



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL

# **FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN MADRES CON HIJOS NEONATOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

**Autores:**

Br. Acosta, Natalia

Br. Alves, Julia

Br. Baladon, Deborah

Br. Di Pietro, Paola

Br. Ferreira, Susana

Br. Olivera, Sandra

**Tutor:**

Prof. Esp. Lic. Margarita Garay

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2014**

## INDICE

RESUMEN .....	1
INTRODUCCION .....	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	4
JUSTIFICACION-ANTECEDENTES.....	5
MARCO TEORICO.....	11
OBJETIVO GENERAL .....	25
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	25
DISEÑO METODOLÓGICO .....	26
VARIABLES.....	28
ANALISIS.....	29
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	58
ANEXOS.....	61
Anexo N° 1: Instrumentos de recolección de datos .....	67
Anexo N° 2: Consentimiento Informado .....	70
Anexo N° 3: Carta de solicitud a IAMC de Montevideo.....	71

## RESUMEN

El siguiente trabajo se enmarca dentro de las exigencias de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Republica para acceder al título de grado de Licenciado de Enfermería, a través de la TFI.

El tema del trabajo final de investigación es "Factores de Riesgo de depresión en madres con hijos neonatos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales" de una institución privada de asistencia médica colectiva (IAMC) en Montevideo Uruguay.

Dicho trabajo esta realizado por seis estudiantes de la Facultad de Enfermería, UDELAR.

Se plantean como objetivos caracterizar la población de madres con neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales ;y así poder conocer y describir los factores de riesgo de depresión existentes.

Con respecto a la metodología se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, el universo de estudio son las madres cuyos neonatos se encuentran hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el periodo de 19 de febrero al 19 de marzo del presente año.

Los instrumentos utilizados son dos; una encuesta de elaboración propia destinado a la recolección de datos de las variables sociodemográficas a fin de caracterizar al grupo de madres y de los neonatos hospitalizados; y la escala de Goldberg la cual nos permite medir los factores de riesgo de depresión.

Del análisis univariado de los datos que se obtuvieron elaboramos las conclusiones, los mas representativos fueron;el promedio de edad en las madres es de 30 – 39 años; en cuanto al nivel de instrucción de las madres el 55% tiene secundaria incompleta, el estado civil que prevalece es casada con 54%, respecto a la ocupación se destaca que el 73% tiene empleo estable.

En cuanto a la caracterización del neonato se destaca que el sexo masculino es de un 64%, respecto a la edad gestacional se destaca que el 55% de los recién nacidos eran RNPT (antes de las 37 semanas de gestación);

Según el peso el 100% de los recién nacidos estaban por debajo de los 2500grs. Y el 73% de los neonatos se encuentran hospitalizados entre 1- 10 días.

La subescala de ansiedad, detecta el 54.5% de los casos de ansiedad de madres con neonatos internados en la UCIN y de depresión el 91% con los puntos de corte que se indican.

Al analizar la relación que existe entre la escala de ansiedad y depresión de Goldberg con las variables de caracterización utilizadas surgen los siguientes datos: presentan ansiedad el 83% de las madres con edades entre 30 y 39 años; y depresión el 80% de las madres en la misma franja etaria.

El 50% de estas madres presentan ansiedad y depresión teniendo un nivel de instrucción de secundaria incompleta, para quienes tenía secundaria completa la sintomatología de ansiedad fue del 33% y de depresión 20%.

Presentan depresión el 30% de madres que tienen un nivel de instrucción correspondiente a terciaria completa.

En cuanto al estado civil presentan ansiedad el 50% de las madres casadas y solteras, mientras que depresión el 60% están casadas y el 40% soltera.

Con respecto a la ocupación presentan ansiedad las que poseen trabajo estable con un 83% y las desocupadas con un 40%; y depresión el 70% de las madres con trabajo estable y el 20 % que se encuentra desocupada, más un 10% para estudiantes.

Para el análisis de ansiedad y depresión con las variables de caracterización estudiadas en el neonato se destaca: el relacionamiento de la ansiedad con la edad gestacional con un 50% en RNPT (antes de las 37 semanas de gestación) seguido de un 33% de prematuros (antes de las 28 semanas) y depresión con un 60% en RNPT (antes de las 37semanas), seguido de Prematuros (antes de las 28 semanas) y RNAT (entre las 37 y 42 semanas) con un 20%.

Con respecto al peso la ansiedad y depresión comparten el mismo porcentaje un 100% de las madres de neonatos con un peso inferior a los 2500grs.

Los días de internación se ven relacionados también donde para quienes presentaron síntomas de ansiedad representan un 50% para madres de neonatos que están internados ente 1- 10 días y 11-20 días. Mientras que para la depresión un 70% para los que se encuentran internados de 1-10 días y un 30% de 11-20 días.

## INTRODUCCION

El presente trabajo esta realizado por seis estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, correspondiente al cuarto ciclo del plan de estudios año 1993, y corresponde al trabajo final de investigación. Mediante el mismo se busca identificar los factores de riesgo de depresión en las madres cuyos neonatos se encuentran hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN).

Si bien en el Uruguay existen actualmente ensayos realizados por la asociación de pediatría del Uruguay en el Pereira Rossell, sobre terapias de apoyo a padres cuyos hijos se encuentran internados en las unidades de cuidados intensivos neonatales, no existen antecedentes documentados específicos del tema, con lo cual hace importante realizar la presente investigación.

El periodo de investigación esta comprendido entre el mes de febrero y marzo del 2015. El área de investigación se da en una unidad de cuidados intensivos neonatales, de una institución privada de asistencia médica colectiva (IAMC), en Montevideo la cual cuenta con 4 camas de internacion con opcion de una cama supernumeraria . El universo de estudio esta conformado por un total de 11 madres de recién nacidos hospitalizados en UCIN. Los instrumentos a utilizar son la escala auto evaluable de Goldberg, y un instrumento de elaboración propia, ambos aplicados a la población en estudio mediante una entrevista estructurada.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión que se identifican en las madres cuyos recién nacidos están hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales en una IAMC de Montevideo?

El nacimiento de un niño con una enfermedad grave es un acontecimiento traumático y más aún en la maternidad, tanto que durante el embarazo y el parto ocurren una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la madre a una mayor vulnerabilidad para la aparición de depresión.

Si se añade un aislamiento intencional con el nacimiento de un recién nacido prematuro, el ser recién nacido con dificultades de salud nos expone a interacción en unidades especializadas, donde existe un alto nivel de aislamiento en la madre, ansiedad y depresión. En los últimos tiempos en el cuidado de los recién nacidos prematuros han existido un gran número de avances tecnológicos médicos y los cambios de estos sistemas de cuidado han permitido que los niños más vulnerables de la distribución de la mortalidad neonatal o infantil han provocado algunos efectos no deseados, entre ellos, el aumento de la depresión.

Cuando el recién nacido es hospitalizado en una UCI, la madre sufre diversas restricciones cuando quiere estar con su hijo. Es aquí donde se observa una mayor vulnerabilidad al desarrollo de ansiedad y depresión en las madres y que pueden llegar a afectar a la relación madre-hijo y como consecuencia en la comunicación con los profesionales que atiende al paciente. Este estudio investigará que factores son los que contribuyen en las madres hospitalizadas en el establecimiento del vínculo de apego con su hijo.

1. López L, Rodríguez A, García J, López M, Pérez A, Torres M. Factores de riesgo de depresión materna en madres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(2): 113-117. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-73202011000200013>

2. López L, Rodríguez A, García J, López M. Factores de riesgo de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(2): 113-117. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-73202011000200013>

## JUSTIFICACION - ANTECEDENTES

Previo al nacimiento de su hijo, la mujer se encuentra experimentando estrés a causa de que en su cuerpo se establecieron todos los cambios gestacionales y se espera que éste responda al proceso del parto. Posteriormente el momento del nacimiento, es siempre una fuente de estrés en el proceso familiar y más aún en la embarazada, dado que durante el embarazo y el puerperio ocurren una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que condicionan a la mujer a una mayor vulnerabilidad para la aparición de depresión<sup>1</sup>.

Si se añade un embarazo interrumpido, con el nacimiento de un recién nacido pre término, o un recién nacido con problemas de salud que requieran internación en unidades especializadas, dicho estrés puede ser aún mayor, generando en la madre ansiedad o depresión<sup>2</sup>. Si bien los avances en el cuidado de los recién nacidos prematuros han significado un progreso notable en la neonatología moderna y las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) cada vez son más eficientes en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil, han provocado algunos efectos no deseados, en especial sobre los padres.

Cuando el recién nacido es hospitalizado en una UCIN la madre sufre diversas restricciones cuando quiere tomar contacto con su hijo. Es aquí donde se observa con mayor frecuencia la presencia de estrés y depresión en las madres y que pueden llegar a interferir en la interacción madre - hijo y como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al neonato. Existiendo investigaciones que señalan que la depresión en las madres interfiere en el establecimiento del vínculo de apego con su hijo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Baabel Z, Contreras B.A., García I. J., Guerra V. M., Rivera S. A., Urdaneta M. J. Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. Chil Obstet Ginecol [Internet] 2011; 76(2): 102-112. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n2/art07.pdf> [citado: 2014 Nov. 06]

<sup>2</sup> Balzano S., Olberman A. J., Paoiini C. I. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2012; 12(1):65-73. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100007) [citado: 2014 Nov. 06]

<sup>3</sup> Idem Ref. 2

El ingreso de un recién nacido a una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) trae consigo que los padres de los recién nacidos hospitalizados experimenten altos niveles de estrés y emociones negativas tales como ansiedad, depresión, culpa, desesperanza y/o miedo a la muerte. Muchas madres presentan una autoestima disminuida, enfrentándose a una realidad no esperada, haciendo más difícil el proceso de adaptación al nuevo rol. Especialmente si se tiene en cuenta de que éstos recién nacidos precisan el cuidado de sus madres aún más que los recién nacidos sanos, manteniendo un contacto piel a piel, proveyendo la leche materna y cuidados individualizados<sup>4</sup>.

Aunque cada madre reacciona de manera diferente ante el fenómeno de tener un hijo recién nacido hospitalizado en una UCIN, dependiendo de su personalidad, valores y/o creencias, muchas veces, sienten auto culpabilidad. Es por ello que la labor asistencial de los profesionales de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, va más allá de la realización de procedimientos asistenciales complejos a los recién nacidos, sino también debe involucrar a los padres, que, sin estar hospitalizados requieren cuidados por parte de los mismos<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Antúef H R., Barrera Q. F., Escobar M. S., Moraga M F. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Rev chil pediatr [Internet] 2007; 78(1):85-94. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000100012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100012) [citado 2014 Nov 06]

<sup>5</sup> Vieira G. M. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Rev chil pediatr [Internet] 2003 ; 74(2):197-205. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S) [citado 2014 Nov 06]

Existe evidencia científica que señala que la participación de la madre en los cuidados del recién nacido hospitalizado permite atenuar los trastornos psíquicos del recién nacido, disminuir la desnutrición e infecciones intrahospitalarias, fomentar la lactancia, optimizar el recurso humano, acortar la hospitalización, mejorar rendimiento de cama hospitalaria y disminuir el costo de la hospitalización<sup>6</sup>. Sin embargo, la hospitalización genera un cambio profundo en la dinámica familiar e introduce un elemento de angustia y estrés especialmente en la madre, lo que puede ser un factor perturbador para su participación<sup>7</sup>.

Mediante la presente investigación se busca identificar los factores de riesgo de depresión presentes en las madres cuyos neonatos se encuentran hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), con el propósito de contribuir en la planificación de estrategias de acción que permitan identificar en las madres dichos factores de riesgo y de esa forma actuar sobre ellos de forma proactiva desarrollando intervenciones de enfermería efectivas para ayudarlas a enfrentar favorablemente esta situación..

Según datos estadísticos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 37% de los nacimientos ocurren en Montevideo y el resto en el interior del país. Corresponden 20.000 a ASSE y Hospital de Clínicas y 24.000 a las IAMC<sup>8</sup>.

La mayoría de los recién nacidos que requieren camas en cuidados de terapia intensiva es por prematuridad. Los recién nacidos con bajo peso al nacer (inferior a 2.500 gramos) rondan el 8,6% de los recién nacidos. El porcentaje de recién nacidos prematuros para ASSE es de 13,5% en Montevideo y de 8,8% para el resto

<sup>6</sup> Antilef H R., Barrera Q. F., Escobar M. S., Moraga M F. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Rev chi pediatr [Internet] 2007; 78(1):85-94. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pic=S0370-41062007000100012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pic=S0370-41062007000100012) [citado 2014 Nov 06]

<sup>7</sup> Baabel Z, Contreras B.A., García I. J., Guerra V. M., Rivera S. A., Urdaneta M. J. Factores de riesgo de depresión posparto en puerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. Chil Obstet Ginecol [Internet] 2011; 76(2): 102-112. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n2/art07.pdf> [citado: 2014 Nov. 06]

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadística. Disponible en : <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/vitales2008.asp> [Citado 2014 Mar 23]

En lactantes y niños la causa que motiva más ingresos a cuidados de terapia intensiva son las respiratorias con un comportamiento estacional, donde la demanda de camas supera varias veces la oferta<sup>9</sup>.

En cuanto a la prevalencia real de la DPP, los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las púerperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%<sup>10</sup>.

Un estudio llevado a cabo en Venezuela (2011) por Urdaneta M., Rivera S., García I., et.al. referente a los Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas, se propuso determinar los factores de riesgos para DPP en púerperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Método: Se realizó una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 púerperas, evaluadas por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS). Entre los resultados se destaca: Hubo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de DPP confirmada del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector. Conclusión: Existe una alta prevalencia de púerperas deprimidas, con diversos factores de riesgos que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

<sup>9</sup> Fundación Álvarez Caldeyro Barcia. Disponible en : <http://www.facb.org.uy/prematurez.html> [citado 2014 Mar 23]

<sup>10</sup> Baabel Z, Contreras B.A., García I. J., Guerra V. M., Rivera S. A., Urdaneta M. J. Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2011; 76(2): 102-112. Disponible en : <http://www.scielo.cl/pdf/rchoa/v76n2/art07.pdf> [citado: 2014 Nov 06]

Sin embargo, la presencia de estos factores de riesgo para DPP también varía entre cada población y en el transcurrir del tiempo; por lo tanto, debe recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.

