



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

**Depresión y ansiedad en madres de prematuros en la unidad de
Neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018**

**Proyecto de Investigación previa a la
obtención del título de
Licenciado en Enfermería.**

Autora:

Margarita Beatriz León Lema C.I 0605168319

Directora:

Lcda. Nube Janeth Clavijo Morocho C.I 0105204325

Cuenca – Ecuador

30-07-2019



RESUMEN

Antecedentes: el recién nacido prematuro hospitalizado en neonatología, por sus condiciones propias tiene una alta probabilidad de padecer complicaciones durante su estadía hospitalaria, que conlleva a tener altas tasas de morbimortalidad en este grupo de neonatos.

Objetivo: determinar la depresión y ansiedad en madres de prematuros en la unidad de neonatología, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2018.

Materiales y métodos: estudio cuantitativo descriptivo transversal, realizado en el área de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, mediante muestreo por conveniencia, se trabajó con universo de 39 madres de neonatos prematuros, que tras cumplir con los criterios de inclusión llenaron los cuestionarios de ansiedad y depresión de Hamilton, la información obtenida se procesó y analizó en el paquete estadístico SPSS versión 24, cumpliendo con las normas de bioética; los resultados obtenidos fueron presentados en tablas de frecuencia y porcentaje.

Resultados: en la población de estudio estuvo conformada por madres con edades entre los 20 a 30 años (56,5%), residentes en el sector urbano (56,4%), estado civil unión de hecho (43,6%), menos de 3 hijos (66,7%), ocupación quehaceres domésticos (66,6%); la frecuencia de la depresión fue del 61,6% y de la ansiedad del 77%, además se pudo determinar que ambas entidades fueron más frecuentes en el estado civil unión de hecho y casada, en quienes tenían menos de 3 hijos y en edades de entre los 20 a 30 años.

Conclusiones: la frecuencia de depresión y ansiedad en madres de recién nacidos prematuros ingresados en el área de neonatología fueron superiores al 60%,

Palabras claves: Ansiedad. Depresión. Madre. Recién nacido premature. Neonatología.



ABSTRACT

Introduction: the premature newborn hospitalized in neonatology, due to their own conditions, has a high probability of suffering complications during their hospital stay, which leads to high rates of morbidity and mortality in this group of neonates, this fact has a great impact on the psycho-emotional state of the mother.

Objective: To determine depression and anxiety in mothers of premature infants in the neonatal unit, Hospital Vicente Corral Mascots, Cuenca 2018.

Materials and methods: cross-sectional descriptive quantitative study, conducted in the area of neonatology of the Hospital Vicente Corral Moscoso, by means of convenience sampling, we worked with a universe of 39 mothers of premature neonates, who after completing the inclusion criteria filled out the anxiety questionnaires and Hamilton's depression, the information obtained was processed and analyzed in the statistical package SPSS version 24, complying with bioethics standards; The results obtained were presented in frequency and percentage tables.

Results: the sample was characterized by mothers with ages between 20 to 30 years (56.5%), residents in the urban sector (56.4%), civil union de facto (43.6%), less than 3 children (66.7%), household chores (66.6%); the frequency of the depression was of 61.6% and of the anxiety of 77%, in addition it was possible to determine both entities were more frequent in the marital status de facto and married, in those who had less than 3 children and in ages between 20 to 30 years.

Conclusions: the frequency of depression and anxiety in mothers of premature infants admitted to the neonatal area were greater than 60%, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2018.

Key words: Anxiety. Depression. Mother. Premature newborn. Neonatology.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3. JUSTIFICACIÓN	13
CAPITULO II	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
CAPITULO III	22
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo General:	22
3.2. Objetivos Específicos:	22
CAPITULO IV	23
4. DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.1 Tipo de Estudio	23
4.2 Área de Estudio	23
4.3 Universo y muestra	23
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	23
4.5. Variables:	23
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	24
Métodos.	24
Técnica.	24
Instrumento.	24
Autorización.	25
Capacitación.	25
Supervisión.	25
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	25
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	25
CAPITULO V	26
5. RESULTADOS	26
CAPITULO VI	30
6. DISCUSION	30



CAPITULO VII	33
7.1 CONCLUSIONES	33
7.2 RECOMENDACIONES	34
CAPITULO VIII	35
8. BIBLIOGRAFIA	35
CAPITULO IX	40
ANEXOS	40
ANEXO N°1: PERMISO PARA EJECUCIÓN INVESTIGACIÓN.	40
ANEXO N° 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
ANEXO N°3. ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	42
ANEXO N°4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47



**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio
Institucional**

Margarita Beatriz León Lema en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Depresión y ansiedad en madres de prematuros en la unidad de Neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una Licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de julio del 2019

Margarita Beatriz León Lema
CI: 0605168319



Cláusula de propiedad intelectual

Margarita Beatriz León Lema, autor/a del proyecto de investigación **“Depresión y ansiedad en madres de prematuros en la unidad de Neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 30 de julio del 2019

A handwritten signature in blue ink, reading "Margarita León", written over a horizontal line.

Margarita Beatriz León Lema
CI: 0605168319



AGRADECIMIENTO

Al culminar mi trabajo investigativo y haber dedicado un tiempo muy valioso para el desarrollo de la misma y por tener muy presente que todo lo aprendido en las aulas universitarias me sirve de gran ayuda para el desarrollo personal, agradezco a DIOS por darme la vida y el poder de decisión para fijarme objetivos realizables en mi vida.

También un agradecimiento profundo a todos quienes contribuyeron con la realización del presente proyecto, particularmente al Hospital Vicente Corral Moscoso, por darme apertura a tan importante Institución.

Agradezco a la Universidad de Cuenca por abrirme las puertas y brindarme la oportunidad de continuar mis estudios de nivel superior, y de manera especial a la Lcda. Janeth Clavijo, Directora y Asesora de Tesis quien dedicó gran parte de su tiempo y paciencia para la culminación de este trabajo de investigación, y un extensivo agradecimiento a mis padres, esposo, mi hijo e hermanos/a que me han ayudado y motivado en mis labores académicas, el apoyo económico y moral en todo el proceso académico.

Margarita León



DEDICATORIA

Con profunda gratitud dedico el presente trabajo de tesis a DIOS, quien es el único dueño de mi vida y destino.

A mis queridos padres en reconocimiento en su abnegada labor, sacrificio, confianza, apoyo y por haberme brindado la oportunidad de superarme.

A mi esposo por el sacrificio y esfuerzo, apoyo incondicional quien ha estado brindándome su comprensión cariño y amor.

A mí amado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depara un futuro mejor

A mis hermanos/a por su gran sencillez y colaboración quienes transitan conmigo por las sendas de la vida en busca de nuevas aspiraciones.

A todos quienes de una u otra manera hicieron posible la culminación de esta meta.

Margarita León



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud menciona que anualmente nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros es decir antes de cumplir las 37 semanas de gestación, que representa entre 5% al 18% de los nacimientos, y que antes de cumplir los 5 años de vida, fallecieron cerca de 1 millón de niños por complicaciones propias de la prematuridad (1).

El componente psicológico que experimentan las madres cuyos recién nacidos han sido ingresados al servicio de neonatología por alguna condición médica potencialmente grave, compromete su salud mental y física, este hecho se ve marcado por el conocimiento general que tienen las madres sobre un neonato prematuro ingresado en dichas áreas críticas(2).

