener partos naturales, y también sería necesario que les entrenen en métodos naturales de alumbrar, como por ejemplo, el parto vertical.

TABLA N° 8: DURACION DE LA LABOR DE PARTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 0 | 12 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| | 2 | 2 | 6,7 | 6,7 | 46,7 |
| | 3 | 3 | 10,0 | 10,0 | 56,7 |
| | 4 | 1 | 3,3 | 3,3 | 60,0 |
| | 5 | 1 | 3,3 | 3,3 | 63,3 |
| | 7 | 1 | 3,3 | 3,3 | 66,7 |
| | 8 | 1 | 3,3 | 3,3 | 70,0 |
| | 9 | 2 | 6,7 | 6,7 | 76,7 |
| | 10 | 1 | 3,3 | 3,3 | 80,0 |
| | 11 | 1 | 3,3 | 3,3 | 83,3 |
| | 19 | 1 | 3,3 | 3,3 | 86,7 |
| | 24 | 2 | 6,7 | 6,7 | 93,3 |
| | 30 | 1 | 3,3 | 3,3 | 96,7 |
| | 48 | 1 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 8: Duración de labor de parto



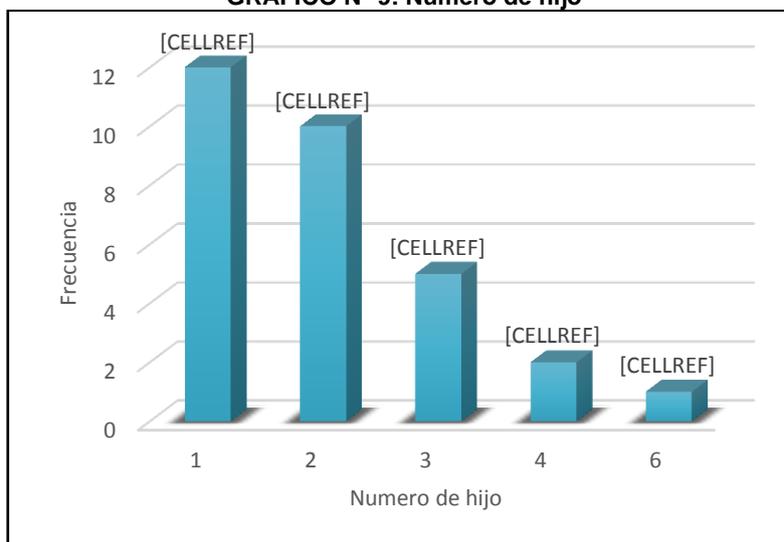
Interpretación

En la Tabla N° 8 se aprecia que el 83.3% de la madres de la muestra estuvieron dentro del parámetro promedio de labor de parto (14 horas) y el restante (16.7%) demoro más de 19 horas en su labor de parto. Las madres que tuvieron un parto por cesárea se encuentra incluidas en el porcentaje del 83.3% de madres con RNP. Según el marco teórico, el promedio de horas de una labor de parto normal esta entre 7 a 8 horas, los periodos más largos de labor de parto pueden implicar consecuencias en la salud de la madre y el recién nacido, así como incrementar los niveles de ansiedad y depresión.

TABLA N° 9: NUMERO DE HIJO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 1 | 12 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| | 2 | 10 | 33,3 | 33,3 | 73,3 |
| | 3 | 5 | 16,7 | 16,7 | 90,0 |
| | 4 | 2 | 6,7 | 6,7 | 96,7 |
| | 6 | 1 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 9: Numero de hijo



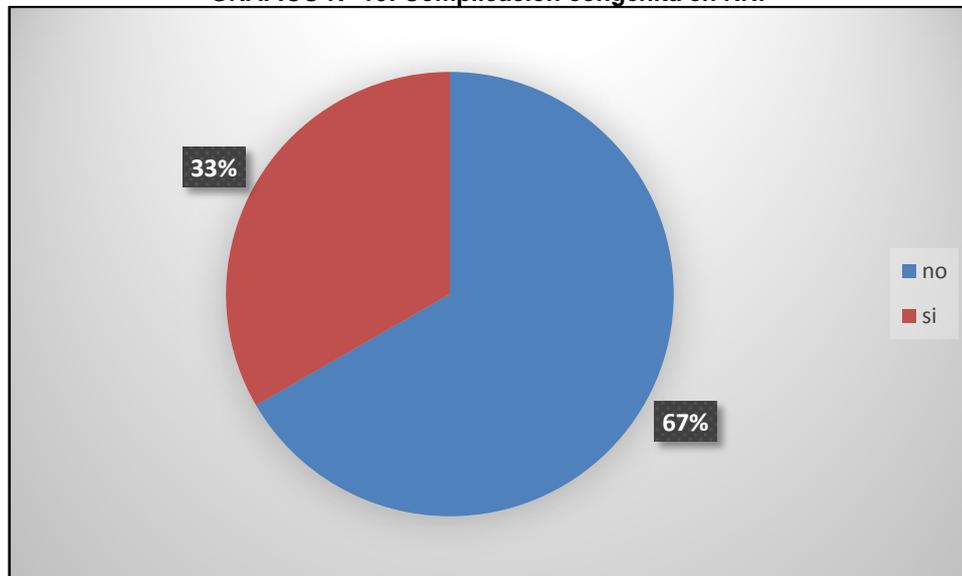
Interpretación

Según el número de hijo, las madres con RNP de la muestra concentran el mayor porcentaje (73.3%) entre 1 a 2 hijos y el restante (26.7%) entre 3 a 6 hijos (Tabla N° 9 y Gráfico N° 9). La tendencia mundial, por lo menos en las zonas urbanas, es tener cada vez menos hijos, inclusive es importante indicar que son muchas las parejas que deciden no tener hijos o que no pueden hacerlo, debido a su imposibilidad medica de llevar un embarazo sano. La disminución del número de hijos no tiene una explicación solo social, es decir la de reducir la carga económica y de trabajo que implica, sino, también es un fenómeno biológico de autolimitación de la población. Según este criterio, cuando una población se multiplica en demasía, la misma especie se limita a tener menos miembros.

TABLA N° 10: COMPLICACION CONGENITA EN RNP

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | no | 20 | 66,7 | 66,7 | 66,7 |
| | si | 10 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 10: Complicación congénita en RNP



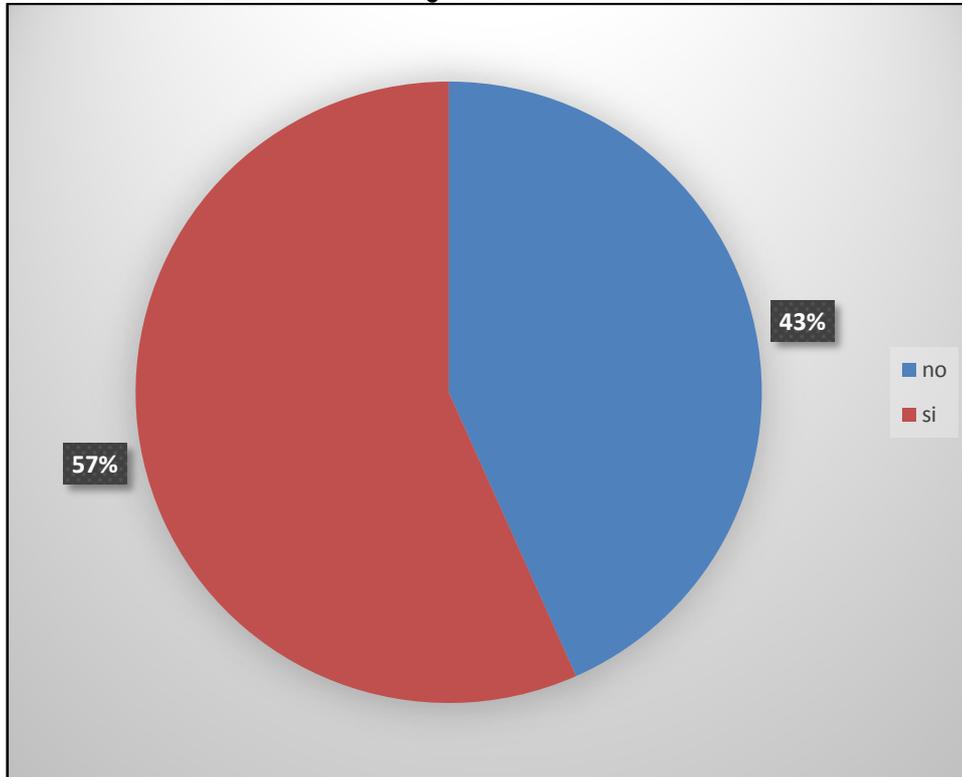
Interpretación

En la Tabla N° 10 y Gráfico N° 10, se aprecia que el 33.3% de los recién nacidos prematuros si tuvieron alguna complicación y el 66.7% no tuvo ninguna complicación congénita. El porcentaje de complicaciones congénitas al nacer corresponde aproximadamente a un tercio de los nacidos. Este porcentaje aunque es minoritario, es alarmantemente alto. Este resultado nos indica que estas madres, no llevaron un embarazo saludable o que no atendieron sus controles de manera adecuada, también influye en esta situación la mala alimentación y los hábitos perniciosos en que incurren durante el embarazo, tales como el consumo de alcohol y otros tóxicos. Un factor psicológico importante es que muchas de ellas mantienen separaciones o riñas con sus parejas y familias, situación que incide de manera negativa en el desarrollo de un embarazo saludable.