En una revisión de estudios en Chile (2005)<sup>11</sup>, se encontró que alrededor de un tercio de las embarazadas sufre de síntomas de depresión y/o ansiedad. Cifra que aumenta a más del 40% entre las puérperas. Se trata de síntomas inespecíficos que no ocasionan compromiso funcional, pero si se utilizan criterios específicos de enfermedad depresiva, que significa menoscabo funcional, se halla una prevalencia de depresión cercana al 10% en el embarazo y entre 10 y 20% en el posparto. Otro estudio sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres chilenas durante el embarazo, revelan prevalencias entre un 16,7% (12) y un 35,2%<sup>12</sup>.

En otro estudio realizado por la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (2012)<sup>13</sup> se vio el impacto de la depresión en etapa post parto en la relación madre-hijo(a) y en el desarrollo del niño(a), relacionándose directamente con la duración e intensidad del cuadro, asociándose al establecimiento de apegos inseguros, deterioro del desarrollo psicomotor y cese precoz de la lactancia materna, además del deterioro de la calidad de vida de las puérperas. Todo lo anterior hace que este sea un problema relevante para abordar por los profesionales de la salud vinculados al cuidado de la madre y su bebé, debido a lo cual se proponen recomendaciones respecto de los cuidados que debieran otorgarse a quienes cursan con este trastorno y a sus familias.

<sup>11</sup> Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, Chile. [Internet] MINSAL, 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> [citado 2014 Nov 15]

<sup>12</sup> Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet].2012; 38(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000400016&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000400016&script=sci_arttext) [citado 2014 Nov. 18]

<sup>13</sup> Idem Ref. 12

En Venezuela (2013)<sup>14</sup> se realizó una pesquisa de depresión y ansiedad en las gestantes, permitiendo evitar el deterioro de la salud mental materna y las graves consecuencias sobre sus hijos. Se analizaron los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio-agosto 2012. Se llevó a cabo un estudio correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas excluyendo aquellas con diagnóstico anterior de depresión o ansiedad o, enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada. Se encontró que las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor, sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Concluyendo que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable.

<sup>14</sup> Amato R., Chávez J.G., Díaz M., Ramirez M., Rangel S., Rivera L. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus* [Internet]. 2013; 17(2):32-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382013000200006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006) [citado 2014 Nov 18]

## MARCO TEORICO

### **Definición de Depresión**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 2003<sup>15</sup>, la depresión se entiende como un estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión, esta pueden llegar a obstaculizar muchos aspectos de la vida y afecta actividades que antes se disfrutaban.

La Organización Mundial de la Salud afirma que los trastornos depresivos y de ansiedad son la principal causa de discapacidad en el mundo entero<sup>16</sup>. A estos se le llaman trastornos emocionales comunes. Estos individuos generan una discapacidad ya sea cambio de humor, irritabilidad, etc. que no se manifiesta hasta que no es demasiado tarde.

Hoy en el Uruguay existen 600 mil personas que sufren de depresión pero el 80 por ciento –es decir 480 mil personas- desconocen que padecen esta enfermedad<sup>17</sup>.

Se ha comprobado que todas las personas a menudo expresan infelicidad como resultado de un cambio, ya se trate de un contratiempo o de una pérdida, o simplemente, como dijo Freud, de "miseria cotidiana". Los sentimientos dolorosos que acompañan a estos acontecimientos son normalmente apropiados, necesarios y transitorios, y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal. Sin embargo, cuando la depresión persiste y perjudica la vida diaria, puede indicar la existencia de un trastorno depresivo.

<sup>15</sup> J. López, P. Pichot, M. Valdés. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1995 MASSON. S.A. Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 Barcelona (España) Disponible en: <http://www.mdo.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf> [citado 2014 May 15]

<sup>16</sup> OMS Organización Mundial de la Salud Centro de prensa. Nota n°3 La depresión. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es> [citado 2014 Jun 26]

<sup>17</sup> Fundación Cazabajones. La Epidemia de Depresión en el Uruguay Disponible en: <http://www.fundacioncazabajones.org> [citado 2014 May 15]

Durante miles de años se ha llamado a la depresión con variedad de nombres tanto en la literatura médica como la popular. Los textos ingleses más antiguos hacen referencia a la "melancolía", que fue durante siglos el término genérico para todos los trastornos emocionales, actualmente se hace referencia a la depresión como un trastorno anímico.

La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales, así como una vivencia poco motivadora.

### ***Origen de la depresión***

Se puede decir que su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte, según el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (2003) la depresión también puede originarse por el consumo de sustancias.

### ***Teorías que explican la depresión***

***García (2005), se enfoca en 4 teorías:***

***La teoría conductual, como falta de refuerzo:*** Detalla que la depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se define.

***La teoría cognitiva, donde la depresión se da como resultado de pensamientos irracionales:*** Indica que la depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva (el mismo, el mundo y el futuro).

***La teoría de la indefensión aprendida, la incapacidad para poder resolver algún problema:*** En esta teoría define que la depresión se origina por la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que se requieran.

***La teoría biológica:*** según esta teoría la depresión está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores.

### ***Prevalencia de la depresión***

En la revista de National Institutes of Health -NIH (2001), indican que todos los estudios realizados coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor.

En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.

### ***Evaluación diagnóstica de la depresión***

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentos o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos en el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (2003).

### ***Tratamiento***

García (2005) el tratamiento según teoría conductual consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita.

Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas con los que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir.

Define que según la teoría conductual el tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que se sienten son debidas a pensamientos automáticos. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa que se debe y que es

lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no corresponde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad.

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico específico del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento, se pueden tomar ciertas técnicas de cada corriente, ya que el fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

### ***La depresión en mujeres***

Las hormonas sexuales femeninas parecen modular de alguna manera el desarrollo y la gravedad de los cuadros depresivos. La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. Muchos factores que parecen contribuir a la depresión son comunes a ambas mujeres y hombres, mientras que las causas específicas de la depresión en mujeres siguen siendo confusas. Sin embargo, los factores variados únicos a las vidas de las mujeres se sospechan para contribuir a la depresión, factores de desarrollo, reproductivos, hormonales, genéticos, ambientales y otros biológicos

### ***Síntomas de la depresión en mujeres***

Leal (2007) a continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la depresión sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. En general, prácticamente todas las personas que padecen de depresión albergan sentimientos permanentes de tristeza y muchos pueden sentirse indefensos, sin esperanza e irritados.

- Cambios notables en el apetito, con pérdida de peso no atribuible a una dieta o aumento de peso significativos.

- Cambios notables en los patrones de sueño, tales como sueño irregular, imposibilidad de conciliar el sueño, despertarse al alba o sueño excesivo.
- Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban o falta de placer al llevarlas a cabo.
- Tristeza, ansiedad o sensación de "vacío" persistentes.
- Sentimientos de desesperación, pesimismo.
- Inquietud, irritabilidad.
- Disminución de la energía, fatiga, lentitud.
- Sentimientos de falta de valor.
- Sentimientos persistentes de desesperación.
- Sentimientos de culpa sin motivo.
- Incapacidad para concentrarse o pensar, falta de decisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, deseo de morir o intento de suicidio.
- Pensamientos perturbados - por ejemplo, las personas con depresión grave a veces tienen creencias no basadas en la realidad acerca de la enfermedad física, el pecado o la pobreza.
- Síntomas físicos tales como dolor de cabeza, desórdenes digestivos y dolor crónico.

### **Factores que contribuyen a la depresión en las mujeres**

Muchos factores hormonales pueden contribuir a la mayor tasa de depresión de las mujeres, en particular, factores como cambios a lo largo del ciclo menstrual, síndrome premenstrual, embarazo, abortos espontáneos, período post parto, perimenopausia y menopausia. Muchas mujeres hacen frente a fuentes adicionales de estrés, como las responsabilidades del trabajo y el hogar, ser madres solteras y el cuidado de los hijos y de sus padres ancianos.

Muchas mujeres son particularmente vulnerables después del nacimiento de un hijo. Los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad adicional de una nueva vida, pueden constituir factores desencadenantes de la depresión postparto en algunas mujeres.

Si bien la "tristeza" transitoria es común en las nuevas madres, pero la presencia de auténticos episodios depresivos no es normal y requiere intervención activa. En éste punto resulta fundamental que la nueva madre reciba tratamiento y que cuente con el apoyo emocional de su familia a fin de ayudarla a recuperar su bienestar físico y mental, así como su capacidad para cuidar al niño y disfrutar de él.

### **La depresión Materna y La Enfermera de la UCIN**

El concepto de madre es sin duda alguna uno de los más ricos y complejos de los conceptos relacionados con los seres vivos. El mismo puede ser abordado desde muy diversas perspectivas, tanto biológicas como sociales, individuales o grupales. La noción de madre es, además, esencial para la idea de supervivencia de una raza o grupo de seres vivos ya que es ella la encargada de asegurar la descendencia y ella quien además vive dentro de su organismo la gestación del nuevo ser vivo a nacer en el futuro cercano.

En términos biológicos, la madre es el ser vivo que ha tenido descendencia, que ha parido a otro ser vivo luego de un tiempo apropiado de gestación que varía de acuerdo al tipo de ser vivo al que hagamos referencia. En este sentido, ser madre es algo en lo que la mayoría de los seres vivos de sexo femenino se

convierten cuando se ven fecundadas y procrean un nuevo ser vivo. La propiedad más importante del ser humano es la capacidad de formar y mantener relaciones, en el campo del desarrollo infantil, el apego se refiere a un vínculo específico que se forma entre madre e infante.

Los científicos consideran que el factor más importante en la creación del apego, es el contacto físico positivo, ya que estas actividades causan respuestas neuroquímicas específicas en el cerebro que llevan a la organización normal de los sistemas del apego. La relación más importante en la vida del niño es el apego a su madre, esto es así, ya que esta primera relación determina el molde biológico y emocional para todas sus relaciones futuras.

Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pre término, a término o pos término.

Durante los primeros 30 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se pueden descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo humano. No es raro que las madres sean víctimas de una depresión leve o incluso más grave, como resultado de las exigencias permanentes de estar pendiente de la salud de sus bebés. La necesidad de estar a cada momento en la unidad de cuidados intensivos neonatales propiamente dicho no provocan depresión, ni todos las madres experimentarán los sentimientos negativos que se asocian con la depresión. De todos modos, al esforzarse por darle el mejor cuidado posible a su bebé, las madres muchas veces sacrifican sus propias necesidades físicas y emocionales. Además, las vivencias emocionales y físicas de los padres pueden llevar a una situación límite, incluso a las personas más capaces. Los sentimientos resultantes de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento—y también la sensación de culpa por albergar esos sentimientos—pueden ser una carga muy pesada.

Todas las personas tienen en algún momento sentimientos negativos que surgen y desaparecen con el tiempo, pero cuando esos sentimientos cobran una mayor intensidad y hacen que los padres se sientan totalmente fatigados, que lloren con frecuencia o que se enojen fácilmente con el equipo de salud o con otras personas, pueden ser una señal de advertencia de la depresión. Hay que empezar a preocuparse por una posible depresión cuando la tristeza y el llanto son permanentes, o cuando dichos sentimientos negativos desbordan la capacidad de resistencia de la persona. Lamentablemente, muchas veces los sentimientos de depresión se consideran más una señal de debilidad que un aviso de que algo anda mal. No se ayuda a las madres con frases como "¡ya se va a mejorar!" o "no llore madre!", que no hacen más que reflejar la opinión de que los problemas de salud mental no tienen una existencia real. No lograremos que los sentimientos negativos se desvanezcan con sólo negarlos o echarlos a un lado; es por este motivo que el personal debe contar con las herramientas suficientes como para saber detectar a tiempo los signos de alarma. El diagnóstico de una enfermedad en un bebé causa un profundo impacto en su familia. De hecho, la investigación demuestra que el nivel de estrés ante la enfermedad es mayor en las madres que en el resto de la familia; es por ello que frente a tan desastrosa noticia los sentimientos muy fuertes de incredulidad, culpa, rabia, dolor, negación, pánico, abandono, confusión y miedo afloran en estas.

Pocas semanas después de recibir esa información suelen aparecer síntomas de desajuste físico, depresión e incapacidad para posteriormente comportarse con mayor normalidad; algunos de estos síntomas son meros sentimientos adaptativos y, a menos que interfieran muy negativamente en la vida, en un principio pueden considerarse que son útiles para reducir lo que, por otro lado, sería una ansiedad insoportable.

Las situaciones de estrés de los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales requieren de un marco de referencia, que explique científicamente la posición desde la que se analiza el problema.

En general se conoce que las enfermedades y hospitalizaciones en la niñez se acompañan de una crisis que afecta a todos los miembros de la familia.

Si se considera a esta última como un sistema compuesto por partes interdependientes, un cambio en una de sus partes significa el movimiento de las demás.

Normalmente son los padres la fuerza que domina la familia, pero al surgir una enfermedad en el niño, éste se convierte en la fuerza principal y por lo tanto causa en ellos reacciones importantes manifestadas inicialmente por negación e incredulidad, seguidos de ira, culpabilidad, temor, ansiedad o frustración. Al finalizar la crisis aguda pueden presentar depresión, agotamiento físico y mental, y quizá preocupación por la carga financiera que entraña la hospitalización (Whaley y Wong, 1988; Karchmerk y Atkin, 1988; Schrey y Schrey, 1994).

Las madres que tienen un hijo en la UCIN están frente a una situación probablemente más difícil, relacionada con el apego emocional materno paterno-infantil (Udaeta, 1988). La posibilidad de muerte o lesiones permanentes los hace pasar por una serie de emociones y etapas del proceso de duelo que no pueden ser ignoradas ni obstaculizadas. El neonato en estas condiciones rompe las expectativas que toda la familia compartía acerca de una resolución satisfactoria del embarazo.

Behrman (1973), señala que para que los padres puedan desempeñar un buen papel en la relación con su hijo pasarán por cuatro etapas: a) Preparación para la posible muerte, b) Aceptación del hecho de que no han procreado un niño sano, c) Reanudación del proceso de relación con su hijo y, d) Aprendizaje de las necesidades especiales del niño.