En España, un estudio realizado por Vilouta M. titulado “Depresión en el posparto inmediato”, determino que aquellas madres de las que sus recién nacidos son ingresados al área de neonatología, tienen seis veces más probabilidad de presentar una depresión posparto que aquellas que no tienen dicha condición, elevando así los trastornos psicológicos no solo de la madre sino de la familia en general y posiblemente del neonato (3).

El servicio de neonatología al despojar a madres e hijos para mejorar su condición médica inestable es vista por ellas como un área impredecible para la recuperación de su neonato; también es caracterizada por los procedimientos invasivos que se realizan, aumentando el nivel de tensión y preocupación de las madres; así un estudio Argentino estableció que el 62% de progenitoras expresaron que “la experiencia fue extremadamente estresante” dentro de esta área(4).

De igual manera, en Colombia se aplicó la escala de Edimburgo para el tamizaje de depresión en madres cuyos recién nacidos se encontraban internados en el área de neonatología, concluyendo que el 28,1% de las madres estuvo en riesgo de desarrollar depresión, apoyando al ambiente de tensión psicoemocional que suponen áreas críticas como la neonatología y más aun si se trata su hijo (5).



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, en los países en vías de desarrollo, aproximadamente 2 a 4 de cada 10 mujeres presentan depresión posparto o en el embarazo (6), esta entidad se encuentra de manera fisiológica en el puerperio, en donde la madre por su estado hormonal y bioquímico tiende a presentar síntomas como irritabilidad, depresión, ansiedad, llanto, insomnio y labilidad emocional, que ceden aproximadamente en dos semanas, pero si a esta condición se suman factores estresantes como complicaciones perinatales, antecedente de trastorno psiquiátrico, muerte del recién nacido etc., el riesgo de presentar esta enfermedad es mayor(7).

Fisher J, en su estudio “Trastornos mentales perinatales frecuentes, 2012”, concluye que la prevalencia de estos trastornos en la etapa postnatal es del 19,8%, sus factores de riesgo fueron la juventud de la madre, embarazo no deseado, desventajas socioeconómicas y antecedentes de problemas de salud mental; componentes en los que se deben dirigir las estrategias preventivas (8).

Actualmente las cifras de nacimientos prematuros en el Ecuador han ido decreciendo, sin embargo las tasas de ingreso a neonatología llegan hasta el 36,3% en la ciudad de Cuenca, las madres en su mayoría jóvenes (71,3%) menores de los 24 años de edad, tienden con más frecuencia a presentar una labilidad emocional, hechos que marcan su calidad de vida de forma importante, tomando en cuenta que la mortalidad estimada es de 25% en estos neonatos; este tipo de depresión en la ciudad de Cuenca se ha estimado el 34,4%(9),(10).

Las consecuencias de la internación en neonatología sobre la madre son varias, siendo la salud mental la más afectada con patologías como la depresión principalmente que inciden directamente en sus ámbitos sociales, laborales, familiares y psicológicos, cabe recalcar que el estrés “moderado” es el denominador común del inicio de todas estas expresiones dicho nivel es usualmente percibido por los padres también de una manera similar(11), (12).

En Argentina, La prevalencia de la depresión en madres cuyos recién nacidos fueron ingresados en el servicio de neonatología es del 20,5% (13), en un estudio nacional ejecutado en Guayaquil fue del 39,2% (14), por su parte la ansiedad en



España se revelan frecuencias de hasta el 39% en padres y del 54% en las madres (15), y localmente en la ciudad de Cuenca esta realidad estuvo presente hasta el 40% aproximadamente (9),(10).



1.3. JUSTIFICACIÓN

Generalmente las madres de los recién nacidos prematuros se caracterizan por ser primigestas, en su mayoría madres solteras y con un nivel socioeconómico bajo, dichos factores aumentan la probabilidad de que la mujer en posparto empeore su salud mental, y quizá el componente más importante en esta situación es la propia salud del recién nacido, a pesar de ello no descartan el estrés y tensión producidos por su manejo diario en el ámbito social, propios de los países en desarrollo (16).

La depresión y ansiedad posparto no solo afecta a la madre cuyo hijo se encuentra en el servicio de neonatología, pues la familia directa también se ve afectada por esta patología, además del recién nacido internado; se ha visto así que la eficacia del tratamiento no solo depende del manejo terapéutico del neonato sino también de la intervención de personal de salud que no esté especializado en el tema así como personas de la comunidad cercanas a la madre incluyendo la familia han demostrado buenos resultados en la prevención de los trastornos mentales perinatales (17).

Un estudio realizado en Colombia en el año 2012 en 145 madres de recién nacidos pretérminos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, concluye que entre los factores estresantes se encuentran: Los equipos biomédicos como monitores y aparatos al ser desconocido por las madres son vistos como sinónimo de gravedad, y las alarmas que estos emiten como una señal de emergencia. Influye también el pequeño tamaño y el aspecto del bebé(18).

En México, se realizó un estudio con padres entre 18 y 39 años, con un hijo prematuro, donde se trató sobre sus pensamientos y experiencias en la unidad neonatal, lo cual permitió aprehender los significados: La unidad neonatal como un espacio de sufrimiento y espera, afrontando el internamiento del hijo, siendo excluido del cuidado del hijo hospitalizado y descubriéndose sin competencias de cuidado para el hijo enfermo(19).



Montes y Prieto, afirmaban por su parte que el estrés fisiológico de los padres y por ende la futura ansiedad en especial de la madre, es provocado por la visualización del niño rodeado de equipo de monitoreo y sujeto a un ventilador mecánico, además de factores sociales tales como escolaridad baja, estado civil soltera, o pertenecer a un bajo nivel socioeconómico, así concluyen en su estudio que el nivel de incertidumbre fue alto en el 49,3% de las madres y en el 52,6% de los padres(20).

Un aporte científico al realizar esta investigación es contribuir con nuevos conocimientos sobre la depresión y ansiedad en las madres de neonatos prematuros, y mediante los resultados obtenidos elaborar estrategias que disminuyan el impacto psicoemocional que sufren dichas madres además de precautelar su salud mental.



CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

El parto prematuro es una situación muy estresante para las mujeres que lo sufren, ya que supone enfrentarse a una realidad no esperada, en la que se pierden sus expectativas sobre la vivencia del embarazo y el parto normal. Además, deberán afrontar no sólo la separación inicial de su hijo, sino también la pérdida de su rol maternal, ya que los cuidados se asumirán en la unidad neonatal (21).

El Ecuador mediante el Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021, “Plan todo una vida”, expone la protección a la salud integral de las personas tanto en el plano individual como colectivo en todos los sectores de la Vida, ello involucra garantizar tanto la salud física como mental, siendo el embarazo y el posparto uno de los principales ejes de dicho plan, pues se esta tratando con dos vidas al estudiar el vinculo materno infantil, en este sentido el estado ha planteado manejar e identificar adecuadamente enfermedades como la depresión y ansiedad que limitan la calidad de vida de las personas(22).