TABLA N° 11: ¿TUBO A SU BEBE EN BRAZOS?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | no | 13 | 43,3 | 43,3 | 43,3 |
| | si | 17 | 56,7 | 56,7 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 11: ¿Tubo a su bebe en brazos?



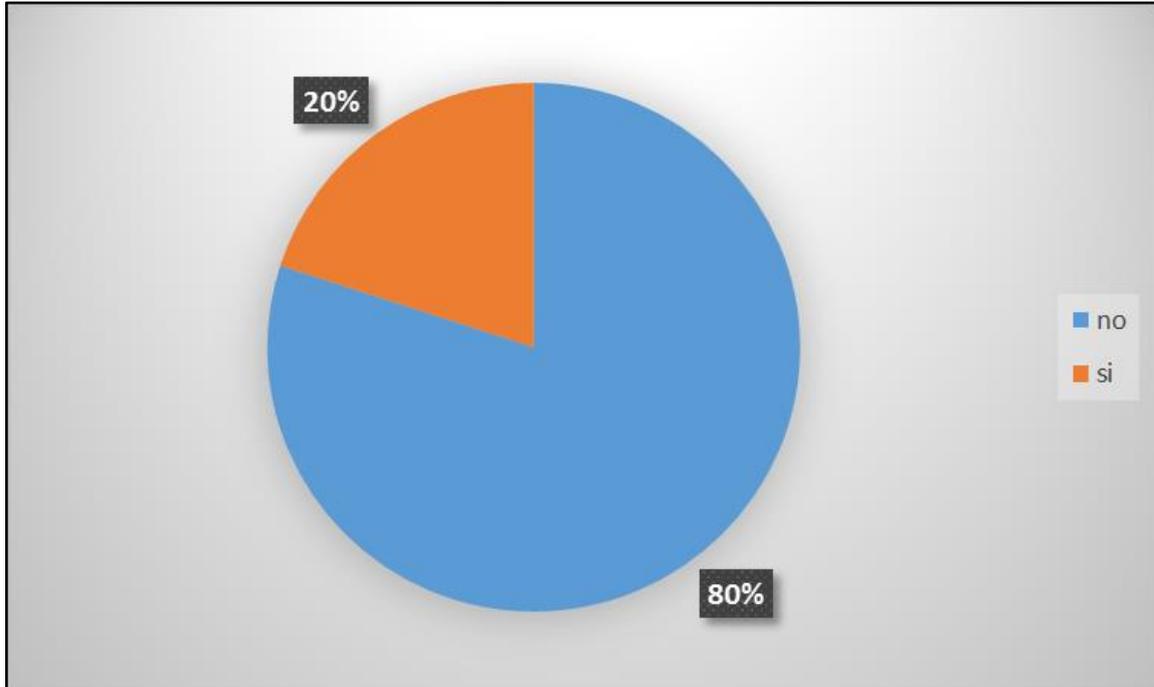
Interpretación

Según la Tabla N° 11 y Gráfico N° 11, el 56.7% de las madres con un RNP tuvieron la oportunidad de tener a su bebe en brazos en el periodo que el RNP estaba internado. Sostener al bebe en brazos inmediatamente luego del parto es muy importante desde el punto de vista psicológico, pues, el nacido, necesita establecer un contacto físico y psicológico inmediatamente luego de nacer. Al no tener este contacto físico los niveles de inseguridad, sensación de abandono y desprotección se hacen notorios e influyen en el posterior síndrome neurótico infantil que podría desarrollar el niño.

TABLA N° 12: ¿USA EL METODO MADRE CANGURO?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| no | 24 | 80,0 | 80,0 | 80,0 |
| si | 6 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 12: ¿Usa el Método Madre Canguro?



Interpretación

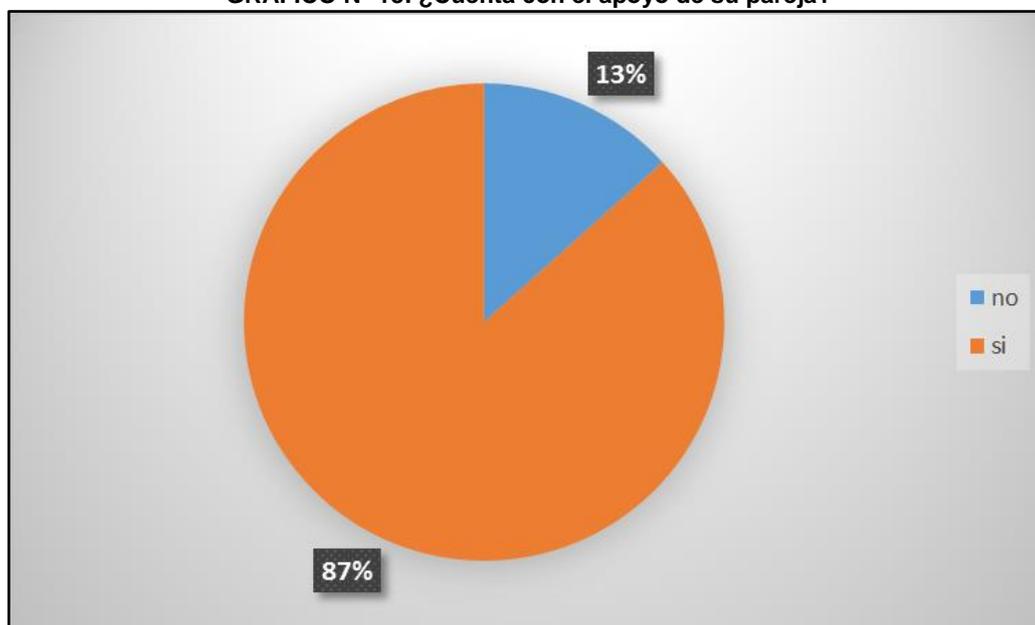
Sobre la aplicación del Método Madre Canguro, el 20% de la madres de la muestra manifestaron que aplicaron este método a sus recién nacidos prematuros.

El método madre canguro es bueno, aunque no es el único. En este estudio la mayor parte de las madres no lo utiliza, situación que no es buena en términos de que no permite el afianzamiento de la correcta relación afectiva emocional entre madres e hijos. En los programas de entrenamiento que se brindan en los meses previos al parto, debería incidirse en la importancia de utilizar este método, en especial en el rol psicológico que cumple.

TABLA N° 13: ¿CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | no | 4 | 13,3 | 13,3 | 13,3 |
| | si | 26 | 86,7 | 86,7 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 13: ¿Cuenta con el apoyo de su pareja?



