

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES CON EMBARAZO
PRETÉRMINO DEL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

SHARON ALEJANDRA GIL GIRÓN

STEPHANIE MARÍA DE LOS ÁNGELES GALDÁMEZ ALVARADO

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

CONSEJO DIRECTIVO

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de De León

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

M.Sc. José Mariano Gonzáles Barrios

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



Cc. Archivo

CIEPS. 027-2023

Reg. 102-2021

CODIPs. 1409-2023

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

22 de agosto de 2023

Estudiante

Sharon Alejandra Gil Girón

Stephanie María de los Angeles Galdámez Alvarado

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto VIGÉSIMO SÉPTIMO (27°.)** del **Acta CUARENTA - DOS MIL VEINTITRÉS (40-2023)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de agosto 2023, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO SÉPTIMO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES CON EMBARAZO PRETÉRMINO DEL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Sharon Alejandra Gil Girón

Registro Académico 2013-22020

CUI: 2305-20251-0101

Stephanie María de los Angeles Galdámez Alvarado

Registro Académico 2014-01415

CUI: 2723-12770-0116

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el **Dr. Rolando Lemus Rodas** y revisado por la **Licenciada Elena María Soto Solares**

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA



/Bky

Guatemala, 24 de julio del 2023

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

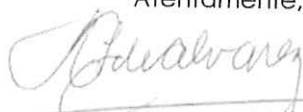
Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes **SHARON ALEJANDRA GIL GIRÓN, CARNÉ NO. 2305-20251-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2013-22020 y Expediente de Graduación No. L-49-2020-C-EPS / STEPHANIE MARÍA DE LOS ANGELES GALDÁMEZ ALVARADO, CARNÉ NO. 2014-01415, REGISTRO ACADÉMICO No. 2723-12770-0116 y Expediente de Graduación No. L-230-2019-C-EPS** han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- **10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional**
- **10 créditos académicos por Trabajo de Graduación**
- **15 créditos académicos por haber realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.**

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación "**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES CON EMBARAZO PRETÉRMINO DEL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT**". mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 01 de JUNIO del año 2023.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente,



M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN



Lucia G.
CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación en físico y digital.



INFORME FINAL

Guatemala, 02 de junio de 2023

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Elena María Soto** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN MADRES CON EMBARAZO PRETÉRMINO DEL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”.

ESTUDIANTES:

Sharon Alejandra Gil Girón
Stephanie María De Los Angeles Galdámez Alvarado


DPI. No.


2305202510101
2723127700116

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 01 de junio de 2023 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 29 de mayo de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”





Guatemala, 02 de junio de 2023

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO EN MADRES CON EMBARAZO PRETÉRMINO DEL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”.

ESTUDIANTES:

DPI. No.

Sharon Alejandra Gil Girón

2305202510101

Stephanie María De Los Angeles Galdámez Alvarado

2723127700116

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 01 de junio de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Elena María Soto
DOCENTE REVISORA



Guatemala, 16 de mayo de 2023

Licenciado

Marco Antonio de Jesús García Enríquez

Coordinador

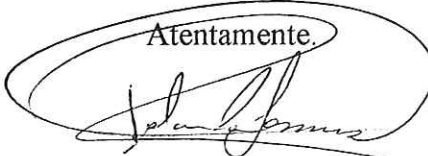
Centro de Investigaciones en Psicología

(CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado "Ansiedad y depresión postparto en madres con embarazo pre término del área de maternidad del Hospital Roosevelt" realizado por las estudiantes Sharon Alejandra Gil Girón. CUI: 2305202510101 y Stephanie María de los Ángeles Galdámez Alvarado CUI: 2723127700116.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en psicología (CIEPs) "Mayra Gutiérrez", por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,


Rolando Lemus Rodas

Doctor y Psicólogo.

Colegiado No. 12134

Asesor de contenido



DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA



FORMULARIO HR- 1

**SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN
DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO**

INVESTIGADOR:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Sharon Alejandra Gal Vizcarra
DIRECCIÓN Domicilio: 14 calle 11-74 zona II de mixco
Teléfonos: 54147277
Correo electrónico: Sharon-2305@hotmail.com

NOMBRE DEL ASESOR: Roberto Lemus
LUGAR DE TRABAJO: Universidad San Carlos de Guatemala
DIRECCIÓN Oficina o Clínica: centro universitario cum
Teléfonos: _____ Extensión: _____
Correo electrónico: rlemus@psu.wisc.edu.gt

Firma: _____ SELLO: _____

ver hojas adjuntas

NOMBRE DEL REVISOR: Elena Soto
LUGAR DE TRABAJO: Universidad San Carlos de Guatemala
DIRECCION oficina o Clínica: Centro universitario cum
Teléfonos: _____ Extensión: _____
Fax: _____
Correo electrónico: esoto@psu.wisc.edu.gt

Firma: _____ SELLO: _____

TITULO DE LA INVESTIGACION: (con letra clara de imprenta)

UNIVERSIDAD: USAC UFM URL UMG OTRA

JEFE DE DEPARTAMENTO DE TESIS DE LA FACULTAD:

Fecha: _____ Teléfono: _____

NOMBRE: Marco Antonio de Jesús Borja Escobar (Firma y Sello)

Teléfono _____ Ext: _____ Correo electrónico: _____

*VER NOTA DE CIERS
Revisado y autorizado.
24. Sep. 2020*

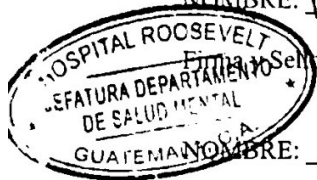


DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA

FORMULARIO HR- 1

JEFES DE DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DONDE
REALIZARÁ EL ESTUDIO:

NOMBRE: Dr. Jaime Escobar NOMBRE: _____



[Handwritten signature]

Jaime Escobar
Médico y Cirujano
Colegiado No. 8,300

Firma y Sello: _____

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

Firma y Sello: _____ Firma y Sello: _____

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO EN
HOSPITAL ROOSEVELT**

El presente trabajo de investigación ha sido revisado y autorizado por el COMITÉ DE
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN dejando constancia para ello. Presentarla al solicitar
documentos propios del hospital.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION:

Fecha: 23-03-2021 Acta No. 640 Punto No. 306

NOMBRE: Dr. José Luis Chacón Montiel

[Handwritten signature]
(Firma y Sello)
[Circular stamp: DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION, HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA]

DIRECCIÓN MÉDICA:

NOMBRE: Dr. Arturo Adolfo Quevedo Girón
Subdirector Médico
Hospital Roosevelt

(Firma y Sello)

NOTA: Al concluir su trabajo y realizar su informe, FAVOR PRESENTAR a la oficina del
Departamento de Docencia e Investigación: EL INFORME FINAL con espiral, adjuntar la NOTA
DEL ASESOR Y REVISOR que se ha realizado eficientemente su trabajo con una fotocopia de
esta forma, dejando la original en el Depto. De Docencia.

Fecha de Entrega: _____ Secretaria: _____

F: _____

JEFE DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION:

Nombre: _____ Firma y Sello: _____



DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA



FORMULARIO HR-1

**SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN
DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO**

INVESTIGADOR:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Stephanie María de la Angeles Galvanet Aliizado
DIRECCIÓN Domicilio: Km 19.4 Carretera al Salvador Villa del Pilar
Teléfonos: 46751505
Correo electrónico: SmOpidamezas@gmail.com

NOMBRE DEL ASESOR: Dr. Rolando Lemus
LUGAR DE TRABAJO: Universidad San Carlos de Guatemala
DIRECCIÓN Oficina o Clínica: Centro Universitario Metropolitano CUM
Teléfonos: _____ Extensión: _____
Correo electrónico: rlamus@psu.usac.edu.gt

Firma: _____ SELLO:

*de las hojas
adjuntas*

NOMBRE DEL REVISOR: Elena Soto
LUGAR DE TRABAJO: Universidad San Carlos de Guatemala
DIRECCIÓN oficina o Clínica: Centro Universitario Metropolitano CUM
Teléfonos: _____ Extensión: _____
Fax: _____
Correo electrónico: esoto@psu.usac.edu.gt

Firma: _____ SELLO:

TITULO DE LA INVESTIGACION: (con letra clara de imprenta)

UNIVERSIDAD: USAC UFM URL UMG OTRA

JEFE DE DEPARTAMENTO DE TESIS DE LA FACULTAD:

Fecha: _____ Teléfono: _____

NOMBRE: _____ (Firma y Sello)

Teléfono _____ Ext: _____ Correo electrónico: _____

*VER NOTA DE CIEPS
(Está Revisado y autorizado
por 27 sep 2020)*



DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA

FORMULARIO HR- 1

JEFES DE DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DONDE REALIZARÁ EL ESTUDIO:

NOMBRE: De Jaime Cabrales NOMBRE: _____



Firma y Sello: [Signature] Firma y Sello: _____

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

Firma y Sello: _____ Firma y Sello: _____

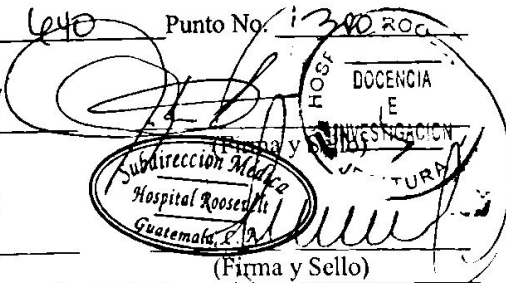
AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO EN HOSPITAL ROOSEVELT

El presente trabajo de investigación ha sido revisado y autorizado por el COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN dejando constancia para ello. **Presentarla al solicitar documentos propios del hospital.**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION:

Fecha: 23-03-2021 Acta No. 640 Punto No. 1300 R.O.C.

NOMBRE: Dr. José Luis Chacón Montiel



DIRECCIÓN MÉDICA: Dr. Arturo Adolfo Quevedo Girón

NOMBRE: Subdirector Médico Hospital Roosevelt

(Firma y Sello)

NOTA: Al concluir su trabajo y realizar su informe, **FAVOR PRESENTAR** a la oficina del Departamento de Docencia e Investigación: **EL INFORME FINAL** con espiral, **adjuntar la NOTA DEL ASESOR Y REVISOR** que se ha realizado eficientemente su trabajo con una fotocopia de esta forma, dejando la original en el Depto. De Docencia.

Fecha de Entrega: _____ Secretaria: _____

F: _____
JEFE DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION:

Nombre: _____ Firma y Sello: _____

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR

Sharon Alejandra Gil Girón

JONATHAN ALEXANDER UREÑA PÉREZ

LICENCIADO EN ARQUITECTURA

COLEGIADO 6513

POR

Stephanie María de los Ángeles Galdámez Alvarado

BLANCA ELIZABETH ALVARADO AMBROCIO

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES, ABOGADO Y NOTARIO

COLEGIADO: 19253

ACTO QUE DEDICO

A:

- DIOS:** Por su bondad, misericordia y amor a mi vida, reconozco que sin Él nada hubiera sucedido, por lo que este logro es por Él y para gloria de Él.
- MIS PADRES BIOLÓGICOS :** Rocael Gil y Julia Girón de Gil, por darme la vida, por velar para que no me hiciera falta nada y por ser un apoyo incondicional en toda mi formación académica y mi vida secular, los bendigo y los amo.
- MIS PADRES ESPIRITUALES:** Hector Dubon y Anabella de Dubon fueron puestos en mi vida con el propósito de bendecirme y guiarme en todo mi proceso.
- HERMANOS:** Vander y Yuly porque me han acompañado a lo largo de mi vida y porque han sido los hermanos ideales para el cumplimiento de mi propósito.
- MI ESPOSO:** Joel Barillas has sido esa persona que me ha acompañado, me ha brindado su apoyo y amor, porque has tomado mi mano, has creído en mí y me has alentado a no rendirme, te amo.
- STEPHANIE GALDÁMEZ:** Por ser mi compañera de tesis y amiga, este proceso no hubiera sido igual sin tu compañía, gracias por esforzarte.
- AMIGOS Y FAMILIA** Cuñados, primos, tíos/as, abuelo/as, porque fueron personas clave en cada uno de mis procesos.
- INSTITUCIONES Y PROFESIONALES.** A la Universidad San Carlos de Guatemala por brindarme la oportunidad de crecer académicamente, a cada uno de los/las licenciados/as y los/las doctores/as que estuvieron en mi formación y me brindaron de su conocimiento.

SHARON ALEJANDRA GIL GIRÓN

ACTO QUE DEDICO

A:

DIOS: Por todo lo que soy y todo lo que tengo, por ser el inspirador y darme la fuerza y sabiduría para terminar este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados en mi vida.

MIS PADRES: Oscar Galdámez y Blanca Alvarado por apoyarme en todo lo que me propongo, por estar siempre que lo necesito, por su amor, sacrificio y por haberme dado la vida. Sin ustedes no sería lo que soy ahora.

A MI ESPOSO: Oscar Menéndez por apoyarme, amarme y animarme a seguir mis sueños y metas sin importar las circunstancias, ha sido un orgullo y privilegio ser tu esposa, te amo.

A MI HIJO: Oscarito gracias por llegar a mi vida a darle motivos para nunca rendirme, a seguir adelante, por enseñarme a ser mamá y que el amor cada día puede ser más grande.

MI COMPAÑERA DE TESIS: SHARON GIL Por ser ese apoyo desinteresado, animarme a seguir adelante, por tu paciencia y esfuerzo que hoy nos permite cumplir un sueño.

A MIS HERMANAS Y AMIGOS: Por su cariño, consejos, oraciones y palabras de aliento que me hicieron una mejor persona y de una u otra manera me acompañan en todos mis sueños y metas.

INSTITUCIONES Y PROFESIONALES. Por haberme abierto las puertas y los conocimientos que hoy me permiten ser y crecer como profesional.

STEPHANIE MARÍA DE LOS ÁNGELES GALDÁMEZ ALVARADO

AGRADECIMIENTO

A:

Dios por poner en nosotras el sueño de ser unas profesionales, por darnos la bendición de tener herramientas para poder cumplirlo y porque hasta este momento nos ha sostenido.

A nuestros padres por ser esa fuente de provisión en nuestra formación académica, a nuestros hermanos/as por apoyarnos y acompañarnos en el camino y hacer de él un camino fácil de andar.

Nuestros familiares por el amor y apoyo brindando en este proceso.

Nuestros amigos/as por ser personas de motivación y apoyo en nuestro proceso.

Universidad San Carlos de Guatemala por ser nuestra casa de estudios

Hospital Roosevelt por abrir sus puertas y confiar en nosotras

Cada una de las internas y doctores del hospital, por brindarnos su confianza y apoyo en la realización de nuestra investigación.

Dr. Rolando Lemus por su apoyo y asesoramiento en este proceso.

Licda. Elena Soto por el tiempo brindado y el apoyo en la aprobación de esta investigación.

INDÍCE

Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	5
1. Planteamiento del problema y marco teórico	5
1.01. Planteamiento del problema	5
1.02. Objetivos	9
1.02.01. General:	9
1.02.02. Específicos:	9
1.03. Marco teórico	10
1.03.01. Antecedentes	10
1.03.02. Contexto Nacional:	12
1.03.04. Embarazo y el impacto en la mujer	13
1.03.05. El parto	16
1.03.06. Parto prematuro o pre término	17
1.03.07. Puerperio	18
1.03.08. Depresión	19
1.03.09. Depresión post parto	20
1.03.10. Ansiedad	22
1.03.11. Formas de abordaje	24
Capítulo II	26
1. Técnicas e instrumentos	26
1.03. Enfoque y modelo de la investigación	26
2.02. Técnicas	26
2.02.01. Técnica de muestreo	26
2.02.02. Técnicas de recolección de datos	26
2.02.03. Técnica de análisis de datos	27
2.03. Instrumentos	27
2.03.01. Test de Ansiedad de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)	27
2.03.02. Escala	27
2.04. Operacionalización de objetivos	28
2.04.01 Categorías	36
2.04.02. Hipótesis	36

Capítulo III	38
3. Presentación, interpretación y análisis de resultados	38
3.01. Características del lugar y de la muestra	38
3.01.01. Características del lugar	38
3.01.02. Características de la muestra	39
3.02. Presentación e interpretación del resultado	45
3.02.01. Resultado Test SEAS	45
Resultados test Edimburgo	57
3.03. Análisis general	69
Capítulo IV	71
4. Conclusiones y recomendaciones	71
4.01. Conclusiones	71
4.02. Recomendaciones	71
Anexos	79
1. Consentimiento informado	80
2. Test SEAS	82
3. Escala Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)	83

Resumen

“Ansiedad y depresión postparto en madres con embarazo pre término del área de maternidad del Hospital Roosevelt”

La presente investigación tuvo como objetivo general describir la sintomatología de ansiedad y depresión postparto con el embarazo pre término que tuvieron las mujeres que se encontraban en el área de maternidad del Hospital Roosevelt. Se consideran como objetivos específicos los siguientes: Conocer la sintomatología de ansiedad y depresión en las madres que han tenido parto pre término, Identificar si las mujeres que han tenido parto pre término presentan pensamientos recurrentes sobre el bienestar del bebé y de sí mismas, como también identificar si presentan sentimientos de culpa y describir cuáles son los síntomas emocionales que presentan las mujeres con embarazo pre término para conocer los síntomas con mayor prevalencia en todas las madres.