A Nivel del Ecuador se mantiene algunas estrategias para el cuidado de la salud del binomio, familia y comunidad, en tal contexto la estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) promueve cuidados en mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio con el fin de disminuir complicaciones obstétricas que, en su mayoría podrían ser detectadas y evitadas; por lo tanto requieren acceso a cuidados obstétricos y neonatales esenciales rápidos y de calidad con el fin de salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo(23).

Asimismo, proporciona atención de recién nacidos/as con problemas relacionados a la prematurez, asfixia, bajo peso e infecciones, mientras que otros, habiendo nacido sanos/as desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos en los primeros 28 días, que pondrán en riesgo su vida. Y por consiguiente afectan al desarrollo psicológico de la madre, creando etapas de ansiedad y depresión(23).



El Ministerio de Salud Pública, como parte de sus objetivos materno-infantiles prioriza la prevención mediante el control de los factores de riesgo que pongan en peligro la salud integral de la madre, según la *guía de práctica clínica de control prenatal*, expone que existe una clara relación entre la depresión materna prenatal y la depresión materna en el posparto, por lo que recalca en identificar precozmente los signos y síntomas así como los posibles factores psicosociales desencadenantes ya sea de depresión o ansiedad en estas madres(24).

DEFINICION DE CONCEPTOS

- **Depresión en la madre del neonato internado en el área de neonatología.**

Castellón, lo ha definido como una alteración del estado de ánimo de una madre luego del parto que involucra síntomas como labilidad emocional, ansiedad, insomnio, irritabilidad entre otros, cuya etiología es variable, siendo una de la más importante la condición médica de su hijo, así como el parto pretérmino, dicha situación está presente en hasta el 30% de los partos, se da con mayor frecuencia en los dos meses posparto y su clínica se mantiene por más de 15 días de duración (25).

Gary, lo define como una alteración del estado ánimo caracterizado por sintomatología persistente como tristeza o ansiedad, sensación de desesperanza, de culpa, inutilidad, irritabilidad, fatiga, insomnio, presencia de trastornos alimenticios, dolores somáticos e ideas suicidas(7). Se conoce que este trastorno psicológico está presente en cerca del 60% de madres cuyos hijos fueron hospitalizados, y que esta a su vez es un factor de riesgo potencial para desarrollarla (26).

- **Ansiedad en la madre del neonato ingresado en neonatología.**

Según el manual de clasificación de trastornos mentales en su cuarta versión (DSM IV), la ansiedad en el posparto forma parte del episodio depresivo, caracterizado por crisis de angustia presente en hasta el 8,2% de las madres púerperas; este se define como la aparición temporal de miedo o malestar intensos asociada a cuatro o más de lo siguientes síntomas: palpitaciones,



sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control, volverse loco o morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones(27).

- **Recién nacido prematuro**

El Ministerio de Salud Pública, lo define como: “recién nacido que nace antes de las 37 semanas de gestación completas”, encontrándose en el Ecuador con una tasa del 5.1% ubicándose entre los países con menos incidencia, a pesar de ello es la primera causa de mortalidad infantil en el país (28).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, menciona que actualmente hay cerca de 15 millones de neonatos nacidos antes de las 37 semanas de gestación, esta entidad los clasifica como: prematuros extremos (< 28 semanas), muy prematuros (28 a < 32 semanas) y prematuros moderados o tardíos (32 a < 37 semanas) (1).

La Asociación Española de Pediatría, considera que este grupo de recién nacidos tiene una alta morbilidad y mortalidad, puesto que está sujeto a varias complicaciones las mismas que son dependientes del peso, edad gestacional y del sexo (masculino), siendo las enfermedades de tipo infecciosas y respiratorias las que llevan más casos de mortalidad en estos pacientes (29).

Tanto el diagnóstico del neonato como su estancia hospitalaria empeoran el estado psicoemocional de la madre y su familia; así varias son las causas por las que un recién nacido prematuro ingresa en el servicio de neonatología, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, las principales causas de ingreso en el 2015 fueron: hipoglucemia (85.7%), hipotermia (69.2%), la hiperbilirrubinemia (36%), la taquipnea transitoria (36.2%), la membrana hialina (26.1%) y sepsis en el 22.9%, con una estadía hospitalaria promedio de 1 a 10 días (9).

ESTADO DEL ARTE

Según un estudio realizado por León A, en el 2014 titulado “Consecuencias de la depresión postparto en pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años” expresa que únicamente el 40% de madres estudiadas no presentaron riesgo de desarrollar una depresión posparto, y que las pacientes con este trastorno



manifestaron una falta de aseo, cambio de vestuario, aislamiento de sus actividades sociales y descuido del recién nacido (30).

Arrebola D, en su estudio “La depresión postparto como problema de salud en la mujer”; menciona que se debe tomar en cuenta mucho los factores estresantes psicológicos que la gestante pueda tener durante su embarazo además de sus propios antecedentes de este tipo de enfermedad, para poder evitar o paliar de alguna forma la enfermedad como tal(31).

Otra consecuencia tanto para la madre como para el recién nacido, una investigación según la sociedad canadiense “la depresión materna y desarrollo infantil”, es el vínculo madre hijo, pues su calidad se ve alterada; sumado a ello recalca que el hecho de no realizar un tamizaje oportuno de la depresión y ansiedad tanto durante la gestación como en la etapa posnatal aumenta la probabilidad de embarazos prematuros y recién nacidos con bajo peso(32).

Una investigación realizada en Guayaquil por Reyes y Forelia enunciada “Prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto, 2016”, comenta que la frecuencia de esta patología es del 39,2%, además el 17% de pacientes estudiadas tuvo un parto prematuro el mismo que fue un factor de riesgo estadísticamente significativo para desarrollar dicha enfermedad (14).

Por su parte un estudio realizado en Loja por Almeida A, llamado “Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas- 2013”, determino que el 33% de madres con parto prematuro tuvieron una depresión posparto, en contraste con el estudio previo, no encontraron una asociación entre estas variables (33).

Otro factor es la depresión en las madres embarazadas, aumentando el riesgo de parto prematuro, según un estudio realizado en 350.000 nacimientos en Suecia de entre 2007 y 2012 que fueron investigados en busca de depresión de los padres y la incidencia de partos prematuros Se concluyó que "la depresión de la pareja puede considerarse una fuente importante de estrés para una mujer embarazada, y esto puede resultar en el aumento del riesgo de parto muy prematuro visto en el nuestro estudio(34).

Para el colombiano González Serrano, los niños (prematuros o no) cuyas madres presentaron altas tasas de estrés durante su primer año de vida tienen índices



de desarrollo psicomotor más bajos, además de mayor riesgo de presentar trastornos del sueño a los dos años. En su tesis, el autor prueba que las madres de niños prematuros muestran mayor estrés en forma de síntomas depresivos y de ansiedad(18).

En Argentina frente a un estudio enunciado como “Estrés en padres con hijos hospitalizados en neonatología” en la medición de estrés general el 68% de los encuestados expuso un Alto Nivel de Estrés. Esto reafirma que todos los factores hacen difícil la adaptación de los familiares durante la hospitalización de su hijo, impidiéndoles cumplir su rol de atender las necesidades especiales de amor y de seguridad (35).