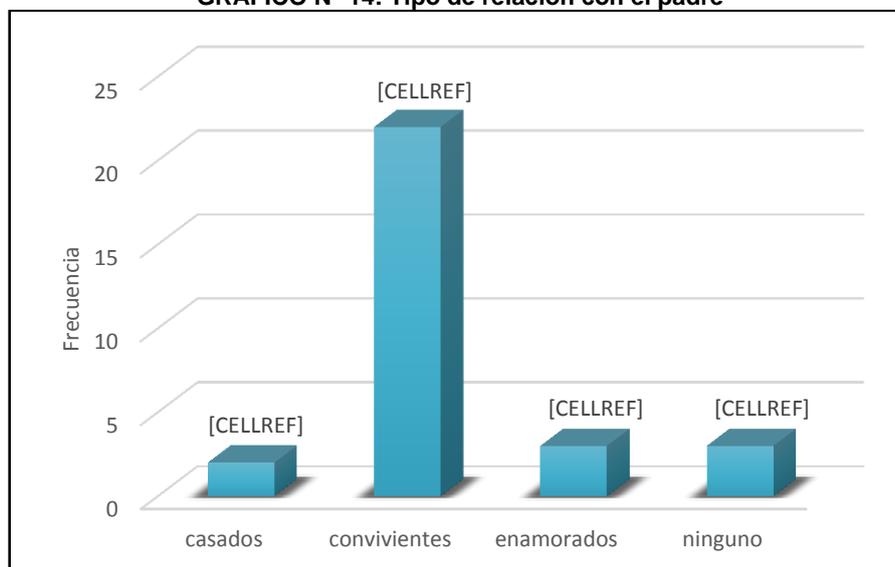
Interpretación

Sobre la pregunta: ¿Cuenta con el apoyo de su pareja?, el 86.7% de las madres con RNP manifestaron que su pareja las apoya y el 13.3% no tiene el apoyo de su pareja. Es grato comprobar que la mayor parte de las madres cuentan con el apoyo de sus parejas, pues le permitirá asumir la difícil tarea de iniciar la vida de un niño en mejores condiciones. Es preocupante el porcentaje que no cuenta con la ayuda de sus parejas, pues son madres que se verán expuestas a mayores riesgos para ellas y sus niños. En estos casos, la familia y las redes de soporte social tienen que participar más activamente.

TABLA N° 14: TIPO DE RELACION CON EL PADRE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | casados | 2 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| | convivientes | 22 | 73,3 | 73,3 | 80,0 |
| | enamorados | 3 | 10,0 | 10,0 | 90,0 |
| | ninguno | 3 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 14: Tipo de relación con el padre



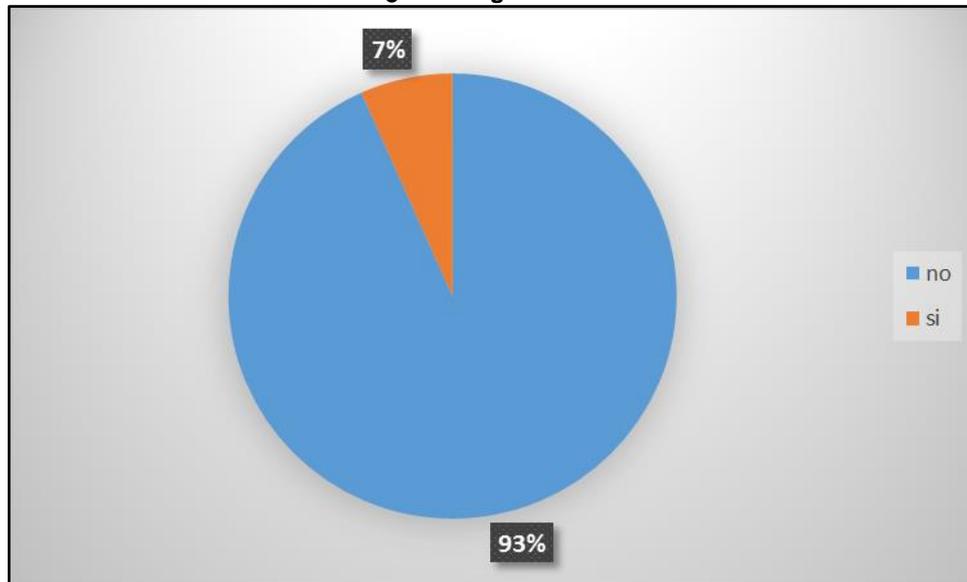
Interpretación

De la muestra de madres con RNP y la pregunta sobre el tipo de relación que tienen con su pareja, se encuentra que el mayor porcentaje (73.3%) son “convivientes”. Las parejas con estado civil “casados” conforman el 6.7% de la muestra (Tabla N° 14 y Gráfico N° 14). Apreciamos que la manera más frecuente de relación es la de convivencia, con lo cual ha sido postergado el matrimonio, por lo cual puede afirmarse que el matrimonio es en algún sentido una “institución” en crisis, no solo por los gastos y problemas de organización que implica, sino porque implica un nivel de mayor compromiso. Son cada día más a nivel mundial las parejas que no desean casarse ni por la religión, ni por lo legal. Muchos prefieren postergar el matrimonio para un momento de la relación en que sientan mayor seguridad respecto de la relación.

TABLA N° 15: ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | no | 28 | 93,3 | 93,3 | 93,3 |
| | si | 2 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 15: ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

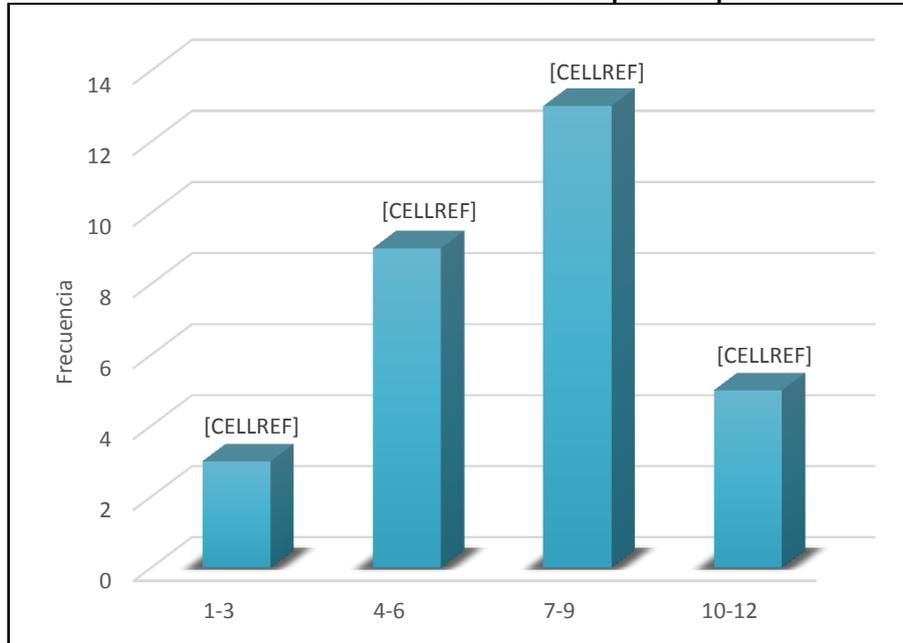


Interpretación

El 93.3% de las madres con RNP de la muestra manifestaron que no sufren ninguna enfermedad crónica, como podemos apreciar en la Tabla N° 15 y el Gráfico N° 15. El menor porcentaje (6.7%) si sufre una enfermedad crónica. La mayor parte de las madres no tienen una enfermedad crónica, lo cual es positivo, pues un embarazo de una madre con una enfermedad crónica no es recomendable. Es mejor una madre sana que una enferma. Es preocupante el porcentaje aunque minoritario de madres que si tiene una enfermedad crónica, pues esta podría incidir negativamente en la salud del nacido.

TABLA N° 16: HORAS DE DESCANSO DESPUES DEL PARTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 1-3 | 3 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| | 4-6 | 9 | 30,0 | 30,0 | 40,0 |
| | 7-9 | 13 | 43,3 | 43,3 | 83,3 |
| | 10-12 | 5 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 16: Horas de descanso después del parto