El estudio fue dirigido a madres con embarazo pre término del área de maternidad del Hospital Roosevelt. En referencia al aspecto metodológico se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple, para determinar a la población con la que se estuvo trabajando, Luego se realizó la prueba piloto para verificar que los resultados sean los necesarios. Para las técnicas de recolección de datos se utilizó: El Test SEAS y el instrumento fue la Escala Edimburgo

Con lo que se concluye que el 60% de las madres que tuvieron parto pre término presentaron pensamientos de culpabilidad y emociones cambiantes según el TEST SEAS, como también los niveles de ansiedad y depresión no se vieron elevados al tener al bebé en condiciones prometedoras de una calidad de vida adecuada.

Por lo tanto, las madres encuestadas con el test Edimburgo, no presentaron depresión post parto.

Prólogo

El trabajo de investigación presentado a continuación lleva el título de “Ansiedad y depresión postparto en madres con embarazo pre término del área de maternidad del Hospital Roosevelt” el cual consiste en describir la sintomatología que tiene la depresión y la ansiedad postparto en un embarazo pre término, la investigación está dividida en 13 capítulos, los primeros tres capítulos están basados en por qué se decidió investigar la ansiedad y depresión postparto en embarazos pre término, los demás capítulos están relacionados a definiciones de las palabras claves de nuestra investigación. Y en la parte final se encuentra una lista bibliográfica de los libros, artículos y páginas web utilizadas en esta investigación, también los anexos como evidencia de nuestro trabajo.

El presente trabajo pretende describir la sintomatología de los niveles de ansiedad y depresión que han tenido un parto pre término, identificar si estas mujeres han tenido pensamientos recurrentes sobre el bienestar del bebé y de sí mismas, como también identificar los sentimientos de culpa, así como describir cuáles son los síntomas emocionales que presentan estas mujeres.

La depresión es una problemática del estado de ánimo que puede afectar a cualquier persona sin importar su sexo, edad o condición física o mental, esto puede afectar su salud mental y calidad de vida, la depresión postparto va acompañada de tristeza, sentimientos de culpa y ansiedad, estos síntomas pueden también afectar la capacidad de una mujer para cuidarse a sí misma, al bebé y a su familia, se le llama postparto porque ocurre después de dar a luz, este trastorno es consecuencia de múltiples factores, físicos, emocionales, hormonales y la experiencia del embarazo. Muchas mujeres no reconocen su cambio de ánimo después del parto ya que en cada persona pueden ser diferentes es por esto que se necesita de un especialista en salud mental que preste sus servicios.

Por ello la presente investigación se realizó con 25 madres con parto pre término del área de maternidad del Hospital Roosevelt en donde se les aplicaron dos test, Edimburgo y SEAS, el primero es una escala de 1º preguntas que se encarga de identificar a las mujeres que sufren depresión y el segundo es una evaluación a nuestro nivel de ansiedad

La ansiedad al igual que la depresión es una problemática del estado de ánimo que consiste en un estado de malestar psicofísico que se vivencia como una amenaza, es una respuesta emocional ante un estímulo no identificado. Algunos de los síntomas de la ansiedad se pueden presentar como inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego.

La ansiedad postnatal se asocia a experiencias de parto negativas, complicaciones en el embarazo, ansiedad perinatal y dificultad para afrontar el embarazo o parto, por lo que también podemos incluir en las madres evaluadas las experiencias negativas y la situación que se está atravesando a nivel mundial, la cual es la dispensación de COVID-19 y sus variantes.

Por lo que esta investigación refleja la importancia de un trabajo integral entre salud mental y médico después del parto, ya que las mujeres después del parto necesitan un acompañamiento psicológico que las ayude a entender sus sentimientos, emociones, cambios físicos y posibles necesidades que tendrán a nivel general, por lo que quienes le brindaran herramientas para sobrellevar el postparto, es el personal capacitado.

Dentro de los alcances logrados en la investigación fueron el tener contacto con las madres para evaluar la salud mental en cada una de ellas, la realización de pruebas para evaluar su salud mental y también se alcanzó el brindar psi-coeducación de forma personalizada durante la realización de las pruebas que nos darían la respuesta que busca dicha investigación. Dentro de las limitaciones se puede tomar en cuenta la pandemia que afecto de forma a nivel mundial, ya que en diversas ocasiones se tuvo limitación en el contacto con las madres para evitar que el virus

fuera propagado en el área de maternidad, tomando en cuenta que, es un área delicada no solamente para el personal médico, sino también para las madres internas.

En conclusión esta investigación muestra que los estudios en el ámbito de salud mental son importantes y fundamentales para prevenir posibles riesgos de depresión postparto o ansiedad y trastornos infantiles por negligencia y alteraciones en el apego, por lo tanto se agradece el apoyo brindado por las autoridades del Hospital Roosevelt, a las mujeres que formaron parte de esta investigación y a la Escuela de Psicología por orientarnos a realizar este trabajo con éxito.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01. Planteamiento del problema

La organización mundial de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2018) define que “el embarazo es el período de tiempo de aproximadamente nueve meses en los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer”. Entonces se dice que el embarazo es un proceso de 9 meses o 40 semanas, que puede mostrar diferencia alguna de una mujer a otra.

Durante la realización de prácticas supervisadas de Psicología Clínica en el Hospital Roosevelt, se observó la necesidad de atención psicológica que requieren las mujeres que se encuentran hospitalizadas en el tercer nivel del área de maternidad. Ya que, por el hecho de estar embarazadas y con un embarazo de alto riesgo, algunas recibían atención psicológica para brindarles una estabilidad emocional y debida a que algunos de los embarazos de alto riesgo terminan en parto prematuro. Según la OMS el parto prematuro o pre término es el parto donde la madre da a luz entre la semana 22 a la semana 36 de gestación, dividiéndose en 3 sub categorías basadas en la edad gestacional, las cuales son: extremadamente prematuro (menos de 28 semanas), muy prematuro (28-32 semanas), prematuro moderado (32-37 semanas).

Un artículo publicado en Estados Unidos (Balest, 2022) menciona que los recién nacidos prematuros pueden clasificarse en 4 categorías las cuales son: extremadamente prematuros (menor a 28 semanas). Muy pre término (28 a 31 semanas). Moderadamente pre término (32 a 33 semanas) y pre término tardío (34 a 37 semanas).

Los prematuros también son clasificados por su peso al nacer, extremadamente bajo, muy bajo peso y bajo peso al nacer; como también pueden clasificarse en dos etapas:

La primera es cuando el parto pre término es espontáneo y la segunda es cuando el parto pre término es iatrogénico, es decir que, es el que se da por indicación médica ante una complicación en el embarazo, es ahí donde surge la necesidad de investigar él porque es importante describir los niveles de ansiedad, pensamientos o emociones que presenta una mujer que ha pasado por dicha situación y que ha tenido como resultado, un bebé prematuro. Se dice que la ansiedad proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción y consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.

Un artículo publicado en Estados Unidos menciona que la incidencia y la gravedad de las complicaciones de los prematuros aumentan con la disminución de la edad gestacional y el peso al nacer y sobre todo en los prematuros nacidos antes de las 34 semanas. (Balest, 2022)

Dentro de este planteamiento se toma como delimitación a las mujeres que han tenido parto prematuro y han tenido como resultado un bebé con un peso y tamaño menor al de un parto a término, porque se pretende evaluar y conocer la sintomatología que tiene la madre durante el embarazo con el suceso que acaba de vivenciar, debido a que las mujeres que han tenido parto pre término y se encuentran en el tercer nivel son aisladas del bebe, convirtiéndose en personas vulnerables y tomando en cuenta que sí durante el embarazo padecieron de ansiedad y estrés, son más propensas a padecer depresión postparto.

Según un estudio sueco publicado en (Revista Colombiana de Psiquiatría, Martínez K, Jácome, Natalia, 2017) dice que “la depresión de las mujeres durante el embarazo está asociada con un mayor riesgo de parto prematuro”. También se ha demostrado que el

estrés materno, como la muerte de un ser querido, la falta de apoyo social, o una relación hostil, aumenta el riesgo de parto prematuro.

Otro estudio realizado en Chile en la Revista Médica Clínica Las Condes, (Jadresic, 2017) dice que “la depresión post parto puede empezar durante el embarazo”, estudios posteriores han mostrado que existe continuidad en la sintomatología anímica perinatal. En la actualidad se sabe que alrededor del 50% de los episodios de depresión posparto comienza en realidad en el embarazo.

Según la Revista Médica de Chile (Mendoza, 2015) muestra que la prevalencia a nivel mundial de depresión post parto a lo largo de la vida, fluctúa entre el 10 y 20% observándose mayores valores en madres adolescentes.

Ahora si se intenta definir el estrés. Desde (Selyé Hans, 1935) hasta la actualidad este concepto ha ido evolucionando y por tanto sus definiciones también. Según desde el campo que se intente definir se puede tratar de diferentes formas: ya sea como condición ambiental, respuesta o consecuencia.

Durante años se ha intentado agrupar todo aquello que se conoce hasta la actualidad del estrés en diferentes categorías (causas, mediadores, efectos, tratamientos, medidas....) Si se toma la definición de la (Organización Mundial de la Salud, 2018) el estrés es "El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción" observamos que sólo hace referencia a las reacciones fisiológicas y no psicológicas, por ello es un ejemplo de la dificultad de definir el término.

Después de conocer el trabajo que se realizó en años anteriores en el curso de Módulo de Practica supervisada, se plantea dicha investigación, porque se pretende describir la sintomatología de ansiedad y depresión con el parto pre término en 25 mujeres que han tenido pérdida del neonato, identificando mediante test y pruebas, los pensamientos que

presentaron dichas mujeres, por ejemplo, pensamientos de culpa, sentimientos de vacío, desesperanza y niveles de ansiedad.

Tomando en cuenta este contexto, el presente estudio titulado “Ansiedad y depresión postparto en madres con embarazo pre término del área de maternidad del Hospital Roosevelt”. Tiene contemplado dar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la sintomatología de la ansiedad y depresión postparto en el parto pre término?, ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión que presentan las mujeres que han tenido parto pre término?

1.02. Objetivos

1.02.01. General:

Describir la sintomatología de ansiedad y depresión postparto con el embarazo pre término que han tenido las mujeres que se encuentran en el área de maternidad del Hospital Roosevelt

1.02.02. Específicos:

- Conocer la sintomatología de la ansiedad y depresión en las madres que han tenido parto pre término
- Identificar si las mujeres que han tenido parto pre término presentaron pensamientos recurrentes sobre el bienestar del bebé y de sí mismas, como también los sentimientos de culpa.
- Describir cuáles son los síntomas emocionales que presentan las mujeres con embarazo pre término para conocer los síntomas con mayor prevalencia en la población de las madres estudiadas.

1.03. Marco teórico

1.03.01. Antecedentes

Dentro del país de Guatemala es clara la desinformación que existe sobre educación sexual y el cuidado dentro de un embarazo, por lo que existen mujeres que tienen complicaciones diversas debido a la falta de cuidados físicos y emocionales desde los primeros meses de gestación y durante su vida sexual.

En Guatemala, un estudio reportó una prevalencia para depresión postparto de 17.6% en la maternidad cantonal de San José Pínula, además se validó la escala de depresión postparto de Edimburgo como tamizaje para la depresión postparto y se demostró que dicho test puede ser utilizado en el medio guatemalteco. La depresión postparto se hace más presente en los países en desarrollo como lo es Guatemala como lo dice Fuentes, Alicia. (Enero de 2016).

La prevalencia de este trastorno fluctúa entre 10% y 20%, según (Fuentes, 2016), siendo tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados.

Independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir depresión postparto.

Los estudios realizados sobre depresión postparto son muy pocos aún, por lo que es necesario conocer la prevalencia de pacientes con embarazos catalogados como de alto riesgo con depresión postparto o con embarazo pre término, para la identificación temprana de este trastorno en el sistema de salud guatemalteco. Según Fuentes, Alicia. (Enero de 2016)

El puerperio es uno de los períodos en que se ha comprobado que puede existir con más facilidad algún cambio en el estado de ánimo. La depresión postparto afecta a 1 de cada 8 puerperas a nivel mundial. Se estima que en países desarrollados hay una prevalencia de

10 al 20 % de depresión postparto, pero en América Latina esa cifra puede ascender hasta un 38%. (Fuentes, 2016).

Los factores de riesgo más importantes están relacionados con vivir en condiciones de pobreza, analfabetismo, no tener pareja estable, ser madre primeriza joven, embarazo no planeado. Las condiciones económicas adversas de Guatemala, la falta de políticas nacionales serias de planificación familiar y la poca cobertura de atención psicológica y psiquiátrica, así como el clima de violencia hacen que los embarazos en adolescentes sean cada vez más frecuentes, lo que hace a este país sumamente vulnerable. Fuentes, Alicia. (Enero de 2016).

La depresión postparto es un trastorno de la salud mental que representa 4 de las 10 causas principales de discapacidad. Es importante saber que en Guatemala los trastornos de salud mental afectan al 27.8% de la población total, la población femenina es la más afectada por este trastorno sin embargo solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha consultado a algún profesional de salud por emociones o problemas de salud mental.

Existe una alteración en el estado de ánimo que se produce a consecuencia de los cambios hormonales, psicológicos y sociales que conlleva el nacimiento, a este proceso emocional se le conoce como “Maternity Blues”, “Baby Blues”, “tristeza post- parto” o “días azules”. Es importante mencionarlo ya que este suele aparecer entre el tercer y quinto día después del parto y suele desaparecer tras pasar 15 días aproximadamente (PSISE, 2017).

No se sabe exactamente las causas de la maternity blues, varios autores apoyan a la teoría hormonal en la que se estima que los estrógenos, la serotonina, progesterona y prolactina son las responsables de los cambios que experimentan las madres. Otros estudios proponen que los niveles elevados de mono amino-oxidasa disminuyen la actividad serotoninérgica en el puerperio inmediato, lo cual puede predisponer el desarrollo de Maternity Blues (Sacher, 2010)

Según (Kay, 2021) menciona que los síntomas de la depresión posparto pueden surgir en el primer mes después del parto o hasta 1 año después. No se sabe exactamente que causa la depresión posparto pero los factores genéticos y ambientales pueden desempeñar un papel así como haber tenido un parto prematuro o un bebé con bajo peso al nacer.

Ahora, cabe mencionar que, el trabajo de parto pre término es el causante del 50 al 70 % de la mortalidad neonatal y del 50% de las alteraciones neurológicas por lo que lo hace responsable de las complicaciones neonatales al nacer como depresión. En Guatemala el parto pretermo es uno de los principales motivos de ingreso y además es uno de los principales causales de complicaciones en la población de neonatos atendidos en el hospital, pues se tiene registrado, que del total de neonatos ingresados a las salas de intensivo neonatal un 45% son producto de un Parto Pre término.

Según reportes de UNICEF (2013, p.106), “en Guatemala para el año se reportaba 15 muertes de recién nacidos por cada mil nacidos vivos”

1.03.02. Contexto Nacional:

Según el observatorio en salud reproductiva (OSAR) en el 2019 hubieron 11,6349 embarazos y para octubre de ese mismo año hubieron 71188 nacimientos.

En Guatemala se estima que el parto pre término es el causante del 50 al 70% de las muertes neonatales así mismo de las alteraciones neurológicas o psicológicas que esto pueda traer ya que la madre que atraviesa este proceso se puede sentir ansiosa, confundida, nerviosa, alterada y triste por lo que esto desencadenara posibles alteraciones psicológicas.

1.03.04. Embarazo y el impacto en la mujer

El embarazo es conocido como un proceso de cambios hormonales, fisiológicos y sociales constantes para la madre, estos afectan a la madre durante todo el proceso hasta el puerperio. Dichas alteraciones pueden llegar a provocar algunos cambios psicológicos o mentales juntamente con otros factores externos.

Para algunas mujeres el embarazo tiene mucha importancia en la sociedad ya que ellas demuestran que son fértiles, para tener un lugar reconocido en la sociedad. Debido a que existe una expectativa cultural de que las mujeres tienen que procrear y que la identidad femenina está vinculada al embarazo y llegar a ser madre. Por lo que quedar embarazada tiene una gran presión en la mujer. El embarazo es suceso de suma que marca un tiempo en la mujer, ya que estará en constantes cambios no solo físicos por los próximos nueve meses sino que también en las costumbres, hábitos y vida cotidiana, Así como también en ella recae la responsabilidad de alimentar y cuidar al recién nacido a lo largo de la vida. Es por ello que es significativo reconocer la magnitud física, emocional y social de la maternidad.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), el embarazo es el período de tiempo de aproximadamente nueve meses en los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Entonces se dice que el embarazo es un proceso de 9 meses o 40 semanas, aunque esto puede cambiar de una mujer a otra, ya que unas pueden tener un embarazo de menos de 40 semanas y otras llegar incluso a las 42 semanas. Indicando que las primeras 3 semanas del embarazo el ovulo es fecundado por el espermatozoide, luego, el ovulo se divide para que el espermatozoide llegue a convertirse en un embrión, el cual viajara por las trompas de Falopio para poder llegar al útero.

En la cuarta semana del embarazo el embrión ya se alojó en el útero de la madre, para que en la semana cinco, se comience a formar el corazón y el sistema circulatorio.