Wong (1995), por su parte, menciona que las tareas de los padres de un lactante de alto riesgo son:

- Actuar en los momentos críticos que rodean al parto.
- Reconocer que la vida del bebé está en peligro y que podría morir, y empezar el proceso de elaboración de duelo.
- Reconocer y hacer frente a los sentimientos de falta de preparación y culpa por no tener un hijo sano-

Adaptarse al ambiente de cuidados intensivos neonatales.

- Reanudar las relaciones con el bebé y empezar el papel de cuidador.

- Adaptarse a la pérdida, en caso de muerte neonatal.

La situación de crisis puede ser aún más difícil ya que generalmente la madre y el hijo son hospitalizados por separado. Existe un periodo en el que el padre tiene por sí solo la responsabilidad de mantenerse informado y en contacto con el recién nacido y comunicarle a la madre su evolución, darle confianza y apoyo y al mismo tiempo manejar su propia ansiedad.

La madre experimenta no solamente privación del contacto con su hijo, sino lo que ha sido considerado como una crisis emocional aguda, influenciada por muchos factores: su relación con la propia madre, con la familia, sus tradiciones culturales, sus experiencias con embarazos previos, entre otros. Además, frecuentemente es el único miembro de la familia que no conoce a su hijo y esto la afecta en menor o mayor grado, llegando algunas veces a dificultar los lazos afectivos y su conducta materna

hacia el niño (Behrman, 1973), la distancia entre la madre y el hijo, aumenta el problema.

Whaley y Wong (1988), resumen la participación de enfermería como apoyo en:

- 1) Fomentar las relaciones familiares.
- 2) Proporcionar apoyo emocional.
- 3) Aportar información.

La enfermera además está llamada a mantener un entendimiento cercano con los familiares del neonato que está a su cuidado. Aun cuando ninguna persona en particular se hace responsable de la educación a los padres, sigue siendo la enfermera el profesional que tiene mayor posibilidad de interrelación con los mismos, ya que permanece las 24 horas del día con el neonato, y se espera que desde la primer visita informe sobre el aspecto del niño, los equipos que se usan con él y algunos otros datos sobre el ambiente general de la unidad de cuidados intensivos.

Teóricamente, durante la estancia del neonato en la unidad, la enfermera debe puntualizar sobre los aspectos positivos de la conducta y el estado del recién nacido, alentar al contacto físico con los padres, solicitar para el niño pañales y ropa, comentar sobre los horarios de visita y contestar todas las dudas de los padres; todo esto tratando de fortalecer las relaciones entre el neonato y sus progenitores.

El paciente, los padres y la enfermera actúan y luchan constantemente contra la tensión.

Debido a la orientación de estas unidades hacia las crisis y a salvar la vida del niño, el personal puede no tener el tiempo necesario para proporcionar cuidado enfocado a los padres. Estos se vuelven exigentes, pueden malinterpretar la información, desobedecer indicaciones, sobrepasar el tiempo de visita, tener su "informador preferido", aislarse o separarse de su hijo, y algunas veces agredir al personal de enfermería.

La enfermera, por su parte, reacciona de diversas maneras: ya sea positivamente, tolerando y comprendiendo la conducta de los padres, o en forma negativa, llegando a la apatía como medio de defensa personal, involucrándose demasiado en los conflictos de la dinámica familiar.

El papel de la enfermera de cuidados intensivos no es fácil; como elemento clave de la unidad, debe conocer sus limitaciones y dentro de ellas hacer todo lo posible para proveer confort y reasegurar mediante su cuidado y consideración, la recuperación del neonato y la adaptación de su familia. Los periodos de visita deben aprovecharse para un contacto intenso con el fin de ayudar a las madres a entender y sobrellevar los aspectos de la experiencia de UCIN.

Las técnicas de intervención preventiva y educativa a las madres deberán incorporarse de algún modo a las actividades asistenciales de la enfermera en la UCIN.

### ***Variables sociodemográficas y su relación con la depresión***

**Edad** - Por lo general, la prevalencia de los trastornos del humor aumenta con la edad. Se ha demostrado en algunos estudios epidemiológicos que la prevalencia de la depresión mayor aumenta con la edad en niños y adolescentes, aunque se señala que este aumento de sentimientos depresivos se da más en relación a la pubertad que de la edad.

Los índices de prevalencia de distimia (depresión menor), de igual manera, parecen tender a aumentar con la edad. Se encontraron que el 2,5% de los niños de nueve años de edad tenía una depresión menor. En una muestra compuesta por niños entre 14 y 16 años de edad, el 8% cumplía con los criterios de distimia.

**Sexo** - Algunos estudios han notificado acerca del predominio de trastornos depresivos en varones antes de la pubertad y en mujeres después de la pubertad. Un ejemplo de ello es la relación varón / mujer de 5:1 para el trastorno depresivo a los 11 años de edad. A los 13 años de edad, la relación varón / mujer era de 4:1. Después encontraron que las mujeres de 14 a 18 años de edad tenían más síntomas depresivos que los varones. En los estudios de adultos, hay preponderancia de mujeres con trastornos bipolares, aunque esta preponderancia no sea tan notable como en la depresión mayor.

**Raza**- Algunos autores han encontrado que la prevalencia de los trastornos del humor es parecida en cualquiera de las razas. No encontraron ninguna diferencia en pacientes adultos blancos y negros en una consulta ambulatoria. La depresión en la niñez se da en diferentes razas, aunque no se ha realizado ningún estudio sistemático para determinar si la raza es realmente un factor significativo.

**Nivel socioeconómico**- Algunos autores sugieren que los trastornos del humor en los adultos, especialmente los bipolares, son más prevalentes en las clases socioeconómicas superiores, mientras que los índices de depresión leve eran más elevados en las clases socioeconómicas inferiores. También encontraron que el trastorno depresivo mayor no tenía relación relevante con la clase social.

### **Factores psicológicos**

#### **Modelos psicoanalíticos y psicodinámicos**

Freud (1917) y Abraham (1927) realizaron grandes contribuciones a los modelos psicoanalíticos y psicodinámicos de la depresión, incluyendo factores tales como pérdida del objeto, agresión dirigida hacia el propio yo, daño narcisista y masoquismo.

Los autores sugieren que "la pérdida del objeto" en varias etapas del desarrollo contribuye a un trastorno del autoestima, dando lugar a la depresión. En el "trastorno narcisista de la personalidad", el individuo tiene unos períodos breves de euforia seguidos de auto desprecio y la depresi

### **Modelo cognitivo-conductual**

Beck (1974) describe un auto concepto negativo, una interpretación negativa de las experiencias de la vida y unas expectativas negativas para el futuro como la tríada de cogniciones experimentadas por aquellos que están deprimidos, lo cual lleva a sentimientos de desesperación y desamparo.

### **Modelo de indefensión aprendida**

Este modelo se desarrolló al observar que cuando los animales se sometían repetidamente a descargas eléctricas en una situación de la que no tenían salida alguna, por fin se rendían y quedaban "desamparados" o "indefensos". Cuando los humanos experimentan acontecimientos que no controlan, llegan a creer que no tendrán ningún control sobre los acontecimientos del futuro, lo que dan lugar a déficit motivacionales y cognitivos y al desamparo emocional. Por lo tanto, la depresión mejora cuando el individuo recupera su sentido del control sobre el entorno.

### **Modelo sistémico familiar**

Es un modelo transaccional con la premisa de que la familia es una organización dinámica de partes interconectadas que forman una totalidad. Los problemas psiquiátricos de cualquier miembro de esta, se consideran como una manifestación de relaciones disfuncionales dentro de la familia.

### **Modelo de autocontrol**

En este modelo, los individuos deprimidos se consideran como deficitarios en una o más de las siguientes áreas: auto registro, autovaloración y auto reforzamiento.

## **Factores sociales**

### **Acontecimientos vitales y estrés**

Se creía que el estrés, debido a acontecimientos vitales, era un factor etiológico que contribuía al desarrollo de la depresión. Sin embargo, la mayoría de la literatura concerniente a adultos indica que los acontecimientos estresantes abren camino a, y mantienen, la depresión, en lugar de causarla, aunque los datos no son concluyentes.

Por otra parte, familias de niños preescolares con síntomas depresivos informaron sobre más acontecimientos vitales estresantes que las familias controles. Otro estudio demostró que niños deprimidos y hospitalizados de 7 a 12 años de edad habían sufrido acontecimientos vitales más negativos que el resto de la muestra.

### **Déficit en habilidades sociales**

Lewinsohn y Hoberman (1982) formularon la hipótesis de que la depresión es causada y/o mantenida mediante la disminución en el reforzamiento social positivo secundaria a un déficit en habilidades sociales. Youngren y Lewinsohn (1980) también señalan que estas deficiencias podrían ser consecuencia de una depresión que deteriore las adquisiciones normales del desarrollo, en lugar de ser su causa. Investigaciones de varios autores han declarado que los niños con depresión mayor mantienen una relación deteriorada con sus madres y compañeros, y que la relación madre-niño sólo mejoró después de que desapareciera la depresión.

Encontraron que los niños prepuberales con trastorno depresivo mayor presentaban con regularidad deficiencias en las relaciones sociales y que dichas deficiencias en sus relaciones intrafamiliares y extra familiares sólo mejoraron parcialmente después del trastorno depresivo.

La investigación también demostró que sus compañeros consideran a los niños deprimidos menos populares.

Los profesores evalúan a los niños deprimidos como menos competentes socialmente.

## OBJETIVO GENERAL LOGICO

### Tipo de estudio

Identificar los factores de riesgo de depresión en las madres de los neonatos internados en cuidados intensivos neonatales en una IAMC de Montevideo.

La investigación se hará a nivel de una IAMC de Montevideo en una UCI

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

### Unidades

- Caracterizar a las madres según las variables sociodemográficas: Edad, Nivel de instrucción, Ocupación, Estado civil.
- Caracterizar a la población de neonatos según: sexo, edad gestacional, peso al nacer y días de internación.

### Muestra y tipo de muestra

- Identificar los factores de riesgo de depresión presentes en las madres.

La selección de la muestra se hará mediante un muestreo consecutivo de las madres que ingresen a la UCI de una IAMC en el período comprendido entre los meses de febrero y marzo del presente año en una institución privada de atención terciaria.

### Criterios de inclusión de los participantes

- Madres usuarias de la IAMC.
- Madres con neonatos internados en la UCI.
- Madres que den su consentimiento para participar en la investigación.

### Criterios de exclusión de los participantes

- Los neonatos ingresados en la UCI con una prohibición de servicio.
- Que el neonato internado en la UCI tenga más de 28 días.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte trasversal.

### **Área de estudio**

La investigación se llevo a cabo en una IAMC de Montevideo, en una UCI neonatal.

### **Universo**

El universo de estudio lo conformaran las madres de los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de una institución privada de asistencia médica colectiva (IAMC), dentro del área metropolitana, del departamento de Montevideo.

### **Muestra y tipo de Muestreo**

La selección de la muestra se realizo mediante muestreo intencional por conveniencia, la cual esta conformada por 11 madres cuyos neonatos se encuentren en la UCIN de una IAMC en el periodo comprendido entre los meses de febrero y marzo del presente año.(Solicitud a Institución privada en anexo 3).

### **Criterios de inclusión de las participantes:**

- Madres usuarias de la IAMC.
- Usuarias con neonatos internados en la UCIN.
- Madres que den su consentimiento para participar en la investigación

### **Criterios de exclusión de las participantes:**

- Los neonatos internados en la UCIN sean por prestación de servicio.
- Que el paciente internado en la UCIN tenga más de 28 días.

**Instrumento:**

El procedimiento a realizar consta de una encuesta empleando dos instrumentos de medición. El primero es de elaboración propia, y está destinado a la recolección de datos de las variables sociodemográficas a fin de caracterizar al grupo de madres y a los neonatos hospitalizados en la UCIN. El mismo consta de una serie de preguntas de opciones múltiples y dicotómicas. (Ver anexo N° 1. cuestionarios). Requirió para su validación de la aplicación de una prueba piloto del cuestionario.

Y en segundo lugar, como instrumento de medición de los factores de riesgo de depresión se aplica la escala de Goldberg. El tipo de encuesta es personal y confidencial.

Para la recolección de datos y la aplicación de instrumentos de medición se obtuvo la autorización de nuestros tutores pertenecientes a la cátedra de salud mental, la licenciada en jefe de la unidad neonatal de la IAMC y de la dirección médica de la IAMC. Así como fue necesario también la obtención del consentimiento informado de las participantes.

Haremos referencia en cuanto a la descripción del cuestionario de depresión-ansiedad de Goldberg (EADG):

El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G, en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollada por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993).

Consta de 2 ESCALAS: una de ansiedad, y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si/No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

Se interroga al participante sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Se solicitará el consentimiento firmado a las usuarias a entrevistar, en donde se garantizará la confidencialidad de los datos y se le explicará que se evitará invadir la intimidad de los participantes, de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en cuanto a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.<sup>18</sup>. Ver anexo N° 2.

TOTAL	11	18
-------	----	----

#### Variables:

- Edad materna
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Estado civil
- Sexo del neonato
- Edad gestacional
- Peso del recién nacido
- Días de internación
- Sintomatología de depresión
- Sintomatología de ansiedad

<sup>18</sup> Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en sujetos humanos. 52ª Asamblea General de Edimburgo. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf> [citado:2014 Dic 15]

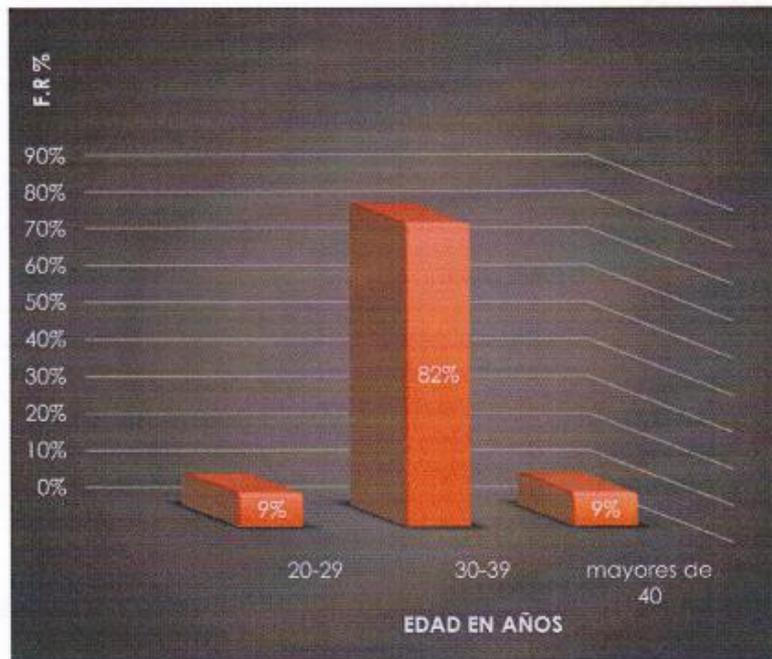
## PRESENTACION DE GRAFICOS Y TABLAS:

Tabla 1: "Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según edad, IAMC de Montevideo, febrero-marzo 2015."