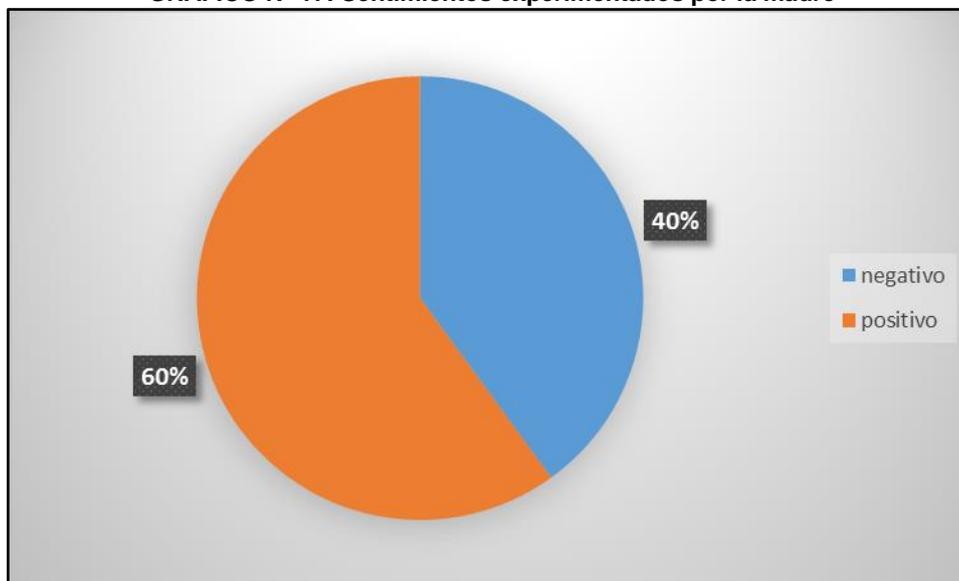
Interpretación

En cuanto al número de horas de descanso después del parto, el 40% de las madres de la muestra manifestaron que descansaban entre 1 – 6 horas y el 60% lograba dormir entre 7 – 12 horas (Tabla N° 16 y Gráfico N° 16). La madre que ha tenido un parto, debe descansar lo suficiente para que se pueda sentir reparada y renovada para volver a sus actividades, que en este caso tendrán por principal objetivo el cuidado del nacido. Consideramos que no existe un número establecido de horas de descanso. Lo que debe existir es un criterio médico y psicológico para juzgar el estado físico y emocional de la madre para establecer cuantas horas debe descansar esa madre.

TABLA N° 17: SENTIMIENTO EXPERIMENTADOS POR LA MADRE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | negativo | 12 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| | positivo | 18 | 60,0 | 60,0 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 17: Sentimientos experimentados por la madre



Interpretación

En la Tabla N° 17 y Gráfico N° 17 podemos apreciar que el 60% de las madres con RNP experimentaron sentimientos positivos después de su parto y el 40% experimentaron sentimientos negativos. La mayor parte de las madres experimentó un sentimiento positivo ante el nacimiento de su niño, lo cual es coherente pues se trata de una nueva vida y una posibilidad de establecer una relación afectivo-emocional que durará toda la vida. Las madres que experimentaron sentimientos negativos son aquellas cuya depresión post parto se inició prematuramente y se deba seguramente a las preocupaciones asociadas a la realidad de tener un hijo, con las complicaciones y obligaciones económicas y sociales que ello implica, en este episodio la labor de un psicólogo es muy importante.

4.1.2 RESULTADOS DE DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

En esta sección presentaremos los resultados de la aplicación del Test de Zung para evaluar los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros. Con estos resultados logramos el siguiente objetivo:

CONOCER LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LAS MADRES QUE TUVIERON PARTOS PREMATUROS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO.

Presentamos a continuación las tablas, los gráficos e interpretaciones que corresponden:

TABLA N° 18: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES ANSIEDAD Y DEPRESION

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar | Varianza |
|------------------------------|----|--------|--------|-------|---------------------|----------|
| Puntaje obtenido (ansiedad) | 30 | 25 | 57 | 42,73 | 8,004 | 64,064 |
| Índice EAA | 30 | 31 | 71 | 53,47 | 9,999 | 99,982 |
| Puntaje obtenido (depresión) | 30 | 28 | 67 | 47,93 | 8,296 | 68,823 |
| Índice EAMD | 30 | 35 | 84 | 59,80 | 10,337 | 106,855 |

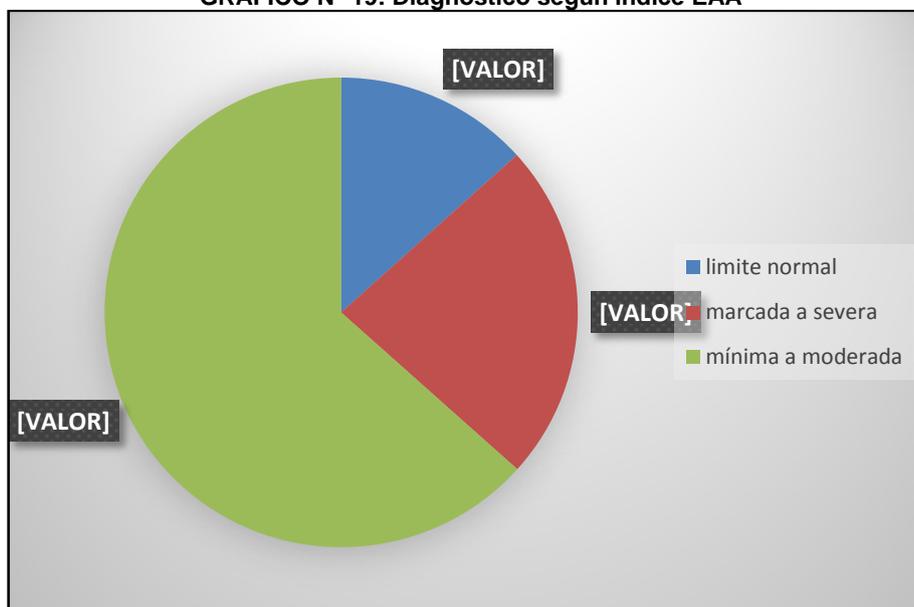
Interpretación

En la Tabla N° 18 podemos apreciar las medidas de tendencia central (media) y las medidas de dispersión (desviación estándar y varianza) del puntaje e índices obtenidos en la aplicación del Test de Zung a las madres con RNP de la investigación. La muestra de madres con RNP tiene como Índice de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) promedio de 53.47, lo cual indica que el grupo de madres tiene presencia de ansiedad mínima a moderada, así mismo se aprecia que el grupo es disperso según los resultados del Índice EAA obtenidos (desviación estándar = 9.9). Sobre el Índice de la Escala de Auto-Medición de la Depresión (EAMD) se puede observar que la muestra de madres obtuvo el resultado promedio de 59.80, lo cual nos indica que el grupo de madres se encuentra en el rango normal de depresión.

TABLA N° 19: DIAGNOSTICO SEGÚN INDICE EAA (ANSIEDAD)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | limite normal | 4 | 13,3 | 13,3 | 13,3 |
| | marcada a severa | 7 | 23,3 | 23,3 | 36,7 |
| | mínima a moderada | 19 | 63,3 | 63,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 19: Diagnostico según Índice EAA



Interpretación

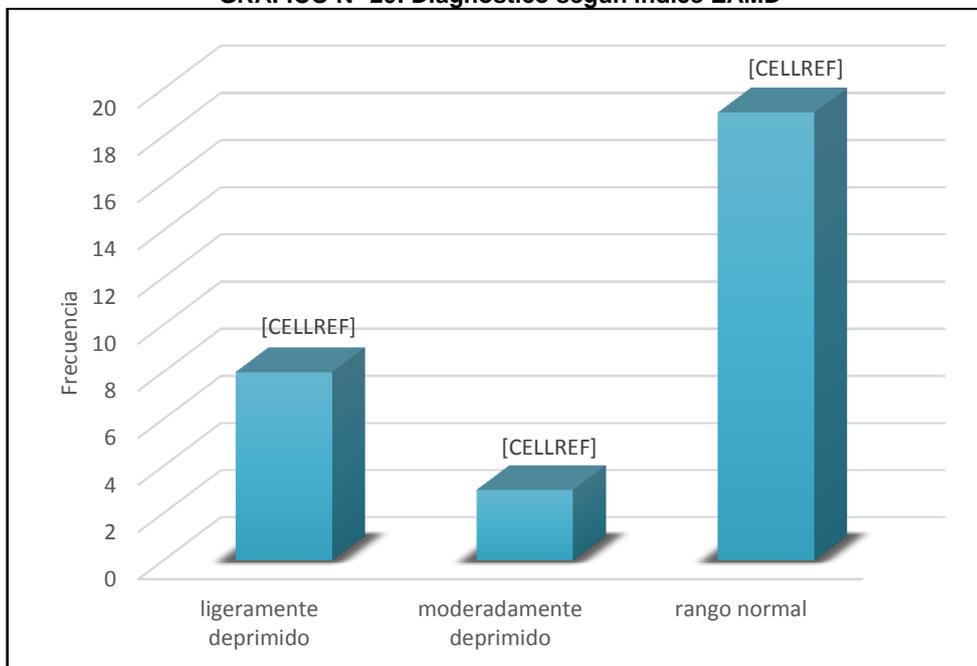
Según la Tabla N° 19 y Gráfico N° 19 muestran los resultados del Índice EAA (Escala de Autoevaluación de Ansiedad), se aprecia que el 13.3% de las madres de la muestra se encuentran en el “limite normal” de ansiedad, el mayor porcentaje (63.3%) se encuentra entre las madres que muestran síntomas de un ansiedad “mínima a moderada” y finalmente el 23.3% de las madres muestran síntomas de una ansiedad “marcada a severa”.

