

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Estado de Salud Mental en mujeres en etapa de Puerperio con recién nacidos hospitalizados en la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022

AUTORA:

Figueroa Mera, Elsa Elizabeth

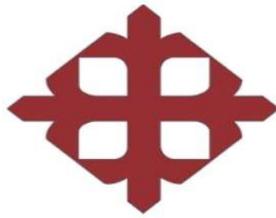
**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Yuen Chon Monroy, Vicente Enrique

Guayaquil, Ecuador

03 de mayo del 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el siguiente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Figueroa Mera, Elsa Elizabeth** como requerimiento para la obtención del título de Médico.

TUTOR



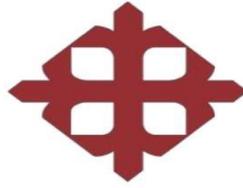
firmado electrónicamente por:
**VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY**

F. _____
Dr. Yuen Chon Monroy, Vicente Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

F. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, a los 03 días del mes de mayo del año 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Figueroa Mera, Elsa Elizabeth

DECLARO QUE

El trabajo de Titulación: **Estado de Salud Mental en mujeres en etapa de Puerperio con recién nacidos hospitalizados en la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022**, previo a la obtención del título de **médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme a las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 03 días del mes de mayo del año 2024

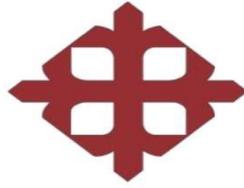
AUTORA



Firmado electrónicamente por:
ELSA ELIZABETH
FIGUEROA MERA

F. _____

Figueroa Mera, Elsa Elizabeth



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Figueroa Mera, Elsa Elizabeth

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de titulación: **Estado de Salud Mental en mujeres en etapa de Puerperio con recién nacidos hospitalizados en la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 03 días del mes de mayo del año 2024

AUTORA



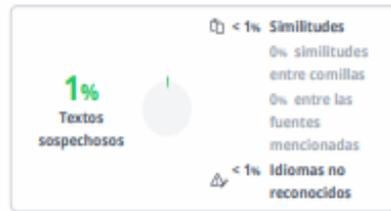
Firmado electrónicamente por:
**ELSA ELIZABETH
FIGUEROA MERA**

F. _____
Figueroa Mera, Elsa Elizabeth

REPORTE DE PLAGIO



ESTADO DE SALUD MENTAL EN MUJERES EN ETAPA DE PUERPERIO CON RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO EN EL AÑO 2022.



Nombre del documento: TESIS ELSA FIGUEROA MERA - MARCO TEORICO.docx
ID del documento: 9ebf65ce9b52c569ce8875c681f9a134fc3a071c
Tamaño del documento original: 31,34 kB
Autor: ELSA ELIZABETH FIGUEROA MERA

Depositante: ELSA ELIZABETH FIGUEROA MERA
Fecha de depósito: 16/4/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 16/4/2024

Número de palabras: 3786
Número de caracteres: 24.154

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	ru.dgb.unam.mx https://ru.dgb.unam.mx/mobibstream/20.500.14330/TE501000794957/3/0794957.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
2	Documento de otro usuario #560457 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
3	scripta.up.edu.mx https://scripta.up.edu.mx/bistream/20.500.12552/5420/1/198897.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2021.00615>
- <https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/2/e2020042747/1/79713/Maternal-and-Paternal-Depression-Symptoms-During?autologincheck=redirected>
- <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.864373/full>

TUTOR



Nombre electrónico: vicente.enrique@unam.mx
VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY

F. _____
Dr. Yuen Chon Monroy, Vicente Enrique

AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecer en primer lugar a Dios, por otorgarme la salud, la sabiduría y la perseverancia para poder cursar con esta noble carrera que me permitirá servir y cuidar de la gente.

A mi madre Betty, quiero dedicarle un profundo agradecimiento por su amor incondicional y su incansable apoyo. Tu presencia ha sido mi fuente de fuerza y motivación en los momentos más difíciles. Gracias por creer en mí y por ser mi mayor admiradora, tu amor y dedicación ha sido fundamental en este logro. Gracias por ser mi roca y mi inspiración constante.

A mi esposo Daniel, mi mejor amigo y mayor apoyo, quiero dedicarle este agradecimiento por ser mi pilar durante mi camino a lo largo de la carrera. Tú has sido mi confidente, mi apoyo incondicional y mi fuente de inspiración. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mis propias capacidades, tus amores me han impulsado a dar lo mejor de mí en cada paso de este camino. Te estaré eternamente agradecida.

Quiero agradecer a todos mis docentes de la carrera, por su paciencia infinita, por su disposición por enseñar, por guiarme para ser una mejor persona y profesional. Su sabiduría y experiencia fueron fundamentales para mi crecimiento académico y personal. Gracias a todos.

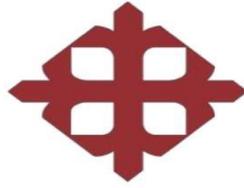
DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, especialmente a mi madre Betty Mera por estar para mí siempre, por darme unas palabras de aliento cada vez que lo necesitaba, por apoyarme y enseñarme que tengo que luchar y ser constante para conseguir y alcanzar mis sueños; muchos de mis logros te los debo a ti, me motivaste constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mis hermanas Pierina y María Eduarda, por estar acompañándome siempre, sacándome sonrisas y recordándome que soy capaz de realizar todo lo que me propongo. Gracias a ustedes por demostrarme que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que se supere.

A Daniel, por estar para mí cada vez que lo necesitaba, por levantarme tras cada caída, por entenderme en cada problema, cada segundo. Gracias a él por su apoyo incondicional he podido lograr llegar hasta aquí. Tu ayuda ha sido fundamental.

A mi pequeño hijo Sergio, te toco una mama en el internado de Medicina y posiblemente en este momento no entiendas mis palabras, pero quiero que te des cuenta de lo que significas para mí. Eres la razón de que me levante cada día esforzándome por el presente y el mañana, eres mi principal motivación. Te amo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

F. _____

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

F. _____

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

F. _____

OPONENTE

F. _____

OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	3
1. CAPÍTULO I.....	3
1.1 ANTECEDENTES.....	3
1.1.1 Estrés y salud mental: Incertidumbre Generalizada.....	4
1.1.2 Respuestas psicológicas en la participación de los padres en la toma de decisiones.....	5
1.1.3 Evidencia limitada actual hallada en los estudios.....	6
2. CAPÍTULO II.....	7
2.1 TRASTORNOS MENTALES DE MADRES ASOCIADOS AL EVENTO TRAUMÁTICO GENERADO POR HOSPITALIZACIÓN EN ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS NEONATALES.....	7
2.1.1 Tristeza posparto.....	8
2.1.2 Depresión posparto.....	8
2.1.3 Psicosis materna.....	9
2.1.4 Trastorno de estrés postraumático.....	9
2.1.5 Trastornos de ansiedad específicos del puerperio.....	10
3. CAPÍTULO III.....	11
3.1 ESCALAS DE MEDICIÓN DE TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS A MADRES CON HIJOS EN UCIN.....	11
3.1.1 Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).....	11
3.1.2 Escala de Trastorno de Estrés Agudo (ASDS).....	12
3.1.3 Escala de Hamilton para la Depresión.....	12
3.1.4 La Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS).....	12
3.2 OPCIONES DE MANEJO A TRASTORNOS MENTALES EN MADRES CON NEONATOS INTERNADOS EN LA UCIN.....	12
3.2.1 Apoyo Psicosocial a la mujer.....	13
3.2.2. Psicoterapia Interpersonal.....	14
3.2.3 Psicoterapia Conductual.....	14
3.2.4 Uso de Medicamentos.....	14
4. CAPÍTULO IV.....	15
4.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
4.2.1 TIPO DE DISEÑO.....	15
4.2.2 OBTENCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	15
4.2.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	15
4.2.4 LUGAR DE INVESTIGACIÓN.....	16
4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	16
4.4.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	16
4.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	17
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	18
5.1 RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	32

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: GRUPO ETARIO DE EMBARAZADAS CON RN INGRESADOS EN UCIN.....	19
Tabla 2: PREVALENCIA DE DESEO DE EMBARAZO	19
Tabla 3: RELACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, AMENAZA DE ABORTO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	19
Tabla 4: SEMANAS DE GESTACIÓN.....	20
Tabla 5: ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES DE LAS EMBARAZADAS	20
Tabla 6: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	20
Tabla 7: PREVALENCIA DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS.....	21
Tabla 8: DIAS DE HOSPITALIZACIÓN DE RN INGRESADOS EN UCIN	21
Tabla 9: DIAGNOSTICOS MAS PREVALENTES.....	21
Tabla 10: NUMERO DE SESIONES CON PSICOLOGÍA.....	22
Tabla 11: SEGUIMIENTO DE SESIONES POR PSICOLOGÍA	22
Tabla 12: UNIVERSO DE PACIENTES.....	33
Tabla 13: GRUPO ETARIO SEGUN CRITERIOS DE INCLUSION	33
Tabla 14: PREVALENCIA DE EMBARAZADAS.....	33
Tabla 15: RECIEN NACIDOS INGRESADOS A UCIN	34

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: POBLACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO	18
Figura 2: GRUPO ETARIO DE EMBARAZADAS CON RN INGRESADOS EN UCIN.....	18
Figura 3: RELACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, AMENAZA DE ABORTO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO	19
Figura 4: ANTECEDENTES PERSONALES	20
Figura 5: SEGUIMIENTO DE SESIONES POR PSICOLOGÍA.....	22
Figura 6: ESCALA DE EDIMBURGO	32
Figura 7: UNIVERSO DE PACIENTES	32
Figura 8: GRUPO ETARIO SEGUN CRITERIOS DE INCLUSION	33
Figura 9: PREVALENCIAS DE EMBARAZADAS	33
Figura 10: RECIEN NACIDOS INGRESADOS A UCIN	34
Figura 11: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	34
Figura 12: PREVALENCIA DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	34
Figura 13: DIAS DE HOSPITALIZACION DE RN EN UCIN.....	35
Figura 14: NUMERO DE SESIONES DE PSICOLOGIA.....	35

RESUMEN

Introducción: Los padres de bebés que requieren de atención neonatal a menudo no están mentalmente preparados para la experiencia. La mayoría de las madres de recién nacidos en UCIN presentan síntomas depresivos o psicológicos. La depresión postparto es la complicación más común, entre el 50% y 80% de las madres experimentan síntomas de fatiga, cambio de humor, facilidad al llanto, confusión, irritabilidad y ansiedad. **Objetivos:** Evaluar el estado de salud mental en mujeres en etapa de puerperio con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022. Determinar si la admisión de recién nacidos ingresados en UCIN incrementan el riesgo materno de desarrollar enfermedades mentales, identificar las patologías más frecuentes y establecer el apego de la terapia psicológica. **Metodología:** El presente estudio es de carácter descriptivo, transversal, retrospectivo observacional para establecer el estado de salud mental en mujeres en etapa de puerperio con recién nacidos en UCIN. De 1383 se filtraron 56 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión bajo los diagnósticos de ingreso con código CIE10: Trastornos de Ansiedad (F418), Episodio Depresivo Leve (F320) y Otros Síntomas y Signos que involucran el Estado Emocional (R458). **Resultados:** El 57.14% de la muestra presentó síntomas y signos que involucran el estado emocional, seguido 25% con Episodio Depresivo Leve y 17.86% Trastornos de Ansiedad, el 73.21% tuvo de 1 a 3 sesiones con terapia psicológica y 66.07% tuvo abandono del tratamiento. **Conclusiones:** Se concluyó que, de 1383 pacientes diagnosticados en el HTMC en el año 2022, 56 cumplieron con nuestros criterios de investigación, un 57% tuvo ingresos hospitalarios durante el embarazo, el 57.14% fueron diagnosticadas con signos y síntomas que involucran el estado emocional, con asesoría psicológica de 1 a 3 sesiones con 73.21%

Palabras Claves: Salud Mental, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Depresión Postparto, Ansiedad, Recién Nacido.