En la semana 6 se empieza a formar la cara del bebe, así mismo los riñones, hígado y pulmones.

En la séptima semana la boca y lengua del bebé se están desarrollando, así como el crecimiento neuronal y empiezan a formarse unos pequeños brotes que serán los brazos y piernas. En la siguiente semana se desarrollan los labios, nariz, parpados, piernas y espalda.

A las 9 semanas del embarazo se empiezan a formar los músculos del bebe, en la décima semana del embarazo se empieza a desarrollar su estómago y los riñones están listos para empezar a funcionar también se empiezan a desarrollar los dientes debajo de sus encías.

En la semana 11 y 12 se empieza a desarrollar las uñas y los folículos del pelo, mientras que los dedos de los pies y manos ya han sido desarrollado y el sistema digestivo del bebé está empezando a practicar movimientos de contracción que serán necesarios para poder comer, para este tiempo la médula ósea ya está empezando a producir glóbulos blancos.

En la semana 13 se empiezan a desarrollar las cuerdas bucales, el intestino empieza a moverse y los huesos de brazos y piernas ya están formándose.

En la semana 14 se forma el pelo en el cuerpo el cual lo mantendrá cálido.

En la semana 15 y 16 empezara a mover los dedos de las manos y pies, mientras, los oídos y ojos ya se encienden en su lugar y se empiezan a formar los huesos del oído.

En las siguientes tres semana el bebé el corazón del bebé ya está regulado por el cerebro, empieza a bostezar, durante esta semana se desarrollan sus huellas dactilares.

En la semana 20 la madre ya se encuentra a la mitad del embarazo, ha transcurrido por bastantes cambios hormonales y físicos, por lo que en esta semana ya se puede saber el sexo del bebe.

De la semana 21 a la 23 ocurre lo siguiente: ya se van desarrollado las cejas y pestañas, percibe la luz y la oscuridad y algunos sonidos.

En la semana 24 el oído se ha desarrollado más, por lo que puede oír sonidos fuertes.

Durante la semana 25 y 26 los capilares debajo de su piel empiezan a llenarse de sangre, los ojos empiezan a abrirse, en la semana 27 él bebé ya es capaz de reconocer la voz de la madre.

En la semana 28 y 29 el bebé empieza a buscar la posición adecuada para el parto.

En la semana 30 el pelo que tenía en su cuerpo para mantenerse cálido ha comenzado a desprenderse.

En la semana 31 él bebé tiene patrones de sueño y vigilia.

Durante la semana 32 y 33 empieza a desarrollar grasa debajo de su piel y su sistema inmune continúa desarrollándose.

En la semana 34 y 35 las uñas ya han alcanzado la punta de los dedos, por lo que, en la semana 36 la mayoría de los sistemas ya estarán desarrollados y algunos esperando el parto para comenzar a funcionar. El parto que ocurre hasta esta semana se le conoce como pre término, debido a que en la semana 37 los movimientos del bebé son menos, ya que, no tiene tanto espacio, pero sigue ejercitando sus pulmones respirando.

En la semana 38 y 39 el cerebro sigue evolucionando y creciendo y al llegar la última semana de embarazo los huesos del cráneo no se han pegado, la placenta le proporciona anticuerpos y tiene suficiente grasa bajo la piel para mantener su calor corporal al momento del parto.

Durante el embarazo la mujer también tiene cambios emocionales, afortunadamente estos son temporales y se consideran como normales. Los cambios psicológicos son de mucha importancia durante el embarazo porque afectan a las situaciones familiares, sociales y económicas. Los cambios emocionales se deben a las hormonas, ya que durante los 3 primeros

meses de embarazo, la futura mamá puede vivir momentos de una gran fluctuación emocional y es habitual experimentar ansiedad, ambivalencia y frecuentes cambios de humor así mismo en esta fase la mujer experimenta un excesivo sueño por lo que querrá dormir la mayor parte del día, también tendrá náuseas por lo que digiere.

En el segundo trimestre (del 4to al 6to mes) Se caracteriza por ser un período de tranquilidad emocional ya que los cambios hormonales se han estabilizado y la futura mamá ha tenido tiempo de adaptarse psicológicamente a la gestación. La futura mamá puede experimentar de nuevo deseo sexual favorecido por un aumento de la sensibilidad.

En el tercer trimestre la futura madre experimenta dificultades para dormir, la micción frecuente, los dolores de espalda y el cansancio; aumenta la ansiedad por conocer al bebé, el miedo al parto y la inseguridad ante la crianza

Entre los cambios emocionales que se pueden dar durante los tres trimestres del embarazo son los siguientes: euforia, tristeza, llanto, ansiedad, miedo y miedos.

Según el artículo (“Depresión Postparto,” 2012) menciona que la depresión posparto puede afectar a mujeres que han tenido embarazos fáciles o problemáticos, así también que lo que puede poner en riesgo la depresión posparto es tener un bebé con necesidades especiales (parto pre término o con problemas de salud)

Y el artículo (Muñoz, 2017) menciona que la depresión o la ansiedad durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de depresión posparto, así mismo como haber tenido un embarazo complicado.

1.03.05. El parto

A este suceso conocido como parto tiene un impacto enorme en la salud mental, física, emocional y socioeconómica de las mujeres y sus familias. Ya que, después de los 9 meses de

embarazo de cambios y adaptación, llega el momento del parto, proceso natural en donde se expulsa el feto del interior de la madre, la expulsión puede ser por la parte abdominal mediante una cesárea o lo que se conoce como parto natural o vaginal. Es importante mencionar que el parto puede ocurrir durante los 9 meses de embarazo.

El parto se da en un proceso que consta de tres etapas:

1. La dilatación: es el momento en el que la madre comienza a tener contracciones, las cuales ayudaran a que el útero de la madre logre dilatarse.
2. Período expulsivo es el momento en el que se obtiene una dilatación completa de 10 centímetros aproximadamente y el feto es expulsado del interior al exterior de la madre.
3. Alumbramiento: es la etapa del nacimiento y en donde expulsa la placenta

1.03.06. Parto prematuro o pre término

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) “El parto prematuro o pre término es el parto donde la madre da a luz entre la semana 22 a la semana 36 de gestación, dividiéndose en dos etapas”. La primera es cuando el parto pre término es espontaneo y la segunda es cuando el parto pre término es iatrogénicos, es decir que, son los que se dan por indicación médica ante una complicación en el embarazo.

Romero, Roberto (2018). Considera 7 causas del parto pre término: infección intrauterina, Isquemia uteroplacentaria, Distensión uterina excesiva. Enfermedad cervical, Reacción anormal del injerto, Fenómenos alérgicos y Trastorno endocrino.

1.03.07. Puerperio

El puerperio comienza inmediatamente después de que el cuerpo ha expulsado la placenta hasta los 40 días después del parto. En este período el cuerpo se recupera de algunos cambios que tuvo durante el embarazo, como el aspecto fisiológico de los órganos, físicos y emocionales. En esta etapa se le recomienda a la mujer que no tenga relaciones sexuales, debido a que su cuerpo todavía está volviendo a su normalidad.

El puerperio comprende diferentes etapas:

- “Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después de parto. En este período la madre ha perdido una gran cantidad de sangre por lo que es importante que el médico la tenga en observación, para vigilar el pulso, temperatura y la tensión arterial.
- Puerperio alejado: concluye en torno a los 40-45 días de postparto.
- Puerperio tardío: Abarca desde los 45 días hasta un límite impreciso”

En la etapa del puerperio es importante para la recuperación de la madre con dieta y ejercicio si ella se siente en condiciones de realizarlo, así como formar y fortalecer el vínculo con él bebé.

Durante el proceso fisiológico del embarazo, la mujer experimenta tanto cambios físicos como hormonales. Estas alteraciones, junto a otros factores externos pueden llegar a provocar alteraciones o trastornos psicológicos.

“Existe una serie de factores psicológicos, sociales y culturales que hacen a la mujer más vulnerable en relación a los problemas emocionales durante diferentes etapas de la vida reproductiva” Flores, (2013).

“Las alteraciones psicológicas prevalentes son la ansiedad, el estrés, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios y la depresión. Estos trastornos tratados a tiempo, tienen un índice de sanación mayor que aquellos que no se detectan a tiempo” Who, (2017).

La doctora, Lola Rovati (2007) considera que el puerperio tiene una duración de más de 40 días, ya que el cuerpo físicamente, anatómicamente y emocionalmente tiene que recuperarse del embarazo y del parto. Ella considera que el puerperio puede durar en lo que se normaliza el sistema hormonal, la madre se adapte a la maternidad o deje de dar lactancia.

Según (Roig, 2020) menciona que durante los primeros días del nacimiento es habitual que una de cada dos madres se sientan tristes o con ganas de llorar, este emocional puede durar desde unas horas hasta 4-5 días.

1.03.08. Depresión

“La depresión durante el embarazo o posterior del parto, suele producirse por desequilibrios químicos en el cerebro, estrés, tristeza, antecedente familiares, conflictos psicológicos, sumado a la los numerosos cambios hormonales, emocionales, sociales y físicos” según Gómez López ME, Aldana Calva E. (2008)

Según la OMS la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos.

Según el número, intensidad y duración de los síntomas, los episodios de depresión pueden ser leves, en las tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. Moderados y

graves en donde la persona puede tener dificultad o improbabilidad de realizar actividades laborales o domésticas.

El DSM IV define el episodio depresivo mayor como un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. (DSM IV. 1995. P. 326) En los episodios posparto puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Cuando hay ideas delirantes, es frecuente que se refieran al recién nacido. Es frecuente que las mujeres con episodios depresivos mayores posparto presenten una gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo mucho después de lo que suele durar la tristeza posparto DSM IV.(1995)

1.03.09. Depresión post parto

“La depresión posparto, es aquel desequilibrio emocional que va de moderado a intenso en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde” Medline plus. (2016).

Es descrito como un estado de ánimo depresivo cuando se está acompañado de fatiga, llanto, confusión y alteraciones del pensamiento. Actualmente se ha evidenciado que además se acompaña de labilidad emocional, disforia y ansiedad. (Henshaw, 2003).

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Puede aparecer días o meses después del parto. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.

Es importante mencionar que durante las primeras dos semanas después del parto, es normal que la mujer sienta tristeza, cansancio y ansiedad. Sin embargo, si los síntomas persisten después de semanas o meses ya se puede tratar de una depresión post parto.

“Para las mujeres, esta depresión supone un deterioro de su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales, afectando así a su estilo de vida cotidiano, llegando a descuidar al niño e incidiendo así en su desarrollo” Vera JK. (2016).

La depresión postparto puede ser un tipo de depresión mixto “en el que el sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez. Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida.” DSM IV, (1994).

Algunos de los sentimientos que se suelen presentar en la tristeza posparto son:

- Imposibilidad de relacionarse con él bebe
- Episodios de llanto
- Sentimientos de pérdida: al sentir que una etapa de la vida ha finalizado, que se ha perdido la libertad o independencia.
- Fantasías versus realidad: el posparto no era lo que la madre se había imaginado.
- Adaptación a la maternidad
- Emociones confusas
- Cambios hormonales
- Problemas hospitalarios o con el parto

1.03.10. Ansiedad

“La presencia de ansiedad postnatal, se asocia a experiencias de parto negativas, complicaciones durante el embarazo, acontecimientos vitales negativos, ansiedad perinatal, dolor y dificultad para afrontar el parto” Marín Morales, (2017). Pero, la ansiedad también puede tener valor adaptativo para impulsar a las mujeres a prepararse para una transición vital importante, para asumir el nuevo rol y para desarrollar conocimientos acerca de la salud neonatal e infantil

El término ansiedad proviene del latín *anxieta*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

La presencia de ansiedad materna en la segunda mitad del embarazo puede producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño, cambios que lo harán más vulnerable. Por estas complicaciones, las mujeres embarazadas generalmente son alentadas a modificar su autocuidado y hábitos personales para asegurar una salud materna y fetal óptima

La presencia de ansiedad postnatal, se asocia a experiencias de parto negativas, complicaciones durante el embarazo, acontecimientos vitales negativos, ansiedad perinatal, dolor y dificultad para afrontar el parto Morales, (2017).

La ansiedad es probable que sea mayor en mujeres que saben que el desarrollo intrauterino está comprometido, es decir un embarazo de riesgo. Pero, la ansiedad también puede ser de forma positiva para adaptarse a impulsar a las mujeres a prepararse para una transición

vital importante, para asumir el nuevo rol y para desarrollar conocimientos acerca de la salud neonatal e infantil.

La ansiedad es una respuesta emocional ante un estímulo o amenaza no identificados, que se caracteriza por la presencia de sentimientos de inquietud, excitación e inseguridad

Según el Dr. Viktor Frankl (2006), cuando la búsqueda del significado le es frustrada al humano, se produce lo que él llama frustración existencial. Se desarrolla a partir de una sensación de vacío interno el cual manifestamos de distintas maneras. Él señaló que una de las actitudes básicas del ser humano debe ser tomar conciencia de sus responsabilidades y ser fiel a ellas. El principio de una vida con significado está en vivir de forma responsable con relación a nosotros mismos y a los demás. “Este es un proceso de desarrollo continuo, es decir que no es un estado que llegamos a alcanzar definitivamente” Muñoz, (2006).

El DSM IV define la crisis de angustia por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control. (DSM IV, 1994).

Dentro del marco psicológico se han identificado como posibles factores causales circunstancias, relaciones y contextos de vida estresantes, pérdida de recursos personales, bajo nivel socioeconómico, ansiedad, depresión y el bajo apoyo social. La ansiedad es un elemento esencial que forma parte de la psicología normal y del desarrollo de la psicopatología. Lo que convierte a la ansiedad en patológica es la intensidad, duración y frecuencia de aparición, exagerada en relación con el estímulo o situación que la origina, o en su ausencia. Es decir, se

trata de una respuesta inapropiada a un determinado estímulo. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. (2003)

Los niveles de ansiedad pueden ser: ansiedad leve, moderada, grave y angustia. Según la Asociación de Psiquiatría Americana se puede clasificar también como: ataques de pánico, agorafobia, fobia específica, fobia social, ETP y trastorno de estrés agudo.

1.03.11. Formas de abordaje

El impacto que el parto pre término tenga en las mujeres dependerá del deseo que ella haya tenido por ser madre, si la concepción fue aceptada o no deseada, si la mujer quería abortar o no. Una mujer que haya estado esperando la concepción desde un inicio tendrá más probabilidades de verse afectada por un parto pre término, ya que ella desde el embarazo esperaba la llegada del bebé en las mejores condiciones y porque empezó a formar el vínculo con el bebé.

- Formas de abordaje

El abordaje que se brinde a las madres con parto pre término, podría ser de dos tipos:

-Consultas médicas y medicamento por medio de su medico

-Abordaje Psicoterapéutico por parte de un psicólogo quien le brindara herramientas para sobrellevar el parto.

Ambos abordajes con el objetivo de la salud física, mental tanto del embrión o recién nacido como de la madre.

La detección de alguno de estos síntomas durante el embarazo ayudaría a la prevención precoz de alguno de estos.

El parto prematuro es una situación estresante para las mujeres que lo sufren, ya que supone enfrentarse a una realidad no esperada, en la que se pierden sus expectativas sobre la vivencia del embarazo y el parto normal. Es por esto que la madre está vulnerable a presentar niveles de ansiedad y/o depresión durante el puerperio.

1.03.01 Consideraciones éticas

Siguiendo los cuatro principios del código ético de Guatemala, durante el proceso de investigación en todo momento se respetó la confidencialidad que cada madre encuestada, así mismo se realizó un consentimiento informado en donde las madres garantizaban su participación voluntaria, brindar datos reales y confiables, este consentimiento fue presentado en la primera visita, antes de la entrevista. Para resguardar la información brindada por cada una de ellas, se utilizó el programa Word 2010 y un portafolio en donde se almacenaba la información brindada de manera escrita, esta información está resguardada por las investigadoras, con el fin de adjuntar a la investigación si en caso fuese necesario.

Capítulo II

1. Técnicas e instrumentos

1.03. Enfoque y modelo de la investigación

Investigación cuantitativa- descriptiva transversal: este enfoque busca estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición de salud en un momento dado.

2.02. Técnicas

2.02.01. Técnica de muestreo

Para dar inicio a la investigación, se realizó un muestreo aleatorio simple, tomando en cuenta los criterios de inclusión como: mujeres que han tenido como resultado un parto pre término menor a 37 semanas de embarazo y que se encuentran en el tercer nivel del área de maternidad del Hospital Roosevelt, en donde son ingresadas las madres que se presentan un embarazo de riesgo de cualquier índole.

Es necesario recalcar que esta información fue tomada de los expedientes que se encuentran dicho lugar, con la previa autorización del encargado de área o piso del Hospital Roosevelt.

2.02.02. Técnicas de recolección de datos

Observación directa e interpretativa

Esta técnica de observación permite conocer y describir lo que se observa, escucha y palpa de forma cronológica del contexto de las mujeres que se encuentran en el tercer nivel, del edificio de maternidad, del hospital Roosevelt, para comprobar que las mujeres que se han seleccionado en el muestreo aleatorio cumplen con las características requeridas.

Para comprobar la hipótesis planteada se estará utilizando el test SEAS y Escala de Edimburgo con el fin de conocer la sintomatología que surge en la ansiedad y depresión post parto derivado de la situación en la que se encuentran.