Muchas madres presentan llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido prematuro, situación no esperada por la madre. Casi siempre este estado viene acompañado de síntomas de ansiedad.

TABLA N° 20: DIAGNOSTICO SEGÚN INDICE EAMD (DEPRESION)

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | ligeramente deprimido | 8 | 26,7 | 26,7 | 26,7 |
| | moderadamente deprimido | 3 | 10,0 | 10,0 | 36,7 |
| | rango normal | 19 | 63,3 | 63,3 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

GRAFICO N° 20: Diagnostico según Índice EAMD



Interpretación

Sobre los resultados del Índice EAMD (Escala de Autoevaluación de Depresión), podemos apreciar que el 63.3% de las madres de nuestra muestra han experimentado síntomas de depresión dentro del “rango normal”, el 26.7% ha experimentado un estado “ligeramente deprimido” y el 10% de madres ha experimentado un estado “moderadamente deprimido” (Tabla N° 20 y Gráfico N° 20).

Podemos apreciar que a diferencia de los resultados obtenidos en el Índice EAA, las madres de la muestra experimentaron mayores niveles de ansiedad que niveles de depresión.

4.1.3 CORRELACION ENTRE LA ANSIEDAD Y DEPRESION.

En esta parte presentaremos los resultados obtenidos de correlacionar las variables ansiedad y depresión, con el objetivo de determinar el coeficiente de correlación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros. El estadístico utilizado para este cálculo ha sido el Coeficiente de Correlación “r” de Pearson, que es el coeficiente recomendado para los estudios psicológicos de este tipo.

Con estos resultados logramos el siguiente objetivo:

DETERMINAR EL GRADO DE RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LAS MADRES QUE TUVIERON PARTOS PREMATUROS.

A continuación presentamos las tablas e interpretaciones correspondientes:

TABLA N° 21: CORRELACION ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION

| | | Índice EAA | Índice EAMD |
|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Índice EAA | Correlación de Pearson | 1 | ,683** |
| | N | 30 | 30 |
| Índice EAMD | Correlación de Pearson | ,683** | 1 |
| | N | 30 | 30 |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01.

Interpretación

En la Tabla N° 21 se aprecia la correlación existente entre el Índice EAA (Escala de Auto-Evaluación de Ansiedad) y el Índice EAMD (Escala de Auto-Medición de la Depresión), es decir, se aprecia la relación existente entre la Ansiedad y la Depresión.

Según la metodología de la Correlación “r” de Pearson, el coeficiente de correlación indica la relación existente entre dos variables, este coeficiente puede tomar los valores entre -1 y +1, si el coeficiente tiende al valor -1 la relación entre

las variables tiende a ser negativa y si tiende al valor +1 dicha relación tiende a ser positiva. Esto, a su vez implicará que ante la variación de los niveles de las variables puede encontrarse variaciones positivas o negativas entre las mismas.

En la Tabla N° 21 se aprecia que las variables Ansiedad y Depresión tienen un coeficiente de correlación de 0.683**, este resultado tiende al valor positivo, es decir, que la relación entre los niveles de ansiedad y depresión es positiva y significativa. Esto implica que ante niveles altos de ansiedad también se pueden encontrar niveles altos de depresión y viceversa (relación directamente proporcional y positiva).

También encontramos que la correlación entre las variables Ansiedad y Depresión es altamente significativa (0.683**), lo cual expresa una alta relación entre los niveles de ansiedad y depresión. Es decir a mayores niveles de ansiedad existen mayores niveles de depresión, y viceversa, a menores niveles de ansiedad existen menores niveles de depresión en las madres que tuvieron partos prematuros. Según el resultado de correlación entre ambas variables, también podemos resaltar que la ansiedad y depresión del grupo de la muestra son variables conectadas.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La presente investigación tiene como tema principal estudiar la relación entre la ansiedad y depresión asociada a partos prematuros en mujeres atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco. La elección del tema se debe a que en nuestro país existen políticas de salud que priorizan la atención al binomio madre – niño, esto debido a la importancia de esta relación (que incluye la etapa prenatal) en aspectos muy importantes en el futuro del niño en su desarrollo físico, cognitivo, social e inclusive económico (entendiéndolo como capital humano). Por lo que un análisis con enfoque psicológico de esta relación entre madre – niño puede contribuir a la mejora de la salud mental de los mismos. La investigación pretende analizar en la población de madres con RNP que fueron atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional del Cusco, los niveles de ansiedad y depresión que podrían experimentar y qué factores están asociados a los mencionados niveles. Debido a que estudios han mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, acompañado de bajo peso al nacer, depresión posparto y dificultades en el aprendizaje.

Se consideran tres variables para nuestra investigación, las cuales son: los niveles de ansiedad y depresión, los factores asociados a los niveles de ansiedad y depresión, y la relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión. Por lo tanto; los objetivos de la investigación son analizar los factores asociados a los niveles de ansiedad y depresión en las madres con RNP, mostrar cuantitativamente que niveles de ansiedad y depresión afectan a la muestra elegida de la población considerada y analizar la correlación existente entre los niveles de ansiedad y depresión encontrados.

Para lograr los objetivos de la investigación se aplicó un cuestionario de encuesta a las madres seleccionadas de la muestra con preguntas relacionadas a los posibles factores que se podían asociar (teóricamente) a la ansiedad y depresión, y también se les aplicó el Test de Zung para cuantificar el nivel de ansiedad y depresión de cada una de las madres encuestadas.

En cuanto a los resultados de la investigación, en la muestra de madres con RNP, se observa una relación positiva existente entre los niveles de ansiedad y depresión, lo cual puede asociarse a que a mayores niveles de ansiedad en una madre puede existir la posibilidad de sintomatología de cuadros de depresión.

La incidencia de los niveles de ansiedad y depresión hallada se encuentran dentro de los rangos normales considerados por la teoría.

Existe una mayor incidencia de los niveles de ansiedad y depresión en los grupos más jóvenes y, dentro de ellos, las primíparas. La planificación familiar inadecuada o ausente; así como, una temprana cohabitación conyugal podría ser alguna de sus causas.

Respecto a los factores socioeconómicos, a menor complejidad de ocupación y nivel más bajo de instrucción, la incidencia es mayor. Puede explicarse esto porque las madres con mayor instrucción pueden acceder más fácilmente a la información necesaria para afrontar su embarazo de una forma responsable y beneficiosa para el niño.

En el estudio de los factores psicosociales, la prevalencia de sentimientos positivos en las madres, incluso después de observado el estado del recién nacido prematuro, incide en los niveles de ansiedad y depresión de la muestra de madres con RNP.

Toda gestante se forma una imagen determinada de su hijo. Cuando tal expectativa no ha sido cumplida, la incidencia de los niveles de ansiedad y depresión se incrementan.

Las primíparas presentaron niveles de ansiedad y depresión con mayor frecuencia que el grupo de multíparas.

Dentro de los factores familiares, las madres sin apoyo de su pareja de nuestra muestra inciden en la prevalencia de menores niveles de ansiedad y depresión en el promedio obtenido por el grupo. A menor tiempo de la pareja en la casa, a veces por motivos laborales, mayores niveles de ansiedad y depresión. Pero mayor importancia que la compañía tiene la colaboración de la pareja.

Entre los factores físicos, las demandas del neonato pueden producir agotamiento, mucho más ante un recién nacido prematuro, lo que a la vez incrementa los niveles de ansiedad y depresión.

El presente estudio confirma que los niveles de ansiedad y depresión de la muestra de madres con RNP, en raros casos, llega a tener niveles ansiosos o depresivos severos. Los resultados apoyan también su característica transitoria.