ABSTRACT

Introduction: Parents of babies requiring neonatal care are often not mentally prepared for the experience. Most mothers of newborns in the NICU present depressive or psychological symptoms. Postpartum depression is the most common complication, between 50% and 80% of mothers experience symptoms of fatigue, mood swings, easy crying, confusion, irritability and anxiety. **Objectives:** To evaluate the mental health status in women in the postpartum stage with newborns hospitalized in the neonatal intensive care unit at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in 2022. To determine if the admission of newborns admitted to the NICU increases the maternal risk of developing mental illnesses, identify the most frequent pathologies and establish adherence to psychological therapy. **Methodology:** The present study is descriptive, cross-sectional, retrospective, observational to establish the mental health status in women in the postpartum stage with newborns in the NICU. Of 1383, 56 were filtered that met the inclusion and exclusion criteria under the admission diagnoses with Cie-10 code: Anxiety Disorders (F418), Mild Depressive Episode (F320) and Other Symptoms and Signs that involve the Emotional State (R458). **Results:** 57.14% of the sample presented symptoms and signs that involve the emotional state, followed by 25% with Mild Depressive Episode and 17.86% anxiety disorders, 73.21% had 1 to 3 sections with psychological therapy and 66.07% had abandonment of the treatment. **Conclusions:** It was concluded that of 1383 patients diagnosed at the HTMC in 2022, 56 met our research criteria, 57% had hospital admissions during pregnancy, 57.14% were diagnosed with signs and symptoms that involve the emotional state, with psychological counseling from 1 to 3 sections with 73.21%.

Keywords: Mental Health, Neonatal Intensive Care Unit, Postpartum Depression, Anxiety, Newborn.

INTRODUCCIÓN

Las madres de bebés que requieren de atención neonatal a menudo no están mentalmente preparadas para la experiencia; se convierten en madres de un bebé enfermo o prematuro en un lugar que bajo el concepto mismo puede resultar aterrador y desconocido, donde enfrentan situaciones surrealistas, caóticas y profundamente angustiosas. La mayoría de las madres con recién nacidos en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) presentan síntomas depresivos o síntomas de trauma psicológico (1). Una experiencia de parto estresante, un resultado incierto o una supervivencia incierta del bebé, una separación temprana y prolongada y responsabilidades poco claras para el bebé son factores de riesgo clave para la aparición de ansiedad, depresión o síntomas de trauma psicológico en los padres (2).

La depresión posparto (DPP) se considera la complicación de salud mental más común del parto. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman que aproximadamente el 15% de todas las madres experimentan síntomas que cumplen con los criterios para un diagnóstico de DPP en los Estados Unidos. Entre el 50% y el 80% de las nuevas madres experimentan síntomas posparto más típicos, como fatiga y cambios de humor (2,3).

La DPP generalmente no se identifica, se diagnostica ni se trata lo suficiente. Al conllevar un riesgo sustancial de morbilidad, la población afectada requiere especial atención para abordar y mejorar los métodos de identificación, intervención y tratamiento. La depresión durante el embarazo actual y anterior y los problemas con el parto actual fueron los predictores más fuertes de DPP. Además, tener un niño en la UCIN durante más de dos semanas también aumenta el riesgo de desarrollar DPP (4).

Se demostró que las madres con DPP exhibían varios patrones distintos de comportamiento, incluido un comportamiento menos afectuoso con el bebé, menos capacidad de respuesta a las señales infantiles, retraimiento con un afecto plano y/u hostilidad e intrusión con sus bebés. Las investigaciones muestran consistentemente que los efectos adversos de la DPP pueden durar mucho tiempo después del alta de la UCIN. Tras el alta, estos recién nacidos continúan experimentando problemas adversos de salud física y mental y de conducta hasta bien entrada la edad escolar y la adolescencia. (1,3)

MARCO TEÓRICO

1. CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES

La UCIN puede ser un desafío para los padres con sus bebés médicamente vulnerables. Las madres de bebés de la UCIN pueden estar predispuestos a un funcionamiento emocional deficiente, ansiedad y trastornos del estado de ánimo. La depresión posparto (DPP) es una de las complicaciones más comunes del parto entre las madres en general, sin embargo, los padres en la UCIN pueden tener mayores riesgos relacionados y han recibido menos atención a pesar de una prevalencia del 5% al 13% entre los padres de bebés a término con lo que respecta a la vulnerabilidad médica de sus bebés o el estrés de una estadía en UCIN, pero ha sido menos valorado y no se tiende a realizar en conjunto aunque, la depresión en estos casos se halle profundamente relacionada a estos casos en los cuales se convierte en un trastorno dependiente de ambos padres. El riesgo de DPP de las madres de bebés prematuros (28 % a 40 %) es casi el doble que el de las madres de bebés a término, y las tasas suelen disminuir con el tiempo, aunque siguen siendo más altas durante el primer año del bebé (2,5).

Las condiciones de salud mental materna representan una de las principales causas de mortalidad materna prevenible en los EE. UU. implicadas en 1 de cada 9 muertes maternas. La depresión y la ansiedad afectan aproximadamente al 15% de las mujeres en edad fértil, y los síntomas de alteración de la salud mental materna durante el período perinatal, como la ideación suicida y las autolesiones, han aumentado con el tiempo. Los acontecimientos vitales traumáticos, financieros, emocionales o estresantes relacionados con la pareja durante el período prenatal aumentan el riesgo de depresión posparto. Los factores de riesgo adicionales para las condiciones maternas incluyen la ausencia de apoyo social y antecedentes de trauma, incluido el trauma relacionado con el parto. La hospitalización, como tener un bebé en UCIN, puede convertirse en un acontecimiento estresante en la vida y una fuente de trauma para algunos con un mayor riesgo de desarrollar afecciones de mentales (6).

La importancia de examinar la salud mental de los padres se ha destacado por la conexión con los resultados del desarrollo infantil. Un informe técnico de la Academia Estadounidense de Pediatría de 2019 transmitió amplia evidencia de que las experiencias infantiles adversas, como la depresión de los padres, pueden tener impactos duraderos en el desarrollo y la salud general

del niño. De hecho, es probable que la DPP materna y la angustia psicológica aumenten el riesgo de que un niño sufra un desarrollo cognitivo, emocional y lingüístico retrasado o deteriorado, así como problemas de conducta posteriores.

Un aspecto importante para comprender el desarrollo de DPP entre madres y padres de la UCIN es comprender qué factores clínicos y sociales predicen una depresión posterior. En particular, en investigaciones anteriores se han descubierto que los síntomas elevados de depresión en los padres se asociaban con factores sociales y de relación de pareja adversos, con información de diferentes expresiones biológicas y conductuales de depresión entre hombres y mujeres, los cuales tienden a presentarse de manera exponencial de acuerdo a cada condición (1).

1.1.1 Estrés y salud mental: Incertidumbre Generalizada

La importancia de examinar la salud mental de los padres se destaca por su conexión con los resultados del desarrollo infantil al momento de un alta, de la misma medida va a demostrar su tendencia a variar ante un final negativo relacionado con la muerte del neonato. El estado de Incertidumbre Generalizada constante fue lo que se pudo manifestar a partir de los investigadores de un estudio cualitativo para describir los sentimientos de los padres tras el tiempo de estancia en la UCIN del hospital (5).

Aunque las experiencias desde el ingreso a la UCIN hasta el alta o el fallecimiento del neonato pueden afectar negativamente la salud emocional de los padres, la UCIN es uno de los pocos entornos de atención médica donde es posible la atención integrada. La concientización en la UCIN podría proporcionar una mejor gestión preventiva para las familias y un trampolín desde el cual los médicos de atención primaria puedan evaluar más a fondo los factores de riesgo emocional durante las visitas de seguimiento. Para esta mayor comprensión es fundamental saber cuándo evaluar a las familias que se acercan a la UCIN y qué otros factores sociales y clínicos se debería de considerar al evaluar la probabilidad de que los padres desarrollen síntomas de depresión o algún otro trastorno psicológico.

Las madres de bebés nacidos prematuramente muestran altas tasas de DPP (20-40%), principalmente en el período posnatal temprano. Un metaanálisis reciente encontró evidencia de una mayor probabilidad de DPP hasta 24 semanas después del parto (7). El nacimiento prematuro se ha vuelto cada vez más común debido a las mejoras médicas en los cuidados intensivos neonatales y al tratamiento avanzado de los embarazos de alto riesgo. La cifra global de la tasa de prematuros se estima en 10,6%. Sin embargo, se ha descubierto que el entorno de

la UCIN causa una angustia similar en las madres a término. Tanto los recién nacidos como los padres están expuestos a diferentes factores estresantes en el entorno de cuidados intensivos del hospital.

Múltiples estudios encontraron que una estancia más prolongada en la UCIN aumentaba el impacto en las familias en una variedad de dimensiones psicosociales, incluido el aumento del estrés de los padres y estilos de crianza más intrusivos. Una mayor duración de la hospitalización en la UCIN aumenta la angustia emocional entre las mujeres en el posparto. En la UCIN, la atención se centra en la salud infantil; por lo tanto, los trastornos maternos de salud mental asociados con el estrés circunstancial relacionado con la hospitalización en la UCIN siguen siendo poco reconocidos. Abordar la salud mental materna en el contexto de la UCIN podría tener implicaciones importantes para apoyar la salud de la unidad familiar para satisfacer mejor las necesidades del bebé (8).