Por otro lado, una investigación llamada “Condicionantes y caracterización del estrés, en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados” Chile. Cuyas madres de los recién nacidos prematuros del estudio son en su mayoría primigestas, menores de 20 años, solteras o convivientes, con ingresos económicos inferiores al sueldo mínimo, de procedencia urbana y creyentes muestran resultados, donde se ve que el nivel de estrés materno no es afectado por las características de los recién nacidos, sin embargo, los días de hospitalización sí condicionan el nivel total de estrés en las madres (16).

En Sao Paulo Brasil se realizó una investigación cuyo tema fue “Contenido verbal expresado por las madres de bebés prematuros con síntomas emocionales clínicos”, concluyendo que las madres de bebés prematuros pueden experimentar sentimientos tanto positivos como negativos entretanto, las expresiones maternas negativas relacionadas al nacimiento y a la hospitalización del bebé tienden a ocurrir más en madres con indicadores emocionales de ansiedad o depresión anteriormente diagnosticadas, que en madres que no presentaron esos indicadores(36).

Dentro del DSM-IV, la depresión postparto es un episodio depresivo mayor que se inicia 4 semanas después del parto. Además, existe una prevalencia del 10% al 15% de mujeres que presentan síntomas depresivos tales como: ánimo depresivo, disminución de la capacidad para el placer, pérdida de energía, ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, sentimiento de culpa y dificultades para concentrarse. Así



mismo, se puede presentar sentimientos de incompetencia como madres y excesiva preocupación por el estado de salud del bebé(27).

Duran M, Tellez J, y Velasco N realizaron una investigación en la unidad de neonatos de una Clínica de IV Nivel de Complejidad de la ciudad de Bogotá, con una muestra de 64 madres indicando que el 46,9% fueron de 5 a 10 controles prenatales, el 67,2% no estaba planificando antes de quedar embarazada, el 70%, fueron embarazos de alto riesgo y por último el 57,8% de los bebés son de género masculino y el 39,1% femenino(5).

Carolina Meneses realizó un estudio Comparativo para evaluar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados durante La Primera Semana En La Unidad De Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal, del Hospital De Los Valles, 2014 con un total de 110 padres de familia encuestados en las dos unidades de cuidados intensivos dando como resultado que el 95,5% de ellos sufrieron de ansiedad mayor(37).

El estudio de “ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal” realizado por Correia y Linhares, concluyen que la presencia de los altos niveles de ansiedad en madres, independientemente de la condición de nacimiento del bebe y del momento de la evaluación es un factor potencial de riesgo para el equilibrio emocional materno así como para el desarrollo del niño, considerando inclusive el periodo fetal así mismo la presencia de los niveles de ansiedad materna están relacionados con perjuicios en el desarrollo del bebe, los que pueden ser prevenidos, o si son inevitables de alguna forma neutralizarlos (38).

Por su parte un estudio realizado en Argentina expresó que el 4,7% de los cuidadores de estos neonatos manifestó haber tenido el diagnóstico de depresión y dos habían recibido tratamiento. Sin embargo, en el caso de las madres de los recién nacidos estudiados, el 20,3% tuvo diagnóstico de depresión durante la gestación y el 26,6% tenía depresión posparto. En cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos, en la medición final, el 84,1% de los cuidadores presentó altibajos normales y 7,5%, leve perturbación del estado de ánimo (13).



MARCO REFERENCIAL

- Hospital Vicente Corral Moscoso, neonatología.

El Hospital Vicente Corral Moscoso, institución de segundo nivel de atención perteneciente al Ministerio de Salud Pública, es el hospital de referencia de la zona 6 de salud que incluye Azuay, Cañar y Morona Santiago, ubicado en el cantón de Cuenca, el área de neonatología específicamente cuenta con aproximadamente 25 cupos para la hospitalización de neonatos con diferentes tipos de patologías, siendo las enfermedades respiratorias y por prematurez las que ocupan la mayor parte de la producción de este servicio(39).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de Depresión y Ansiedad en madres de prematuros en la unidad de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018.

3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio: edad, estado civil, procedencia, residencia, instrucción, ocupación, etnia.
- Identificar el nivel de depresión en madres de prematuros en la unidad de neonatología.
- Establecer el nivel de ansiedad en madres de prematuros en la unidad de neonatología.
- Determinar la relación descriptiva entre el nivel de ansiedad y depresión de la madre con la edad, número de hijos y estado civil.



CAPITULO IV

4.DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio

Cuantitativo, observacional descriptivo de corte transversal.

4.2 Área de Estudio

Área de Neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, madres de neonatos hospitalizados, 2018.

4.3 Universo y muestra

Para la obtención de la población de estudio, se utilizó el muestreo por conveniencia, dicha técnica no probabilística se respaldó en la accesibilidad y proximidad que tuvo la investigadora con las madres del área de neonatología en un tiempo de un mes, dando como resultado 40 madres, sin embargo, 1 madre fue excluida por la negativa del llenado del formulario, razón por la cual se trabajó con 39 madres de neonatos prematuros.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Madres de neonatos prematuros ingresados en el área de neonatología del HVCM.
- Madres que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no completen el formulario de recolección de datos,
- Madres que no se encuentren en las condiciones cognitivas y emocionales para llevar el cuestionario o que estén recibiendo terapia psicológica actualmente.

4.5. Variables:

Ver Anexo 4.



4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Métodos.

Se lo realizó a través de la entrevista estructurada.

Técnica.

Se utilizó la encuesta detallada en la sección de instrumento.

Instrumento.

Se utilizó el test de Hamilton para detectar depresión y ansiedad (anexo 3), el mismo que fue llenado de una manera auto administrada por parte de las personas seleccionadas. En cuanto al **test de Hamilton para la depresión**, trata de identificar tres parámetros: melancolía, sueño y ansiedad, expresados como ánimo deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio de conciliación, de medio sueño y tardío, además dificultad para poder llevar a cabo cierto problema en el trabajo y actividades cotidianas, retardo, agitación, ansiedad psíquica y somática, también evalúa la presencia de síntomas gastrointestinales, somáticos generales, genitales, también hipocondría, pérdida de peso y la introspección; con un total de 17 ítems, cuya puntuación va desde 0 a 54 puntos, sus puntos de corte son de 0-7 sin depresión, 8-13 depresión menor, 14-18 depresión moderada, 19-22 depresión grave, > 23 depresión muy grave(40).

Adicional se utilizó **el test de Hamilton para la ansiedad**, que en una escala de ausente, leve, moderado, grave, muy grave calificando de 0 a 4 puntos respectivamente, evalúa sintomatología del estado de ansiedad tales como el estado de ánimo ansioso, tensión, temores, insomnio, intelectual, humor depresivo, síntomas somáticos generales y sensoriales, así como cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y autónomos, siendo finalmente también evaluado el comportamiento durante la entrevista; el puntaje total no tiene un punto de corte, interpretándose la escala en base al alto o bajo puntaje como mayor o menor magnitud de la ansiedad respectivamente, esto en las preguntas 1,2,3,4,5,6 y 14 para la ansiedad psíquica o en las preguntas 7,8,9,10,11,12 y 13 para la ansiedad somática (41).



PROCEDIMIENTOS

Tras la aprobación del protocolo y la autorización respectiva por parte de las autoridades competentes se procedió a realizar la entrevista en el área de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso a la población seleccionada.