2.02.03. Técnica de análisis de datos

La información obtenida durante la investigación será agrupada en categorías de análisis utilizando la técnica de (Cornell Guttman, 1976), permitirá ordenar los resultados obtenidos de acuerdo al puntaje de cada prueba realizada, para luego, dar lugar a la elaboración de resultados.

2.03. Instrumentos

2.03.01. Test de Ansiedad de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)

Se les realizará a las madres un test, que contiene una serie de preguntas que permite medir el nivel de ansiedad de cualquier individuo, a partir de los 15-16 años. Este test evalúa el nivel general de ansiedad, tomando en cuenta los tres sistemas de respuesta por separado, cognitivo, físico y conductual. (Ver anexo 3)

2.03.02. Escala Edimburgo: Es una escala de 10 preguntas que se encarga de identificar a las mujeres que sufren de depresión post parto, mediante la identificación de síntomas como sentimientos de culpa, falta de deseos al realizar actividades, anhedonia e ideas suicidas. (Ver anexo 4)

Validación

El Test SEAS ha sido publicado por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, evaluados por la junta que la conforman el Dr. Antonio Cano, Dra. Itziar Iruarrizaga, Dra. Leticia Olave Purrúa y demás.

La Escala Edimburgo ha sido aprobada y publicada por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky,(1987).

La Escala Edimburgo ha sido verificada por el asesor Psiquiatra Rolando Lemus, colegiado No. 12134, para la realización de dicha investigación.

2.04. Operacionalización de objetivos

Objetivos/ Hipótesis descriptiva	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional categoría/variable	Técnicas/ instrumentos
A un embarazo concluido en parto pre término mayores niveles de ansiedad y depresión.	<p>Niveles de ansiedad:</p> <p>Leve: este nivel de ansiedad está asociado a los hechos que una persona puede atravesar en su vida diaria, debido a que se encuentra en una situación de alerta y el campo perceptivo puede verse aumentado.</p> <p>Moderada: en este nivel el individuo se centra únicamente en las preocupaciones inmediatas, disminuyendo el campo de percepción y bloqueando determinadas áreas, estos niveles de ansiedad pueden reducirse al ser trabajados.</p> <p>Grave: en este nivel se observa una reducción significativa del campo perceptivo, llevando a la persona a centrarse en detalles específicos, tratando de aliviar la ansiedad.</p>	<p>Niveles de ansiedad</p> <p>- Leve:</p> <p>sensación de nerviosismo</p> <p>Agitación</p> <p>Tensión</p> <p>Irritabilidad</p> <p>- Moderado:</p> <p>sudoración</p> <p>Aumento del ritmo cardíaco</p> <p>Sensación de cansancio</p> <p>Hiperventilación</p> <p>Problemas para conciliar el sueño</p> <p>- Grave:</p> <p>problemas gastrointestinales</p> <p>Dificultad para respirar</p> <p>Pánico</p>	<p>Test SEAS</p> <p>(Determina niveles de ansiedad)</p>

 Conductas recurrentes.

Angustia: cuando la persona ha llegado a este nivel ya se encuentra incapacitada para realizar las actividades diarias, debido a que presenta una desorganización de la personalidad.

- **Angustia:**
 incapacidad para relacionarse
 Percepción distorsionada
 Agotamiento
 Terrores
 Ideas catastróficas

Depresión postparto: la depresión postparto puede ser un tipo de depresión mixto “en el que el sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez. (DSM IV, 1994, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Síntomas de Depresión postparto:

- Agitación
- Aislamiento
- Alteración del apetito
- Cambios de humor graves.
- Dificultad en las relaciones
- Estado de ánimo decaído

Escala

Edimburgo

(Determina síntomas de la depresión)

-
- Insomnio o
hipersomnia
 - Irritabilidad
 - Llanto
excesivo.
 - Pensamientos
recurrentes de
muerte o
suicidio.
 - Pérdida
interés
 - Sentimientos
de culpa
 - Síntomas
psicóticos

Parto pre término: “parto pre	Parto pre término	Observación
<p>término es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.” (OMS, 2000, recuperado de: https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/)</p>	<p>- Menor a 37 semanas</p>	<p>(Nos permitirá conocer y describir el contexto de las mujeres)</p>

Conocer la sintomatología de los niveles de ansiedad y depresión en las madres que han tenido parto pre término	Niveles de ansiedad:	Ansiedad	Test SEAS
	Leve: este nivel de ansiedad está asociado a los hechos que una persona puede atravesar en su vida diaria, debido a que se encuentra en una situación de alerta y el campo perceptivo puede verse aumentado.	- Leve: sensación de nerviosismo Agitación Tensión Problemas para concentrarse Irritabilidad	Pregunta 1,2,11
	Moderada: en este nivel el individuo se centra únicamente en las preocupaciones inmediatas, disminuyendo el campo de percepción y bloqueando determinadas áreas, estos niveles de ansiedad pueden reducirse al ser trabajados.	- Moderado sudoración Aumento del ritmo cardíaco Sensación de cansancio Hiperventilación Problemas para conciliar el sueño	
	Grave: en este nivel se observa una reducción significativa del campo perceptivo, llevando a la persona a centrarse en detalles específicos, tratando de aliviar la ansiedad.	- Grave problemas gastrointestinales Dificultad para respirar Pánico Conductas recurrentes.	

Angustia: cuando la persona ha llegado a este nivel ya se encuentra incapacitada para realizar las actividades diarias, debido a que presenta una desorganización de la personalidad.

- **Angustia:**

incapacidad para

relacionarse

Percepción distorsionada

Agotamiento

Terrores

Ideas catastróficas

Depresión postparto: el sujeto experimenta estados de ánimo que se alteran con rapidez

Síntomas de depresión

- Agitación

· Aislamiento

· Alteración del apetito

· Cambios de humor

graves

· Dificultad en las

relaciones

· Estado de ánimo

decaído

· Insomnio o

hipersomnia

· Irritabilidad

· Llanto excesivo

Escala

Edimburgo

Pregunta 1, 2,8,

9, 10

-
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
 - Pérdida interés
 - Sentimientos de culpa
 - Síntomas psicóticos

Identificar si las mujeres que han tenido parto pre término presentan pensamientos recurrentes sobre el bienestar del bebé y de sí mismas, como también los sentimientos de

Parto pre término: es considerado parto pre término aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

Menor a 37 semanas

Observación

término

presentan

pensamientos

recurrentes

sobre el

bienestar del

bebé y de sí

mismas, como

también los

sentimientos de

culpa

	<p>Pensamientos recurrentes: son aquellos pensamientos que se repiten constantemente, generando malestar</p>	<p>Pensamientos</p> <p>Pensamientos negativos de sí misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos obsesivos o perturbadores - Pensamientos de autoagresión 	<p>Test SEAS</p> <p>Pregunta 2,4,8</p>
	<p>Sentimientos de culpa: emoción que impide adaptarse de forma adecuada al entorno, ya que, surge ante una falta cometida</p>	<p>Sentimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracaso - Vergüenza - Rechazo - Tristeza - Miedo - Autocompasión - Remordimiento 	<p>Escala Edimburgo</p> <p>Pregunta 1,3,5,8,9</p>
<p>Describir cuáles son los síntomas emocionales que presentan las mujeres con embarazo pre</p>	<p>Síntomas físicos: los síntomas físicos son aquellos problemas, enfermedades o afecciones que se ven reflejadas en el cuerpo humano.</p>	<p>Síntomas físicos:</p> <p>descuido personal</p> <p>Dolor físico</p> <p>Llanto</p> <p>Mutismo selectivo</p> <p>Pérdida de apetito</p>	<p>Escala Edimburgo</p> <p>Pregunta 4,5,7,9,10</p>

término para		Pérdida peso	
conocer los		Tono bajo de voz.	
síntomas con		Tristeza	
mayor			
prevalencia en la	Síntomas emocionales: los síntomas	Síntomas emocionales:	Test SEAS
población de las	emocionales son aquellas	Desánimo	Pregunta 3, 5, 6,
madres	alteraciones emocionales,	Discriminación	7, 8, 9, 10.
estudiadas	conductuales y del pensamiento que	Dolor emocional	
	no son visibles, pero afectan la vida	Enojo	
	cotidiana del individuo.	Falta de empatía	
		Llanto	
		Sentimientos de culpa	
		Tristeza profunda	

2.04.01 Categorías

- Niveles de ansiedad.

- Leve

- Moderado

- Grave
 - Angustia.

- Angustia.
 - Depresión postparto.

- Síntomas de depresión postparto.
 - Parto pre término.

- Parto pre término.

2.04.02. Hipótesis

La presente investigación pretende describir si las mujeres que se encontraban en el área de maternidad del hospital Roosevelt presentaban niveles de ansiedad y depresión relevantes al concluir un embarazo igual o menor a las 37 semanas de gestación.

La inquietud surge debido al trabajo realizado durante las prácticas psicológicas dentro de las instalaciones del Hospital, ya que el 100% de las madres no recibían un acompañamiento psicológico y eran desatendidas emocionalmente, únicamente recibían charlas psicoeducativas.

El fin de describir la sintomatología que tiene los niveles ansiedad y depresión en las mujeres que pasan por esta situación, es para brindar un estudio de la importancia que tiene la atención preventiva en las mujeres que se encuentran en un embarazo de alto riesgo, con el objetivo que, durante el tiempo que se encuentren internadas puedan ser

beneficiarias de la salud mental obteniendo una estabilidad emocional mediante la atención psicológica.

Por lo tanto nuestra hipótesis se basa en que, mientras haya mayor riesgo de parto pre termino, mayor nivel de ansiedad y depresión tendrán las madres encontradas en el área de maternidad.

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de resultados

3.01. Características del lugar y de la muestra

3.01.01. Características del lugar

Nombre: Hospital Roosevelt

Dirección: Calzada Roosevelt, Cdad. De Guatemala 01011

El Hospital Roosevelt es un centro que brinda servicios hospitalarios y médicos especializados de encamamiento y de emergencia, de acuerdo a las necesidades de cada paciente, en el momento oportuno y con calidad, brindando un trato cálido y humanizado a la población. Dicho hospital cuenta con múltiples servicios, entre los cuales se encuentra el departamento de maternidad.

El edificio de maternidad se encuentra junto al edificio de pediatría y el edificio de medicina general y dentro del edificio de maternidad se encuentra lo que es consulta externa especialmente para mujeres que se encuentran en período de gestación o presenten otra problemática relacionada a su salud sexual, también, está el área de encamamientos y emergencia.

Dentro de los servicios que presta el área de maternidad, se encuentra consulta externa, el banco de leche, clínicas de salud reproductiva, clínica de violencia sexual, ginecología, áreas infecciosas, legrados, labor y partos, encamamientos, entre otras. Dichas áreas velan por el bienestar de la mujer y prestan sus servicios de forma gratuita.

3.01.02. Características de la muestra

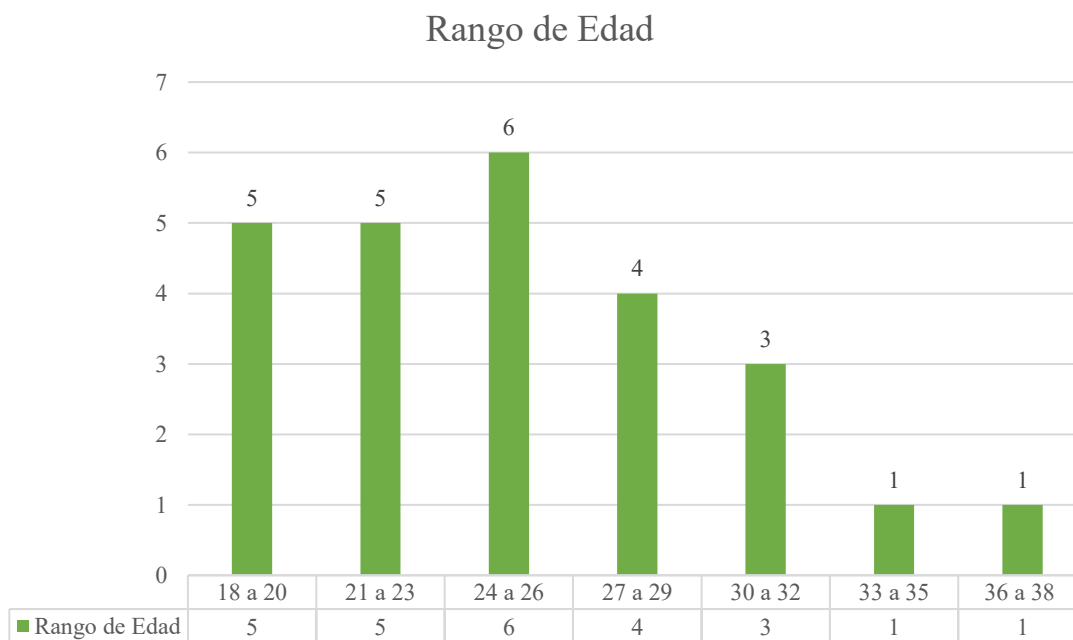
Se realizó una encuesta para conocer datos relevantes de las madres internas que habían tenido parto pre término y dentro de las mujeres entrevistadas el 48% de madres eran primerizas, y otro 52% ya habían pasado por ese proceso, también se trabajó con madres comprendidas en las edades de 18 a 38 años, de estas mujeres el 32% de ellas, eran mujeres nacidas en el área rural y residían en área urbana, el otro 68% eran originarias del área urbana, El estado civil de las mujeres se divide de la siguiente forma: el 8% se encuentran solteras, el 44% está casada, el 36% está unida y el 12% está separada.

Otro dato importante es que, el 84% de las madres no presentó complicaciones con el bebé, por lo que tuvieron acceso a permanecer cerca del neonato, siempre respetando las indicaciones recibidas por parte del personal médico, el otro 16% tuvo restricciones, debido a que el neonato estaba en condiciones delicadas de salud, por lo que fue necesario que permanecieran aislados de dichas madres.

A continuación se detallan unas gráficas con la información de las madres encuestadas.

Gráfica 1

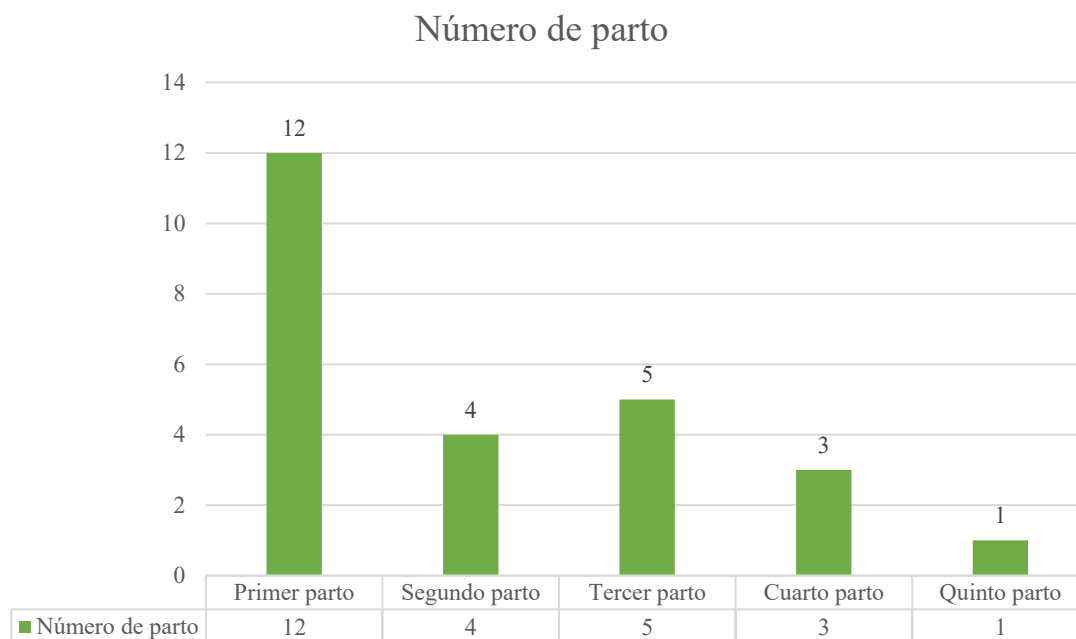
Edad de las participantes



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 madres encuestadas el 20% de ellas se encuentran entre 18 a 20 años, otro 20% de 21 a 23 años, el porcentaje mayor comprende entre los 24 a 26 años, dato importante para el análisis de las pruebas, debido que, el cuerpo tiene cambios constantes, dentro de los cuales las mujeres experimentan cambios físicos y hormonales en las edades comprendidas entre 12 a 60 años, cambios que pueden afectar el estado de ánimo.

Gráfica 2

Numero de parto de las madres

Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 madres encuestadas el 48% de ellas tuvieron un parto primerizo y el otro 52% de mujeres restantes se dividen de la siguiente manera: 4 de las mujeres tuvieron la experiencia de un segundo parto, 5 de ellas presenciaron la experiencia de tener un embarazo riesgoso en su tercer embarazo, 3 de ellas en su cuarto y 1 en el quinto parto. Este dato es de importancia debido que, el número de embarazos que ha tenido una mujer puede ser llegar a ser un factor que tenga influencia en el desarrollo del embarazo que presenció en dicha investigación.