1.1.2 Respuestas psicológicas en la participación de los padres en la toma de decisiones

Para algunos, esto se vuelve particularmente doloroso cuando se enfrentan a decisiones sobre si continuar o no con el tratamiento de soporte vital. A pesar de las mejoras en la supervivencia y los resultados neonatales, la muerte sigue siendo relativamente común en la medicina perinatal. Dejando a un lado las muertes fetales, una gran proporción de las muertes perinatales se deben a la decisión de limitar el tratamiento de un bebé que sufre complicaciones graves después del nacimiento o después de un período de cuidados intensivos en la unidad neonatal. La mayoría de las muertes (60–80%) en cuidados intensivos neonatales son "planificadas"; es decir, se toma la decisión de redirigir la atención de cuidados intensivos a cuidados de "apoyo" o "paliativos", generalmente debido a las probabilidades estadísticas en torno a supervivencia y morbilidad grave a largo plazo (7).

Entrar en la conversación sobre la toma de decisiones en diferentes etapas de su trayectoria (por ejemplo, después de una decisión médica que luego se presenta a los padres) puede dar lugar a percepciones diferentes de los padres sobre quién tomó en última instancia la decisión sobre el tratamiento de su bebé. Estas cuestiones pueden complicarse aún más por los sentimientos de responsabilidad y culpa que podrían estar siendo manejados. A pesar de las recomendaciones nacionales para guiar a los profesionales de la salud involucrados en el proceso de toma de decisiones, muchos médicos desconocen cómo implementar esta guía en

la práctica y desconocen sus opiniones personales sobre la participación de los padres y la continuación del tratamiento del bebé en la que el resultado final puede diferir.

1.1.3 Evidencia limitada actual hallada en los estudios

La literatura limitada evalúa la relación entre la hospitalización en la UCIN y los síntomas de depresión y ansiedad entre las mujeres posparto. Además, la literatura existente utiliza en su mayoría de ocasiones diseños transversales, tamaños de muestra pequeños, un enfoque en una sola región y metodologías cualitativas. Además, normalmente no controla las condiciones prenatales de salud mental materna. Además, es necesario explorar si los determinantes sociales de la salud, como la raza o el origen étnico, conservan una asociación con la salud mental materna después de controlar las experiencias en la UCIN, ya que las familias que no son de raza blanca, en ciertos casos pueden experimentar atención negligente o crítica y peores resultados de salud infantil.

Muchos de los estudios se han realizado con familias blancas de clase media, debido a las zonas geográficas que se han enfocado en el estudio de esta problemática en particular. Es necesario considerar las influencias culturales en la experiencia de los padres y madres al tener un bebé ingresado en la UCIN. Se necesitan estudios transculturales y multi-característicos para identificar similitudes y diferencias en la experiencia de los padres. También es necesario estudiar las experiencias de padres y madres por separado, para localizar sus formas únicas de responder. Es necesario utilizar un enfoque de teoría fundamentada para comprender el proceso por el que pasan los padres durante el tiempo que su bebé está en la UCIN. Las familias y los profesionales de la salud deben trabajar juntos para promover la salud y el bienestar de los recién nacidos vulnerables y enriquecer la perspectiva familiar (6,9).

2. CAPÍTULO II

2.1 TRASTORNOS MENTALES DE MADRES ASOCIADOS AL EVENTO TRAUMÁTICO GENERADO POR HOSPITALIZACIÓN EN ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS NEONATALES

Según las pautas de diagnóstico del DSM 5, para diagnosticar la DPP, debe haber al menos dos semanas de estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, con al menos cinco síntomas menores adicionales. El momento óptimo para realizar la detección de DPP es entre 2 semanas y seis meses después del parto. Los síntomas incluyen preocupación excesiva, llanto, sensación de incapacidad, pérdida de apetito, insomnio y estado de ánimo deprimido. La depresión posparto se diferencia de la "tristeza de la maternidad", que incluye síntomas que aparecen y desaparecen dentro de los primeros días después del parto (10).

Varios estudios se han centrado en la presencia de cuadros de resiliencia como recurso protector individual frente a la depresión o han encontrado una correlación negativa con la depresión. El término resiliencia se aplica a diferentes fenómenos que van desde la prevención de alteraciones de la salud mental hasta la adaptación y recuperación efectivas después de las adversidades de la vida. La resiliencia incluye la capacidad de tolerar un estrés importante y aceptar ajustes en la vida y puede contener un crecimiento personal postraumático. Incluye la capacidad de recuperarse de experiencias adversas graves manteniéndose abierto y desarrollando tácticas que resulten en una mejor calidad de vida. Wagnild y Young sugirieron que "una estructura bidimensional de resiliencia" se originó a partir de dos aspectos: "aceptación de uno mismo y de la vida" y "competencia personal". Se reconocieron tres dominios útiles para mejorar la resiliencia después de la exposición a situaciones difíciles. Estos dominios son el apego seguro, las emociones positivas y un propósito en la vida. Generalmente, las investigaciones proponen que la resiliencia es un constructo modificable y no un rasgo inherente de los individuos y que puede aprenderse (10,11).

2.1.1 Tristeza posparto

La TP, también conocida como “tristeza de la maternidad”, es una fase de labilidad emocional después del parto, caracterizada por frecuentes episodios de llanto, irritabilidad, confusión y ansiedad. Sin embargo, también se puede observar euforia durante los primeros días después del parto.

Sin embargo, la TP se ve más comúnmente en los países occidentales debido a la falta de un fuerte apoyo y vínculo familiar. Se observa que alcanza entre el 40% y el 85% en casos de internación en la UCIN. Los síntomas surgen dentro de los primeros días y alcanzan su punto máximo alrededor de los 3 a 5 días. Generalmente, los síntomas de TP no interfieren con el funcionamiento social y ocupacional de las mujeres. Es auto limitada y no requiere intervención activa excepto el apoyo social y la tranquilidad de los miembros de la familia. Se puede atribuir a cambios en los niveles hormonales de las mujeres, agravados aún más por el estrés posterior al parto y a la noticia de la internación del neonato. Sin embargo, los que persisten durante más de 2 semanas pueden hacer que las mujeres sean vulnerables a una forma más grave de trastornos del estado de ánimo (12).

2.1.2 Depresión postparto

La depresión posparto es el trastorno psiquiátrico más común observado en el período de internación neonatal en la UCIN. Generalmente, la depresión posparto es difícil de distinguir de la depresión que ocurre en cualquier otro momento de la vida de una mujer. Sin embargo, en la DPP los pensamientos negativos se relacionan principalmente con el recién nacido, considerando que deben de afrontar el entorno de la UCIN y sus demandas asociadas, de los cuales los desafíos tienden a incluir el acceso restringido o escaso a la información, la divulgación sobre el diagnóstico y el tratamiento y pronóstico de su recién nacido, así como una falta de control sobre el cuidado de su recién nacido. Además, se debe considerar la probabilidad de que se presente un caso de DPP debido a la tendencia que observa en 10 a 15% de las mujeres de presentar depresión en el posparto complicado y no complicado y, además del especificador del tiempo posparto, los criterios de diagnóstico son difíciles de diferenciar de los del episodio depresivo mayor caracterizado por estado de ánimo deprimido generalizado, alteraciones del sueño y del apetito, falta de energía, ansiedad, e ideación suicida. Además, sentimientos de culpa o insuficiencia acerca de la capacidad de la nueva madre para cuidar al bebé y una preocupación por el bienestar o la seguridad del bebé lo suficientemente grave como

para considerarse obsesiva. De manera similar, Feldman et al. encontraron que los recién nacidos que nacieron enfermos, ingresados en la UCIN y separados de sus madres tenían el mayor riesgo de sufrir un apego perturbado con sus madres e indicaron que los padres experimentan dolor y preocupación porque su recién nacido podría no sobrevivir (5,13).

La experiencia de las madres en la situación del alejamiento de su hijo se lo plantea como algo externo, lo que se refleja en los sentimientos que tiende a presentar las madres caracterizadas por cuadros de desesperación, impotencia, falta de hogar y decepción.

Un gran número de estudios han observado una mayor incidencia de ansiedad. Los síntomas tienden a ser cambiantes, de inicio puede variar desde unos pocos días hasta algunas semanas después del parto, generalmente en los primeros días a semanas después del parto, con una relación directamente proporcional al tiempo del neonato en internación. Los antecedentes de depresión mayor aumentan el riesgo de PPD en un 25 %, y los antecedentes de PPD aumentan el riesgo de recurrencia a un 50 % (14).

2.1.3 Psicosis materna

La PM tiene un inicio agudo y abrupto, generalmente se observa dentro de las primeras 2 semanas posteriores al parto e internación o, como máximo, dentro de los 2 meses, y debe considerarse como una emergencia psiquiátrica y obstétrica. La presencia de un trastorno de psicosis con embarazos anteriores, antecedentes de trastorno bipolar, antecedentes familiares de enfermedad psicótica (p. ej., esquizofrenia o trastorno bipolar) son algunos de los principales factores de riesgo para el desarrollo de PM.

Los síntomas más comunes incluyen euforia, labilidad del estado de ánimo, habla incoherente, comportamiento desorganizado y alucinaciones o delirios. Sin embargo, la presentación y evolución pueden ser más diversas y complejas, con episodios transitorios o alternos de delirios de culpa, persecución, alucinaciones auditivas; síntomas parecidos al delirio y confusión; y actividad excesiva. A veces, los delirios giran en torno al bebé, especialmente que el bebé ha sido alejado y entregado a otra persona o está muerto (13).

2.1.4 Trastorno de estrés postraumático

Bydlowski y Raoul-Duval realizaron un estudio histórico sobre el PTSD posparto. Muchos estudios han demostrado que la incidencia del PTSD posparto es de alrededor del 5,6 %. La

angustia de los padres se reflejó en temas relacionados con las perspectivas de los padres sobre el dolor de su bebé en la UCIN con síntomas generalmente caracterizados por tensión, pesadillas, flashbacks e hiperactivación autonómica que puede continuar durante algunas semanas o meses y puede reaparecer hacia el final del siguiente embarazo (15).

2.1.5 Trastornos de ansiedad específicos del puerperio

Muchos estudios han observado que los trastornos de ansiedad posparto están infradiagnosticados y, de hecho, son más comunes que la depresión posparto. De Armond observó que el miedo a la muerte súbita del neonato dentro del servicio hospitalario lo cual puede alcanzar un nivel patológico. La característica más común es la hipervigilancia, caracterizada por la madre que permanece despierta a la expectativa de novedades de parte del centro médico y controles frecuentes que resultan en privación o trastornos del sueño. Muchas madres tienden a hallarse preocupadas por la salud y la seguridad de sus hijos, lo que se conoce como "neurosis de maternidad" (16).