Es importante señalar que el estudio es cuantitativo descriptivo, sin embargo, dentro de este tema se ha considerado como último objetivo determinar la relación de la ansiedad con la edad, estado civil y número de hijos, por lo tanto se coloca los resultados sin establecer el nivel de asociación de la significancia de p como resultado del estadístico Chi 2.

Autorización.

Se solicitó el permiso respectivo a las autoridades de la Universidad de Cuenca, así como de la institución de salud y el área de neonatología, además se planteó el consentimiento informado correspondiente (Anexo 2).

Capacitación.

Se realizó la revisión de la literatura, de las bibliografías existentes en las bases digitales de salud (Pubmed, Hinari, Bvs, Scielo, etc.), así como el material de la biblioteca relacionado con el tema.

Supervisión.

La investigación estuvo bajo la dirección de la Lcda. Janet Clavijo Morocho.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la tabulación de la información se utilizaron los programas Microsoft Office Excel y SPSS 24, en los mismos que se procesó la información y se analizó con estadística descriptiva, presentándose los resultados en tablas de frecuencia y en gráficos en función de las variables obtenidas.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

La autora garantizó la confidencialidad de la información, la misma que fue usada únicamente con fines investigativos, dicha declaración se encuentra detallada en el consentimiento informado que se le realizó a cada madre (Anexo 2), además el estudio estuvo sujeto a revisión de las autoridades competentes, cabe mencionar que todo el proceso fue llevado a cabo con las normas de bioética respectivas.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

Tabla N°1. Caracterización de 39 madres de neonatos ingresados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Según condición sociodemográfica, agosto 2018.

		Frecuencia (n=39)	Porcentaje
Grupos de edad	Menor de 20 años	6	15,4
	20 a 30 años	22	56,5
	Mayor a 30 años	11	28,2
Procedencia	Región Costa	8	20,5
	Región Sierra	28	71,9
	Región Amazónica	1	2,5
	Venezuela	2	5,1
Residencia	Urbana	22	56,4
	Rural	17	43,6
Estado civil	Soltera	8	20,5
	Unión de hecho	17	43,6
	Casada	14	35,9
Instrucción	Primaria	17	43,6
	Secundaria	17	43,6
	Superior	5	12,8
Auto identificación étnica	Mestizo	35	89,7
	Montubio	1	2,6
	Indígena	1	2,6
	Afroecuatoriano	1	2,6
	Blanco	1	2,6
Número de hijos	Menor a 3	26	66,7
	Igual o mayor 3	13	33,3
Ocupación	Estudiante	5	12,8
	Quehaceres domésticos	26	66,6
	Otros	8	20,5

Elaboración: Beatriz León. **Fuente:** base de datos.

La muestra estuvo caracterizada por madres con edades de entre los 20 a 30 años (56,5%), de la región sierra la mayoría con el 71,9%, residentes en el sector urbano (56,4%), con estado civil de unión de hecho preferentemente (43,6%), que completaron los estudios de secundaria; autoidentificación étnica “mestiza” en el 89,7% de los casos, con menos de 3 hijos en el 66,7%, y la ocupación quehaceres domésticos en el 66,6%.



Tabla N°2. Distribución de 39 madres de neonatos ingresados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Según depresión por test de Hamilton, agosto 2018.

Depresión	Frecuencia (n=39)	Porcentaje
Sin depresión	15	38,5
Depresión leve	23	59
Depresión moderada	1	2,6
Depresión grave	0	0

Elaboración: Beatriz León. **Fuente:** base de datos.

Según el test de depresión de Hamilton, se pudo establecer que la mayor parte de madres presentaron “depresión leve” con el 59% de los casos, seguido de la condición “sin depresión” con el 38,5%, al realizar la sumatoria de los tres tipos de depresión se obtiene que el 61,6% de las madres presentaron clínica de depresión.



Tabla N°3. Distribución de 39 madres de neonatos ingresados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Según ansiedad por test de Hamilton, agosto 2018.

Ansiedad	Frecuencia (n=39)	Porcentaje
Sin ansiedad	9	23,1
Ansiedad menor	26	66,7
Ansiedad mayor	4	10,3

Elaboración: Beatriz León. **Fuente:** base de datos.

En la tabla actual, según el test de ansiedad de Hamilton, se puede observar que la mayor parte de madres manifestaron sintomatología de “ansiedad menor” en el 66,7% de los casos y el 10,3% desarrolló sintomatología de ansiedad mayor, obteniendo un total del 77% de madres con ansiedad.



Tabla N°4. Distribución de 39 madres de neonatos ingresados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Según ansiedad y grupos de edad, estado civil y número de hijos, agosto 2018.

Variable	Ansiedad			
	Si		No	
	n: 30	%	n:9	%
Grupos de edad				
Menor a 20 años	5	16,6	1	11,1
20 a 30 años	17	56,6	5	55,5
Mayor a 30 años	8	26,6	3	33,3
Estado civil				
Soltera	5	16,6	3	33,3
Unión de hecho	14	46,6	3	33,3
Casada	11	36,6	3	33,3
Número de hijos				
Menor a 3 hijos	20	66,6	6	66,6
Igual o mayor 3 hijos	10	33,3	3	33,3

Elaboración: Beatriz León. **Fuente:** base de datos. *: Asociación estadística

La ansiedad por su parte fue más frecuente en el grupo de edad de 20 a 30 años (56,6%), en el estado civil unión de hecho (46,6%) y en madres con menos de 3 hijos (66,6%).



CAPITULO VI

6. DISCUSION

Cuando se espera que un embarazo concluya antes de las 37 semanas, es objeto de una marcada preocupación por parte de la madre y su familia, al construir el concepto del estado clínico de su bebé prematuro, en caso de que requiera ingreso a la unidad de neonatología dicha tensión emocional empeora y con ello su salud integral, así se estima que aquellas madres que tienen a sus hijos prematuros en dicha área desarrollan seis veces más la probabilidad de presentar depresión posparto (3).

El presente estudio estuvo caracterizado por madres con edad media de 26 años, residentes en el sector urbano, estado civil unión de hecho, instrucción secundaria y cuya ocupación fue quehaceres domésticos preferentemente; situación semejante a una investigación realizada en Quito, que comenta que las madres analizadas tuvieron una edad comprendida entre los 15 – 24 años, el 71,4% en unión libre, el 62,5% de instrucción secundaria, y cuya ocupación es la de quehaceres domésticos frecuentemente, explicándose estos hallazgos por varios factores tales como la poca experiencia materna incluyéndose en ello a madres primíparas que el parto como tal les genera una situación de ansiedad y depresión, que se exacerban al conocer que su hijo se encuentra con alguna afección en su salud (25).

De la misma manera, madres con poca instrucción que son vulnerables a todo tipo de explicación ya sea errónea o no emitidas por diferentes fuentes sobre las causas de la enfermedad de su recién nacido y posible pronóstico improvisado por la mayor parte de mujeres en estas condiciones, aumentan significativamente los niveles de ansiedad y depresión en ellas predisponiéndose así a desarrollar como tal alguna afección en su salud mental (25).

Se pudo determinar en la presente investigación que el 59% de las madres presentaron “depresión leve”, y el 66,7% presentaron “ansiedad menor”, cifras que se encuentran por encima de la frecuencia encontrada en otros estudios, así en Argentina una investigación enunciada como “Síntomas depresivos en familiares cuidadores de recién nacidos en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y factores asociados”, encontraron que la depresión posparto en



madres cuyos hijos están ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales es del 20,3% (37), en Guayaquil del 39,2% en un estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión posparto por medio del test de Edinburg...”(25) y en investigaciones a nivel local en Cuenca oscilan alrededor del 39,2% (9)(10).