EDAD (AÑOS)	FA	FR%
[20 – 29 )	1	9.0
[30 – 39 ]	9	82.0
[mayores de 40 ]	1	9.0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: cuestionario de caracterización

Grafica 1: "Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según edad, IAMC de Montevideo, febrero-marzo 2015."



\*9%de 20 a 29 años,82%de 30 a 39 años,9%mayores de 40años.

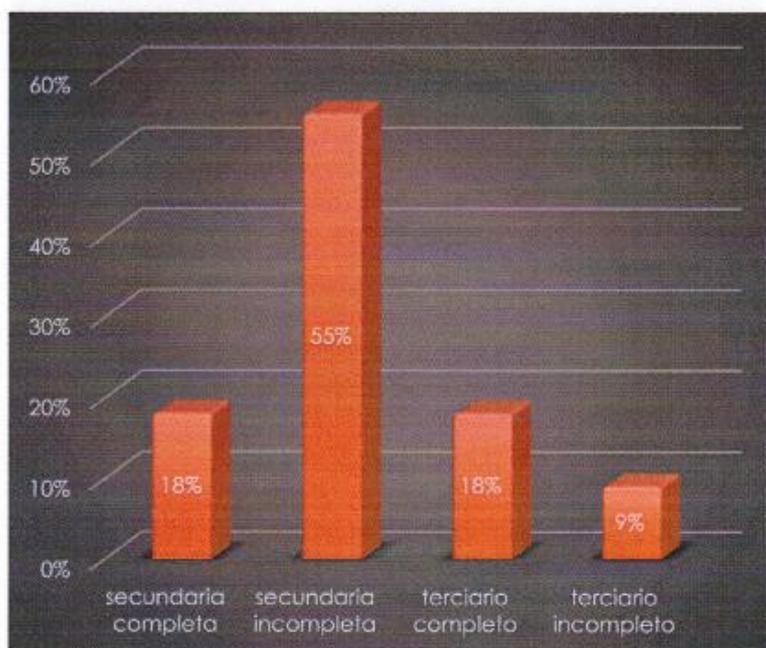
Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Tabla 2: “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según nivel de instrucción, en una IAMC de Montevideo, febrero-marzo 2015.”**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		FA	FR%
SECUNDARIA	COMP.	2	18.0
	INCOMP.	6	55.0
TERCIARIA	COMP.	2	18.0
	INCOMP.	1	9.0
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: cuestionario de caracterización

**Grafica 2: “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según nivel de instrucción, en una IAMC de Montevideo, febrero-marzo 2015.”**



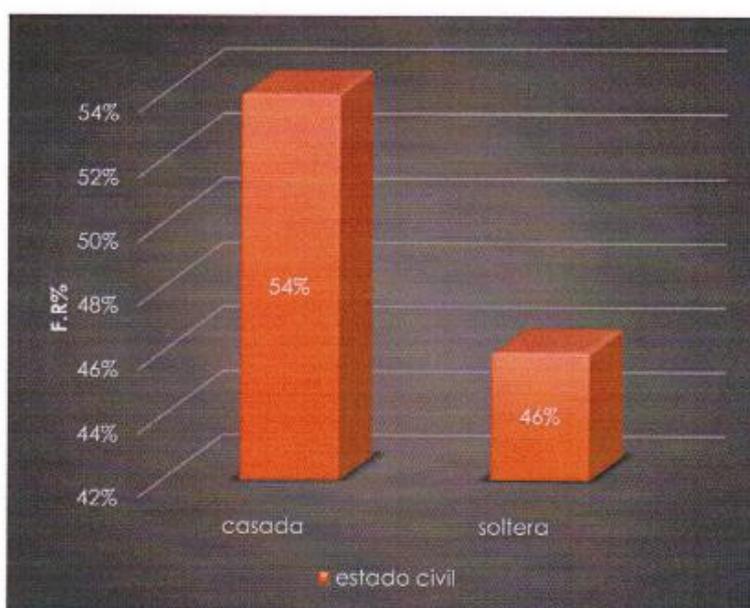
\*0%primaria completa,0%primaria incompleta,18%secundaria completa,55%secundaria incompleta,18%terciario completo,9%terciario incompleto

**Tabla 3 : “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según estado civil, de una IAMC de Montevideo, febrero-marzo 2015.”**

ESTADO CIVIL	FA	FR%
CASADA	6	54.0
SOLTERA	5	46.0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: cuestionario de caracterización

**Grafica 3: “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según estado civil, de una IAMC de Montevideo, febrero-marzo 2015.”**



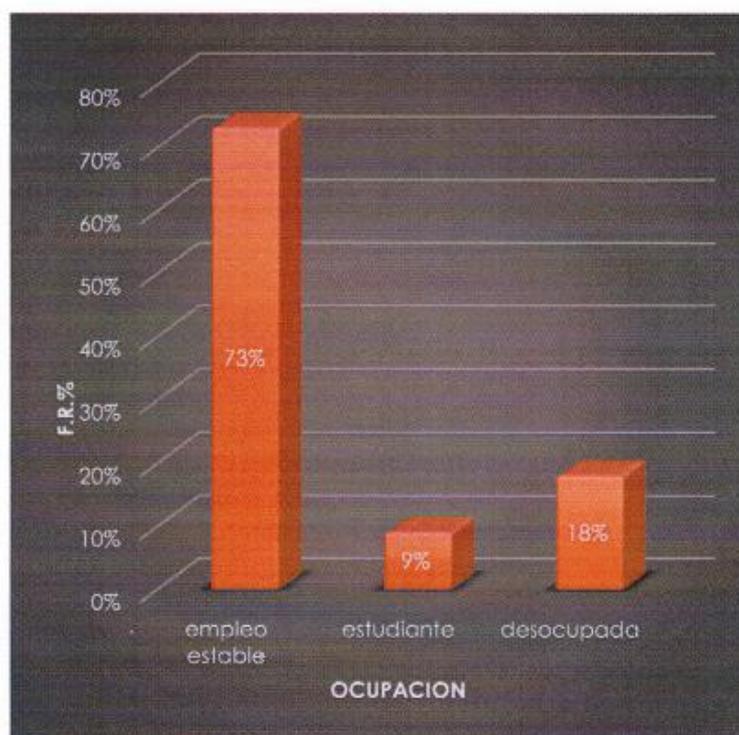
\*54%casada,46%soltera,

**Tabla4: “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según ocupación, de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**

OCUPACIÓN		FA	FR%
EMPLEO	ESTABLE	8	73.0
ESTUDIANTE		1	9.0
DESOCUPADA		2	18.0
<b>TOTAL</b>		11	100

Fuente: cuestionario de caracterización

**Grafica 4: “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según ocupación, de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**



\*73%empleo estable,9%estudiante,18%desocupada.

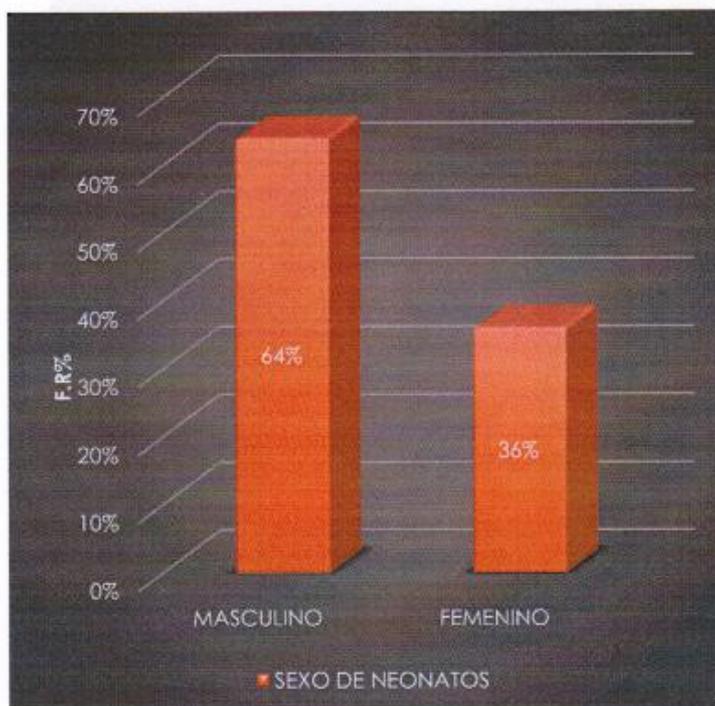
### CARACTERIZACION DEL NEONATO:

Tabla5: "Distribución de los neonatos internados en UCIN según sexo de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015."

SEXO	FA	FR%
MASCULINO	7	64.0
FEMENINO	14	36.0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de caracterización

Grafica5: "Distribución de los neonatos internados en UCIN según sexo de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015."



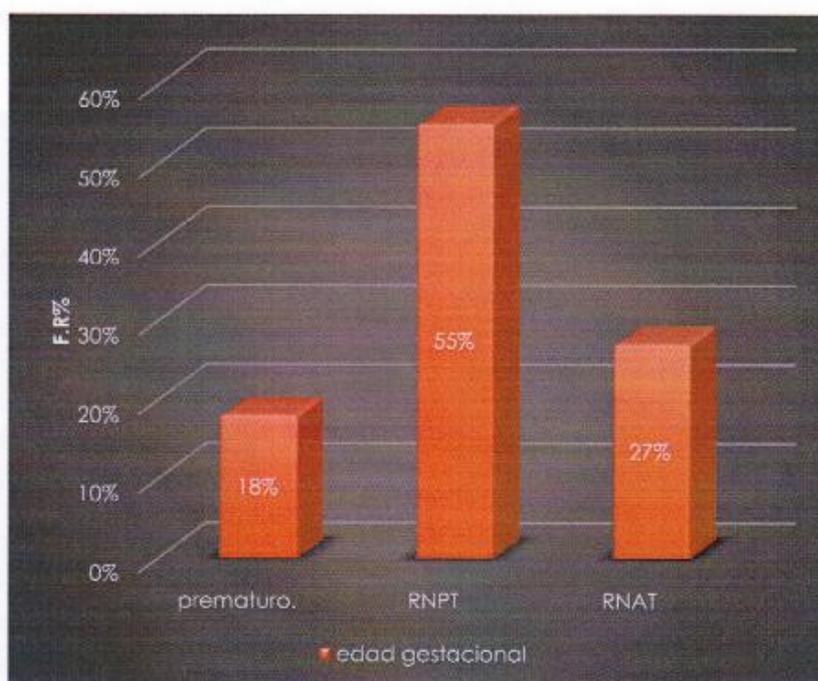
\*64%masculino,36%femenino.

**Tabla 6: “Distribución, de los neonatos internados en UCIN según edad gestacional de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**

↓ EDAD GESTACIONAL	↓ FA	↓ FR%
PREMATURO	2	18.0
RNPT	6	55.0
RNAT	3	27.0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: cuestionario de caracterización

**Grafica 6: “Distribución, de los neonatos internados en UCIN según edad gestacional de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**



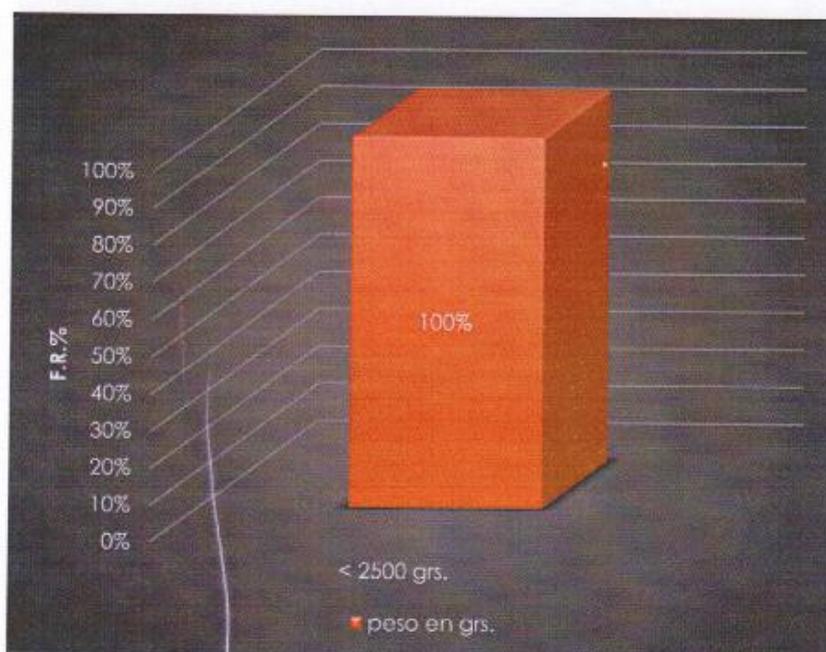
\*18%RN prematuro (entre las 28 y 32 semanas de gestación),55%RNPT(antes de las 37 semanas de gestación),27%RNAT (de 37 a 42 semanas de gestación).