Entre las dificultades encontradas en la investigación podemos mencionar el restringido acceso a los archivos del Servicio de Neonatología, lo cual nos hubiera brindado más información de fuente primaria para enriquecer el análisis de la muestra escogida.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores tales como la edad de la madre, el número de hijos, el grado de instrucción, la situación laboral, la cantidad de embarazos, los controles de embarazo, el tipo de parto, las complicaciones congénitas, la situación conyugal y la percepción del apoyo de la pareja de acuerdo a los resultados obtenidos de la muestra de madres con un RNP inciden en los niveles normales de ansiedad y depresión que se obtuvieron de la muestra; en el grupo el mayor porcentaje de las madres muestran síntomas de un ansiedad “mínima a moderada” y han experimentado síntomas de depresión dentro del “rango normal”

SEGUNDA: Respecto de los niveles de ansiedad, se aprecia que el 13.3% de las madres de la muestra se encuentran en el “límite normal” de ansiedad, el 63.3% muestran síntomas de una ansiedad “mínima a moderada” y finalmente el 23.3% muestran síntomas de una ansiedad “marcada a severa”. Además en el caso de los niveles de depresión podemos apreciar que el 63.3% de las madres de la muestra han experimentado síntomas de depresión dentro del “rango normal”, el 26.7% ha experimentado un estado “ligeramente deprimido” y el 10% ha experimentado un estado “moderadamente deprimido”. Así mismo, las madres de la muestra experimentaron mayores niveles de ansiedad que niveles de depresión.

TERCERA: Los niveles de ansiedad y depresión de la muestra tienen un coeficiente de correlación de 0.683**, este resultado tiende al valor positivo, es decir, que la relación entre los niveles de ansiedad y depresión es positiva y significativa.

SUGERENCIAS

PRIMERA: Implementar el Test de Zung como instrumento adicional de atención en las etapas prenatal y postnatal de las mujeres, para identificar casos potenciales de ansiedad y depresión, y posteriormente ayudarlas a tener una salud mental adecuada para afrontar debidamente estas etapas que son importantes en el crecimiento y desarrollo del ser humano.

SEGUNDA: Fortalecer capacidades, en ambos géneros y en el personal de salud, mediante la capacitación y enseñanza en los aspectos psicológicos que influyen en las etapas del embarazo, el parto y el puerperio.

TERCERA: Fortalecer los controles prenatales de las madres embarazadas, con sesiones de información acerca de la ansiedad, la depresión y sus implicancias antes, durante y después del embarazo.

CUARTA: Capacitar a ambos géneros respecto a los factores físicos, psicosociales, socioeconómicos y familiares que inciden en los niveles de ansiedad y depresión, con el fin de fortalecer capacidades (en el nivel de prevención) para la mejor toma de decisiones que ayuden a tener una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. EVANS G., VICUÑA M., MARÍN R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2003.
2. MORENO A., DOMÍNGUES L., FRANÇA P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2004.
3. ROJAS G., FRITSCH R., SOLIS J., GONZÁLEZ M., GUAJARDO V., ARAYA R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Rev. Méd. Chile. 2006.
4. HASBÚN J., RISCO L., JADRESIC E. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 1999.
5. RIVARA G., CARLOS G., ESTEBAN M. et al. Analgesia y otros beneficios del contacto piel a piel inmediato en recién nacidos sanos a término. Rev. Peruana de Pediatría 2006.
6. TORRES J., PALENCIA D., SÁNCHEZ D. et al. Primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. Colombia, Medellín, 2006.
7. VILLALON H., ÁLVAREZ P., BARIA E. et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría, 1992.
8. CIE 10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Capítulo V - Trastornos Mentales y del Comportamiento.
9. DSM V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association.

10. LEIFFER M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. Genetic Psychology Monography, 1977.
11. KENDELL R.E., CHALMERS J.C., PLATZ C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br. J. Psychiatry. 1987.
12. BEBBINGTON P., DEAN C., DER G., HURRY J., TENNAT C. Gender parity and the prevalence of minor affective disorder. Br J Psychiatry. 1991.
13. HAMILTON J. A., HARBERGER P. N. Postpartum psychiatric illness. University of Pennsylvania Press, 1992.
14. AGUILAR K. Disforia posparto: Análisis de los factores psicosociales de riesgo. Tesis doctoral. Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia; 1996.
15. BALLINGER B., BUCKLEY D., NAYLOR G., STANSFIELD D. Emotional disturbance following childbirth. Psychology Med. 1979.
16. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guidelines for the treatment of Psychiatric disorders. Compendium 2000. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
17. BECK C.T. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res. 2001.
18. MURRAY L., CAROTHERS A.D. The validation of the Edimburg postnatal depression scale on a community sample. Br. J. Psychiatry. 1990.
19. WISNER K.L., PARRY B.L., PIONTEK C.M. Postpartum depression. New Engl. J. Med. 2002.
20. MORRIS-RUSH J.K., BEMSTEIN P.S. Postpartum Depression. Medscape Ob/Gyn & Women's Health. 2002.
21. PÉREZ R., SÁEZ K., ALARCÓN L., AVILÉS V., BRAGANZA I., COLEMAN J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela, 2007.

22. VARGAS J.E., GARCÍA M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología, 2009.
23. ARAMBURÚ P., ARELLANO R., JÁUREGUI S., PARI L., SALAZAR P., SIERRA O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Rev. Perú Epidemiología, 2008.
24. SIERRA J.M., CARRO T., LADRÓN E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Atención Primaria, 2002.
25. OREJARENA S.J. Trastornos afectivos posparto. Facultad de Medicina UNAB, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD O AUTORIZACION



"Año de la consolidación del Mar de Grau"

Cusco, 15 de Febrero del 2015

OFICIO N° 03- 2015 - FMHyCS - FILIAL - CUSCO

SEÑOR.
MED. LUIS ALBERTO TORRES CHAVEZ.
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO.
PRESENTE.

ASUNTO : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES PARA REALIZAR INVESTIGACION PRO-TESIS

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que, el requisito para obtener el título profesional de Licenciado en Psicología Humana en nuestra casa de estudios es haber elaborado una tesis de investigación.

Motivo por el cual la Srta. Bachiller en Psicología Humana: Silvia ZAMALLOA MONTOYA procedió a la inscripción del proyecto de tesis intitulada "ANSIEDAD Y DEPRESION ASOCIADAS A PARTOS PREMATUROS EN MUJERES ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO - 2016"

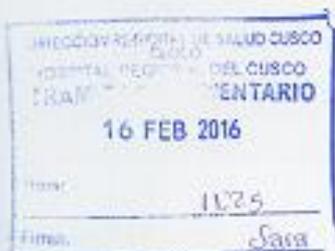
En ese sentido solicito respetuosamente a Ud., brindar facilidades que es el caso requiera para permitir que la bachiller precitada pueda aplicar las pruebas necesarias a fin de lograr y llegar a obtener resultados que benefician a su institución como a la universidad, debiendo al finalizar la investigación remitir un ejemplar para la biblioteca del hospital que usted dirige.

Sin otro particular y en espera que la presente tenga la atención que merezca, hago propicia la oportunidad para expresar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA
FILIAL CUSCO
Dr. Américo Mejía Marías
COORDINADOR ACADÉMICO ESCUELA
PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA



ANEXO 2: DOCUMENTO DE ACEPTACION



Gobierno Regional CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO



Año de la Consolidación del Mar de Grau
"Cusco, Capital Arqueológica de América"

Cusco, 19 MAR 2016

DRSC.PROV.Nº. 035 -2016-HRC DE

DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco
A : Señorita Silvia Zamalica Montoya
ASUNTO : Autorización de Aplicación de Trabajo de Investigación
REF. : Exp. 1449 - 16

Visto el documento que antecede, de acuerdo a la opinión favorable del Comité de Investigación y la Unidad de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del Instrumento de trabajo de Investigación, intitulado "Ansiedad y Depresión Asociadas a Partos Prematuros en Mujeres Atendidas en los Servicios de Maternidad del Hospital Regional del Cusco - 2016". Debiendo acogerse al horario y normas de la Institución.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Mrd. Ledy A. Llanos Chavez
DIRECTOR EJECUTIVO
CAMP. 12048

c.c. Archivo
LATC/ndy
078032016

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO ETICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitada a participar en una investigación, sobre la ansiedad y depresión en madres que tienen hijos prematuros. La investigación es dirigida por Silvia Zamalloa Montoya estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Alas Peruanas. Gracias a este centro hospitalario es que hemos podido contactarnos con usted.

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a su intimidad, y a la vigente normativa de protección de datos.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SÍ..... NO.....