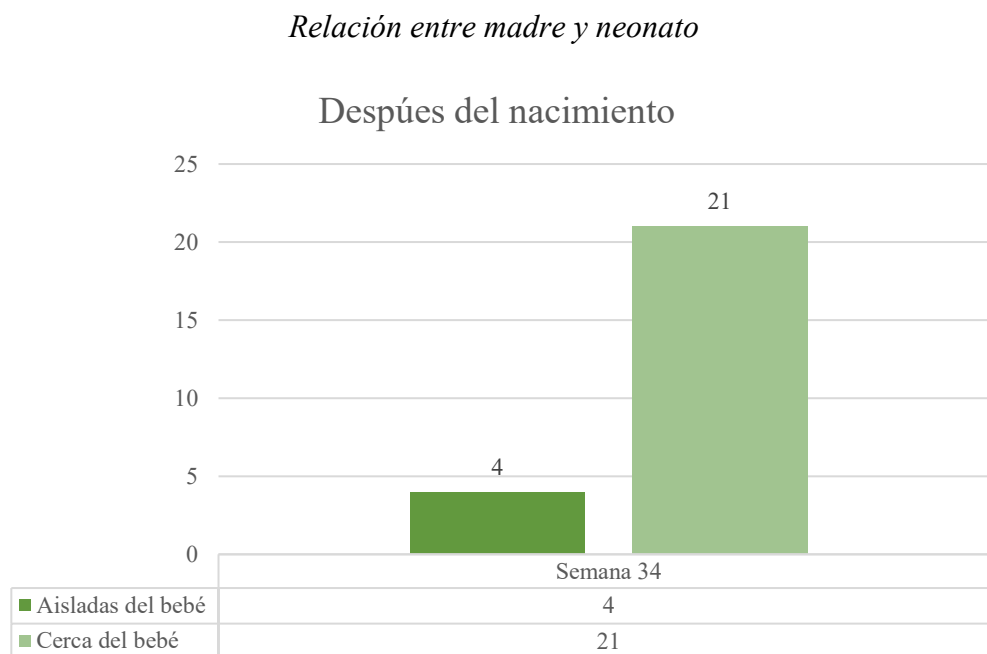
Gráfica 3



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 madres el 8% se encuentran solteras, el 44% está casada, el 36% está unida y el 12% está separada, esta separación fue debido a problemas familiares, y por abandono. Dicho dato es de suma importancia ya que los vínculos sociales y el apoyo que las madres pueda tener es fundamental, ya que "El hombre es un ser social por naturaleza" Aristóteles (384-322, a. de C.) y necesita del entorno para tener un desarrollo óptimo.

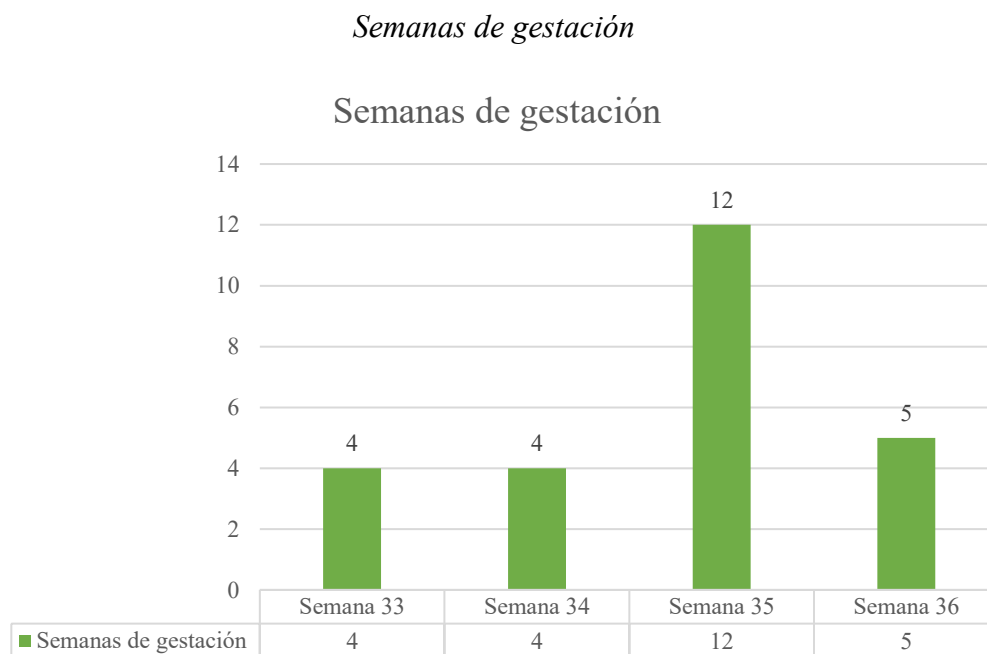
Gráfica 4



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 madres, el 16% de las madres han sido aisladas del neonato por problemas de salud del mismo, y el 84% tienen acceso a estar cerca del bebé, ya que dichos bebés no han tenido complicaciones de salud, por lo que las madres pueden establecer un vínculo cercano con los mismos. Cabe resaltar que es de suma importancia el contacto entre madre e hijo, ya que como consecuencia del trabajo del parto, madre e hijo están en alerta, pendientes de lo que pasa a su alrededor. Es importante que durante esas primeras horas permanezcan juntos, a ser posible, en contacto piel con piel, así la madre se vincula intensamente, de forma totalmente inconsciente, con su hijo, beneficiando así con una disminución de estrés y dolor por el suceso acontecido. (Gómez Rodolfo, 2010).

Gráfica 5



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

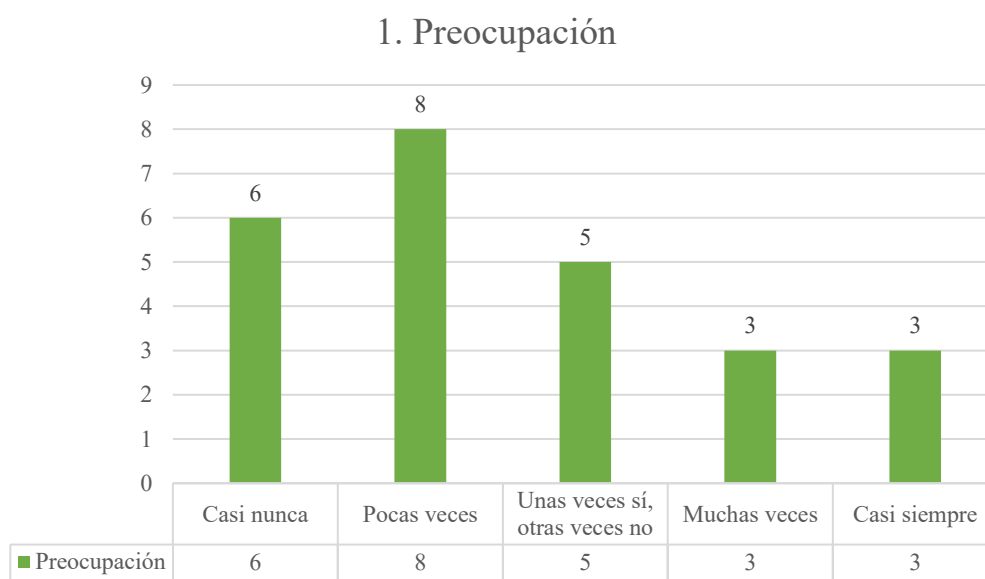
Interpretación: de las 25 madres, el 32% tuvo a su bebé durante la semana número 33 y 34, tomando en cuenta que el 16% de dichas madres tuvieron como resultado complicaciones con su bebe. El 48% de las mujeres tuvo al neonato durante la semana 35, el 20% en la semana 36, tomando en cuenta que para esta semana él bebé requiere únicamente de ganar peso.

3.02. Presentación e interpretación del resultado

3.02.01. Resultado Test SEAS

Se realizaron dos pruebas diferentes a 25 mujeres que tuvieron parto prematuro teniendo así, los siguientes resultados.

Gráfica 6

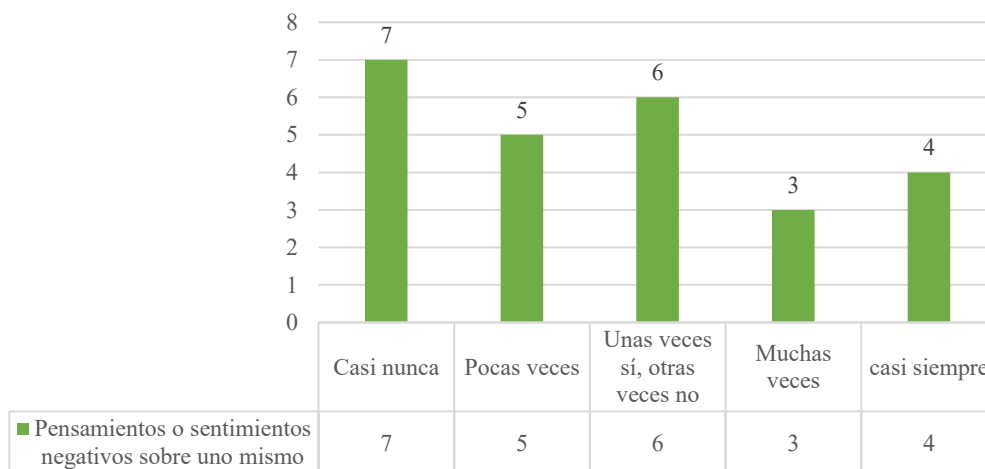


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: la preocupación es un síntoma que va ligado al estrés, por lo que si una madre padece de preocupación, puede verse afectada en su salud física, mental y emocional, manifestando problemas como: insomnio, pérdida de apetito o hiperfagia, entre otros síntomas, que, al final podría traer como consecuencia hipertensión y esta misma ser una de las causas del nacimiento prematuro del bebe. Dentro las 25 personas evaluadas, el 24% de las mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca presentaron preocupación, el 32% de las mujeres presentaron pocas veces, el 20% de mujeres comentaron sentir preocupación algunas veces y en el 24% de mujeres fue un síntoma muy recurrente durante su período de gestación, por lo que estos síntomas que pudieron ser causa de un riesgo en su embarazo.

Gráfica 7

2. Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: toda mujer que ha pasado o está pasando por el proceso de gestación tiene cambios hormonales, físicos y emocionales, por lo que los pensamientos y sentimientos negativos suelen manifestarse en algunas mujeres embarazadas, debido a la falta de aceptación y apoyo por parte del entorno o de ella misma, y estos pensamientos pueden ocasionar que se libere la hormona de cortisol y afecte directamente al bebé. Dentro de las 25 mujeres evaluadas, el 28% de mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca presentaron pensamientos o sentimientos negativos de sí mismas. El 20% de mujeres presentaron pocas veces, el 24% de mujeres comentaron tener pensamientos negativos algunas veces, el 12% mujeres muchas veces y el 16% de mujeres casi siempre, por lo que un porcentaje alto manifestó estos síntomas y falta de aceptación a sí mismas.

Gráfica 8

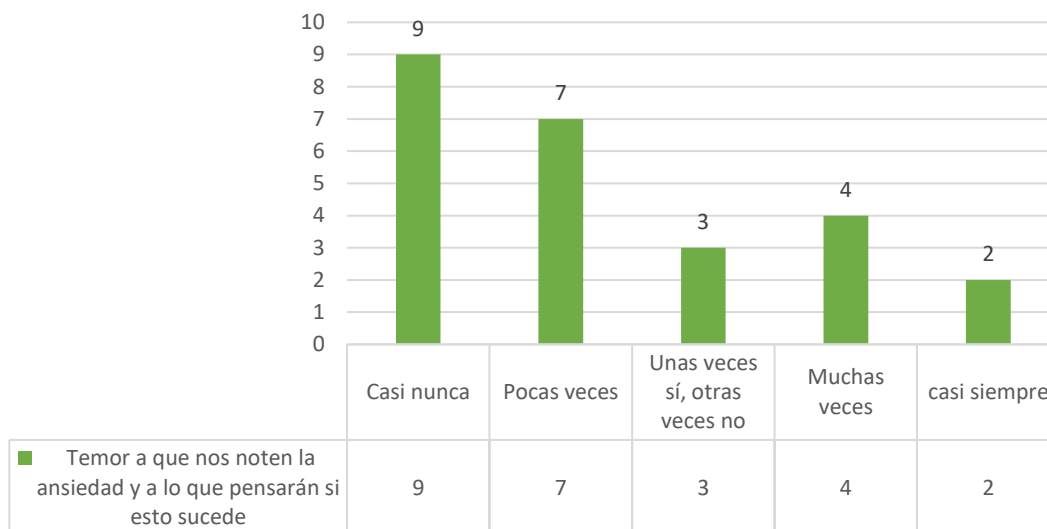


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 mujeres evaluadas, 5 mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca presentaron pensamientos o sentimientos de inseguridad. 9 mujeres presentaron pocas veces, 3 mujeres comentaron presentar inseguridad algunas veces, 3 mujeres muchas veces y 5 mujeres casi siempre, siendo este síntoma muy recurrente durante su período de gestación. Durante el embarazo la inseguridad es frecuente debido que, la mujer suele resentir el cambio físico y comienza a notar defectos físicos que la llevan a tener pensamientos que generen inseguridad y esta misma puede afectar en el estado de ánimo, lo cual si no es tratado adecuadamente puede ser un factor de abandono físico y emocional en dicha mujer.

Gráfica 9

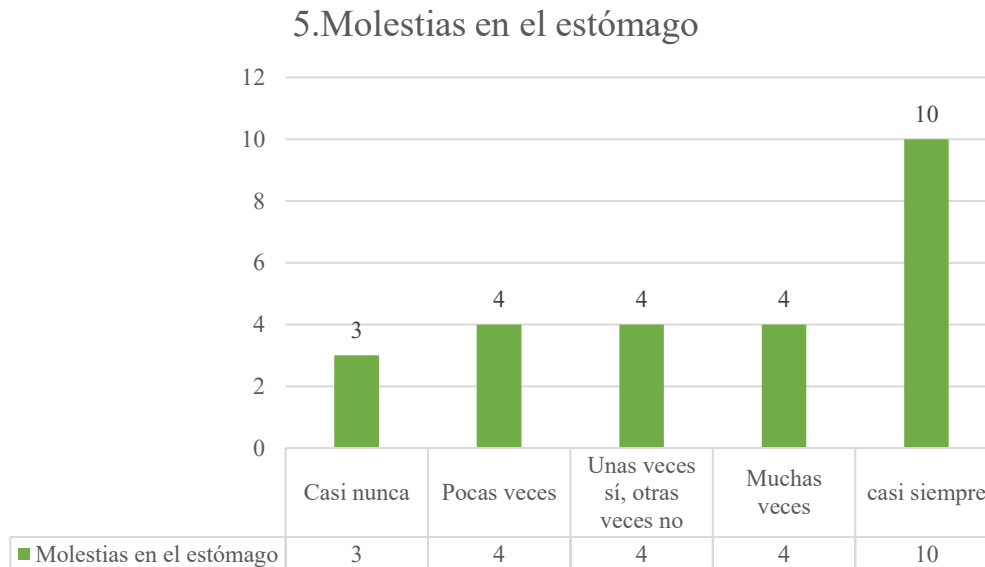
4. Temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 mujeres evaluadas, 9 mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca presentaron temor a que su entorno notara si presentaban ansiedad. 7 mujeres presentaron pocas veces, 3 mujeres comentaron manifestar ese temor muchas veces, 4 mujeres muchas veces y 2 mujeres casi siempre, siendo este síntoma muy recurrente durante su período de gestación. Esta pregunta entra dentro del rango de respuestas cognitivas, por lo que de la misma forma que las preguntas anteriores, los pensamientos tienen una importancia en el período de embarazo, ya que, todo pensamiento gestionado inadecuadamente, puede convertirse en una emoción que puede afectar el desarrollo y calidad de vida de un individuo, por lo tanto si lo enfocamos en el período de gestación, los pensamientos recurrentes sobre el entorno en las mujeres entrevistadas no fue un factor que predominó en dicho test y no generó temor en el 64% de la muestra.

Gráfica 10



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 mujeres evaluadas, el 28% presentó pocas veces o casi nunca alguna molestia estomacal, el 16% algunas veces y el 56% de las mujeres presentaron síntomas de una forma recurrente durante su período de gestación. El malestar estomacal esta englobado dentro de las respuestas fisiológicas por lo que la recurrencia de este síntoma es relativamente normal a los cambios físicos que las mujeres presentan durante el proceso de gestación.