**Tabla7: “Distribución de los neonatos internados en UCIN según peso, de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**

PESO (GRS.)	↓	FA	↓	FR%
>4000 grs.		0		0
3000-3500 grs.		0		0
< 2500 grs.		11		100
<1500 grs.		0		0
<1000 grs.		0		0
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>		<b>100</b>

Fuente: cuestionario de caracterización

**Gráfica 7: “Distribución de los neonatos internados en UCIN según peso, de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**



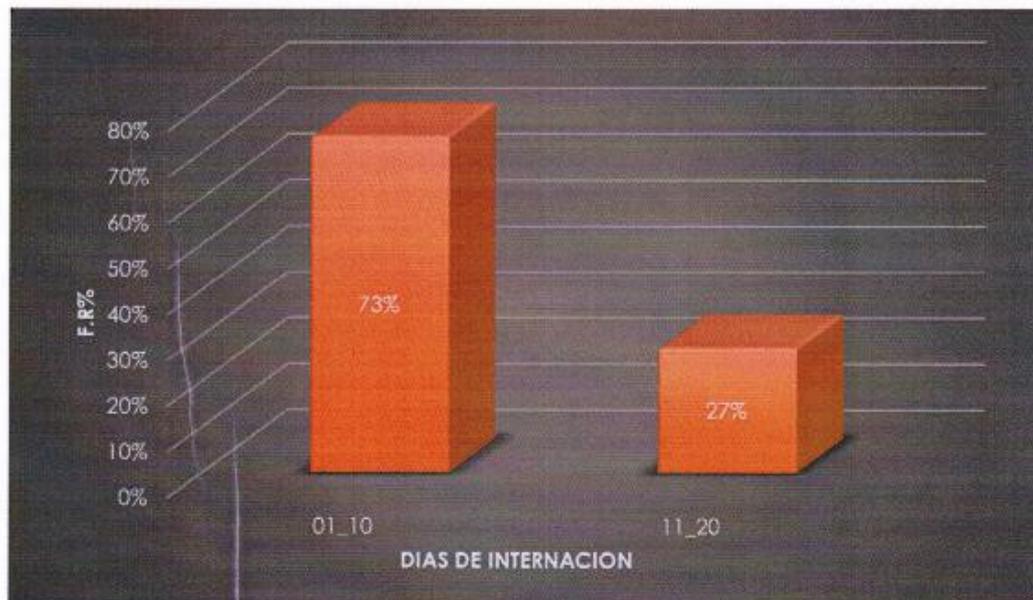
\*100%<2500grs.

**Tabla 8: "Distribución de los neonatos internados en UCIN según días de internación de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015."**

DÍAS DE INTERNACION	FA	FR%
01 - 10	8	73.0
11 - 20	3	27.0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: cuestionario de caracterización

**Grafica 8: " Distribución de los neonatos internados en UCIN según días de internación de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015."**



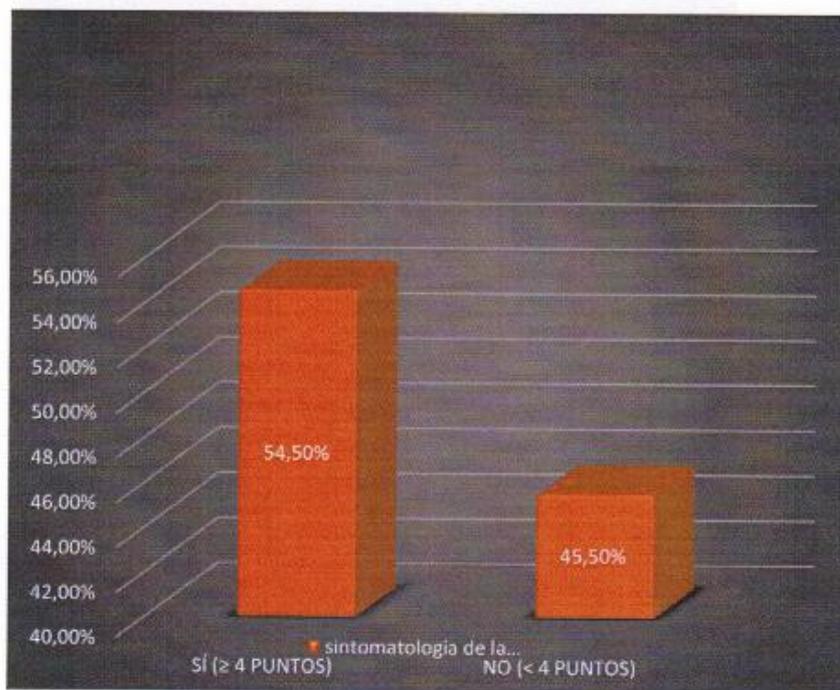
\*73% 01-10 días,27% 11-20 días

**Tabla 9: “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según sintomatología de ansiedad o depresión de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**

SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD PUNTAJE	FA	FR%	SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESION PUNTAJE	FA	FR%
SÍ (≥ 4 PUNTOS)	6	54.5	SÍ (≥ 2 PUNTOS)	10	91.0
NO (< 4 PUNTOS)	5	45.5	NO (< 2 PUNTOS)	1	9.0
TOTAL	11	100%		11	100%

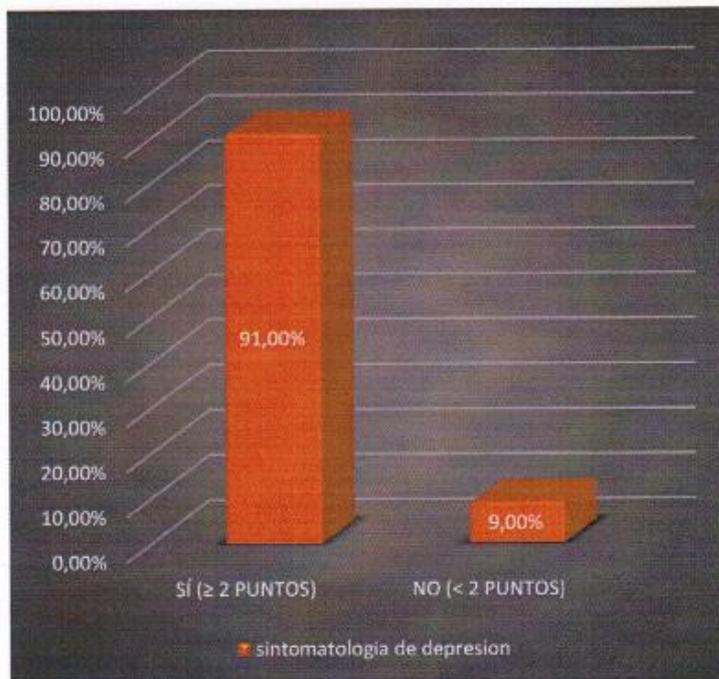
Fuente: Escala de Goldberg

**Grafico 9: “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según sintomatología de ansiedad de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**



\*54,50% si(≥ 4 PUNTOS),45,50%NO(<4 puntos).

**Grafico 9 : “Distribución de las madres con neonatos internados en UCIN según sintomatología de depresión de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**



\*91% si (≥ 2 PUNTOS),9%NO(<2 puntos).

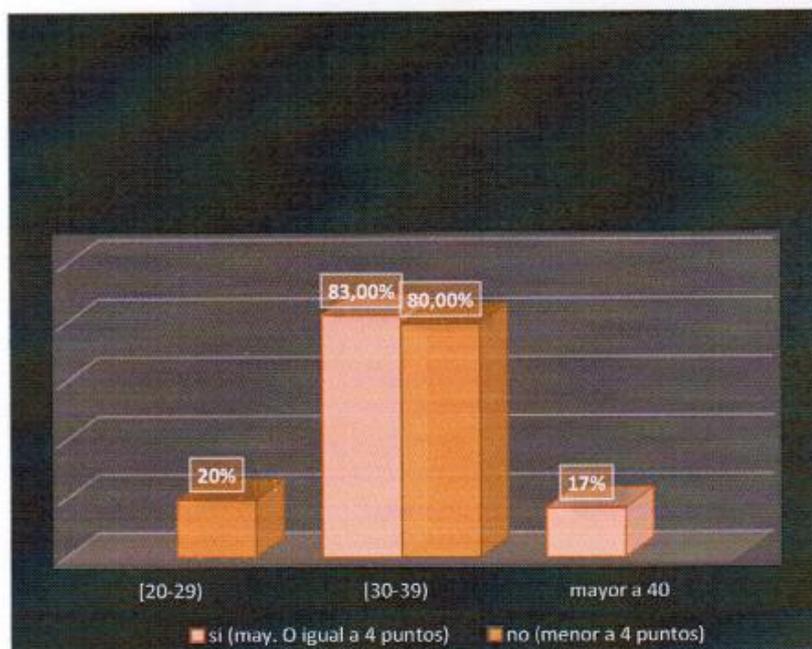
## ESCALA ANSIEDAD-DEPRESION DE GOLDBERG.

Tabla n°10: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con la edad, de las madres con neonatos internados en UCIN de IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

EDAD (AÑOS)	SI (MAYOR O IGUAL A 4 PUNTOS)		NO (MENOR A 4 PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
[20 – 29 )	0	0	1	20%
[30 – 39 ]	5	83.0%	4	80%
[mayores de 40 ]	1	17.0%	0	0
<b>TOTAL</b>	6	100%	5	100%

Fuente: Escala de Goldberg.

Grafico n°10: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con la edad, de las madres con neonatos internados en UCIN de IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

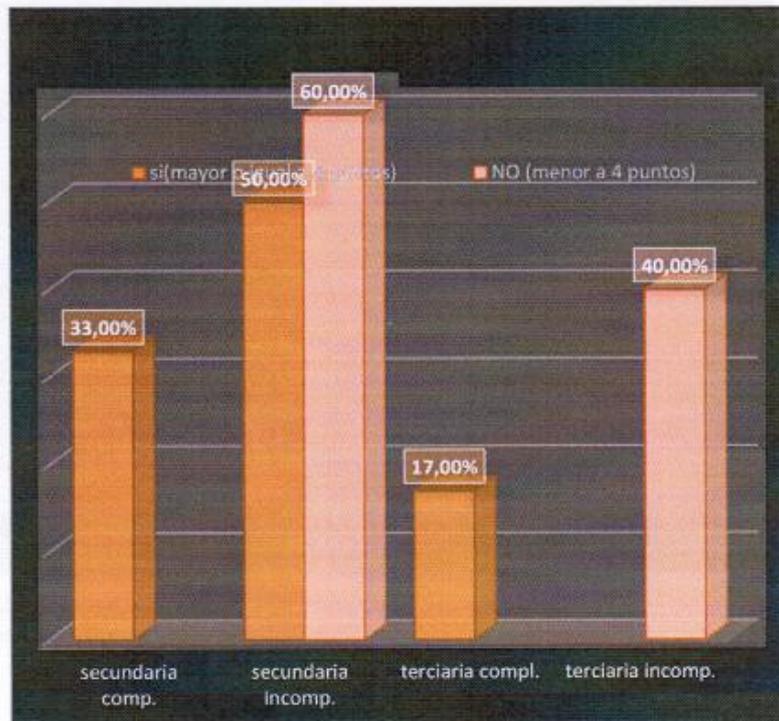


..83%de 30-39 años,17%>a 40 años,no(<a 4 puntos)0%14-19años,20%20-29 años,80%30-39 años

Tabla n°11: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con el nivel de instrucción, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD			
		SI (MAYOR O IGUAL A 4 PUNTOS) F.A      F.R%		NO(MENOR A 4 PUNTOS) F.A      F.R%	
SECUNDARIA	COMP.	2	33.0%	0	0
	INCOMP.	3	50%	3	60%
TERCIARIA	COMP.	1	17%	0	0
	INCOMP.	0	0	2	40%
TOTAL		6	100%	5	100%

Grafico n°11: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con el nivel de instrucción, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC entre febrero-marzo 2015”.

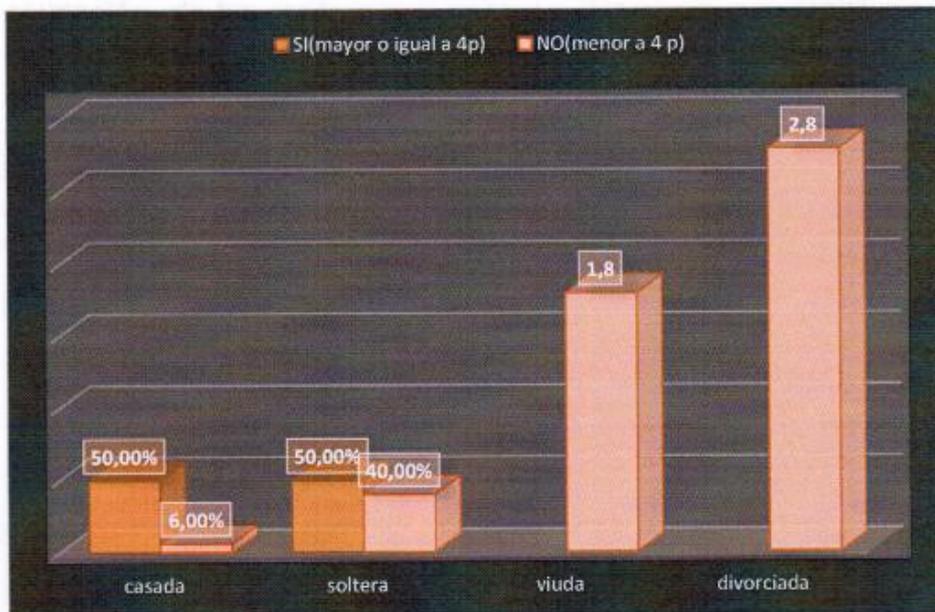


33%secundaria completa,50%secundaria incompleta,17%terciario completo, 0%terciario incompleto, 60%secundaria incompleta,0%terciario completo,40%terciario incompleto.

Tabla n°12: "Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con el estado civil, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".

ESTADO CIVIL	SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD			
	SI (MAYOR O IGUAL A 4 PUNTOS) F.R%	F.A	NO (MENOR A 4 PUNTOS) F.A	F.R%
CASADA	3	50%	3	60%
SOLTERA	3	50%	2	40%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>100%</b>

Grafico n°12: "Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con el estado civil, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".