3. CAPÍTULO III

3.1 ESCALAS DE MEDICION DE TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS A MADRES CON HIJOS EN UCIN

3.1.1 Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).

Una herramienta de detección ampliamente utilizada para la depresión durante el embarazo y el posparto es la EPDS. La escala de autoinforme tipo Likert de 10 ítems y cuatro puntos es eficaz para detectar síntomas emocionales y cognitivos de DPP durante la semana anterior con alta sensibilidad y especificidad. (Figura 6) La puntuación total es la suma de las puntuaciones individuales; 30 puntos es la puntuación más alta que se puede obtener; Las puntuaciones superiores a 12 requieren una evaluación adicional y son motivo de derivación aun psiquiatra o psicólogo. Una puntuación de 12 o más indica un 60% de posibilidades de tener depresión, mientras que una puntuación de 10,5 o menos indica un 96% de posibilidades de no tener depresión. Los pacientes con puntuaciones de 10 a 12, que indican síntomas de PPD ligeramente más graves, deben repetir sus evaluaciones en dos semanas y, si es necesario, ser remitidos. Los pensamientos suicidas están cubiertos en el ítem final de la EPDS, que debe examinarse cuidadosamente ya sea que esté marcado o no (17).

Después de obtener el consentimiento informado, la EPDS se realizara por medio de variables sociodemográficas que incluyen la edad de los padres; educación; situación laboral materna; antecedentes de cualquier enfermedad; consumo de drogas y tabaquismo; ejercicio y/o depresión durante el embarazo; nivel de ingresos; Área de Residencia; embarazo planificado/no planificado; familia primaria/extendida; embarazo planificado/no planificado y parto de emergencia; paridad; antecedentes de muerte fetal, aborto y muerte neonatal en embarazos anteriores; tipo de entrega; presencia de complicaciones posparto; y se registró la cantidad de aumento de peso durante el embarazo. Además, se investigó la historia de infección por COVID-19 y la inmunización contra COVID-19 durante y después del embarazo. Se registraron variables neonatales, incluida la edad gestacional, el sexo, el peso al nacer, la duración de la ventilación mecánica y la estancia en la UCIN, y el tipo de alimentación (lactancia materna/fórmula o mixta). Las mujeres con puntuaciones EPDS ≥ 13 fueron remitidas para una evaluación psiquiátrica, y aquellas con puntuaciones entre 10 y 12 fueron reevaluadas mediante contacto telefónico dos semanas después de la primera encuesta y remitidas para consulta si era necesario (15,17).

3.1.2 Escala de Trastorno de Estrés Agudo (ASDS)

La ASDS es un inventario de autoinforme de 19 ítems. Los encuestados califican la presencia de cada síntoma en una escala de 5 puntos, que se suma para dar una puntuación total. Una puntuación de corte de ≥ 9 en disociación combinada con una puntuación de corte de ≥ 28 para las puntuaciones acumuladas en reexperimentación, evitación y excitación tuvo buena sensibilidad (95%) y especificidad (83%) para identificar el trastorno de estrés agudo (16).

3.1.3 Escala de Hamilton para la Depresión

La escala de Hamilton es un cuestionario de 17 ítems utilizado para el diagnóstico de la depresión mayor. El entrevistador calificó utilizando una escala de 4 puntos. Su objetivo es evaluar cuantitativamente la gravedad de la sintomatología depresiva de los pacientes y valorar los cambios del cuadro clínico (18).

3.1.4 La Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS)

La PASS es una prueba de autoinforme de 31 ítems para la ansiedad problemática en mujeres prenatales y posparto. El entrevistador califica la gravedad durante el mes anterior de cada ítem del PASS utilizando una escala de 4 puntos, que se resume. Es probable que las madres con una puntuación de 21 o más en la escala sufran ansiedad de diversa gravedad (13).

3.2 OPCIONES DE MANEJO A TRASTORNOS MENTALES EN MADRES CON NEONATOS INTERNADOS EN LA UCIN

La implementación de una intervención hospitalaria para padres de bebés prematuros en la UCIN alivia el estrés, la ansiedad y la depresión y además brinda apoyo social, lo que mejora el papel de los padres. Browne y Talmi documentaron que la implementación de intervenciones familiares para los padres cuyo bebé está en la UCIN mejorará el conocimiento y la sensibilidad de los padres y disminuirá el estrés, lo que promueve roles de crianza efectivos. Estos hallazgos parecen estar de acuerdo con los de Broedsgaard y Wagner, y Dokken y Ahmann, quienes demostraron una intervención que aumentó el apoyo de los padres, satisfizo las necesidades de los padres, aumentó los sentimientos de bienestar de los padres y aumentó la capacidad de los padres para brindar cuidados a su bebé (19).

Se documentó la necesidad de los nuevos padres de compartir sus sentimientos entre ellos. Puede ser útil que las mujeres compartan sus experiencias del parto, especialmente si “faltan piezas” o se sienten inadecuadas o decepcionadas. Las mujeres que tienen un bebé prematuro y un bebé en la UCIN pueden considerar su experiencia de parto como traumática y necesitan discutir sus sentimientos con una enfermera atenta. Fenwick et al. propusieron el uso del “chat” como herramienta clínica, donde las enfermeras ayudan a los padres a ganar confianza y conectarse con su bebé. Estos intercambios verbales entre enfermeras y padres influyen en la confianza de los padres, su sensación de control y sus sentimientos de conexión con su bebé. Además, la capacidad de las enfermeras para involucrar efectivamente a los padres en un intercambio de información efectivo depende del tipo de lenguaje utilizado por las enfermeras que expresa sentido de cuidado y apoyo y transmite interés en los padres (11,12).

Las recomendaciones para la detección de los trastornos psiquiátricos, los cuales se formulan en respuesta a investigaciones de control previos que indiquen que los padres de bebés de la UCIN tienen un mayor riesgo de depresión y ansiedad en comparación con los padres de la población general. Sin embargo, aún no se han delineado claramente protocolos específicos para la implementación de estas recomendaciones.

La mayoría de mujeres no reciben tratamiento, el menos de 10% de las mujeres que padecen de depresión en la etapa de puerperio buscan o reciben tratamiento, el primer paso del tratamiento debe ser la detección e identificación. Se deben detectar signos de alarma como llanto intenso, dolores inexplicables, cansancio y llamadas recurrentes en busca de ayuda. Se debe considerar que una vez que se identifique a la mujer deprimida en la mayoría de los casos no quieren reconocer que necesitan de la ayuda psicológica. (19)

Las principales de formas de intervención psicológicas son:

3.2.1 Apoyo Psicosocial a la mujer

A los pacientes que sufren de depresión o marcada tristeza puede beneficiarse con apoyo del núcleo familiar, es necesario indicar a la nueva madre que los sentimientos de tristeza son comunes después de haber estado embarazada y es natural que se necesite ayuda, compañía y apoyo. La intervención suele ser eficaz cuando la depresión no es grave y la púerpera no se encuentra paralizada por la depresión (18).

3.2.2. Psicoterapia Interpersonal

Es una terapia de apoyo emocional, este se le puede realizar de manera individual o en grupos de mujeres o parejas. Este se enfoca en encontrar ayuda en una red de apoyo, esta terapia tiene un enfoque en el “aquí y ahora” se le indica a la mujer sufre de depresión y de que se trata de un problema frecuente en la etapa de puerperio (19).

3.2.3 Psicoterapia Conductual

Se ha demostrado la eficacia en el tratamiento de los episodios de depresión. Su objetivo es el alivio de los síntomas a través de la ayuda a la paciente de identificar patrones y tendencias negativas y poder lidiar con estos de manera paulatina. Las sesiones se centran en los síntomas del paciente y la ayuda a notar distorsiones en sus pensamientos y se aprende a etiquetarlos como lo que son, variaciones que no tienen base con a la realidad (18,19).

3.2.4 Uso de Medicamentos

El uso de medicamentos se realiza en pacientes con depresión mayor, cuando existen pensamientos de muerte o suicidas o marcados sentimientos de impotencia, insomnio grave e incapacidad de atender al bebé. Se utilizan antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, los más utilizados son Fluoxetina y la Sertralina. La dosis se ajusta para cada paciente de manera individual de acuerdo a la respuesta clínica del mismo. Con esto se busca mejorar el estado de ánimo, los síntomas neurovegetativos y psicósomáticos. El tratamiento usado para la ansiedad son los inhibidores de la recaptación de la serotonina y los antidepresivos tricíclicos (Imipramina, desipramina), el beneficio terapéutico de los mismo se ve reflejado en el transcurso de cuatro semanas luego de haber iniciado el tratamiento (20).

4. CAPITULO IV

4.1 MATERIALES Y MÉTODO

4.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 TIPO DE DISEÑO

Se trata de un estudio transversal retrospectivo y observacional realizado en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la red del IESS, en el que se revisaron los casos de Estado de salud mental en mujeres en etapa de puerperio con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022, tomando en consideración los datos obtenidos de la historia clínica y de reportes expuestas por el área de psicología del hospital.

4.2.2 OBTENCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información se obtuvo de las historias clínicas del sistema AS400 proporcionadas por el departamento de estadística del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Se utilizó el sistema Microsoft Excel para Windows 2019 para procesar la base de datos y se utilizó el mismo para obtener las tablas y gráficos y presentar los datos estadísticos.

4.2.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Acorde a la finalidad del estudio de investigación, en lo que respecta a los objetivos propuestos, el presente trabajo corresponde a una Investigación de tipo descriptivo, de carácter transversal, retrospectivo y observacional.

- Estudio descriptivo: Se realizó un estudio de prevalencia.
- Estudio transversal: Se evalúa la presencia de diferentes variables a través del tiempo con la finalidad de valorar las características clínicas.
- Retrospectivo: recolección de datos del sistema AS400, los mismos que son examinados en el año actual.
- Observacional: El estudio se realizará en base a la recolección de datos luego de su respectiva descripción y análisis.

4.2.4 LUGAR DE INVESTIGACION

El estudio se realiza en el área de psicología y obstetricia del Hospital Teodoro Maldonado.

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 OBJETIVOS GENERALES

Evaluar el estado de salud mental en mujeres en etapa de puerperio con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022.

4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si la admisión del recién nacido a la Unidad de Cuidados Neonatales incrementa el riesgo materno de desarrollar enfermedades de salud mental.
- Identificar las diferentes patologías mentales que afectan a las mujeres en etapa de puerperio.
- Establecer el apego de la terapia psicológica en madres con recién nacidos ingresados en la UCIN.