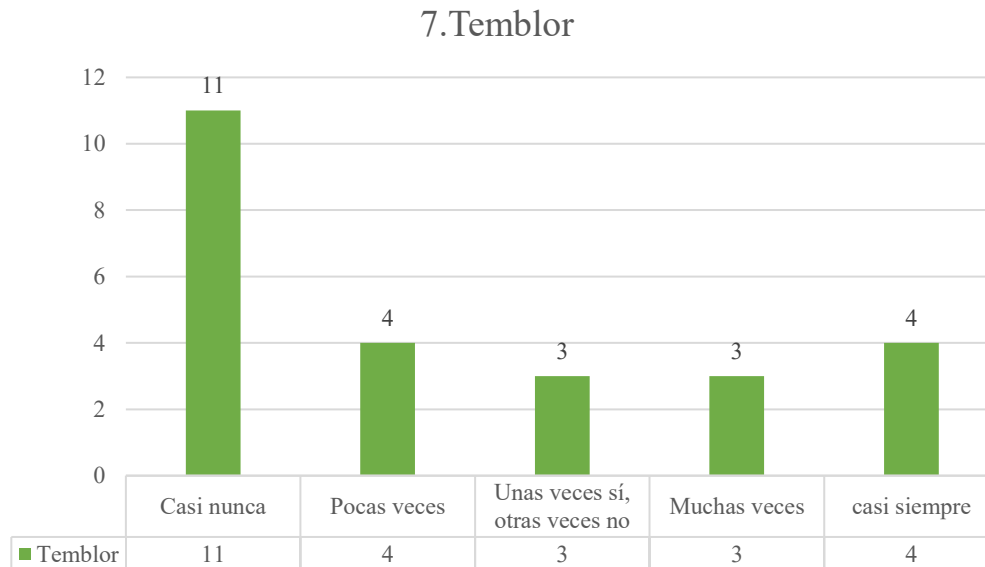
Gráfica 11



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: de las 25 mujeres evaluadas, 1 mujer comentó que durante el embarazo casi nunca presentó sudoración. 7 mujeres presentaron pocas veces, 8 mujeres comentaron manifestar ese síntoma de una forma esporádica, 5 mujeres muchas veces y 4 mujeres casi siempre, siendo este síntoma muy recurrente durante su período de gestación. De la misma forma que la pregunta anterior, la sudoración es un síntoma fisiológico que puede verse afectado por cambios hormonales normales al cambio que el cuerpo tuvo, como puede ser una respuesta de ansiedad, para ello esta pregunta es complemento de otras preguntas.

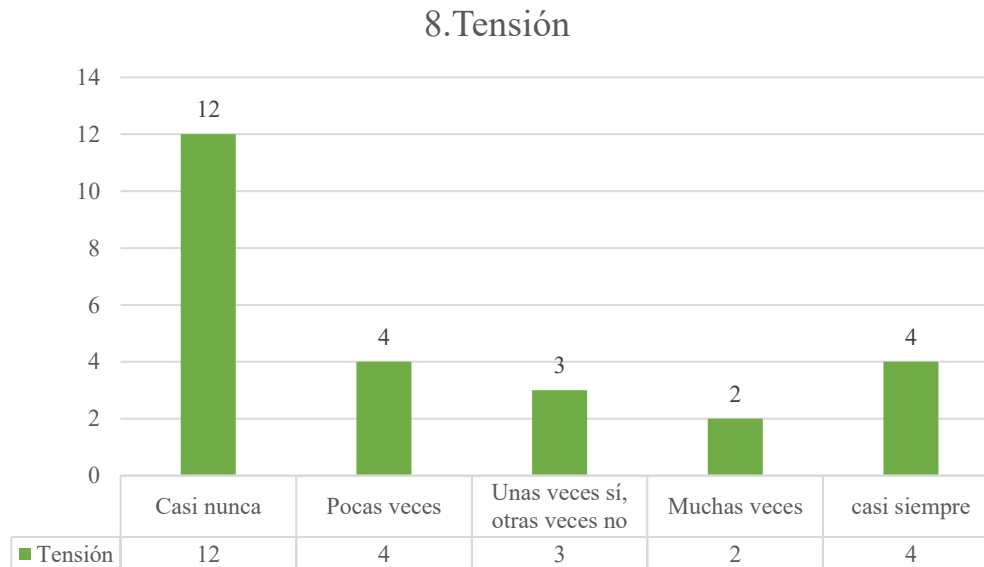
Gráfica 12



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: los temblores en el cuerpo vienen a raíz de vivir situaciones que provoquen niveles altos de estrés, por lo que los músculos sufren contracciones, regularmente en los miembros superiores y en algunas personas afectan los miembros superiores e inferiores. De las 25 mujeres evaluadas, 11 mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca presentaron temblor corporal. 4 de las mujeres presentaron pocas veces, 3 mujeres comentaron manifestar temblor corporal algunas veces, 3 mujeres muchas veces y 4 mujeres casi siempre, siendo este síntoma muy recurrente durante su período de gestación, por lo que, se determina que el 28% de las entrevistadas sufrieron situaciones que generaron ansiedad.

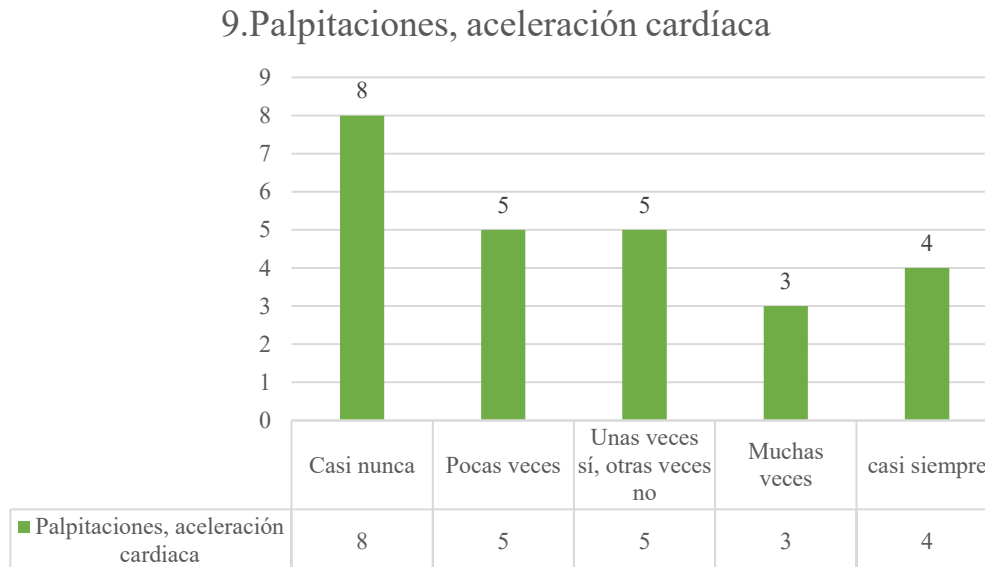
Gráfica 13



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: el hablar de tensión es referirse a un estado en el cual el individuo tiene una alteración física, que se desarrolla por desarrollar nerviosismo, estrés o ansiedad, lo cual, al ser trabajado y canalizado adecuadamente no trae repercusiones en el individuo, pero, si no es trabajado bajo la supervisión de un profesional puede traer consigo alteración en la presión y eso puede desencadenar problemas mayormente en una mujer embarazada, porque puede ser causa de un embarazo interrumpido, entonces al evaluar a las 25 mujeres, 12 mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca presentaron tensión o alguna situación en la cual sintieran que perdieran control. 4 mujeres presentaron pocas veces, 3 mujeres comentaron sentir tensión durante algunos días, 2 mujeres muchas veces y 4 mujeres casi siempre, siendo este síntoma persistente durante su período de gestación. Por lo tanto se determina que el 24% de las mujeres entrevistadas padecieron esta problemática de forma recurrente.

Gráfica 14

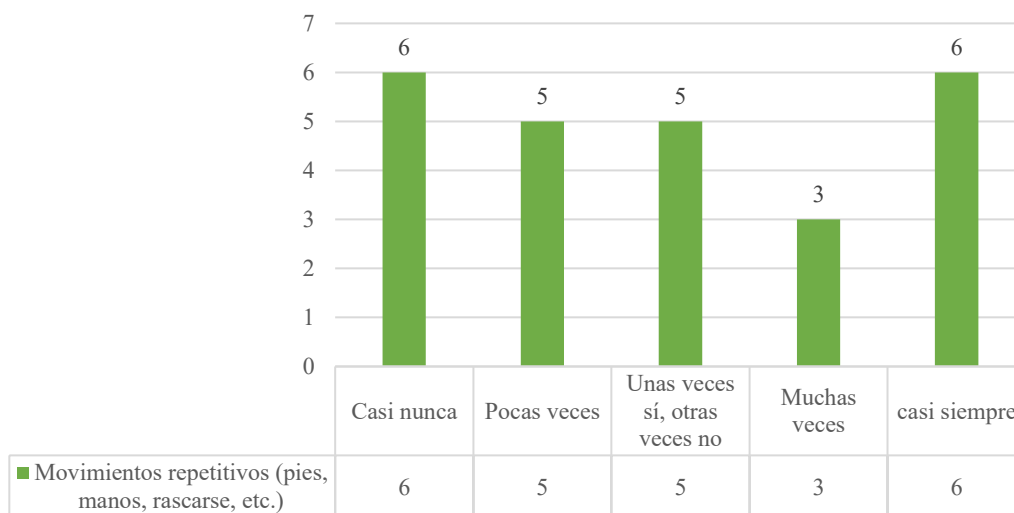


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: las palpitaciones y taquicardia son un síntoma frecuente de padecer tensión o vivir en situaciones de tensión, por lo que añadido a la pregunta anterior el 28% de las mujeres evaluadas comentaron tener manifestación de estos síntomas de una forma recurrente, el 20% manifestó estos síntomas de forma esporádica y el 52% restante manifestó rara vez un síntoma relacionado a la tensión.

Gráfica 15

10. Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.)

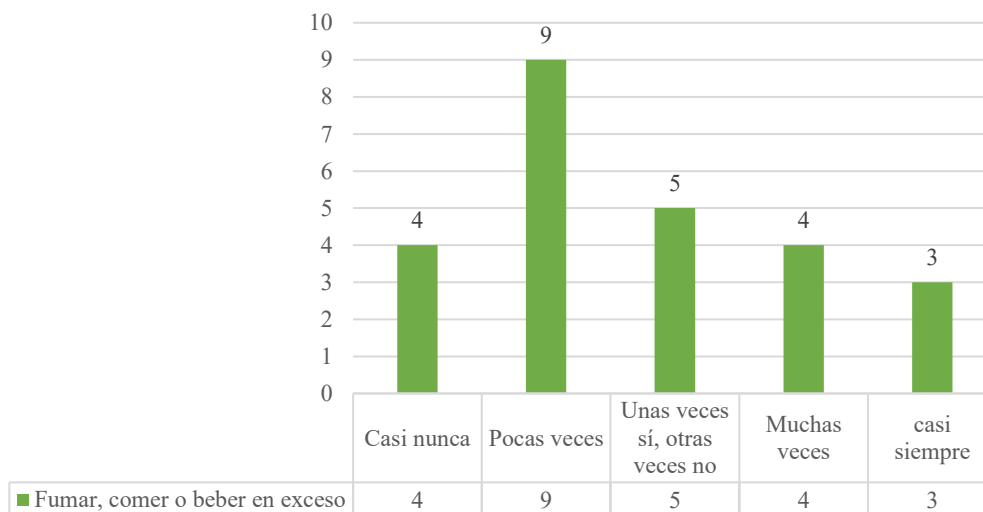


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: los movimientos repetitivos están relacionados a la pregunta número 7, y aquí vemos una diferencia notoria entre ambas preguntas, ya que, al plantear la pregunta en forma de síntoma presentado, se observa que el 36% de las mujeres manifestaron este síntoma de forma muy recurrente, mientras que el 20% lo manifestó de una forma esporádica, el 44% en escasas ocasiones.

Gráfica 16

11. Fumar, comer o beber en exceso



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: dentro de las características de la ansiedad, se identifica los cambios bruscos o atracones de comida, los cuales superan el límite normal o adecuado en la ingesta de comida diaria, que, al finalizar la ingesta produce como consecuencia el sobrepeso y culpa. De las 25 mujeres evaluadas, el 16% de mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca tuvieron un cambio notorio en la alimentación. El 36% de mujeres presentaron pocas veces deseos de comer sobre el límite, el 20% de mujeres comentaron manifestar deseos o antojos recurrentes, 16% de las mujeres entrevistadas comentaron tener hambre excesiva en los últimos meses y el 12% mujeres casi siempre, al punto de tener cambios notorios en los hábitos alimenticios.

Gráfica 17



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

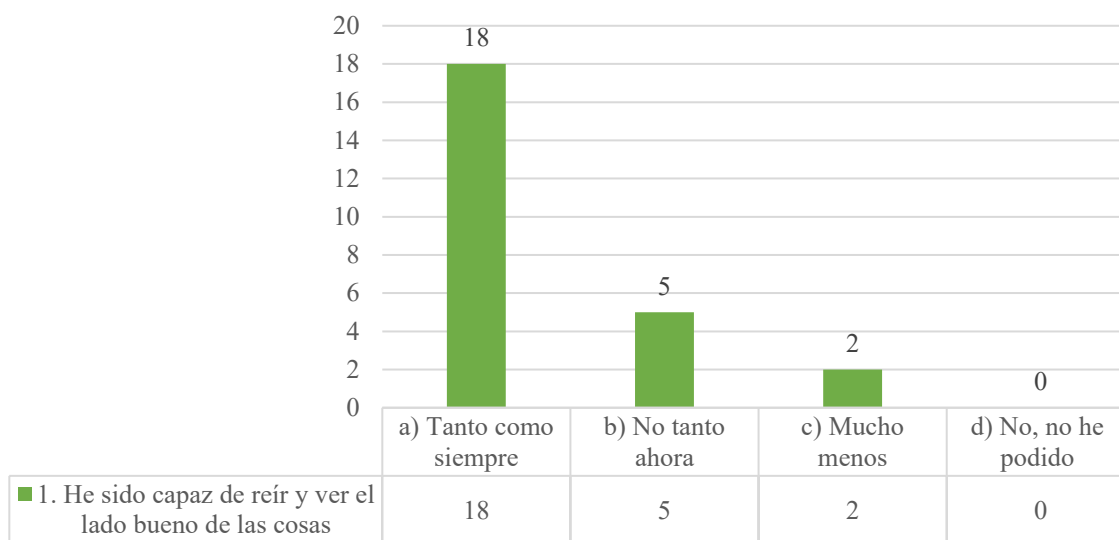
Interpretación: una característica de la ansiedad puede manifestarse en la huida previa a una situación, por lo que, el evitar situaciones puede ser una manifestación de un estrés o ansiedad no abordada adecuadamente, que, tiene como finalidad el evitar un peligro. Dentro de las 25 mujeres evaluadas, el 24% de las mujeres comentaron que durante el embarazo casi nunca se enfrentaron a situaciones que hubieran evitado. El 32% de mujeres presentaron deseos o pensamientos de evitar situaciones o lugares aludiendo que no se sentirían cómodas por el estado en el que se encontraban, 4 mujeres comentaron manifestar ese deseo en algunas ocasiones, 3 mujeres muchas veces y 4 mujeres casi siempre, teniendo no solamente el deseo, sino también el llevar a concluir ese deseo, tal como, evitar personas, reuniones o actividades.

Resultados test Edimburgo

Se entrevistaron 25 mujeres que cumplieran con el requisito de tener parto prematuro, de los test realizados se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfica 18

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

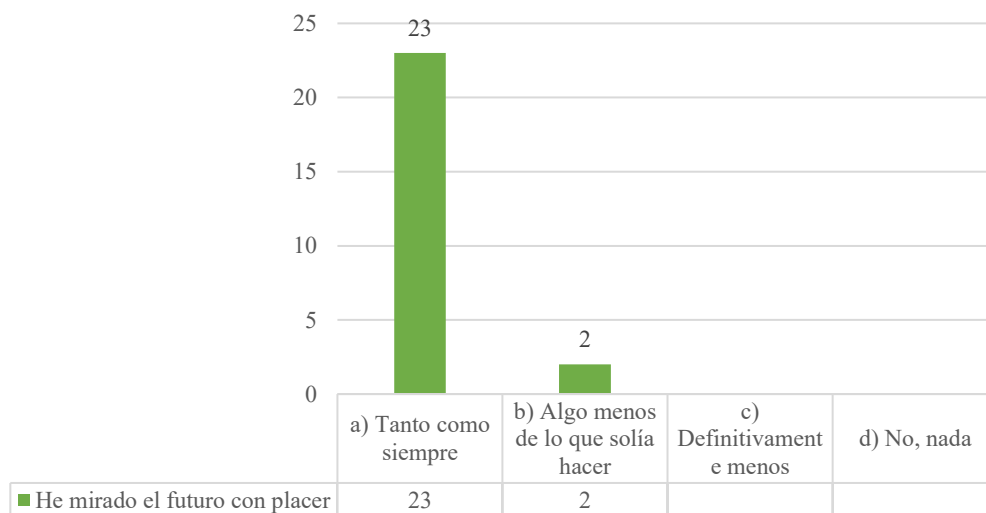


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: los cambios emocionales son relativamente normales al período de gestación que atravesaron dichas mujeres, ya que durante el embarazo se sufren cambios hormonales, los cuales afectan el estado de ánimo durante el primer y último trimestre. De las mujeres entrevistadas, el 72% de mujeres comentaron que durante el período de gestación, veían el lado de las cosas y eran felices tal y como siempre lo habían sido, el 20% de ellas comentaron que sintieron cambios emocionales y lo vieron reflejado en sus actividades o relaciones interpersonales y el 8% de ellas comentaron sentir más tristeza o desánimo de lo habitual.