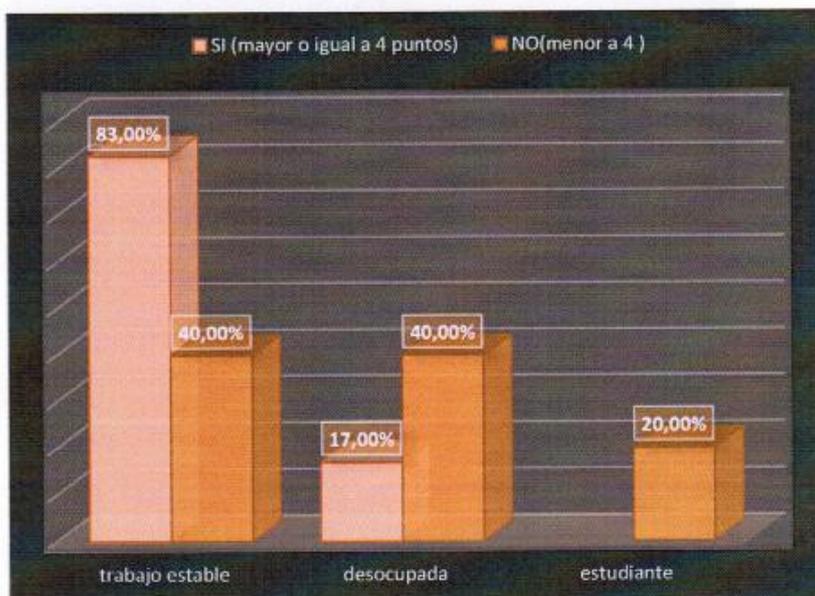
\*si(>=a 4 puntos)50%casada,50%soltera, ,NO(<menor a 4puntos),6%casada,40%soltera,1,8%viuda,2,8%divorciada

Tabla n°13: "Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con la ocupación, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".

OCUPACIÓN		SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD			
		SI (MAYOR O IGUAL A 4 PUNTOS) F.A                  F.R%		NO(MENOR A 4 PUNTOS) F.A                  F.R%	
EMPLEO	ESTABLE	5	83.0%	2	40.0%
	ESTUDIANTE	0	0	1	20.0%
	DESOCUPADA	1	17.0%	2	40.%
<b>TOTAL</b>		6	100%	5	100%

Fuente: Escala de Goldberg

Grafico n°13: "Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con la ocupación, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".



\*si(>=a 4 puntos)83%empleo estable,17%desocupada.NO(<a 4 puntos) 40%empleo20%estudiante,40%desocupada

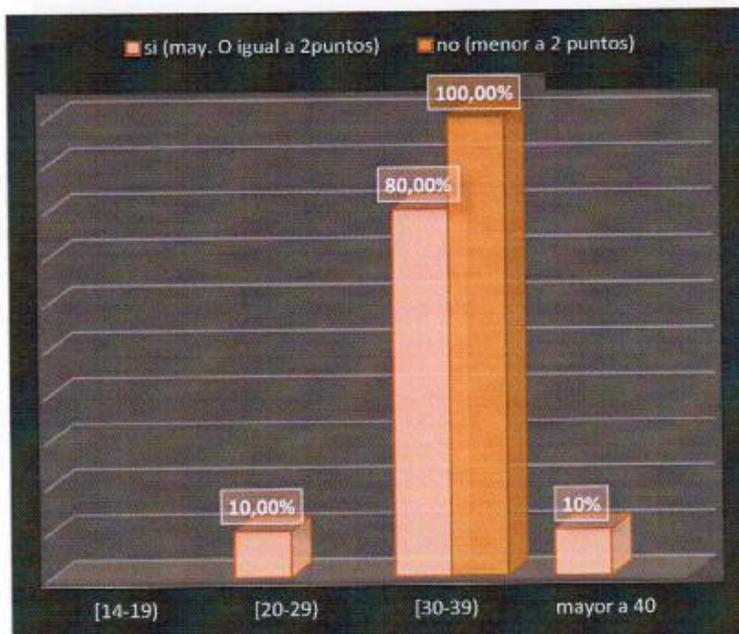
Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Tabla n°14: "Relación porcentual de sintomatología de depresión con la edad, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".

EDAD (AÑOS)	SI (MAYOR O IGUAL A 2 PUNTOS)		NO (MENOR A 2 PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
[20 – 29 )	1	10.0%	0	0
[30 – 39 ]	8	80.0%	1	100%
[mayores de 40 ]	1	10.0%	0	0
<b>TOTAL</b>	10	100%	1	100%

Fuente: Escala de Goldberg

Grafico n°14: "Relación porcentual de sintomatología de depresión con la edad, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".

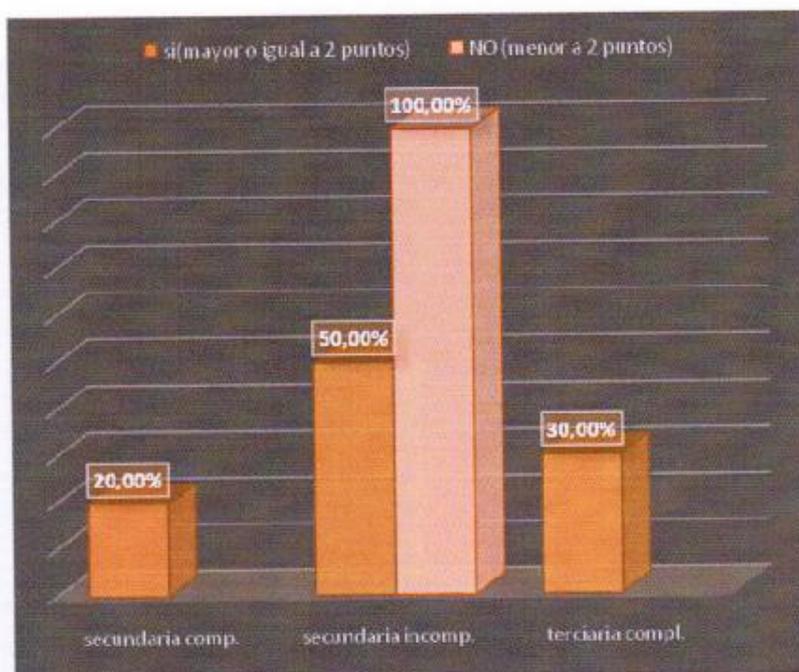


. \*sí(>=a 2 puntos),10%20-29años,80%de 30-39 años,10%>a 40 años,no(<a 2 puntos)0%14-19años, ,100%30-39 años

Tabla n°15: “Relación porcentual de sintomatología de depresión con nivel de instrucción de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION			
		SI (MAYOR O IGUAL A 2 PUNTOS)		NO (MENOR A 2 PUNTOS)	
		F.A	F.R%	F.A	F.R%
SECUNDARIA	COMP.	2	20%	0	0
	INCOMP.	5	50 %	1	100%
TERCIARIA	COMP.	3	30%	0	0
TOTAL		10	100%	1	100%

Grafico n°15: “Relación porcentual de sintomatología de depresión con nivel de instrucción de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo de 2015”.



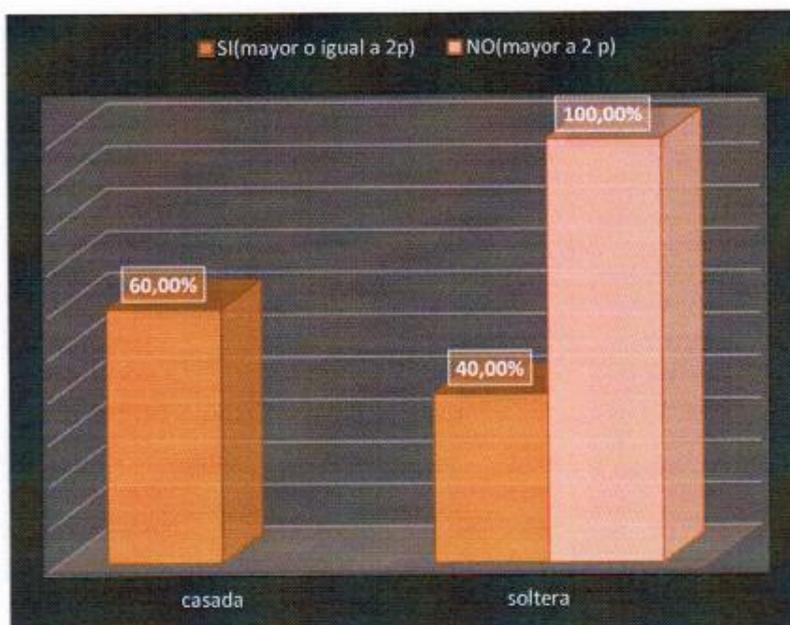
\*si(>=a 2 puntos,20%secundaria completa,50%secundaria incompleta,30%terciario completo,NO(>a 2 puntos) 100%secundaria incompleta

Tabla n°16: "Relación porcentual de sintomatología de depresión con el estado civil, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".

ESTADO CIVIL	SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION			
	SI (MAYOR O IGUAL A 2 PUNTOS)		NO(MENOR A 2 PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
CASADA	6	60%	0	0%
SOLTERA	4	40%	1	100%
<b>TOTAL</b>	10	100%	1	100%

Fuente: Escala de Goldberg.

Grafico n°16: "Relación porcentual de sintomatología de depresión con el estado civil, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".



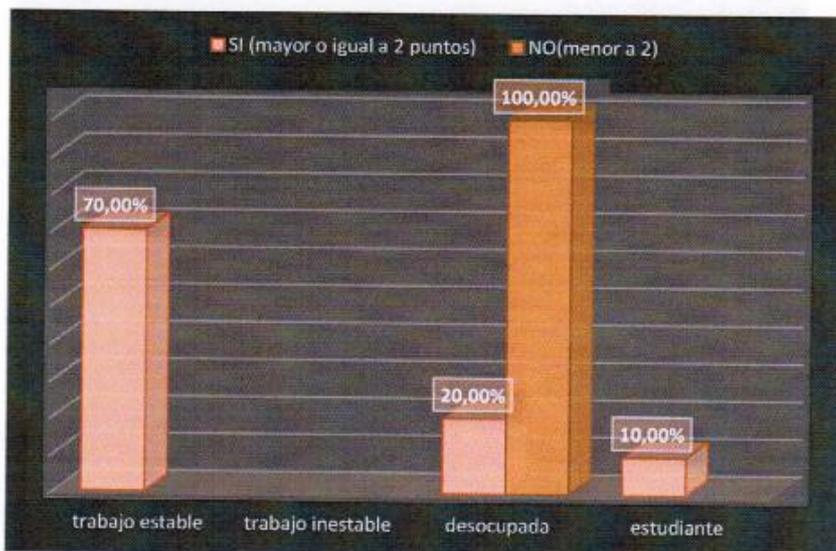
\*si(>= a 2 puntos)60%casada,NO(<menor a 2 puntos),0%casada,100%soltera.

Tabla n°17:“Relación porcentual de sintomatología de depresión con la ocupación, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

		SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION			
OCUPACIÓN		SI (MAYOR O IGUAL A 2 PUNTOS) F.A      F.R%		NO(MENOR A 2 PUNTOS) F.A      F.R%	
EMPLEO	ESTABLE	7	70.0%	0	0%
ESTUDIANTE		1	10.0%	0	0%
DESOCUPADA		2	20.0%	1	100.0%
<b>TOTAL</b>		10	100%	1	100%

Funte:Escala de Goldberg.

Grafico n°17:“Relación porcentual de sintomatología de depresión con la ocupación, de las madres con neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

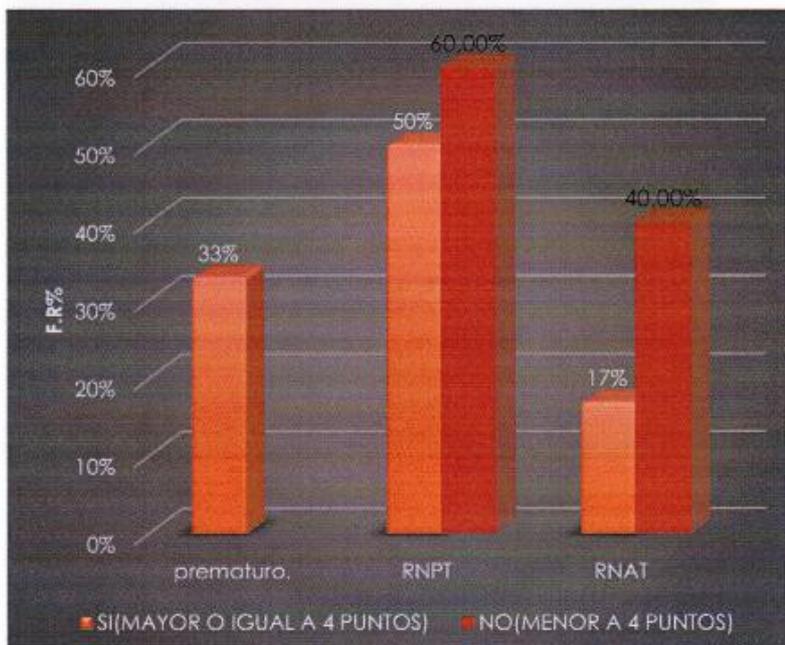


\*SI(>= A 2 PUNTOS) 70% % desocupada,10% estudiante.NO(<a 2 puntos) 0% 100% desocupada,0% estudiante

**Tabla 18 : “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con la edad gestacional de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, febrero-marzo 2015”.**

EDAD GESTACIONAL	SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD			
	SI (MAYOR O IGUAL A 4 PUNTOS)		NO(MENOR A 4 PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
PREMATURO	2	33.0%	0	0
RNPT	3	50.0%	3	60%
RNAT	1	17.0%	2	40%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Grafica 18: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con la edad gestacional de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015.”**



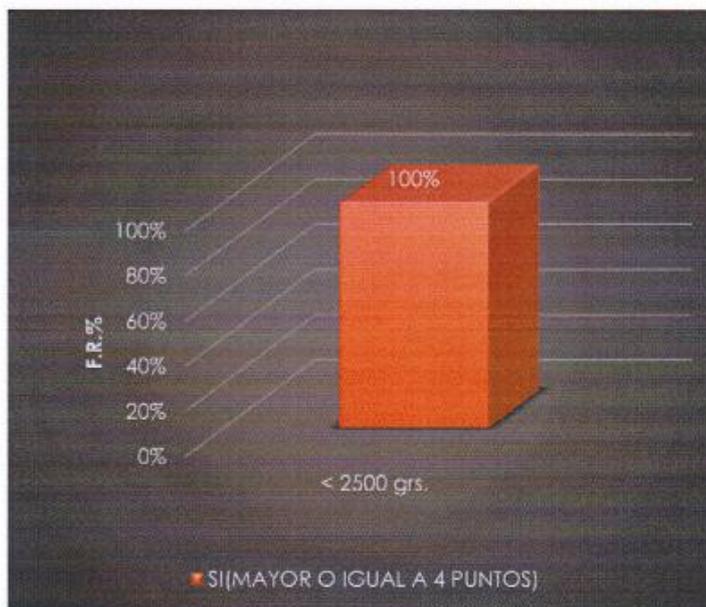
\*SI(>=A 4 PUNTOS) 33% RN prematuro (entre las 28 y 32 semanas de gestación),50% RNPT(antes de las 37 semanas de gestación),17% RNAT (de 37 a 42 semanas de gestación) No(<a 4 puntos) 60% RNPT(antes de las 37 semanas de gestación),40% RNAT (de 37 a 42 semanas de gestación)

**Tabla19: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con el peso de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.**

PESO (GRS.)	SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD			
	SI (MAYOR O IGUAL A 4 PUNTOS) F.A F.R%		NO(MENOR A 4 PUNTOS) F.A F.R%	
< 2500 grs.	6	100%	5	100%
<b>TOTAL</b>	6	100%	5	100%

Fuente: Escala de Goldberg.