En este contexto, en España, un estudio ejecutado en la unidad de cuidados intensivos neonatales encontró el 54% de las madres manifestaron clínica de ansiedad y el 36% de las madres sintomatología depresiva, recalca además que un factor importante para controlar esta incidencia es la relación de pareja (15), otro estudio realizado en Cuba expresó que las madres manifestaron preferentemente un nivel “moderado” de estrés relacionado especialmente con la separación del bebe y el rol parental (11).

La literatura expresa que la falta de apoyo emocional por parte de la pareja de la madre predispone a desarrollar sintomatología de depresión, de igual manera en las maternas jóvenes, en nuestro estudio esta realidad estuvo presente con mayor frecuencia en las madres mayores a los 20 años, además se pudo observar que el estado civil soltera ciertamente se relaciona con la presencia de depresión en este periodo, a ello aporta un estudio ejecutado en la ciudad de Quito, en donde no encontraron asociaciones significativas entre la edad de la madre (33).

Un estudio realizado en Perú estableció que el estado civil “soltera” aumenta en 2,9 veces la probabilidad de presentar depresión posparto ($p < 0.05$) (42), por su parte una investigación mexicana expresa que la depresión posnatal estuvo asociada significativamente cuando existe una mala relación, abandono de la pareja o vivir sin la pareja (43), en nuestro estudio ciertamente el estado civil se relacionó con una mayor probabilidad de presentar depresión posparto.

El parto como tal es un período que genera angustia en la madre desde la etapa prenatal al no querer que su hijo presente alguna enfermedad, durante el parto propiamente en el que el dolor aumenta el estrés psicoemocional y en el postparto cuando ya se conoce la condición de su neonato, especialmente en este último paso se ha observado las mayores tasas de depresión y ansiedad en las madres, empeorando cuando su hijo sufre alguna patología, esto a su vez



puede verse influenciado por factores como el apoyo familiar, conocimiento claro de la enfermedad de su hijo, estado psicológico previo de la madre entre otros, de ahí que el tamizaje de este tipo de problemas antes del embarazo y su manejo adecuado después de este son los pilares fundamentales para conservar la salud mental de la madre en el posparto.



CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- La muestra estuvo caracterizada por madres con una edad comprendidas entre los 20 a 30 años, residentes en el sector urbano, con estado civil de unión de hecho, que completaron los estudios de secundaria; autoidentificación étnica “mestiza” con una media de hijos de 2,1, además la ocupación quehaceres domésticos fue la más frecuente.
- El 60% de las madres de los recién nacidos del área de neonatología presentan depresión
- El 70% de las madres de los recién nacidos del área de neonatología presentan ansiedad



7.2 RECOMENDACIONES

- Incluir estrategias de soporte emocional, conductual y cognitivo en las terapias de apoyo materno en la unidad de neonatología.
- Crear grupos de madres con condiciones semejantes, a las que se puede proporcionar un soporte conductual general.
- Crear y personalizar los protocolos para atención a la madre del recién nacido prematuro, que involucren educación, y cuidados básicos para la madre y del recién nacido.
- Evaluar continuamente mediante test psicológicos, estados emocionales para identificar oportunamente a madres que requieran asistencia psicoemocional.



CAPITULO VIII

8. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. [citado 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Herreros Ferrer MT. La respuesta psicosocial de padres y madres de recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales y los cuidados de enfermería. 2015 [citado 20 de febrero de 2017]; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/16364>
3. Vilouta M, Álvarez Silvares E, Borrajo E, González-González A. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clínica E Investig En Ginecol Obstet [Internet]. 1 de diciembre de 2006 [citado 25 de febrero de 2017];33(6):208-11. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X06741181>
4. Ruiz AL, Ceriani Cernadas JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Arch Argent Pediatría [Internet]. febrero de 2005 [citado 14 de enero de 2019];103(1):36-45. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752005000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Duran Maria, Tellez Jose. Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en una unidad de neonatos. ResearchGate [Internet]. [citado 20 de febrero de 2017]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277957205_FACTORES_ASOCIADOS_A_SINTOMAS_DEPRESIVOS_EN_MADRES_CON_HIJOS_HOSPITALIZADOS_EN_UNA_UNIDAD_DE_NEONATOS_Maria_Esperanza_Duran_Florez1_Jose_David_Tellez2_Natalia_Velasco_Ospina3
6. Mitchell C. OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2012 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
7. Gary C F. Williams: obstetrica. 23ª edición. McGraw Hill Mexico; 2011. 1404 p.
8. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. Vol. 90. 2012. 139G p.



9. Peralta G, Esperanza C, Plaza R, Rocío M del, Sánchez V, Hugo V. Morbimortalidad en prematuros en el servicio de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca-Ecuador 2000-2002. 2003 [citado 20 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19078>
10. Santacruz Fernández MF, Serrano Andrade FX. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014 [Internet] [B.S. thesis]. 2015 [citado 26 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21717>
11. Wormald F, Tapia, L J, Torres G, Cánepa P, González MA, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. Arch Argent Pediatría [Internet]. agosto de 2015 [citado 20 de febrero de 2017];113(4):303-9. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752015000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Galimberti M. Recién nacido prematuro internado en unidad de cuidados intensivos neonatales, estrés materno y modelos de intervención. Publ Científica [Internet]. [citado 26 de febrero de 2017];2-18. Disponible en: <http://centrocppa.org/wp-content/uploads/2015/11/psicologiadel desarrollo.pdf>
13. Alvarado Socarrds JL, Gamboa-Delgado EM, Trujillo Cáceres S, Rodríguez Forero S. Síntomas depresivos en familiares cuidadores de recién nacidos en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y factores asociados. Arch Argent Pediatría [Internet]. abril de 2017 [citado 14 de enero de 2019];115(2):140-7. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752017000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Reyes L, Fiorella N. Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016. 2016 [citado 14 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/5303>
15. Nieto JC, Torres A, Arch J, Mussons FB. Screening de ansiedad y depresión en padres y madres los primeros días en la unidad neonatal. Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace [Internet]. 2017 [citado 14 de enero de 2019];(1):94-94. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6114029>
16. Boullosa C. Condicionantes y caracterización del estrés, en madres de recién nacidos prematuros hospitalizados. Hospital base Valdivia. Chile [Internet]. :65. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2004/fmb764c/doc/fmb764c.pdf>