Gráfica 19

2. He mirado el futuro con placer

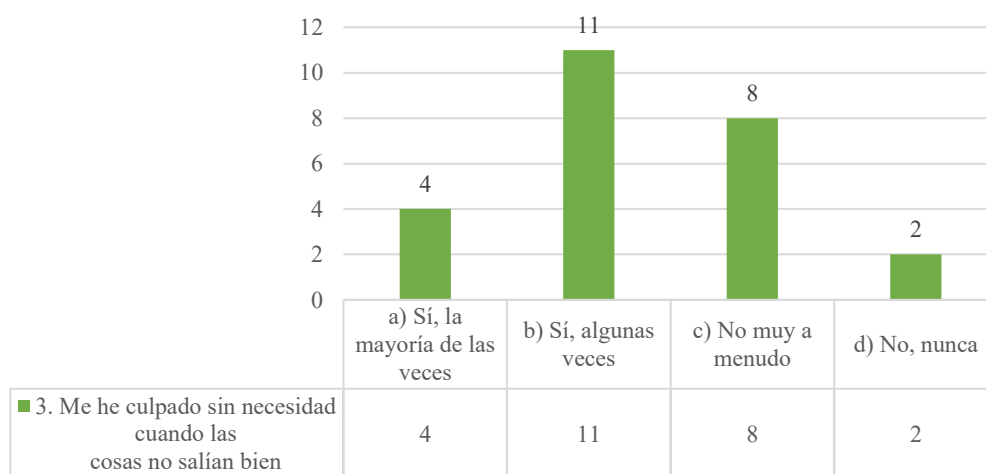


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: el tener una visión clara en los aspectos y deseos de vida es fundamental para todo individuo, debido que, tener metas o tener claridad de lo que desea en un futuro le permite al ser humano mantener el propósito de vida, mayormente sentir agrado de ello; pero, aquellas personas que han perdido el sentido de vida corren el riesgo de desencadenar una tristeza que puede parar en depresión. Dentro de las mujeres entrevistadas, el 92% de ellas comentaron que durante el período de gestación, veían su futuro con placer y no tuvieron algún pensamiento contrario a ello. Solamente el 8% de ellas comentaron que sintieron cambios y no se alegraban tanto por lo que podía pasar en un futuro, ya que muchos de los aspectos que podían surgir eran inciertos, tomando en cuenta los factores económicos, familiares y personales.

Gráfica 20

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

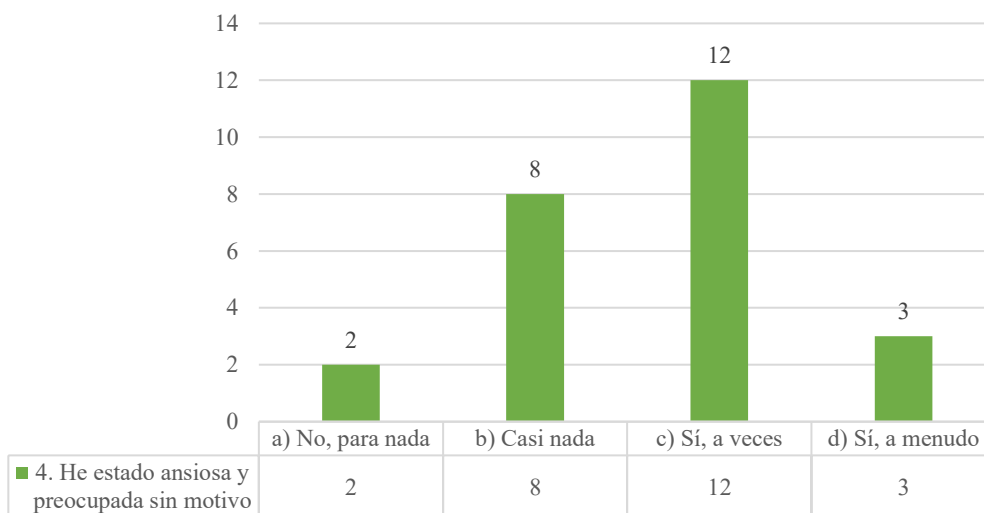


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: el sentirse responsable por situaciones reales o imaginarias puede traer cambios emocionales, cuando la culpa se manifiesta por un hecho negligente puede llevar al ser humano a interiorizar su conducta y cambiarla, pero, cuando viene por una situación imaginaria, puede llevar al individuo a tener repercusiones negativas, afectando de tal forma el estilo de vida, las emociones y el estado de adaptación. Dentro de las mujeres entrevistadas se dio a conocer que el 16% de ellas, comentaron que durante el período de gestación tenían pensamientos de culpa porque las cosas no marchaban tal y como debería de ser, basándose en su perspectiva y aspiraciones personales. El 44% de ellas comentaron que manifestaron pensamientos y sentimientos de culpa en algunas ocasiones, tales como, aspecto físico, descuidos emocionales, descuidos familiares, etc., el 32% de ellas comentaron no sentirlo muy a menudo y únicamente el 8% de ellas manifestaron no sentir culpa durante su gestación.

Gráfica 21

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

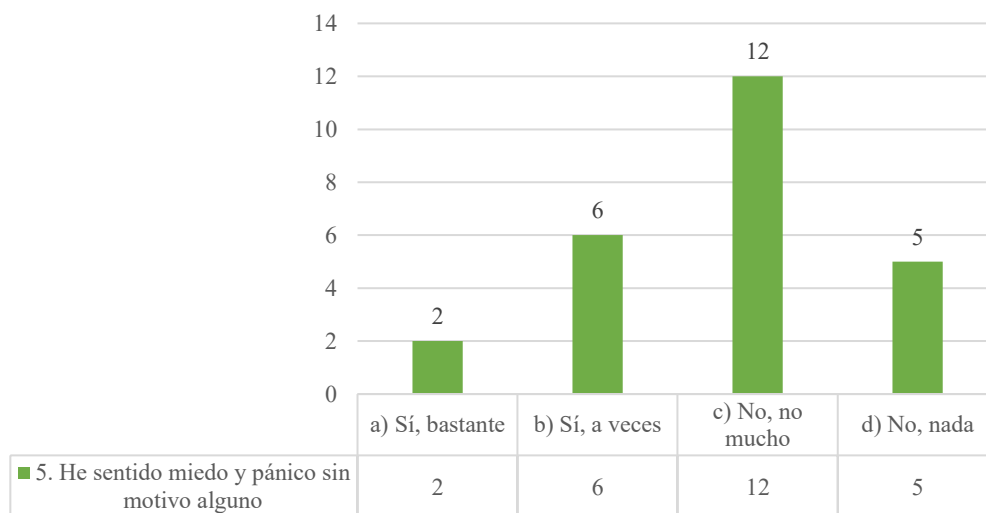


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: los síntomas ansiosos pueden manifestarse al tener incertidumbre de algún suceso futuro, por lo que puede desencadenar preocupación anticipada sin tener algo en concreto, al realizar la prueba en esta pregunta el 8% de las mujeres entrevistadas comentaron que durante el período de gestación no presentaron ansiedad o preocupación en ningún momento, el 32% de ellas comentaron que se manifestó la preocupación en alguna ocasión, el 48% de las mujeres comentaron que si presentaron ansiedad o preocupación al presentarse a sus chequeos teniendo el pensamiento que algo no podía estar en las condiciones adecuadas en el bebé y 12% de ellas comentaron que esos pensamientos y sentimientos eran muy a menudo, porque sobre pensaban en que podía suceder al momento de dar a luz.

Gráfica 22

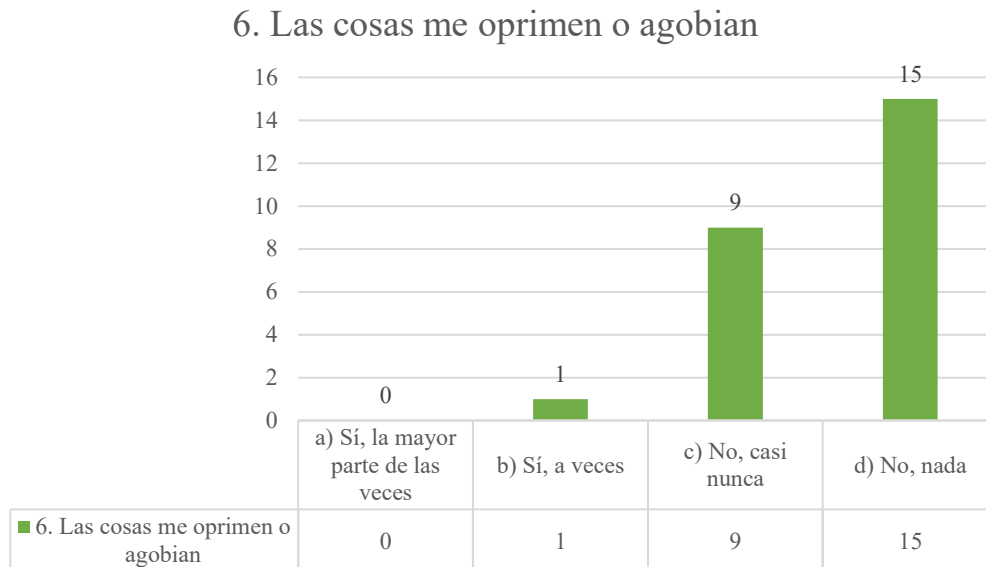
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: el miedo es un nivel menor al pánico, pero puede desarrollarse cuando una persona siente que se presenta un peligro real o imaginario, De las 25 mujeres entrevistadas el 8% de ellas comentaron sentir bastante miedo o pánico por el embarazo, ya que, eran madres primerizas y se encontraban en un período de embarazo de alto riesgo, el 24% de ellas comentaron que a veces se les manifestaba el temor cuando estaban en reposo, el 48% de las mujeres comentaron que presentaron esos síntomas en ocasiones muy específicas y el 20% de ellas no manifestaron pánico alguno.

Gráfica 23

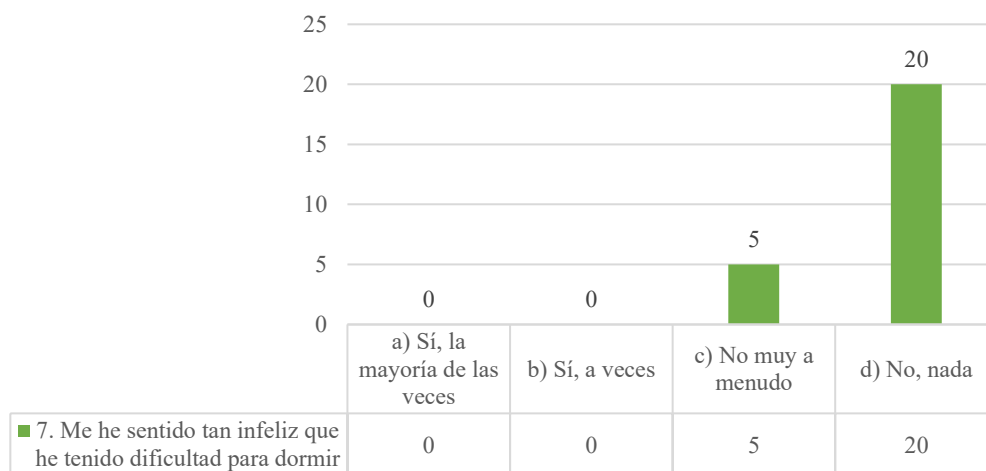


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: la opresión o agobio en el proceso de gestación suele darse por la situación en la que se encuentra la mujer embarazada, ya que hay situaciones que pueden generar una preocupación, pero, al no ser controlada o no ser tratado por un profesional puede alterar los niveles de ansiedad. De las 25 mujeres que se entrevistaron, el 4% de ellas comentó que las cosas en su entorno la agobiaban u oprimían, el 36% de ellas comentó que se sentían así en ocasiones, cuando miraban la situación en la que se encontraban y el otro 60% de mujeres comentó que no manifestaron agobio debido a que la situación en la que se encontraban eran comprendidas por sus familias.

Gráfica 24

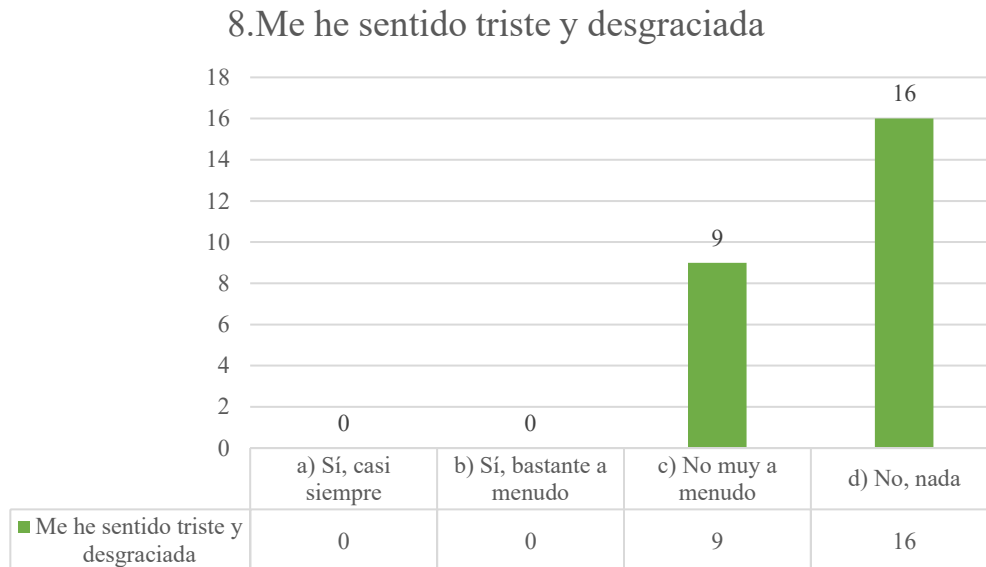
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: los hábitos de sueño se deben de formar con el fin de tener una fuente para recuperar energías, el no reponerlas adecuadamente puede traer consigo alteraciones en la calidad de vida, por lo tanto el insomnio puede aparecer cuando hay situaciones en el día a día que no son solventadas adecuadamente, quedando como un pensamiento inconcluso y generando ansiedad e insatisfacción. De las mujeres entrevistadas el 20% de ellas comentaron que no presentaron dificultad para conciliar el sueño más de lo relativamente normal y el 80% restante comentaron que no presentaron ese síntoma, sin embargo, por el crecimiento del estómago, incomodidad física, u otro motivo ajeno a la insatisfacción emocional si presentaron dificultad para dormir.

Gráfica 25

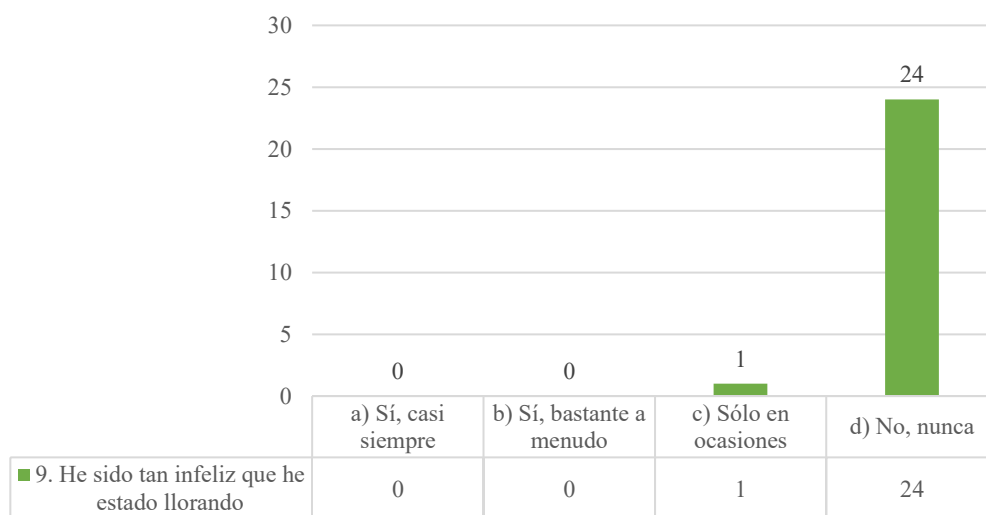


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: el sentimiento de tristeza y desgracia puede surgir cuando hay una insatisfacción con lo que se ha obtenido de momento, por lo que el manifestar este síntoma puede mostrar consigo la insatisfacción personal que un individuo puede tener con los logros alcanzados, de tal forma que lleva a ignorarlos o minimizarlos. Dentro de las mujeres entrevistadas, el 36% de ellas comentaron sentirse tristes o desgracias en ocasiones muy esporádicas, por ejemplo cuando deseaban verse estéticamente mejor, o realizar ciertas actividades que usualmente solían hacer. El 64% de mujeres restantes comentaron no haber sufrido de esos sentimientos y pensamientos.