**Gráfica 19: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con el peso de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.**



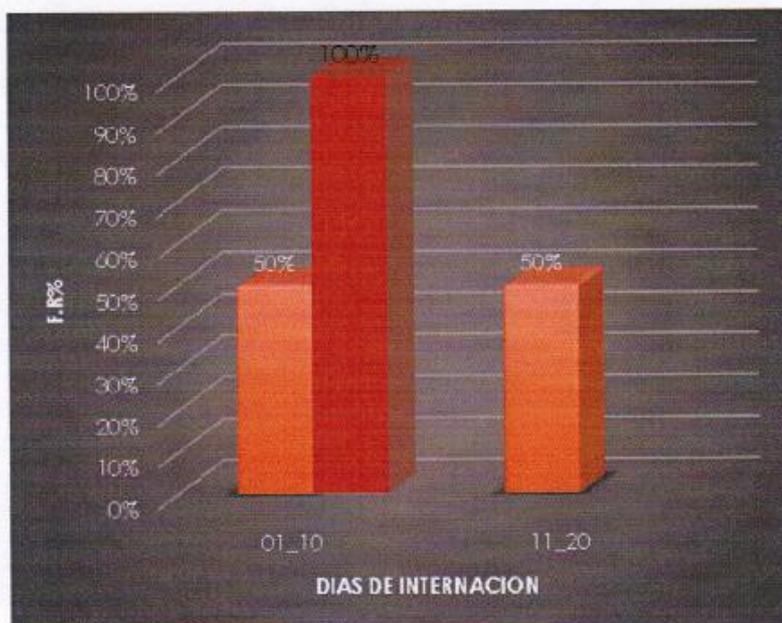
100%<2500%,.

Tabla n°20: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con los días internación de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

DÍAS DE INTERNACION	SI (MAYOR O IGUAL A 4 PUNTOS)		NO(MENOR A 4 PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
01 – 10	3	50.0%	5	100%
11 – 20	3	50.0%	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de Goldberg.

Grafica 20: “Relación porcentual de sintomatología de ansiedad con los días de internación de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015”.

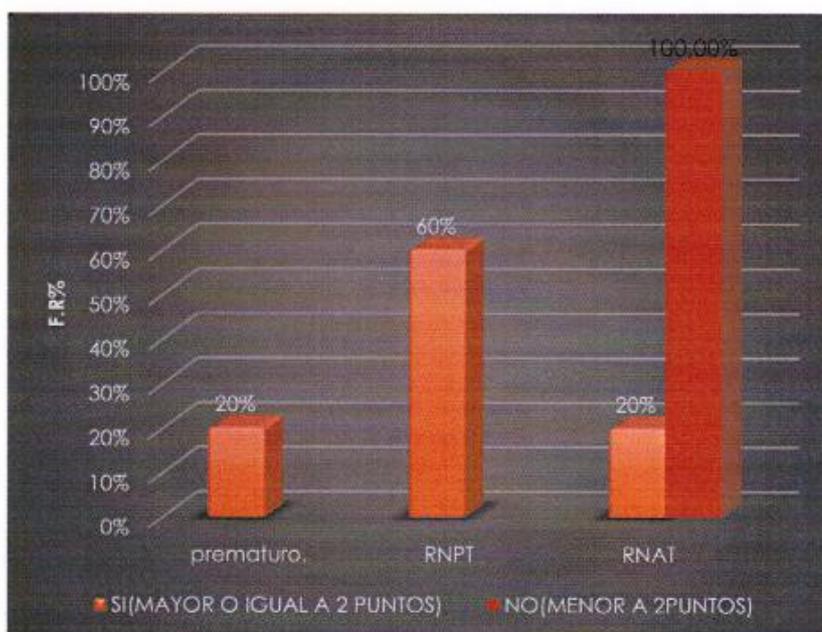


\*si(>=a 4 puntos)50% 01-10 dias,50%11-20 dias,,NO(<a 4 puntos) 100% 01-10 dias,0%11-20 dias,

**Tabla 21 : “Relación porcentual de sintomatología de depresión con la edad gestacional de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo,entre febrero-marzo 2015”.**

EDAD GESTACIONAL	SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION			
	SI (MAYOR O IGUAL A 2 PUNTOS)		NO(MENOR A 2PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
PREMATURO	2	20.0%	0	0
RNPT	6	60.0%	0	0
RNAT	2	20.0%	1	100%
<b>TOTAL</b>	10	100%	1	100%

**Grafica 21: “Relación porcentual de sintomatología de depresión con la edad gestacional de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, en el periodo comprendido entre febrero-marzo 2015”.**



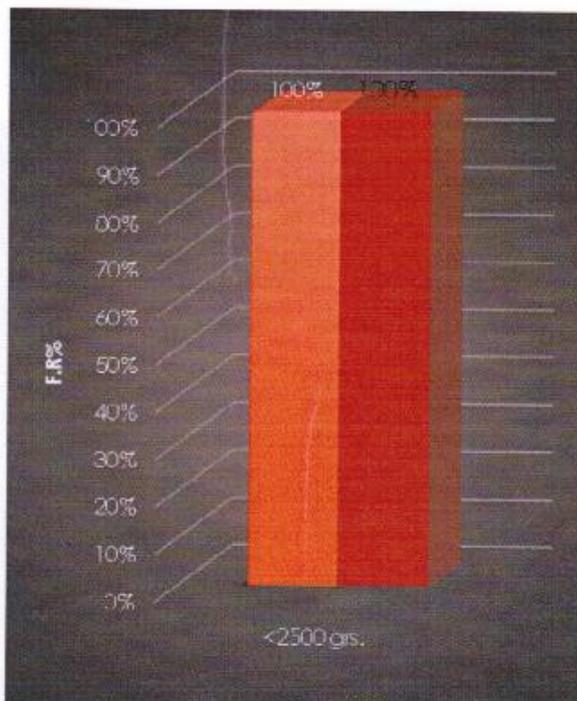
.\*si(>=a 2 puntos)20% RN premature (entre las 28 y 32 semanas de gestación),60% RNPT(antes de las 37 semanas de gestación),20% RNAT (de 37 a 42 semanas de gestación), No(<a 2 puntos)100% RNAT (de 37 a 42 semanas de gestación)

Tabla:22"Relación porcentual de sintomatología de depresión con el peso de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".

PESO (GRS.)	SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION			
	SI (MAYOR O IGUAL A 2 PUNTOS)		NO (MENOR A 2 PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
< 2500 grs.	10	100%	1	100%
<b>TOTAL</b>	10	100%	1	100%

Fuente: Escala de Goldberg.

Gráfica 22:"Relación porcentual de sintomatología de depresión con el peso de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015".

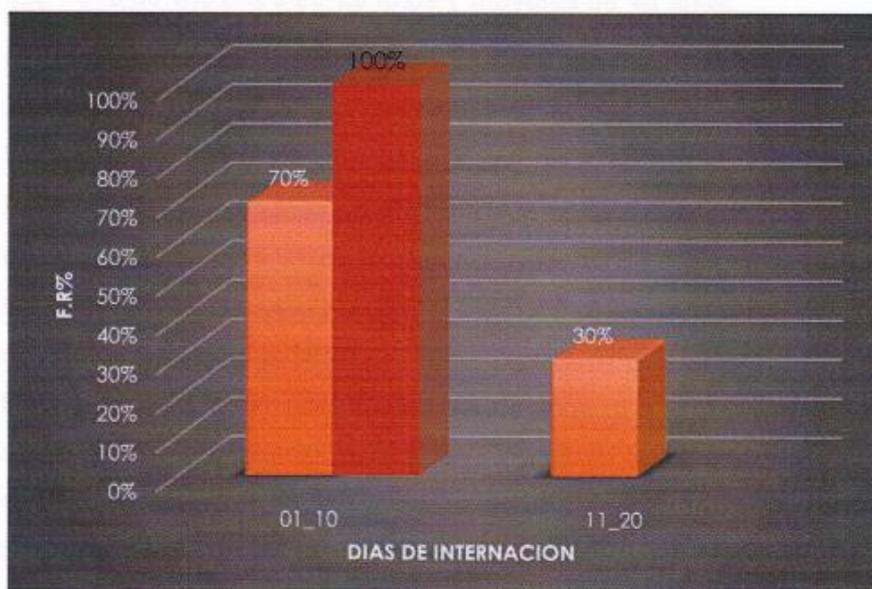


\*si(>=a 2 puntos)100%<2500%,.NO(<a 2 puntos)100%<2500%,

**Tabla 23: "Relación porcentual de sintomatología de depresión con los días de internación de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, en el periodo comprendido entre febrero-marzo 2015".**

DÍAS DE INTERNACION	SI (MAYOR O IGUAL A 2PUNTOS)		NO(MENOR A 2PUNTOS)	
	F.A	F.R%	F.A	F.R%
01 – 10	7	70.0%	1	100%
11 – 20	3	30.0%	0	0
<b>TOTAL</b>	10	100%	1	100%

**Grafica 23: "Relación porcentual de sintomatología de depresión con los días de internación de los neonatos internados en UCIN de una IAMC de Montevideo, entre febrero-marzo 2015"**



\*si(>=a 2 puntos)70%01-10 días,30%11-20 díasNO(< a 2 puntos)100%01-10 días

## ANALISIS:

Nuestra muestra estuvo conformada por 11 madres, debido a la cantidad de camas que presenta la unidad de cuidados intensivos donde fue realizada la investigación pertinente, pudiéndose cumplir con los objetivos planteados pese a lo mencionado anteriormente.

A dichas madres se les aplicaron los siguientes instrumentos con el fin de relacionar variables y de esta forma obtener una base de datos que nos permitan analizar y verificar de forma certera conclusiones precisas de nuestra investigación.

Los instrumentos utilizados fueron la entrevista y escala de Goldberg, los mismos se aplicaron a todas las madres cuyos neonatos se encontraron ingresados en la UCIN de una Institución privada de la ciudad de Montevideo, que aceptaron realizar el cuestionario de forma voluntaria y anónima, durante un periodo de 30 días (19 de Febrero al 19 de Marzo del presente año).

Los datos que resultaron del relevamiento, fueron presentados mediante tablas y gráficas, de las cuales se obtuvieron las frecuencias relativas, y relativa porcentual, para su análisis y discusión de los mismos. En cuanto a la caracterización los resultados obtenidos fueron:

La capacidad de uso fue del 50 % de camas ocupadas dando internación a un total de 11 neonatos, la prevalencia de edad de las madres es de 82% entre 30-39 años seguidos de 9% entre 20-29 años y mayores de 40 años.

En cuanto al nivel de instrucción el 55% tiene secundaria incompleta y 18% tiene secundaria completa y terciaria completa.

Encontramos que el estado civil que prevalece es casada con 54% y soltera 46%.

Respecto a la ocupación se destaca que el 73% tiene empleo estable mientras que el 18% se encuentra desocupada.

En cuanto a la caracterización del neonato se destaca que el sexo masculino es de un 64% y femenino el 36%.

Respecto a la edad gestacional se destaca que el 55% RNPT (antes de las 37 semanas de gestación), 27% RNAT (entre 37 y 42 semanas de gestación) 18% corresponde a prematuros (antes de las 28 semanas de gestación).

Según el peso la totalidad de los neonatos es decir el 100% presentaron un peso < a 2500 grs. Dentro de los días de internación concluimos que el 73% de los neonatos se encuentran hospitalizados entre 1- 10 días, y el 27% entre 11-20 días.

La subescala de ansiedad, detecta el 54.5% de los casos de ansiedad de madres con neonatos internados en la UCIN y de depresión el 91% con los puntos de corte que se indican.

Al analizar la relación que existe entre la escala de ansiedad y depresión de Goldberg con las variables de caracterización utilizadas en esta investigación surgieron los siguientes datos; que presentan sintomatología de ansiedad el 83% de las madres con edades entre 30 y 39 años; y sintomatología de depresión el 80% de las madres en la misma franja etaria.

El 50% de estas madres presentan sintomatología de ansiedad y depresión teniendo un nivel de instrucción de secundaria incompleta, para quienes tenía secundaria completa la sintomatología de ansiedad fue del 33% y de depresión 20%.

Presentan sintomatología de depresión el 30% de madres que tienen un nivel de instrucción correspondiente a terciaria completa.

En cuanto al estado civil presentan sintomatología de ansiedad el 50% de las madres casadas y solteras, mientras que sintomatología de depresión el 60% están casadas y el 40% soltera.

Con respecto a la ocupación presentan sintomatología de ansiedad las que poseen trabajo estable con un 83% y las desocupadas con un 40%; y depresión el 70% de las madres con trabajo estable y el 20 % que se encuentra desocupada, más un 10% para estudiantes.