ANEXO 4: INSTRUMENTOS

| | | | | |
|--|---------------------|---------------|----------------------|---------------------|
| Nombre:..... | ÍNDICE EA A | | | |
| Fecha:..... Edad:..... Sexo:..... | NUNCA O RARAS VECES | ALGUNAS VECES | BUEN NÚMERO DE VECES | LA MAYORÍA DE VECES |
| 1. Me siento más nervioso y ansioso 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 sucederme. | | | | |
| 6. Me tiemblan los brazos y las piernas. | | | | |
| 7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura. | | | | |
| 8. Me siento débil y me canso fácilmente. | | | | |
| 9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente. | | | | |
| 10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón. | | | | |
| 11. Sufro 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 secas y calientes. | | | | |
| 18. Siento bochornos. | | | | |
| 19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche. | | | | |
| 20. Tengo pesadillas. | | | | |
| | | | | |
| Nombre:..... | ÍNDICE EA MD | | | |
| Fecha:..... Edad:..... Sexo:..... | MUY POCAS VECES | ALGUNAS VECES | MUCHAS VECES | CASI SIEMPRE |
| 1. Me siento triste y decaído. | | | | |
| 2. Por las mañanas me siento mejor. | | | | |
| 3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro. | | | | |
| 4. Me cuesta mucho dormir por la noche. | | | | |
| 5. Como igual que antes. | | | | |
| 6. Aún tengo deseos sexuales. | | | | |
| 7. Noto que estoy adelgazando. | | | | |
| 8. Estoy estropeado. | | | | |
| 9. El corazón me late más rápido que antes. | | | | |
| 10. Me canso sin motivo. | | | | |
| 11. Mi mente está tan despejada como siempre. | | | | |
| 12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes. | | | | |
| 13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. | | | | |
| 14. Tengo confianza en el futuro. | | | | |
| 15. Estoy más irritable que antes. | | | | |
| 16. Encuentro fácil tomar decisiones. | | | | |
| 17. Siento que soy útil y necesario. | | | | |
| 18. Encuentro agradable vivir. | | | | |
| 19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto. | | | | |
| 20. Me gustan las mismas cosas que antes. | | | | |

ANEXO 5: HOJA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS

JUICIO DE EXPERTOS

Para establecer la Validez de Contenido se requiere, en suma que se defina con precisión el comportamiento que se trata de medir y que se incluya en el Instrumento una muestra representativa de los indicadores relevantes del comportamiento.

En la práctica, como Kerlinger (1975), la validación de contenido es básicamente cuestión de "juicio"; efectivamente a diferencia de otros tipos de validez que son determinados por coeficientes de correlación, la validez de contenido es verificada por "jueces expertos" quienes evalúan la representatividad de los indicadores de la conducta que se mide.

Validación del Instrumento (Validez de Contenido) Mediante Juicio de Expertos

Instrucciones:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema, acerca de la validez del instrumento.

Consta de 10 preguntas, que acompañadas con su respectiva Escala de Valoración, que significa:

- 1 = Representa ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
- 2 = Representa una absolución escasa de la interrogante.
- 3 = Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
- 4 = Representa una estimación que absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 5 = Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado de manera totalmente suficiente a la interrogante planteada.

Nota:

- Todos los criterios deben estimarse y valorarse a partir del numeral 3; es decir, que significa la absolución del ítem en términos intermedios.
- Las valoraciones realizadas por parte de "Experto" en los numerales 1 y 2, significa que el instrumento debe ser reformulado en su contenido.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION

Marque con (x) en la Escala de Valoración, según la opción que le merezca el Instrumento presentado.

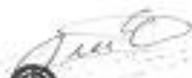
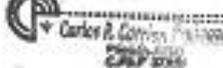
Nombre del Juez: CARLOS CARLOS CAMERO ESPINOZA

Profesión y Especialidad: PSICÓLOGO

Cargo que ocupa: BOCENATE Fecha: 20.11.2016

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALORACION | | | | |
|--|----------------------|---|---|-----|-----|
| 1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 2. ¿Considera usted, que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa de la población materia del estudio? | 1 | 2 | 3 | (4) | 5 |
| 4. ¿Considera usted, que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 5. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables del estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 6. ¿Considera usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 7. ¿Considera usted, que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 8. ¿Considera usted, que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige este? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 9. ¿Estima usted, que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio? | 1 | 2 | 3 | 4 | (5) |
| 10. ¿Qué aspectos habría que modificar, agregar o suprimir, respecto al Instrumento? | | | | | |

Firma:
Postfirma:

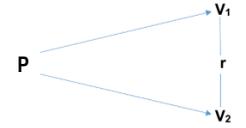




 90492609
 DIV=

ANEXO N° 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “RELACION ENTRE LA ANSIEDAD Y DEPRESION ASOCIADAS A PARTOS PREMATUROS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO – 2016”.

| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | TECNICA E INSTRUMENTOS | METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|---|--|---|--|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es la relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión en las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco en el 2016?</p> | <p style="text-align: center;">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión que presentan las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco en el 2016.</p> | <p style="text-align: center;">HIPOTESIS ALTERNA</p> <p>H₁: Existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología de Hospital Regional de Cusco.</p> | <p>1. Nivel de Ansiedad.</p> | <p>TECNICA:</p> <p>- Encuesta</p> <p>- Pruebas estandarizadas</p> <p>INSTRUMENTOS:</p> | <p style="text-align: center;">TIPO DE LA INVESTIGACION</p> <p>La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo correlacional. Este tipo de estudios tiene como finalidad describir fenómenos buscando especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos de persona. Así también, conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías y variables en un contexto en particular (Hernández, 2014). En la investigación se conocerá el grado de asociación entre las variables Ansiedad y Depresión.</p> | <p style="text-align: center;">POBLACION</p> <p>La población está conformada por las mujeres que tuvieron RNP en los servicios de neonatología del Hospital Regional de Cusco. En el servicio se dan un promedio de 142 altas anualmente, con capacidad real de seis (06) atenciones en cuidados intensivos y catorce (14) atenciones en cuidados intermedios.</p> |
| | | | <p>2. Nivel de Depresión.</p> | | | |
| <p style="text-align: center;">PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>1. ¿Qué factores físicos, psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos se encuentran asociados a los casos de ansiedad y depresión en las madres que tuvieron partos prematuros?</p> <p>2. ¿Qué niveles de ansiedad y depresión existen en las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco en el 2016?</p> | <p style="text-align: center;">OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>1. Describir los factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos que inciden en la relación que existen entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres que tuvieron partos prematuros.</p> <p>2. Conocer los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología de Hospital Regional de Cusco.</p> | <p style="text-align: center;">HIPOTESIS NULA</p> <p>H₀: No existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y depresión</p> | <p>3. Factores Asociados</p> <p>- Edad</p> <p>- Factores prenatales: asistencia a controles, número de embarazos.</p> <p>- Factores perinatales: complicaciones congénitas.</p> <p>- Factores postnatales: tipo de parto, número de hijos.</p> | <p>- Cuestionario</p> <p>- Escala de autoevaluación de ansiedad y depresión (Test de Zung).</p> | <p style="text-align: center;">NIVEL DE LA INVESTIGACION</p> <p>Planteado el problema de la investigación, el diseño de la investigación se orienta a medir la relación existente entre dos variables, Ansiedad y Depresión; para medir y evaluar con precisión el grado de relación que existe entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos.</p> | <p style="text-align: center;">MUESTRA</p> <p>Para la elección de la muestra se usó el Muestreo Aleatorio Simple</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--|
| <p>3. ¿Cuál es el grado de relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros?</p> | <p>3. Determinar el grado de relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros.</p> | <p>en las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología de Hospital Regional de Cusco.</p> | <p>- Factores psicosociales: relación maternal, experiencia de crianza, estado de ánimo.</p> <p>- Factores socioeconómicos: grado de instrucción, situación laboral.</p> <p>- Factores familiares: situación conyugal, percepción de apoyo de la pareja.</p> <p>- Factores físicos: trabajo excesivo, privación del sueño.</p> | |  <p>Donde: P = Madre con RNP V₁ = Ansiedad V₂ = Depresión r = Correlación de las variables</p> | <p>con la siguiente formula:</p> $n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$ <p>Según el método utilizado, a un nivel de confianza de 95% la muestra es de 30 madres con RNP.</p> |
|---|---|--|--|--|---|--|