4.4 POBLACION Y MUESTRA

La población estudiada está compuesta por los pacientes admitidos en el servicio de Obstetricia, del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, manejados bajo el diagnóstico de ingreso con código CIE10: Trastornos de Ansiedad (F418), Episodio Depresivo Leve (F320) y Otros Síntomas y Signos que involucran el Estado Emocional (R458). La población se obtuvo de la base de datos, proporcionada por el departamento de estadística del HTMC, de 1383 se filtraron 56 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

4.4.1 POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes las cuales fueron diagnosticadas con trastornos de ansiedad, episodio depresivo leve y otros síntomas y signos que involucran el estado emocional, que posteriormente fueron valorados clínicamente, en el Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo.

4.4.2 Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Pacientes con diagnóstico CIE10 confirmado en sistema.
- Pacientes adultos y jóvenes entre los 15 – 45 años de edad.
- Pacientes valorados por el servicio de Psicología y Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Pacientes cuyos hijos fueron ingresados en la UCIN.

4.4.3 Criterios de Exclusión:

- Historia incompleta, no detallada.
- Pacientes cuyos recién nacidos no fueron ingresados a UCIN.
- Pacientes derivados a otra unidad hospitalaria.
- Pacientes que no han sido valorados por el sistema de psicología y ginecología.

4.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Edad	Edad que registra lamadre	Cuantitativa continua	Años
Estado Civil	Estado civil registrado por lamadre.	Categórica Nominal Politómica	Unión Libre Soltera Casada Divorciada
Nivel socioeconómico	Condición social que distingue por estrato social	Cualitativa nominal Politómica	Alto Medio Bajo
Deseo del Embarazo	Conocer si el Embarazo fue deseado o no planificado	Categórica Nominal Dicotómica	Si – No
Controles Prenatales	Número de consultas médicas que tuvo la pacienteen orden de conocercomo los detalles desu embarazo sumado a los cuidados que tomaba la paciente.	Cuantitativa Ordinal Politómica	< 2 3 - 4 5 - 6 > 7
Genero del Recién Nacido	Sexo del recién nacido	Categórica nominal dicotómica	Masculino femenino
Días de Hospitalización del Recién Nacido	Días de hospitalización delos recién nacidos	Cuantitativa Continua	1, 2, 3, 4, 5, 6...
Estado de Salud Mental	Estado de salud mental por la pasa las madres en etapade puerperio.	Categórica Nominal Politómica	Depresión Ansiedad Psicosis Puerperal Negación

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

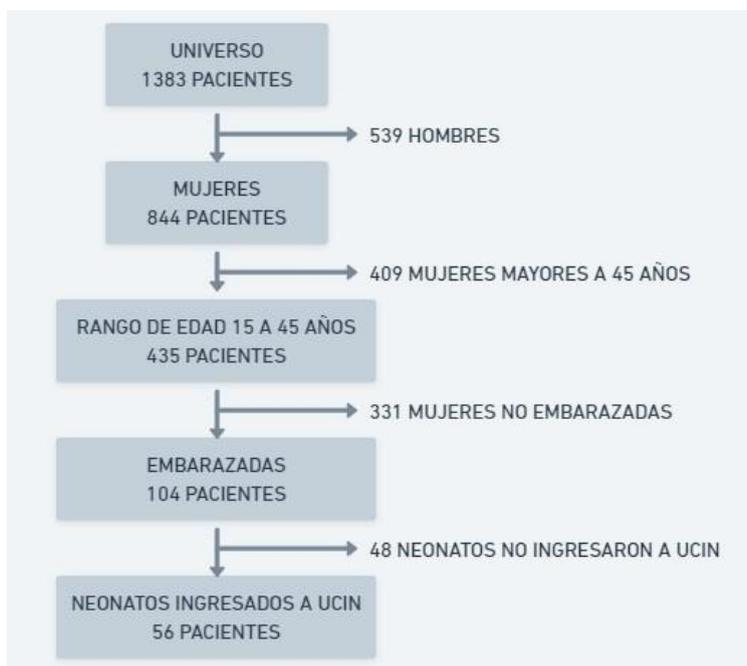


Figura 1: POBLACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO.

En el Hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo fueron diagnosticados en el año 2022; 1383 pacientes bajo los CIE-10 de Trastornos de Ansiedad (F418), Episodio Depresivo Leve (R458) y Otros síntomas y signos que involucran el Estado Emocional (R458), de los cuales 844 fueron mujeres, y de estas 435 estaban en el rango de edad del estudio de 15 a 45 años de edad. De estas 435 mujeres se reportó que 104 estuvieron embarazadas y 56 de las mismas registran ingresos de su recién nacidos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Solo 56 mujeres recibieron asesoría con Psicología durante y después de su embarazo de alto riesgo que con llevo a un parto prematuro en la mayoría de los casos con un desenlace emocional para las madres. Según el registro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se registra que, en el año 2022, hubo 330 neonatos que necesitaron de cuidados intensivos.

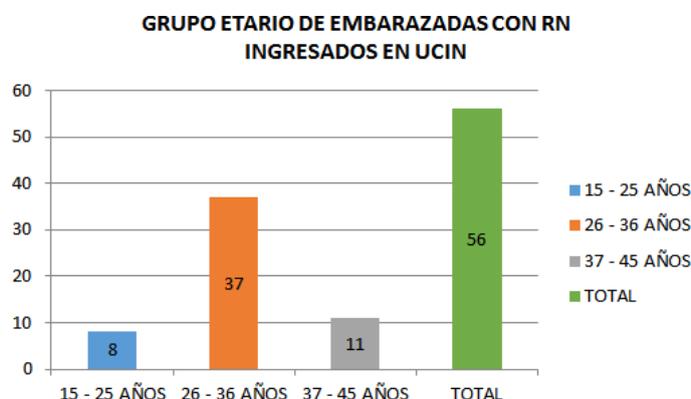


Figura 2: GRUPO ETARIO DE EMBARAZADAS CON RN INGRESADOS EN UCIN

GRUPO ETARIO DE EMBARAZADAS CON RN INGRESADOS EN UCIN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 25 AÑOS	8	14%
26 - 36 AÑOS	37	66%
37 - 45 AÑOS	11	20%
TOTAL	56	100%

Tabla 1: GRUPO ETARIO DE EMBARAZADAS CON RN INGRESADOS EN UCIN

DESEO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	75%
NO	14	25%
TOTAL	56	100%

Tabla 2: PREVALENCIA DE DESEO DE EMBARAZO

En la tabla Nro. 1 de grupo etario se determinó que el 66% de las mujeres embarazadas estaban entre la edad de 26 a 36 años, seguidos de 37 a 45 años con un 20% y de 15 a 25 años con un 14% de nuestra población total. En la tabla Nro. 2 la prevalencia de deseo de embarazo fue un 75% de las pacientes si deseaban la concepción y un 25% no y usan algún tipo de anticoncepción.

	SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE	TOTAL
HOSPITALIZACIONES	32	57%	24	43%	100%
AMENAZA DE ABORTO	11	20%	45	80%	100%
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	53	95%	3	5%	100%

Tabla 3: RELACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, AMENAZA DE ABORTO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

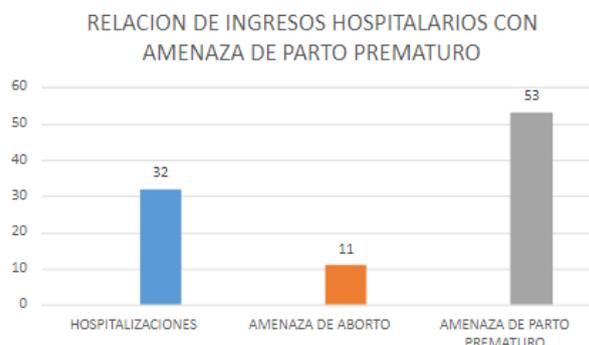


Figura 3: RELACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN, AMENAZA DE ABORTO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15 A 20 SG	0	0.00%
21 a 25 SG	2	3.57%
26 a 30 SG	20	35.71%
31 a 35 SG	28	50.00%
35 O > SG	6	10.71%
TOTAL	56	100.00%

Tabla 4: SEMANAS DE GESTACIÓN.

En la tabla Nro. 3 Se observa el porcentaje de ingresos hospitalarios que representan un 57% de los casos, un 20% de estas tuvieron amenaza de aborto en las primeras 12 semanas de embarazo y 95% de ellas terminaron su embarazo prematuramente, siendo la semana de 31 a 35 de gestación con un 50% de los casos, seguida de la semana 26 a 30 con un 35.71%, lo que podemos observar en la tabla Nro. 4.

ANTECEDENTES PERSONALES IMPORTANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO REFIERE	14	25,00%
HTA Y DM	35	62,50%
ENFERMEDAD AUTOINMUNE	4	7,14%
ENFERMEDAD NEUROLOGICAS	3	5,36%
TOTAL	56	100,00%

Tabla 5: ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES DE LAS EMBARAZADAS.

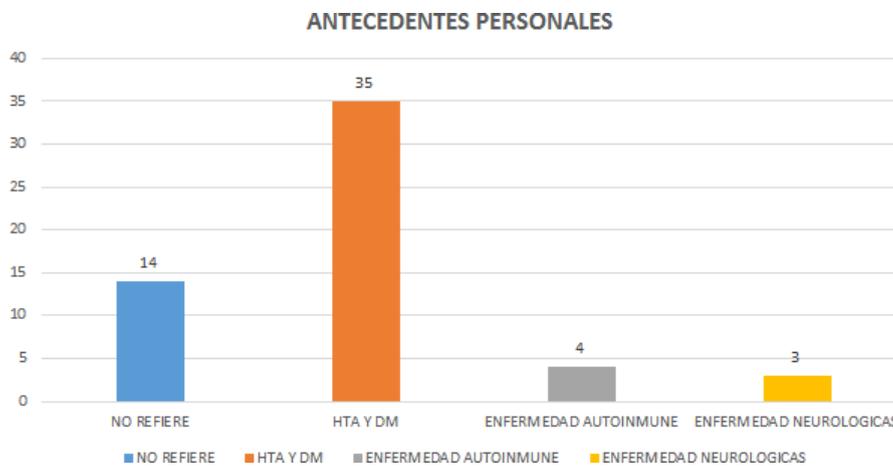


Figura 4: ANTECEDENTES PERSONALES

En la tabla Nro. 5 se realizó un registro de antecedentes personales con las patologías con mayor prevalencia en el embarazo registrado a nivel hospitalario, las cuales fueron la HTA y DM en un 62.50% de los casos y un 25.0% negaban sufrir de alguna patología de importancia. En la tabla Nro.6 podemos observar las complicaciones más frecuentes durante el embarazo que las predispuso a tener un parto prematuro o una cesárea de emergencia; la Preeclampsia, la Eclampsia y el Síndrome de Hellp son las que destacaron.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	FRECUENCIA
PREECLAMPSIA	28
ECLAMPSIA	3
SINDROME DE HELLP	4
DIABETES GESTACIONAL	7

Tabla 6: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

En la tabla Nro. 7 se expone resultados referentes a si nuestros pacientes sufrieron o no de infecciones de vías urinarias durante el embarazo, el 92.86% si sufrió de la misma por lo menos en unos de los tres trimestres del embarazo diagnosticado y tratado.