17. Organización Mundial de la Salud. OMS | Las intervenciones para los trastornos mentales perinatales frecuentes en mujeres de países de ingresos bajos y medios: revisión sistemática y metaanálisis [Internet]. WHO. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-109819-ab/es/>
18. González-Escobar DS, Ballesteros-Celis NE, Serrano-Reatiga MF. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2012 [citado 14 de enero de 2019];9(1):43-53. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/455>
19. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Scochi CGS. The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal Unit. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. diciembre de 2013;21(6):1360-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24402347>
20. Bolívar Montes L álvaro, Montalvo Prieto A. Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. Investig Educ En Enferm [Internet]. junio de 2016 [citado 14 de enero de 2019];34(2):360-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072016000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=es
21. Puig Calsina S, Obregón Gutiérrez N, Calle del Fresno S, Escalé Besa M, Cantó Codina L, Goberna Tricas J. Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros: estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. Anxiety and depression in mothers of preterm infants: intervention strategies and literature review [Internet]. enero de 2018 [citado 16 de enero de 2019]; Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/126505>
22. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Desarrollo. Toda una vida. 2017 - 2021. [Internet]. 2017 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
23. Ministerio de Salud Pública. Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. 2013 [citado 16 de enero de 2019]; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>
24. Leon Wilfrido et al. Control Prenatal. Guia de Practica Clinica. MSP [Internet]. 2015 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
25. Castellon Doris A. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. diciembre de 2012 [citado 26 de febrero de 2017];38(4):0-0. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2003 [citado 26 de febrero de 2017];68(6):491-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262003000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Aliño JLL-I, Association AP, Miyar MV. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. American Psychiatric Pub; 2008. 1092 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?isbn=8445810871>
28. Espinoza Carlos et al. Guia de Practica Clinica del Recien Nacido Prematuro, 2016. MSP [Internet]. Quito; 2015 [citado 26 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
29. Rodríguez SR, de Ribera CG, Garcia MPA. El recién nacido prematuro. Asoc Esp Pediatría Libro Electrónico Esp [Internet]. 2008 [citado 26 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/NEONATOLOGIA/EI%20recien%20nacido%20prematuro.pdf>
30. Leon Ana. Consecuencias de la depresion posparto en pacientes en edades comprendidas de 14 a 45 años, 2014. [Internet]. Universidad Rafael Landivar, Guatemala. [citado 26 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/De%20Leon-Ana.pdf>
31. Arrebola-Domínguez A. La depresión postparto como problema de salud en la mujer. 24 de junio de 2015 [citado 14 de enero de 2019]; Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/1634>
32. Bonnin Bernard. Maternal depression and child development. Paediatr Child Health [Internet]. octubre de 2004 [citado 26 de febrero de 2017];9(8):575-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724169/>
33. Almeida Villacís AB, Toscano Guerra DF. Prevalencia de depresión posparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del Hospital Gineco Obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013 [Internet] [B.S. thesis]. QUITO/PUCE/2013; 2013 [citado 26 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5883>
34. Liu C, Cnattingius S, Bergström M, Östberg V, Hjern A. Prenatal parental depression and preterm birth: a national cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 14 de enero de 2019];123(12):1973-82. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.13891>



35. Palacio Maribel. Estres en padres con hijos hospitalizados en neonatología. 2012;49. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/palacio_diaz_maria.pdf
36. Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM. Verbal contents expressed by mothers of preterm infants with clinical emotional symptoms. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. febrero de 2008 [citado 14 de enero de 2019];16(1):64-70. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
37. Meneses Carolina. Estudio comparativo para evaluar los niveles de Ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de Niños hospitalizados durante la primera semana en la Unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal, del Hospital de los valles en el año 2014. [Internet]. Universidad Pontificia Católica del Ecuador; [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8859/TESIS%2028%20MAYO%20mod%20caro%20meneses%202.pdf?sequence=1>
38. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. agosto de 2007 [citado 14 de enero de 2019];15(4):677-83. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000400024&lng=en&nrm=iso&tlng=en
39. Ministerio de Salud Pública. Neonatología | Hospital Vicente Corral Moscoso [Internet]. 2018 [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <http://hvcm.gob.ec/servicios/neonatologia/>
40. Goldberg. Escala de Ansiedad y Depresión de GOLDBERG. [Internet]. Salud pública y enfermería comunitaria. [citado 19 de febrero de 2017]. Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/085_ESCALA_ANSIEDAD_DEPRESION_GOLDBERG.pdf
41. Hamilton M. Escala de Hamilton para la Ansiedad [Internet]. [citado 24 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.aidyne16.tizaypc.com/contenidos/contenidos/4/ENPSFicha4-4.pdf>
42. Ortegui R. Estado civil como factor de riesgo de depresión postparto en púerperas del hospital Belén de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana,. 2017. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2725>.
43. Alvarado E. Et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gaceta Médica de México, 2010, No 1. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24473>.



CAPITULO IX

ANEXOS

ANEXO N°1: PERMISO PARA EJECUCIÓN INVESTIGACIÓN.



HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Oficio N° 084-UDI-HVCM-2018
Cuenca, 1 de junio de 2018

Dra.
Lorena Mosquera
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CPI
UNIVERSIDAD DE CUENCA
Presente.-

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, se informa que el estudio de tesis titulado: "Depresión y ansiedad en madres de prematuros en la Unidad de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, realizado por la estudiante de enfermería Margarita León Lema la Universidad de Cuenca, fue analizado por la Comisión de Docencia de esta institución, concluyendo como factible.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Viviana Barros A.
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

CC. Archivo

Av. Los Arupos y 12 de Abril
Teléfonos: 4096000
www.hvcm.gob.ec



ANEXO Nº 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción: La preocupación de las madres cuyos hijos se encuentran hospitalizados en el área de Neonatología, predisponen a que su salud mental se vea comprometida llevando a que la progenitora caiga en depresión o ansiedad en función de la gravedad de su hijo, por lo que la presente investigación ayudara a tomar las medidas correctivas.

Objetivo: Determinar la depresión y ansiedad en madres de recién nacidos prematuros del área de Neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018.

Procedimientos: La presente investigación cuenta con la autorización de las autoridades de la Universidad de Cuenca y del Hospital Vicente Corral Moscoso, su participación consistirá en brindar información dentro de una encuesta a la investigadora luego de firmar este documento.

Riesgos: La investigación no representa ningún riesgo conocido para su salud.

Beneficios: esta investigación ayudara a plantear las estrategias necesarias para reducir la frecuencia de la depresión y ansiedad en estas madres a fin de mejorar su calidad de vida.

Costos y compensación: Este estudio no tiene costo alguno para su persona, tampoco. recibirá pago alguno por los datos que nos proporcione.

Participación voluntaria y retiro del estudio: La participación en el estudio es voluntaria y anónima, debe ser tomada tras la lectura de este documento y haber evaluado su participación o no; para que Ingrese en el estudio deberá firmar este documento, si inicialmente decide participar y durante el estudio lo abandona está en su libre derecho y deberá comunicar su decisión a la autora.

Confidencialidad: los datos que proporcione a la investigadora serán guardados con absoluta confidencialidad y usados únicamente para fines investigativos.

En caso de que Ud. Tenga dudas, comentarios o sugerencias sobre el estudio podrá contactar con la investigadora: Beatriz León. Sidesea ser incluida en la investigación:

Yo _____ libremente, sin ninguna presión y tras haber leído este documento y haber solicitado a las investigadoras información de mi interés sobre el estudio, autorizo la inclusión de mi persona en este estudio.

Firma de la madre:

Firma de la investigadora:

Cl:

Cl:



ANEXO N°3. ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERIA

“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LAS MADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DEL
ÁREA DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2018”

ENCUESTA

Instrucciones:

- Firme el consentimiento informado
- Llene los campos según crea conveniente
- Si tiene alguna duda, consulte a la investigadora.