ANEXO N° 7: BASE DE DATOS

RELACION ENTRE LA ANSIEDAD Y DEPRESION ASOCIADAS A PARTOS PREMATUROS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO – 2016

| CODIGO | INICIALES | EDAD | OCUPACION | GRADO DE INSTRUCCIÓN | EDAD PAREJA | OCUPACION PAREJA | GRADO INSTRUCCIÓN PAREJA | NRO. EMBARAZO | ASISTENCIA CONTROLES | TIPO DE PARTO | DURACION LABOR PARTO (horas) | NRO. DE HIJO | COMPLICACION CONGENITA | BEBE EN BRAZOS | MAMA CANGURO | APOYO DE PAREJA | TIPO DE RELACION CON EL PADRE | SUFRE ENFERMEDAD CRONICA | HORAS DE DESCANSO DESPUES DE PARTO | SENTIMIENTO DE SER MADRE | TEST DE ZUNG | | | |
|--------|-----------|------|-------------|----------------------|-------------|------------------|--------------------------|---------------|----------------------|---------------|------------------------------|--------------|------------------------|----------------|--------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------|------------|------------------|-------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ANSIEDAD | | DEPRESION | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PUNTAJE OBTENIDO | INDICE EAA | PUNTAJE OBTENIDO | INDICE EAMD |
| 001 | N.F.H. | 29 | comerciante | secundaria | 20 | estudiante | secundaria | 1 | no | natural | 7 | 1 | no | no | no | si | enamorados | no | 10-12 | positiv o | 25 | 31 | 28 | 35 |
| 002 | R.C.A. | 24 | ama de casa | secundaria | 27 | agricultor | - | 3 | si | cesarea | - | 3 | si | si | si | si | casados | no | 1-3 | negativ o | 38 | 48 | 46 | 58 |
| 003 | M.N.A. | 28 | ama de casa | secundaria | 28 | - | primaria | 2 | si | natural | 2 | 2 | si | si | si | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 37 | 46 | 42 | 53 |
| 004 | A.G.A. | 28 | ama de casa | secundaria | 30 | obrero | primaria | 2 | si | natural | 24 | 2 | si | no | si | si | conv ivientes | no | 10-12 | positiv o | 55 | 69 | 57 | 71 |
| 005 | L.M.G. | 20 | estudiante | secundaria | 25 | estudiante | superior | 1 | si | cesarea | - | 1 | no | no | no | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 38 | 48 | 48 | 60 |
| 006 | E.O.H. | 28 | comerciante | secundaria | 37 | chofer | secundaria | 2 | no | cesarea | 4 | 2 | no | si | si | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 55 | 69 | 67 | 84 |
| 007 | A.H.O. | 30 | ama de casa | primaria | 32 | agricultor | primaria | 4 | si | natural | 9 | 4 | si | si | si | si | conv ivientes | no | 7-9 | negativ o | 39 | 49 | 46 | 58 |
| 008 | A.J.L. | 32 | ama de casa | secundaria | 39 | obrero | superior | 2 | si | natural | 3 | 2 | no | si | no | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 45 | 56 | 52 | 65 |
| 009 | M.F.L. | 25 | ama de casa | primaria | 35 | - | secundaria | 4 | si | cesarea | - | 4 | no | no | no | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 44 | 55 | 46 | 58 |
| 010 | Y.S.P. | 23 | estudiante | superior | 25 | estudiante | superior | 1 | si | natural | 11 | 1 | no | no | no | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 36 | 45 | 51 | 61 |
| 011 | S.B.B. | 39 | antropologa | superior | 41 | - | superior | 1 | si | cesarea | - | 1 | no | no | no | no | ninguno | no | 7-9 | positiv o | 40 | 50 | 53 | 62 |
| 012 | F.C.U. | 20 | estudiante | secundaria | 20 | estudiante | secundaria | 1 | no | natural | 10 | 1 | si | no | no | no | ninguno | no | 10-12 | negativ o | 39 | 49 | 44 | 55 |
| 013 | M.C.G. | 39 | ama de casa | primaria | 38 | - | primaria | 6 | si | natural | 30 | 6 | si | si | no | si | conv ivientes | no | 10-12 | negativ o | 50 | 63 | 52 | 65 |
| 014 | B.C.L. | 24 | ama de casa | secundaria | 24 | - | secundaria | 3 | si | natural | 3 | 3 | no | si | no | si | conv ivientes | si | 7-9 | positiv o | 46 | 58 | 47 | 59 |
| 015 | Y.C.C. | 33 | policia | superior | 37 | policia | superior | 2 | no | natural | 9 | 2 | si | no | no | si | conv ivientes | no | 4-6 | negativ o | 55 | 69 | 64 | 80 |
| 016 | R.M.S. | 30 | ama de casa | secundaria | 39 | obrero | secundaria | 4 | si | cesarea | 48 | 3 | no | si | no | si | conv ivientes | no | 4-6 | positiv o | 45 | 56 | 45 | 56 |
| 017 | M.S.C. | 16 | - | secundaria | 17 | - | secundaria | 1 | algunas veces | cesarea | - | 1 | no | no | no | si | enamorados | no | 4-6 | negativ o | 41 | 51 | 44 | 55 |
| 018 | E.Q.M. | 30 | comerciante | secundaria | 32 | comerciante | secundaria | 1 | si | cesarea | 2 | 3 | no | no | no | no | conv ivientes | no | 4-6 | positiv o | 43 | 54 | 43 | 54 |
| 019 | H.L.F. | 24 | comerciante | secundaria | 40 | ingeniero | superior | 1 | algunas veces | cesarea | - | 1 | no | no | no | si | conv ivientes | si | 7-9 | positiv o | 43 | 53 | 52 | 65 |
| 020 | R.F.C. | 20 | ama de casa | primaria | 30 | - | secundaria | 1 | si | natural | 5 | 1 | no | si | no | si | conv ivientes | no | 4-6 | negativ o | 41 | 51 | 47 | 59 |
| 021 | L.U.C. | 32 | ama de casa | primaria | 25 | comerciante | primaria | 2 | si | natural | 19 | 2 | no | si | no | si | conv ivientes | no | 4-6 | negativ o | 40 | 50 | 42 | 53 |
| 022 | F.T.R. | 38 | - | superior | 40 | - | secundaria | 2 | no | cesarea | - | 2 | no | si | no | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 32 | 40 | 29 | 36 |
| 023 | A.K.G.A. | 22 | estudiante | superior | 26 | estudiante | superior | 2 | si | natural | 24 | 1 | no | si | no | si | enamorados | no | 1-3 | positiv o | 57 | 71 | 41 | 51 |
| 024 | E.Y.A. | 22 | comerciante | secundaria | - | - | - | 2 | algunas veces | cesarea | - | 2 | si | si | no | si | conv ivientes | no | 10-12 | negativ o | 41 | 51 | 52 | 65 |
| 025 | Y.A.M. | 15 | estudiante | secundaria | - | - | - | 1 | si | natural | 8 | 1 | no | si | no | no | ninguno | no | 7-9 | negativ o | 41 | 51 | 51 | 64 |
| 026 | G.L.S. | 25 | ama de casa | secundaria | 36 | - | secundaria | 3 | si | cesarea | - | 3 | si | no | no | si | conv ivientes | no | 4-6 | negativ o | 53 | 66 | 62 | 78 |
| 027 | O.S.C. | 32 | ama de casa | secundaria | 40 | - | secundaria | 2 | si | natural | 3 | 2 | no | si | no | si | casados | no | 4-6 | negativ o | 56 | 70 | 48 | 60 |
| 028 | M.B.F. | 23 | estudiante | superior | 23 | estudiante | superior | 1 | si | cesarea | - | 1 | si | si | no | si | conv ivientes | no | 1-3 | positiv o | 30 | 38 | 46 | 58 |
| 029 | L.D.L. | 23 | ama de casa | secundaria | 31 | - | superior | 3 | si | cesarea | - | 2 | no | si | si | si | conv ivientes | no | 7-9 | positiv o | 34 | 43 | 43 | 53 |
| 030 | R.Q.H. | 15 | - | secundaria | 18 | - | secundaria | 1 | si | cesarea | - | 1 | no | no | no | si | conv ivientes | no | 4-6 | positiv o | 43 | 54 | 50 | 63 |

ANEXO N° 8: ANEXO FOTOGRAFICO