INFECCIONES VIAS URINARIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	52	92.86%
NO	4	7.14%
TOTAL	56	100.00%

Tabla 7: PREVALENCIA DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS.

Los días de Hospitalización interfieren en el estado de ánimo de las madres cuyos niños fueron hospitalizados en UCIN, siendo los días de ingreso frecuente de 1 a 5 y 26 o más días con un porcentaje de 25.0%, seguido del 23.21% de 6 a 10 días y de 7.14% de 11 a 15 y 21 a 25 días.

DIAS DE HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	FRECUENCIA
1 a 5	14	25.00%
6 a 10	13	23.21%
11 a 15	4	7.14%
16 a 20	7	12.50%
21 a 25	4	7.14%
26 o más	14	25.00%
TOTAL	56	100.00%

Tabla 8: DIAS DE HOSPITALIZACIÓN DE RN INGRESADOS EN UCIN.

En la tabla No. 9 se registran los datos de las patologías con las que se diagnosticaron a nuestro grupo de embarazadas que recibieron terapia psicología por el ingreso de los recién nacidos en UCIN, siendo la más frecuente Síntomas y signos que involucran el estado emocional (R458) con un 57.14%, seguido de Episodio Depresivo Leve (F320) con un 25% y Trastornos de Ansiedad (F418) con un 17.86%. En la Tabla No. 10 se observa en número de sesiones Psicológicas que recibieron las madres del estudio siendo de 1 a 3 sesiones con un 73.21%, seguido de un 21.43% con 4 a 6 sesiones y un 5.36% con 7 o más sesiones terapéuticas. De nuestras 56 pacientes de estudio el 66.07% de ellas abandonaron la terapia Psicológica, aun 21.43% de ellas se les dio alta por el servicio de Psicología y un 12,50% continuó con el seguimiento durante un año aproximadamente.

CIE-10	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trastornos de Ansiedad (F418)	10	17.86%
Episodio Depresivo Leve (F320)	14	25.00%
Síntomas y Signos que involucran el Estado Emocional (R458)	32	57.14%
TOTAL	56	100.00%

Tabla 9: DIAGNOSTICOS MAS PREVALENTES

NUMERO DE SESIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 3	41	73.21%
4 a 6	12	21.43%
7 o más	3	5.36%
TOTAL	56	100.00%

Tabla 10: NUMERO DE SESIONES CON PSICOLOGÍA.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEGUIMIENTO	7	12.50%
ALTA	12	21.43%
ABANDONO	37	66.07%
TOTAL	56	100.00%

Tabla 11: SEGUIMIENTO DE SESIONES POR PSICOLOGÍA.

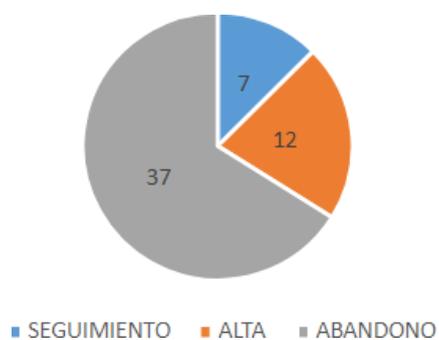


Figura 5: SEGUIMIENTO DE SESIONES POR PSICOLOGÍA

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el estado de salud mental de las puérperas con un bebe admitido en la UCIN, Condición la cual por el mismo contexto de la denominación del área coloca a los padres dentro de una situación estresante, en la que tendrá múltiples repercusiones el afrontar el entorno de UCIN al cual estarán en contacto en conjunto con las demandas que puede exigir la misma dentro del ámbito clínico. Tal como Lima Et al. Demostró, se expone la presencia de una experiencia psicológica no muy explorada en las madres, las cuales tienden a variar en gran escala con emociones manifiestas de sentimientos de impotencia, falta de hogar, decepción; eventos los cuales llevan de manera posterior a inestabilidad emocional la amenaza, la culpa y la inseguridad (20).

El presente estudio evalúa la búsqueda de características significativas que puedan correlacionar un estado psicológico alterado posterior a diversos factores de riesgo como la edad en los cuales según Dikshita Et al. Manifiestan una asociación significativa entre la ansiedad y el grupo de edad que puede verse comprometido por los pacientes de estudio (2). En contraste con esto, no encontró una asociación entre la edad materna y niveles más altos de ansiedad. La falta de asociación entre la depresión y la edad de las madres en diversos estudios es similar a los resultados de algunos estudios anteriores, bajo el antecedente previamente expuesto ante un estudio dirigido a una población etaria específica (21). Sin embargo, el hallazgo de una asociación entre el estrés y el grupo de edad en el rango de 19 a 25 años en diversos estudios contrastan con los hallazgos expuestos, que informaron una significativa asociación entre el aumento de la edad de la madre y mayores niveles de estrés. Esto probablemente se debió al hecho de la probabilidad de trastornos que pueden complicar al embarazo característicos a pacientes en mayoría de edad, con una notoria tendencia creciente que parte desde los 25 años en adelante.

Bajo el contexto del deseo de embarazo se precisa de una valoración indirecta de múltiples puntos en específico que se basara en status socioeconómico, condiciones sentimentales, antecedentes obstétricos, los cuales se hallaron en mayor cantidad en mujeres que buscaban el embarazo, hallazgo el cual se halla expuesto en el estudio actual que coincide con los resultados expuestos de Mesa Et al. Y con otros estudios en los cuales no se encontró una asociación significativa entre embarazos no planificados y niveles más altos de ansiedad materna (22).

Al momento de valorar el motivo de ingreso a la estancia hospitalaria cada caso será distinto al resto, tomando en consideración la caracterización por medio de semanas de gestación y la comorbilidad que pueda presentar la madre durante el embarazo, motivo por el cual no existirá una manera específica para abordar a los grupos de estudio, de esta manera muchos estudios han evaluado los diversos desafíos de salud emocional y mental que las madres de recién nacidos, tanto a término como prematuros, pueden presentar al nacer y en los primeros años después del alta de la UCIN. Los resultados expuestos en este estudio concuerdan con una revisión sistemática realizada por Kılıçlı et al. Quien revisó la literatura disponible actualmente sobre la incidencia y prevalencia de la depresión perinatal y de puerperio, encontró que, en el período comprendido entre el embarazo y los 3 meses posteriores al parto, hasta el 19% de las mujeres tienen síntomas depresivos y el 7,1% de las madres tienen episodios depresivos mayores, asociados a casos de prematuridad del recién nacido. De los estudios que han evaluado los resultados de salud mental en madres de recién nacidos prematuros, la mayoría de los estudios describen perturbaciones de la salud mental como trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y la depresión en sus diversos estadios como fuertemente asociados con el nacimiento de bebés prematuros (23).

Con respecto al tiempo de hospitalización del neonato en UCIN, nuestro estudio expone resultados que pueden llegar a comprometer de manera directa con lo expuesto por Beck et al. quien describe las probabilidades de un diagnóstico de ansiedad y/o depresión por afecciones sobre el estado de salud mental que aumentaron a medida que aumentaba la duración de la estancia en la UCIN (17). Estos hallazgos se hacen eco de los resultados de numerosos estudios más pequeños que encontraron que el ingreso a la UCIN influyó en los síntomas de depresión y ansiedad entre las mujeres que dieron a luz. Al realizar un análisis adicional que incluye a mujeres en posparto que presentaron o no afecciones prenatales de salud mental o de otro origen, y es posible la confirmación aún mayor de la relación entre el ingreso a la UCIN y la incidencia de diagnósticos de diferentes patologías que representen una comorbilidad entre las cuales se ven enmarcadas la hipertensión y diabetes de origen diverso presente durante el embarazo, patologías autoinmunes, neurológicas y psiquiátricas, que llegan a predisponer cuadros de ansiedad y/o depresión entre mujeres posparto (24).

Se ha expuesto que una estancia más prolongada en la UCIN se tradujo en un mayor riesgo de diagnósticos de trastornos mentales posparto de ansiedad y/o depresión en la muestra de mujeres que con condiciones prenatales que comprometían al neonato. Las mujeres posparto

con bebés en la UCIN durante menos de dos semanas tenían menores probabilidades de recibir un diagnóstico de ansiedad y/o depresión. Estas probabilidades casi se duplicaron cuando la duración de la estancia en la UCIN superó las dos semanas. Nuestro estudio encontró que cualquier hospitalización en la UCIN aumentaba los diagnósticos de trastornos psicológicos posparto, pero el rango de gravedad de la salud infantil en la UCIN, se verá directamente relacionado a una estancia infantil más prolongada la cual estará asociada con un mayor riesgo de afecciones mentales maternas. El uso de los recursos de la UCIN y servicios de psicología para detectar y abordar el estado de salud mental de las mujeres en el posparto puede resultar beneficioso, y las mujeres con bebés en la UCIN durante períodos prolongados pueden tener una mayor necesidad de apoyo. Varios estudios indican el beneficio de las intervenciones individualizadas que utilizan modalidades basadas en el trauma para abordar la salud de los bebés y sus padres.

A diferencia de diversos estudios, tal como lo expone Malouf Et al. la mayoría de estudios presentan una mayor tendencia a utilizar herramientas de autoevaluación dentro de la preferencia de cada ambiente hospitalario, con baja tendencia a uso de entrevistas clínicas para valorar depresión y ansiedad, metodología la cual si se aplica en nuestro caso en este estudio (16). Si bien las entrevistas clínicas se consideran el estándar de oro para diagnosticar trastornos mentales, no es factible en todos los ambientes clínicos realizar una entrevista clínica con todos los padres de bebés en UCIN, Los hallazgos de nuestra investigación sugieren la presencia de cuadros de depresión leve en la mayoría de los casos expuestos, seguido de ansiedad como los más prevalentes en un entorno de seguimiento médico paciente limitado.

Describiendo la experiencia de la madre posterior a la admisión de su bebe en la UCIN genera una sensación contraria al apego precoz buscado en el ambiente ideal clínico materno infantil generando un riesgo de apego perturbado tal como lo expresa Beck et al. en el que la madre genera sensaciones de dolor y preocupación porque su recién nacido tiene riesgo de no sobrevivir, dando paso a la presencia de por lo menos un diagnostico psiquiátrico, con prevalencia más común de trastornos depresivos leves, en condiciones normales, por encima de otros trastornos que se asocian a la presencia de síntomas de ansiedad. Lo expuesto previamente resalta la importancia clínica de diagnosticar y tratar de manera oportuna los trastornos mentales durante el embarazo y el posparto, a fin de evitar reducir en la mayor cantidad posible las consecuencias negativas en lo que respecta al binomio madre-hijo. En base

a esto, cabe destacar que los efectos positivos al momento de involucrar a profesionales de la salud mental en los equipos de atención perinatal (24).