Para el análisis de sintomatología de ansiedad y depresión con las variables de caracterización estudiadas en el neonato concluimos lo siguiente:

Se encuentra relacionada la ansiedad con la edad gestacional con un 50% en RNPT (antes de las 37 semanas de gestación) seguido de un 33% de prematuros (antes de las 28 semanas) y depresión con un 60% en RNPT (antes de las 37semanas), seguido de Prematuros (antes de las 28 semanas) y RNAT (entre las 37 y 42 semanas) con un 20%.

Con respecto al peso la ansiedad y depresión comparten el mismo porcentaje un 100% de las madres de neonatos con un peso inferior a los 2500grs.

Los días de internación se ven relacionados también donde para quienes presentaron síntomas de ansiedad representan un 50% para madres de neonatos que están internados ente 1- 10 días y 11-20 días. Mientras que para la depresión un 70% para los que se encuentran internados de 1-10 días y un 30% de 11-20 días.

## CONCLUSIONES

Luego de analizados los datos obtenidos en esta investigación planteamos las siguientes conclusiones;

- El perfil sociodemográfico de las madres con RN hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales corresponde a madres en un rango de edad de 30 a 39 años cuyo nivel de instrucción corresponde a secundaria incompleta, casadas, con trabajo estable cuyo hijo se encuentra hospitalizado en UCIN con una edad gestacional menor a 37 semanas (RNPT), un peso inferior a los 2500 grs., con un promedio de 1 a 10 días de internación.
- De los datos obtenidos concluimos que el peso y la edad gestacional del RN son los factores de riesgo de depresión que se destacan siendo estas las variables que más condicionaron el estado emocional de la madre al momento de ser entrevistadas, junto a otros factores estresores como ser por ejemplo la ventilación mecánica, los ruidos de las alarmas de monitores entre otros.
- Consideramos importante esta investigación para poder utilizar los conocimientos adquiridos de la mejor forma y así crear estrategias de intervención acorde a los requerimientos y necesidades manifestadas por las madres entrevistadas.
- Cabe destacar que la utilización de la escala de ansiedad – depresión de Goldberg nos permitió reconocer la situación actual en este medio, ya que las variables estudiadas en madres y neonatos influyen en que las mismas desarrollen o no sintomatología de depresión dependiendo de los factores de riesgo que cada madre presente.
- Se comprende el alto nivel emocional que esta situación implica para la familia, la madre, y también para su hijo quien aún no puede expresar su pesar por esta vivencia, pero las huellas de esta los acompañan toda la vida, más aún si no logramos tender puentes que ayuden a los padres a sobreponerse al momento, vislumbrando un objetivo común y mucho más fuerte que todos los sentimientos que acompañan este momento en particular de la vida, lo que influye en la formación de un nuevo individuo para quien será indispensable sentirse amado y deseado desde el primer día para ser fuerte, saludable, socialmente adaptable y con una autoestima que le permita desarrollarse plenamente.

- La experiencia resulto enriquecedora para nuestro desarrollo como profesionales, para el servicio en el cual se realizó la investigación por los aportes hechos y para las futuras madres brindando un espacio de escucha.
- Nos parece primordial destacar la importancia que tiene el equipo de salud durante este proceso. en el cual la enfermera toma un rol fundamental siendo el nexo entre la madre y el neonato, por lo que deben estar ampliamente capacitados para formar parte de dicho equipo, conociendo las herramientas necesarias para detectar los signos y síntomas de alarma previendo de esta forma situaciones más agravantes que aumentan el riesgo del neonato y su madre.
- El nacimiento representa el principio de todo, es el milagro del presente y la esperanza del futuro, Luego del mismo la madre y el neonato son todavía una unidad psicológica y existe una estrecha relación entre ellos. Como enfermeros es importante fomentar el vínculo madre- hijo, ayudar a la madre a que sienta la certeza de que su cariño es biológicamente necesario para el desarrollo del recién nacido, así como un mayor equilibrio emocional para ella.

## RECOMENDACIONES

### BIBLIOGRAFÍA

- Educar al personal de salud en cuanto a signos de alarma de Depresión materna ( llanto prolongado, tristeza, ansiedad, ira, agotamiento)
- Fomentar la no utilización de frases recurrentes como: " no llore madre", " ya se va a mejorar",
- Capacitación y relevamiento del personal de Enfermería de UCIN, para brindar una atención que brinde técnicas de apoyo y calidad a las usuarias (tolerancia, comprensión, conocimiento).
- Apoyo emocional a madres, padres, con el fin de ayudarlos a recuperar su bienestar físico y mental para afrontar y aceptar su situación familiar actual.
- Desarrollar programas de intervención educativas a madres y padres.
- Fomentar el vínculo madre-neonato.
- Promover futuras investigaciones sobre la prevalencia de factores de riesgo de Depresión en madres y padres cuyos hijos neonatos se encuentran hospitalizados en UCIN.

Arredondo H.R., Becerra O. F., Fuenzalida M. E., Miranda M. P. Rehabilitación de la madre y el niño en el síndrome del niño prematuro. *Archivos de Pediatría y Adolescencia* [Internet]. 2007; 161(1):25-34. Disponible en: <http://www.scielo.org/psicologia/articulo/articulo-030607-011>

• Viora S. M. La incidencia de Malnutrición de Niños Neonatales. *Revista Médica* [Internet]. 2003 ; 74(2):147-205. Disponible en:

<http://www.scielo.org/psicologia/articulo/articulo-030607-011>

• Instituto Nacional de Estadística. *Reportaje en Salud*. Disponible en: <http://www.inec.gov.co/indicadores/indicadores-030607-011>

• Fundación Avance. *Avance*. Bogotá, Colombia. 2014. Disponible en: <http://www.fundacionavance.org.co/>

## BIBLIOGRAFIA

### Referencias bibliograficas:

- Baabel Z, Contreras B.A., García I. J., Guerra V. M., Rivera S. A., Urdaneta M. J. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2011; 76(2): 102-112. Disponible en: <http://www.scielo.cl/odf/rchoq/v76n2/art07.pdf> [citado: 2014 Nov 06]
- Balzano S., Oiberman A. J., Paolini C. I. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2012; 12(1):65-73. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100007) [citado: 2014 Nov 06]
- Antilef H R., Barrera Q. F., Escobar M. S., Moraga M F. Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. Rev chi pediatri [Internet] 2007; 78(1):85-94. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000100012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100012) [citado 2014 Nov 06]
- Vieira G. M. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Rev chil pediatri [Internet] 2003 ; 74(2):197-205.Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S) [citado 2014 Nov 06]
- Instituto Nacional de Estadística. Disponible en : <http://www.ine.cub.uv/socio-demograficos/vitales2006.asp> [Citado 2014 Mar 23]
- Fundación Álvarez Caldeyro Barcia. Disponible en : <http://www.facb.org.uy/prematurez.html> [citado 2014 Mar 23]

### Bibliografía Consultada

- Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, Chile. [Internet] MINSAL, 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> [citado 2014 Nov 15]
- Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].2012; 38(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0136-600X2012000400016&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0136-600X2012000400016&script=sci_arttext) [citado 2014 Nov 18]
- Amato R., Chávez J.G., Diaz M., Ramirez M., Rangel S., Rivera L. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus [Internet]. 2013; 17(2):32-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382013000200006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006) [citado 2014 Nov 18]
- J. López, P. Pichot, M. Valdés. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1995 MASSON, S.A. Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 Barcelona (España) Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf> [citado 2014 May 15]
- OMS Organización Mundial de la Salud Centro de prensa. Nota n°3 La Depresión Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es> [citado 2014 Jun 26]
- Fundación Cazabajones. La Epidemia de Depresión en el Uruguay. Disponible en: <http://www.fundacioncazabajones.org> [citado 2014 May 15]
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en sujetos humanos. 52ª Asamblea General de Edimburgo. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf> [citado:2014 Dic 15]

### **Bibliografía Consultada:**

- Cristo M.; Vélez S.; Mercier; Pascale; Tessier R. El Bonding: un debate a terminar. Revista de Pediatría. Disponible en: [http://elimpactodenacer.pancee.org/las\\_necesidades1.htm](http://elimpactodenacer.pancee.org/las_necesidades1.htm) [Citado 2014 Nov18]
- Dolto Catherine. Haptonomía pre y post natal, por una ética de la seguridad efectiva. Editorial creavida. Buenos Aires. 2005
- Fernández Cuadra G., Moraes Castro M., Malbares G., Pérez N., Prego Maberino F. Trabajo grupal con padres de niños internados en un CTI neonatal y pediátrico. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2004 75(1): 68-71. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ado/v75n1/v75n1a09.pdf> [citado 2014 Nov 18]
- Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet] 2013;27(3):185-193. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext) [citado: 2014 Nov 18]
- Lipkin G. B; Cohen R.C. Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales. 2da. de España: Doyma;1989.
- Sampieri R. Metodología de la investigación. 5ta. de Mexico D.F: Mc. Graw-Hill/Interamericana editores; 2010.
- Tamez R. N; Silva M<sup>o</sup> J. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 3<sup>a</sup>. de Bs. As. Argentina: Médica panamericana; 2008.

# ANEXOS

## ESCALA DE ANEXOS

1. Se la escala es correcta, ¿es...?
2. ¿La escala es adecuada para...?
3. ¿La escala es...?
4. ¿La escala es...?
5. ¿La escala es...?
6. ¿La escala es...?
7. ¿La escala es...?
8. ¿La escala es...?
9. ¿La escala es...?

## TITULO

## ESCALA DE ANEXOS

1. ¿La escala es...?
2. ¿La escala es...?
3. ¿La escala es...?
4. ¿La escala es...?
5. ¿La escala es...?
6. ¿La escala es...?
7. ¿La escala es...?
8. ¿La escala es...?
9. ¿La escala es...?

## TITULO

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Anexo I

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

ESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? .....
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? .....
3. ¿Se ha sentido muy irritable? .....
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? .....
- (si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? .....
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o maca? .....
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?  
(síntomas autonómicos) .....
8. ¿Ha estado preocupado por su salud? .....
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? .....

TOTAL ANSIEDAD .....

ESCALA DE DEPRESION

1. ¿Se ha sentido con poca energía? .....
2. ¿Ha perdido Vd. Su interés por las cosas? .....
3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo? .....
4. ¿Se ha sentido Vd. Desesperanzado, sin esperanzas? .....
- (si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? .....
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) .....
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? .....
8. ¿Se ha sentido Vd. enkntecido? .....
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? .....

TOTAL DEPRESIÓN .....

Interpretación: 1 punto por cada respuesta afirmativa.

- Probable trastorno de ansiedad por encima de 4 respuestas afirmativas en la Escala de Ansiedad.
- Probable trastorno depresivo por encima de 2 respuestas afirmativas en la Escala de Depresión.



## Instrumento de caracterización de la población



<b>1) Edad de la madre</b>	<input type="checkbox"/> 14 a 19 años, <input type="checkbox"/> 20 a 29 años <input type="checkbox"/> 30-39 años <input type="checkbox"/> Mayor de años
<b>2) Nivel de instrucción</b>	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Terciaria
<b>3) Ocupación de la madre</b>	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleo estable <input type="checkbox"/> Empleo inestable <input type="checkbox"/> Desocupado
<b>4) Estado civil materno</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado
<b>5) Sexo del neonato</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino.
<b>6) edad gestacional al nacimiento</b>	<input type="checkbox"/> Recién nacido prematuro extremo: antes de la semana 28 de gestación <input type="checkbox"/> Recién nacido prematuro: entre la 28 y 32 semanas de gestación. Recién nacido pre término (RNPT): antes de 37 semanas de gestación.



## **ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL**

### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted ha sido invitado por un grupo de estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería para participar en un estudio de investigación, para lo cual se requiere su autorización. Antes de que usted decida participar en el estudio le solicitamos lea este formulario cuidadosamente y consulte todas las dudas.

El estudio tiene como propósito conocer Identificar los factores de riesgo de depresión en las madres de los neonatos internados en cuidados intensivos neonatales en una Institución de asistencia médica colectiva (IAMC), en Montevideo.

En caso que decida participar queremos señalar que la información obtenida sobre usted se utilizará con fines meramente académicos, siendo divulgada la información como parte de este estudio. Se le solicitará que responda una serie de preguntas breves, de forma anónima, en un tiempo de 5 a 10 minutos aprox. Usted no presentará ningún riesgo o incomodidades pertinentes al estudio, pudiendo retirarse en cualquier momento, siendo que la autorización para el acceso a toda información protegida de salud para propósitos de investigación es exclusivamente voluntaria. La información que usted brinde será mantenida tan confidencial como sea posible bajo el Decreto N° 379/2008.

#### **CONSENTIMIENTO:**

He leído atentamente la información provista en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas las preguntas sobre este estudio que pudiera tener, y mi participación en él me han sido contestadas claramente. Libremente doy mi autorización para participar en este estudio de investigación, manteniéndose en anonimato mi identidad.

### ANEXO 3: CARTA DE SOLICITUD A IAMC DE MONTEVIDEO

Montevideo, 19 de Febrero de 2015.

Dirección General: CASMU IAMPP, Sanatorio III, Dr. Pablo Carlevaro.

Atención: Sra. Dra. Rosalba Velazquez.

Jefatura de Enfermería:

Lic. Susana Kuzmick.

Por la presente les solicito que los estudiantes del grupo de Tesis de Facultad de Enfermería UDELAR abajo firmantes puedan acceder al Sanatorio III CASMU IAMPP, con el fin de recolectar datos para el trabajo de Investigación que vienen desarrollando no solo como requisito académico para culminar su carrera, sino como aportes a la calidad de atención que debemos brindar en los diferentes servicios.

Solicito la autorización para llevar a cabo dicha investigación en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de dicho centro.

La temática de estudio es "Factores de riesgo de depresión en madres con hijos neonatos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales".

Acordamos que todos los datos que se obtengan son de extrema confidencialidad y el producto será volcado a la Institución asistencial como insumo para las mejoras.

Quedo a las órdenes para cualquier duda o aclaración.

Afectuosos saludos

Prof. Esp. Lic. Enf. Margarita Garay  
Cátedra de Enfermería en Salud Mental  
Facultad de Enfermería  
UDELAR

Br. NATALIA ACOSTA

Br. JULIA ALVES

Br. DEBORAH BALADON

Br. PAOLA DI PIETRO

Br. SUSANA FERREIRA

Br. SANDRA OLIVERA