Formulario N°: _____

1. **Edad:** _____ años
2. **Estado civil:** Soltero Unión de hecho Casado Viudo Divorciado
3. **¿Cuál es su grado de instrucción?** Primaria Secundaria Superior
4. **¿Dónde nació usted?** _____
5. **¿Dónde vive actualmente usted?** Área Urbana Área Rural
6. **¿A qué se dedica usted?** _____
7. **¿Cómo se identifica usted?** Mestizo Montubio Afro ecuatoriano
Indígena Blanco Otro: _____



TEST DE HAMILTON DEPRESIÓN

- Se le solicita muy comedidamente que responda las preguntas de la escala de Hamilton apegado a la verdad.
- Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma.
- Todos los síntomas deben ser puntuados.

<p>1. Animo deprimido: (tristeza, desesperanza, impotencia, inutilidad)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>1 <input type="checkbox"/> La sensación está presente pero sólo se manifiesta al preguntársele.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> La sensación está presente y se manifiesta verbalmente en forma espontánea.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> La sensación se presenta en forma no verbal, por ejemplo, a través de la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> El paciente reporta estas sensaciones virtualmente en su comunicación espontánea verbal y no verbal.</p>
<p>2. Sentimientos de culpa</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ausentes.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Auto-reproche, siente que ha causado el fracaso de los demás.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Ideas de culpa o rumiación respecto a errores pasados o actos pecaminosos.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> La presente enfermedad es un castigo. Delusiones de culpa.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.</p>
<p>3. Suicidio</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ausente.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Siente que la vida no vale la pena.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de posible muerte de sí mismo.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Gesto o ideas suicidas.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Intentos suicidas (cualquier intento serio debe ser valorado como 4).</p>
<p>4. Insomnio de conciliación</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No hay dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Quejas de dificultad ocasional para conciliar el sueño. Por ejemplo, más de ½ hora.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Quejas de que todas las noches tiene dificultad para conciliar el sueño.</p>
<p>5. Insomnio de medio sueño</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No hay dificultad.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> El paciente se queja de haberse desvelado o estar alterado durante la noche.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Se despierta durante la noche, cualquier levantarse de la cama salvo para evacuar.</p>
<p>6. Insomnio tardío</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No hay dificultad.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Se despierta en horas muy temprano de la mañana, pero nuevamente se duerme.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Es incapaz de volver a dormirse nuevamente si se levanta de la cama.</p>
<p>7. Trabajo y actividades</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No hay dificultad.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en las actividades, distracciones o trabajo, tanto si ésta es reportada directamente por el paciente o indirectamente por descuidos, indecisión o vacilación</p>



<p>3 <input type="checkbox"/> Disminución en el tiempo presente dedicado a actividades o disminución en la productividad. En el hospital se valorará 3 si el paciente no emplea por lo menos 3 horas al día en actividades (trabajo hospitalario o entrenamiento), excluyendo actividades domésticas (desaliño personal).</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Suspende el trabajo debido a la enfermedad actual.</p>
<p>8. Retardo: (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de la capacidad de concentración, actividad motora disminuida).</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Habla y pensamientos normales.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Discreto retardo durante la entrevista.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Retardo obvio durante la entrevista.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Entrevista dificultosa.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Estupor completo.</p>
<p>9. Agitación</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ninguna.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Juega con las manos, cabello, etc.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Se frota las manos, las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.</p>
<p>10. Ansiedad psíquica</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No hay dificultad.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Se preocupa por asuntos menores.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Temores expresados sin preguntárselo.</p>
<p>11. Ansiedad somática: (componentes fisiológicos de la ansiedad: <u>gastrointestinal</u> -sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; <u>cardiovasculares</u> -palpitaciones, cefalea; <u>respiratorios</u> -hiperventilación, suspiros; <u>frecuencia urinaria, sudoración).</u></p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ausente.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Mediano.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Moderado</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Severo.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Incapacitante.</p>
<p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ninguno.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito, pero el sujeto se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia de este. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.</p>
<p>13. Síntomas somáticos generales</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ninguno.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Pesadez en los miembros, la espalda o cabeza; dolores de espalda, cefalea; dolores musculares o pérdida de energía o fatiga.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.</p>
<p>14. Síntomas genitales: (pérdida de libido, Alteraciones menstruales, no determinado)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Ausentes.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Moderado.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Severo.</p>
<p>15. Hipocondría</p>



<p>0 <input type="checkbox"/> No está presente.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Preocupación por el propio cuerpo.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Preocupación por la salud.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Delusiones hipocondríacas.</p>
<p>16. Pérdida de peso</p> <p>A Cuando se evalúa por historia:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No hay pérdida de peso.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Definitiva pérdida de peso (de acuerdo con el paciente).</p> <p>B. En evaluaciones semanales por el psiquiatra en la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados:</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Menos de ½ Kg. De peso perdido en una semana.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Más de ½ Kg. De peso perdido en una semana.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Más de 1 Kg. De peso perdido en una semana.</p>
<p>17. Introspección</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Reconocerse estar deprimido y enfermo.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Reconocerse enfermedad, pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Negarse estar enfermo del todo.</p>
<p>Puntaje Total: ___ / 52 CLASIFICACION: _____</p>

TEST HAMILTON ANSIEDAD

- Responda según la siguiente escala:

0: ausente / 1: leve / 2: moderado / 3: grave / 4: muy grave - incapacitante
--

		0	1	2	3	4
1. <i>Estado de ánimo ansioso.</i>	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. <i>Tensión.</i>	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. <i>Temores.</i>	A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. <i>Insomnio.</i>	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. <i>Intelectual (cognitivo)</i>	Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. <i>Humor depresivo</i>	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día.					
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i>	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8. <i>Síntomas somáticos</i>	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					



<i>generales (sensoriales)</i>						
9. <i>Síntomas cardiovasculares.</i>	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10. <i>Síntomas respiratorios.</i>	Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i>	Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. <i>Síntomas genitourinarios.</i>	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. <i>Síntomas autónomos.</i>	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. <i>Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</i>	Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
TOTAL	

Gracias por su colaboración.

FECHA: _____



ANEXO N°4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Condiciones sociodemográficas	Condiciones sociales en las que se desenvuelve una persona.	Edad	Edad registrada en el formulario	Años
		Estado civil	Estado civil registrado en el formulario	Soltera Unión de hecho Casada Divorciada Viuda
		Instrucción	Instrucción registrada en la historia clínica	Primaria Secundaria Superior
		Procedencia	Procedencia registrada en el formulario	Nominal
		Residencia	Residencia registrada en el formulario	Rural Urbana
		Ocupación	Ocupación expresada por la madre	Nominal
		Etnia	Etnia registrada en el formulario	Mestizo Montubio Afro ecuatoriano Indígena Blanco otros
Depresión	Síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas del funcionamiento con una duración igual o mayor a dos semanas.	Humor depresivo Sentimientos de culpa Suicidio Insomnio Ansiedad Síntomas somáticos Pérdida de peso Introspección	Test de Hamilton Depresión	Sin depresión: 0-7 Depresión menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23



<p>Ansiedad</p>	<p>Preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.</p>	<p>Ansiedad psíquica Ansiedad somática</p>	<p>Test de Hamilton Ansiedad</p>	<p>Ausente Leve Moderado Grave Muy grave</p>
------------------------	--	--	----------------------------------	--