Se demostró que el entorno de la madre de un bebe admitido en UCIN, presentan desafíos los cuales se ven presentados por la restricción y el poco acceso a información, divulgación de diagnósticos, tratamientos y los diversos pronósticos que pueden presentarse, los cuales se sumaran a la incertidumbre de falta de control y cuidado de origen maternal. De la misma manera en la que lo expone Meza Et al. se hallan limitaciones en el entorno clínico al momento de realizar un seguimiento a largo plazo, con posibilidad a presenciar efectos más específicos a partir de la presencia de estrés en el binomio madre-hijo, en nuestro estudio presentando una limitación similar, evidenciando la presencia de tasas de abandono al seguimiento por parte de terapia con psicología muy alta posterior a primeras consultas o que no acudieron nunca con el equipo de psicología para el seguimiento apropiado (22). Lo cual expone una alta necesidad de estudio en base a los diversos ámbitos clínicos que envuelvan la presencia de estrés, trastornos mentales perinatales y posnatales, para la implementación de medidas específicas por parte de los equipos de salud mental.

CONCLUSIONES

- Se concluyó que en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo fueron diagnosticados en el año 2022, 1383 pacientes con Trastornos del Estado Mental, de los cuales 844 fueron mujeres, de los cuales 435 están entre el rango de edad de 15 a 45 años, de estas 104 estuvieron embarazadas y 56 de ellas tuvieron sus recién nacidos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- De nuestro grupo de estudio el rango con mayor prevalencia fue de 26 a 36 años con un 66%. Un 75% en madres planificaron el embarazo.
- Un 57% de nuestra población tuvo ingresos hospitalarios a lo largo de su embarazo, un 20% presento amenaza de aborto durante las primeras 12 semanas de gestación y 95% tuvo como complicación amenaza de parto prematuro que llevaron a realizar cesárea de emergencia lo que las predispuso a que los recién nacidos fueran ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, siendo la semana del 31 a 35 gestación la más frecuente con 50% de los casos.
- Entre los antecedentes personales de importancia la patología más frecuente fue la HTA y DM con 62,50%, las complicaciones del embarazo que se reportaron fue Preeclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp y Diabetes Gestacional 7. Otra complicación relevante fue las infecciones de vías urinarias en un 92.86%.
- Los días de hospitalización fueron 1 a 5 días y de 26 o más días representaron el 14% respectivamente. Entre las patologías diagnosticadas Síntomas y Signos que involucran el Estado Emocional con un 57.14%, seguido de Episodio Depresivo Leve con un 25% y Trastornos de Ansiedad con 17.86%.
- Asesoría Psicológica, el número de sesiones que tuvieron los pacientes fueron de 1 a 3 con 73.21%, seguido de 4 a 6 con un 21,43 y de 7 a más con 5,36%, así mismo el número de abandono de la terapia fue muy significativa con 66.07%, un 21,43% de los pacientes se les dio alta médica por no presentar ningún signo o síntoma de la alarma y un 12,50% siguió con la terapias psicológicas dentro del periodo de estudio del trabajo.

RECOMENDACIONES

- Recomiendo el uso de las escalas para determinar trastornos del estado mental en pacientes en estado de puerperio, y de esta manera permitir un mejor análisis estadístico.
- Sugiero la utilización de los Cie-10 específicos que tratan sobre trastornos del estado mental en pacientes en puerperio, para de esta permitir un mejor registro estadísticos de las pacientes que reciben terapia Psicológica.
- Aconsejo la elaboración de un esquema de historia clínica para el registro de los trastornos del estado mental en etapa de puerperio, de este modo habrá información clara y completa de los datos permitiendo un mejor registro estadístico.
- Propongo la implementación de programas de ayuda Psicológica y seguimiento para las madres de los pacientes que fueron ingresados a la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales, para que así tenga la asesoría correcta para poder sobrellevar esta etapa complicada en la vida de ellas.
- Recomiendo se lleva un mejor seguimiento a todas las madres cuyos recién nacidos fueron ingresados a UCIN, para de esta manera disminuir el número de abandono del tratamiento Psicológico.

REFERENCIAS

1. Persson C, Ericson J, Salari R, Eriksson MH, Flacking R. NICU parents' mental health: A comparative study with parents of term and healthy infants. *Acta Paediatrica*. 2023;112(5):954-66.
2. Garg D, Chaudhury S, Saldanha D, Kumar S. Stress, postpartum depression, and anxiety in mothers of neonates admitted in the NICU: A cross-sectional hospital-based study. *Ind Psychiatry J*. 2023;32(1):48-58.
3. Gong J, Fellmeth G, Quigley MA, Gale C, Stein A, Alderdice F, et al. Prevalence and risk factors for postnatal mental health problems in mothers of infants admitted to neonatal care: analysis of two population-based surveys in England. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 22 de mayo de 2023;23(1):370.
4. Gateau K, Song A, Vanderbilt DL, Gong C, Friedlich P, Kipke M, et al. Maternal post-traumatic stress and depression symptoms and outcomes after NICU discharge in a low-income sample: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 12 de enero de 2021;21(1):48.
5. Garfield CF, Lee YS, Warner-Shifflett L, Christie R, Jackson KL, Miller E. Maternal and Paternal Depression Symptoms During NICU Stay and Transition Home. *Pediatrics*. 1 de agosto de 2021;148(2):e2020042747.
6. Gerstein ED, Njoroge WFM, Paul RA, Smyser CD, Rogers CE. Maternal Depression and Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: Associations With Mother–Child Interactions at Age 5 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. marzo de 2019;58(3):350-358.e2.
7. Lehtonen L, Lilliesköld S, De Coen K, Toome L, Gimeno A, Caballero S, et al. Parent–infant closeness after preterm birth and depressive symptoms: A longitudinal study. *Front Psychol [Internet]*. 22 de julio de 2022 [citado 5 de mayo de 2024];13. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.906531/full>
8. Cevallos GPG, Urrea HER, Troya GSM. Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes: estudio piloto. *Más Vita*. 2020;2(2 Extraord):27-35.
9. Orovou E, Eskitzis P, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Tzitoridou-Hatzopoulou M, Dagla M, Arampatzi C, et al. The Relation between Neonatal Intensive Care Units and

- Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder after Cesarean Section. *Healthcare*. enero de 2023;11(13):1877.
10. Mautner E, Stern C, Avian A, Deutsch M, Fluhr H, Greimel E. Maternal Resilience and Postpartum Depression at the Neonatal Intensive Care Unit. *Front Pediatr* [Internet]. 10 de mayo de 2022 [citado 5 de mayo de 2024];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.864373>
 11. Rodríguez DC, Ceriani Cernadas JM, Abarca P, Edwards E, Barrueco L, Lesta P, et al. Estrés postraumático crónico en madres de prematuros de muy bajo peso nacidos antes de las 32 semanas de gestación. *Arch argent pediatr*. 2020;306-12.
 12. Axelin A, Feeley N, Campbell-Yeo M, Silnes Tandberg B, Szczapa T, Wielenga J, et al. Symptoms of depression in parents after discharge from NICU associated with family-centred care. *Journal of Advanced Nursing*. 2022;78(6):1676-87.
 13. Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo-Cuevas M, Ramírez-Montiel ML, et al. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*. agosto de 2022;90(4):564-72.
 14. Rajendran B, Ibrahim SU, Ramasamy S. Maternal and Neonatal Risk Factors Associated with Perinatal Depression—A Prospective Cohort Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 1 de enero de 2024;46(1):24-31.
 15. Ozdil M. Postpartum Depression Among Mothers of Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit During the COVID-19 Pandemic. *Cureus* [Internet]. 30 de agosto de 2023 [citado 5 de mayo de 2024];15(8). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/181167-postpartum-depression-among-mothers-of-infants-hospitalized-in-the-neonatal-intensive-care-unit-during-the-covid-19-pandemic>
 16. Malouf R, Harrison S, Burton HAL, Gale C, Stein A, Franck LS, et al. Prevalence of anxiety and post-traumatic stress (PTS) among the parents of babies admitted to neonatal units: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 28 de agosto de 2023];43. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00514-9/fulltext#seccesectitle0031](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00514-9/fulltext#seccesectitle0031)
 17. Lau C, Turcich MR, Fraley JK. Mediation models of maternal stress in neonatal intensive care units. *Pediatric Medicine* [Internet]. 28 de febrero de 2022 [citado 5 de mayo de 2024];5(0). Disponible en: <https://pm.amegroups.org/article/view/6454>

18. Polloni L, Cavallin F, Lolli E, Schiavo R, Bua M, Volpe B, et al. Psychological Wellbeing of Parents with Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit during SARS-CoV-2 Pandemic. *Children*. septiembre de 2021;8(9):755.
19. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. [citado 5 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240057142>
20. Lima LG, Smeha LN. La experiencia de la maternidad frente la hospitalización del bebé en la uci: una montaña rusa de sentimientos. *Psicol Estud*. 15 de julio de 2019;24:e38179.
21. Brownlee MH. Screening for Postpartum Depression in a Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*. junio de 2022;22(3): E102.
22. Mesa SM, García AG, Pérez LFN, Montoya LT, Saldarriaga MVO, Tirado JDV, et al. Psychological stress in mothers of neonates admitted to an intensive care unit. *Salud mental*. 2021;44(5):241-8.
23. Kılıçlı A, Saraçoğlu G, Çetinkaya Büyükbodur A. Stress, Anxiety, and Postpartum Depression in Parents with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Florence Nightingale J Nurs*. 1 de junio de 2023;31(2):82-90.
24. Beck DC, Tabb KM, Tilea A, Hall SV, Vance A, Patrick SW, et al. The Association between NICU Admission and Mental Health Diagnoses among Commercially Insured Postpartum Women in the US, 2010–2018. *Children*. octubre de 2022;9(10):1550.

ANEXOS

		2 meses	6 meses
1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
	No tanto ahora	1	1
	Mucho menos ahora	2	2
	No, nada	3	3
2. He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0	0
	Menos que antes	1	1
	Mucho menos que antes	2	2
	Casi nada	3	3
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0	0
	Casi nunca	1	1
	Sí, a veces	2	2
	Sí, con mucha frecuencia	3	3
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No, no mucho	1	1
	No, nunca	0	0
6. Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, a veces	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
8. Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	No con mucha frecuencia	1	1
	No, nunca	0	0
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
	Sí, bastante a menudo	2	2
	Sólo ocasionalmente	1	1
	No, nunca	0	0
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
	A veces	2	2
	Casi nunca	1	1
	No, nunca	0	0
Total			

Figura 6: ESCALA DE EDIMBURGO

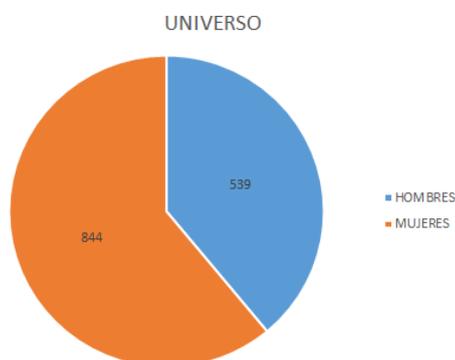


Figura 7: UNIVERSO DE PACIENTES

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	539	38,97%
MUJERES	844	61,03%
TOTAL	1383	100,00%

Tabla 12: UNIVERSO DE PACIENTES

GRUPO ETARIO

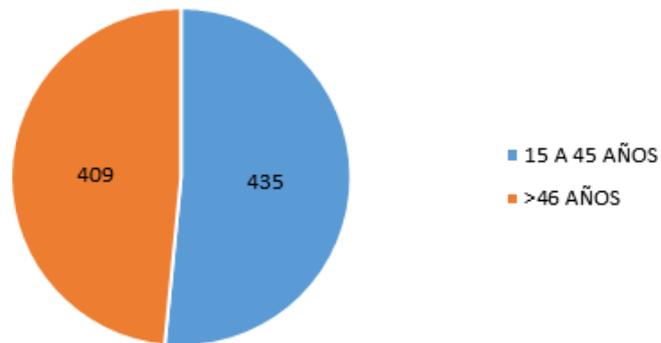


Figura 8: GRUPO ETARIO SEGUN CRITERIOS DE INCLUSION

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 45 AÑOS	435	51,54%
>46 AÑOS	409	48,46%
TOTAL	844	100,00%

Tabla 13: GRUPO ETARIO SEGUN CRITERIOS DE INCLUSION

PREVALENCIA DE EMBARAZADAS

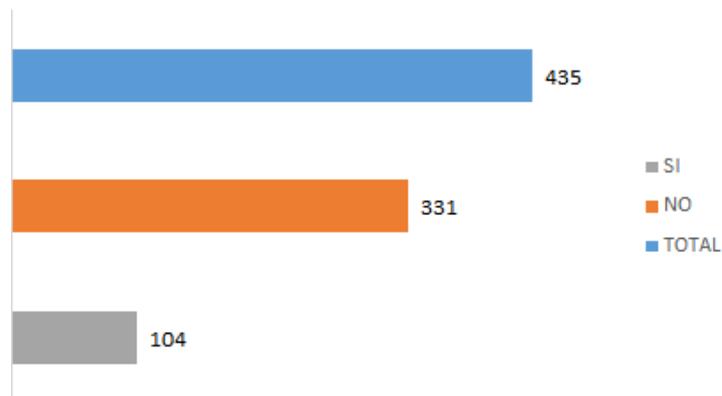


Figura 9: PREVALENCIAS DE EMBARAZADAS

EMBARAZADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	104	23,91%
NO	331	76,09%
TOTAL	435	100,00%

Tabla 14: PREVALENCIA DE EMBARAZADAS

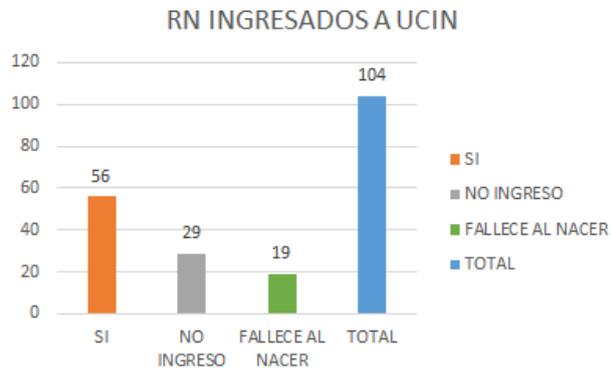


Figura 10: RECIEN NACIDOS INGRESADOS A UCIN

RN INGRESADOS A UCIN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INGRESADOS	56	53,85%
NO INGRESO	29	27,88%
FALLECE AL NACER	19	18,27%
TOTAL	104	100,00%

Tabla 15: RECIEN NACIDOS INGRESADOS A UCIN

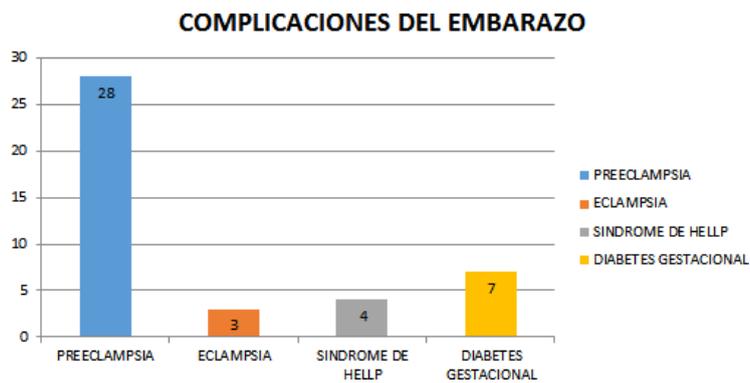


Figura 11: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

PREVALENCIA DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS



Figura 12: PREVALENCIA DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS

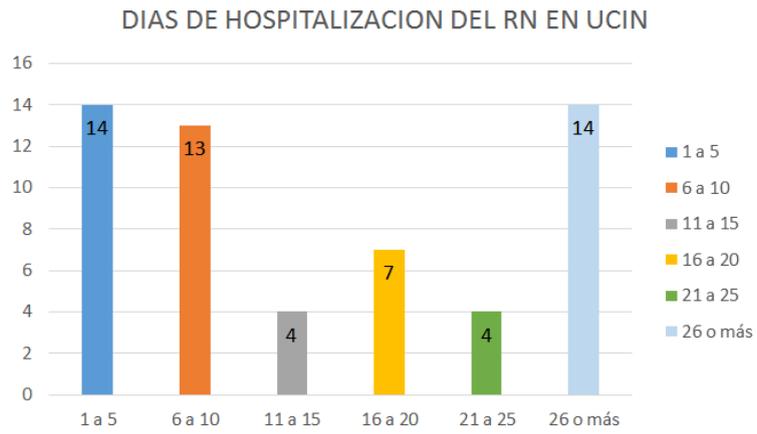


Figura 13: DIAS DE HOSPITALIZACION DE RN EN UCIN

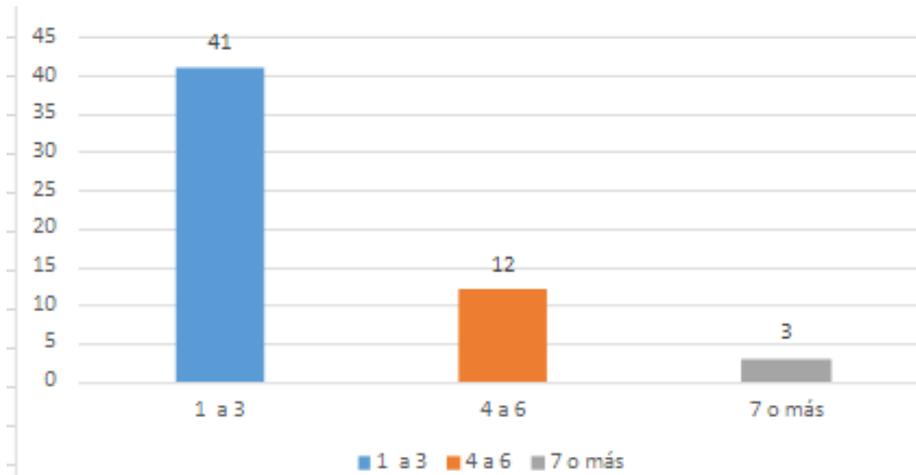


Figura 14: NUMERO DE SESIONES DE PSICOLOGIA

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Elsa Elizabeth, Figueroa Mera**, con C.C: **1313113704** autora del trabajo de titulación: **Estado de Salud Mental en mujeres en etapa de Puerperio con recién nacidos hospitalizados en la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando sus derechos de autor.
2. Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil 03 de mayo del 2024



Firmado electrónicamente por:
**ELSA ELIZABETH
FIGUEROA MERA**

F. _____

Figueroa Mera, Elsa Elizabeth

CI: 1313113704

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Estado de Salud Mental en mujeres en etapa de Puerperio con recién nacidos hospitalizados en la Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022.		
AUTOR(ES)	Figueroa Mera, Elsa Elizabeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Yuen Chon Monroy, Vicente Enrique		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	03 de mayo del 2024	No. DE PAGINAS:	34
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Psicología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Salud Mental, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Depresión Postparto, Ansiedad, Recién Nacido.		
RESUMEN	<p>Introducción: Los padres de bebés que requieren de atención neonatal a menudo no están mentalmente preparados para la experiencia. La mayoría de las madres de recién nacidos en UCIN presentan síntomas depresivos o psicológicos. La depresión postparto es la complicación más común, entre el 50% y 80% de las madres experimentan síntomas de fatiga, cambio de humor, facilidad al llanto, confusión, irritabilidad y ansiedad. Objetivos: Evaluar el estado de salud mental en mujeres en etapa de puerperio con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2022. Determinar si la admisión de recién nacidos ingresados en UCIN incrementan el riesgo materno de desarrollar enfermedades mentales, identificar las patologías más frecuentes y establecer el apego de la terapia psicológica. Metodología: El presente estudio es de carácter descriptivo, transversal, retrospectivo observacional para establecer el estado de salud mental en mujeres en etapa de puerperio con recién nacidos en UCIN. De 1383 se filtraron 56 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión bajo los diagnósticos de ingreso con código CIE10: Trastornos de Ansiedad (F418), Episodio Depresivo Leve (F320) y Otros Síntomas y Signos que involucran el Estado Emocional (R458). Resultados: El 57.14% de la muestra presento síntomas y signos que involucran el estado emocional, seguido 25% con Episodio Depresivo Leve y 17.86% Trastornos de Ansiedad, el 73.21% tuvo de 1 a 3 sesiones con terapia psicológica y 66.07% tuvo abandono del tratamiento. Conclusiones: Se concluyó que, de 1383 pacientes diagnosticados en el HTMC en el año 2022, 56 cumplieron con nuestros criterios de investigación, un 57% tuvo ingresos hospitalarios durante el embarazo, el 57.14% fueron diagnosticadas con signos y síntomas que involucran el estado emocional, con asesoría psicológica de 1 a 3 sesiones con 73.21%.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593-979794946	E-mail: elsitafigueroamera@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			