Gráfica 26

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

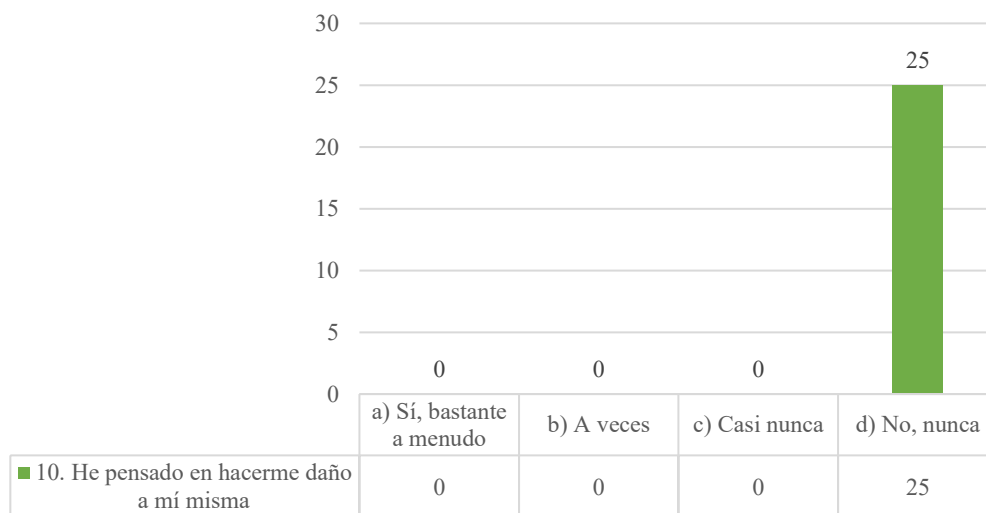


Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: el llanto es una manifestación de impotencia o de una emoción no controlada adecuadamente, durante el embarazo las mujeres suelen llorar por diversas razones, debido al desajuste hormonal por el que están atravesando, sin embargo, el llanto manifestado por una insatisfacción puede desencadenar un nivel de depresión. De las mujeres a las cuales se les realizó el test, tan solo el 4% manifestó llorar en ocasiones de preocupación por la situación en la que se encontraba el país y la forma en la que esta misma podía afectarle personalmente y familiarmente, el 96% de ellas comentaron que han llorado en alguna ocasión, pero no por sentirse infelices.

Gráfica 27

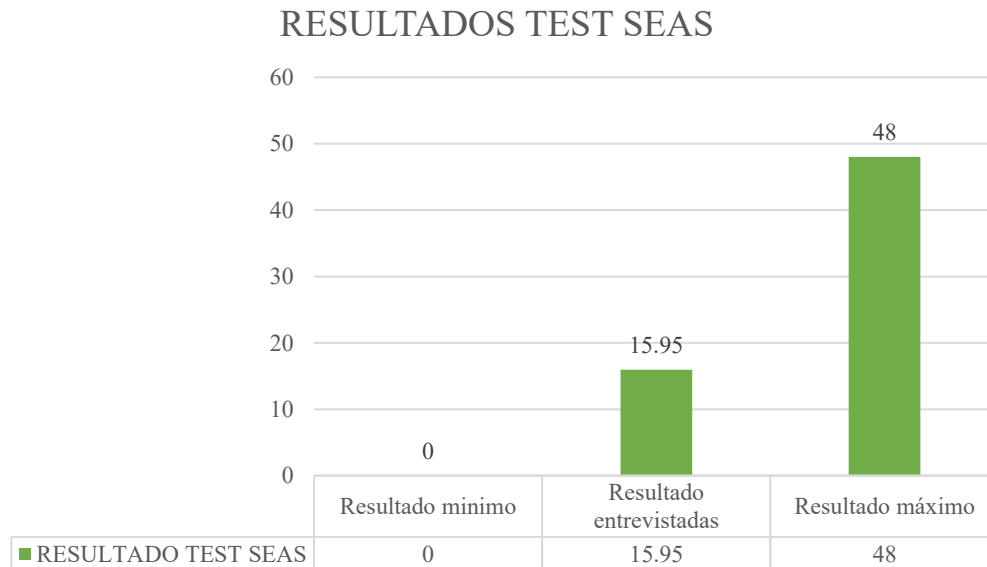
10. He pensado en hacerme daño a mí misma



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: el auto agredirse puede ser una manifestación de enojo, insatisfacción o de alerta, por lo que es importante la atención inmediata al manifestarse este síntoma, dentro del embarazo suele darse este tipo de emociones cuando hay alguna inconformidad dentro del mismo, pero al realizar el test a las mujeres el 100% de ellas comentaron que nunca habían pensado hacerse daño a sí mismas, ya que la situación mundial las ha hecho recapacitar de cuan agradecidas deben de estar con la vida y otras de ellas comentaban que sería lo último que harían porque dentro de ellas había una vida por la cual deberían de cuidarse.

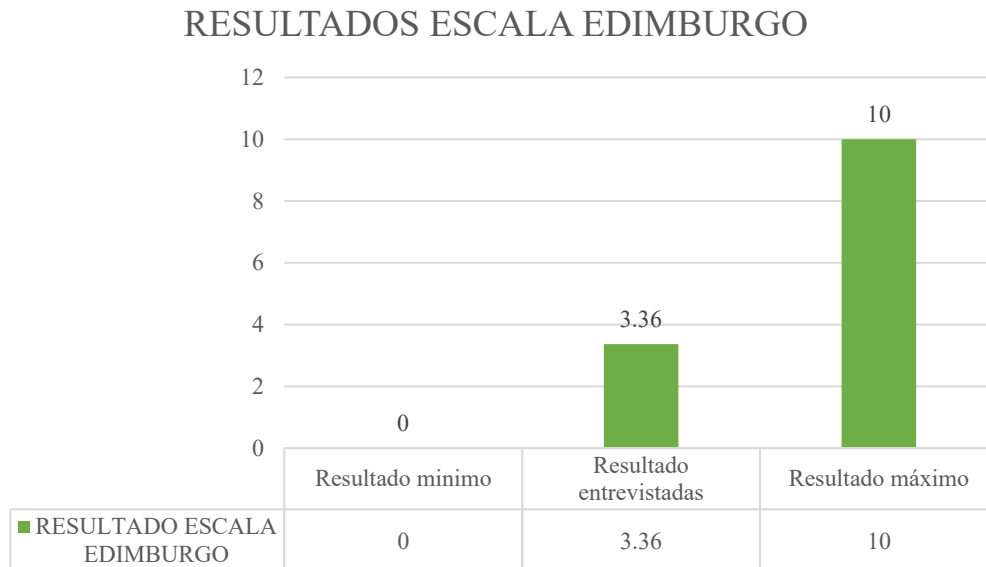
Gráfica 28



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: para determinar un nivel de ansiedad en una mujer, es necesario tener un resultado mayor a 35 puntos, siendo 48 el puntaje máximo e indicando que se padece un tipo de ansiedad, la cual requiera atención. El puntaje estimado para mujeres comprende entre 5 a 35 puntos, de las 25 mujeres a las que se le realizó el Test de ansiedad SEAS, se determina que, la media comprende en 15.95 puntos, siendo así un puntaje aceptable, indicando no presentar niveles altos de ansiedad.

Gráfica 29



Fuente: evaluación, elaboración personal, aplicada en Hospital Roosevelt.

Interpretación: para determinar un episodio de depresión post parto en una mujer, es necesario tener un resultado igual o mayor a 10 puntos, siendo 30 el puntaje máximo, requiriendo así la atención psicológica inmediata. De las 25 mujeres a las que se les realizó La Escala de Edimburgo, se determina que la media comprende en 3.36 puntos, siendo un puntaje aceptable e indicando que dichas madres han padecido momentos de tristeza, influenciados por diversas razones, pero, no al punto de padecer o desencadenar depresión.

3.03. Análisis general

El total de pacientes con trabajo de parto pre término con las que se trabajaron en el área de maternidad del Hospital Roosevelt fue de 25 mujeres, dentro de las cuales se concluyó que el 32% de ellas, eran mujeres nacidas en el área rural y residían en área urbana, el otro 68% eran originarias del área urbana.

Dentro de los factores con mayor relevancia observados en dichas mujeres, se infiere que el 100% de las mujeres no posee los recursos necesarios para tener acceso a una atención privada, por lo cual buscan la atención en el Hospital Roosevelt.

Entre los rangos de edad de las 25 mujeres, el 100% de ellas son mayores de edad, pero, el 80% son menores de 30 años y el otro 20% son mayores a 30 años, lo cual hace complicado el proceso de gestación y corren el riesgo de un parto pre término.

También se observó que el 48% de las mujeres eran madres primerizas, por lo que el estar en esa situación les generaba incertidumbre, el otro 52% ya habían tenido partos anteriormente y la experiencia que estaban atravesando las hacía presentar sentimientos de culpa, ya que, algunas madres comentaron no haber experimentado este proceso con los partos anteriores.

En el tipo de parto prematuro el 36% de las madres comentaron haber tenido un parto de forma natural y el 64% restante tuvieron un parto de forma distócica.

Por lo tanto, se pudo observar que la mayoría de las madres que habían tenido un parto entre la semana 34 a la semana 36 tuvieron influencia no solamente de las condiciones ambientales y sociales en las que pueden vivir.

Cabe resaltar que la salud mental para las mujeres que asisten al área de maternidad es importante, por lo que se recomienda una atención psicológica como apoyo para el proceso que están atravesando, más no para atención de crisis de ansiedad o depresión.

Considerando que el objetivo principal de esta investigación era Describir la sintomatología de ansiedad y depresión postparto con el embarazo pre término que han tenido las mujeres que se encuentran en el área de maternidad del Hospital Roosevelt , se pudo observar mediante los resultados que, dichos trastornos psicológicos afectan de una forma leve, tomando en cuenta que, la ansiedad y depresión no identificada y no abordada en el tiempo adecuado puede desencadenar problemas que afecten la calidad de vida de cada mujer, como también el desarrollo de los neonatos.

Dentro de la sintomatología estudiada de la ansiedad y depresión postparto se identifica con mayor prevalencia la preocupación, inseguridad, taquicardia, culpa y temor, siendo estos síntomas manifestados en niveles bajos, tomando en cuenta que, estas alteraciones del estado del ánimo pueden ser producidas a consecuencia de los cambios hormonales, psicológicos y sociales que dichas madres están padeciendo

Los resultados de la presente investigación al describir la sintomatología de la ansiedad y depresión postparto muestran un porcentaje leve y sin probabilidad de complicaciones en dichas madres en un futuro.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01. Conclusiones

- Se concluye que, la ansiedad y depresión son síntomas que surgieron en las madres entrevistadas, sin embargo, el parto pre término no es la causa principal de la aparición de dichos síntomas, por lo que se rechaza la hipótesis anteriormente planteada.
- Se logró observar a través de los test realizados que ninguna de las madres padeció niveles altos de ansiedad y depresión.
- Los síntomas con mayor prevalencia en las mujeres de estudio fueron pensamientos negativos, molestias estomacales, sudoración, movimientos repetitivos, nerviosismo y culpa por las situaciones que vivieron durante el período de gestación, siendo producidas algunas por los cambios físicos y hormonales del embarazo.

4.02. Recomendaciones

- Se recomienda al Hospital Roosevelt brindar atención psicológica a las mujeres que se encuentran en el tercer nivel del edificio de maternidad, a las madres con parto pre término y a las que se encuentren en riesgo de tener un parto menor a las 37 semanas de gestación como método de prevención y para apoyar la salud mental de cada mujer que se encuentra en dicha área.
- Se recomienda a los profesionales de salud mental del Hospital Roosevelt realizar más estudios donde incluyan más tiempo de evaluación para darle seguimiento a las sintomatologías que pueden padecer las mujeres embarazadas para poder estudiar la evolución y complicaciones de las mismas.

- Se recomienda al Jefe del departamento de Salud Mental, brindar charlas educativas a las mujeres que llegan a chequeos mensuales en el Hospital Roosevelt, sobre la ansiedad y depresión, para que puedan identificar desde los primeros signos estas patologías y busquen ser atendida inmediatamente por el departamento de psicología o salud mental del mismo hospital.

Referencias

DSM IV, 1994, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

El parto es nuestro. ¿Qué es el puerperio? ¿Cuánto dura?. Página web. . [Consultado el 22-11-2016]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/que-es-elpuerperio-cuanto-dura>.

Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez [Revista on line] 2014. [Consultado el 05-11- 2016]; 74(4):229–243. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Flores Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada. Perinatol y Reprod humana [Revista on line] 2013. [Consultado el 19-03-2017]; 27(3):143–144. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001.

Gómez López ME, Aldana Calva E. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. Psicol Y Salud [Revista on line] 2008. [Consultado el 20-02-2017]; 17(1):53–61 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321004.pdf>.

Marín Morales D, Carmona Monge F, Toro Molina S, Montejo Rodriguez R, Peñacoba Puente C, Velasco Furlong L, et al. Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. Nure Investig [Revista on line] 2013.

[Consultado el 09-01- 2017];62(1):1–10. Disponible en: http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE62_proyecto_estres.pdf.

Medline Plus. Depresión postparto. Página web. [Consultado el 22-11- 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>.

Muñoz, Y.I. (11 DE ABRIL DE 2006) la ansiedad y tratamiento. Obtenido de:<http://www.mailxmail.com/curso-ansiedad-tratamiento/logoterapia>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). La atención integrada del embarazo y el parto (IMPAC) Pagina web. [Consultado el: 21-03-2020]. Disponible (OMS, 2000, recuperado de: https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/).

Romero R, Gómez R, Mazor M, Yoon BH, Espinoza J. Síndrome de parto prematuro: relevancia clínica y etiológica. En: Gratacós E. Medicina Fetal Cap. 81. Edit. Medica Panamericana, cap. 81. 2009:723-35.

Vesga Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Psychiatry [Revista on line] 2008. [Consultado el 17- 12-2016]; 65(7):805–815. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669282/>.

World Health Organisation (WHO). Mental health aspects of women’s reproductive health. A global review of the literature. [Internet] 2010. [Consultado el 17-03-2017]; 1-421. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf.

Fuentes, Alicia. (Enero de 2016). *Embarazo de alto riesgo y depresion postparto*. Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala.

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9922.pdf

Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal Estar e Subjetividad.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300006.

<http://www.mailxmail.com/curso-ansiedad-tratamiento/logoterapia>).

(2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf).

http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE62_proyecto_estres.pdf).

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es).

(<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>)

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>).

Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo.

<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321004.pdf>

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf).

La salud mental en la mujer embarazada.

<https://osarguatemala.org/embarazos-y-registro-de-nacimientos-de-madres-adolescentes-ano-2019/>.

(*El parto es nuestro*, 2020, www.elpartoesnuestro.es.)

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001

Balest, A. (2022, octubre). Recién nacidos prematuros. *Manual MSD*.

<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatría/problemas-perinatales/recién-nacidos-prematuros>

Balest, A. (2022, octubre). Recién nacidos prematuros. *Manual MSD*.

<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatría/problemas-perinatales/recién-nacidos-prematuros>

Kay, C. (2021, August 16). Depresión posparto: Síntomas, causas y diagnóstico. *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depresion-posparto>

Depresión postparto. (2012). *American Psychological Association*.

<https://www.apa.org/pi/women/resources/reports/depression-postparto>

- Muñoz, P. (2017). *Depresión posparto: Síntomas, tipos, factores de riesgo y causas*. Nascia.com. Retrieved May 12, 2023, from <https://www.nascia.com/depression-posparto/>
- Maternity Blues. (2017, marzo 30). PSISE; Psise: Servicio de Psicología Clínica del Desarrollo. Unidad de Observación y Diagnóstico Funcional. <https://psisemadrid.org/maternity-blues/>
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.
- Roig, G. (2020). Depresión Postparto - Instituto Ginecológico Dra. Gómez Roig. *Instituto Dra. Gómez Roig*. <https://www.gomezroig.com/depression-postparto/>
- ¿Qué es la tristeza posparto? | Tristeza posparto vs. depresión posparto. (2022). Cigna. Retrieved May 12, 2023, from <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/postpartum-blues-vs-depression>
- Sacher, J., Wilson, A. A., Houle, S., Rusjan, P., Hassan, S., Bloomfield, P. M., Stewart, D. E., & Meyer, J. H. (2010). Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 468–474. 71 <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.32>
- SUAREZ, R. (2018, October 23). *El Maternity blues y la depresión periparto - Ruben Suarez Psicologo*. Psicólogo Forense. Retrieved May 12, 2023, from <https://www.rubensuarezpsicologo.com/el-maternity-blues-y-la-depression-periparto/>
- Zanardo, V., Volpe, F., de Luca, F., Giliberti, L., Giustardi, A., Parotto, M., Straface, G., & Soldera, G. (2019). Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1593363>

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12. 66

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-100>

Gerli, S., Fraternali, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., Tortorella, A., Bini, V., Giardina, I., Moretti, P., & Favilli, A. (2019). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 7058.

<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1630818>

Andrade, M. a. (2021, junio). *Factores de riesgo asociados a maternity blues y depresión postparto en mujeres que cursan su puerperio inmediato, hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general san francisco de quito en los años 2020-2021.*

" - Wiktionary. Retrieved May 13, 2023, from

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/20153/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20a%20maternity%20blues%20y%20depresi%C3%B3n%20posparto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jadresic, E. (2017, noviembre 1). DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-posparto-en-el-contexto-S0716864017301426>

E. Jadresic, C. Jara, R. Araya. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat*, 39 (1993), pp. 63-74

C. Mendoza, S. Saldivia. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*, 143 (2015), pp. 887-894

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>

Mendoza, c. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. SciELO Chile. Retrieved May 9, 2023, from

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Cruz, V., & Moreno, A. (n.d.). Estudios transversales | Epidemiología y estadística en salud pública | AccessMedicina | McGraw Hill Medical. AccessMedicina. Retrieved May 9, 2023, from

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1464§ionid=101050145>

Lactancia materna, contacto y apego. (s/f). Albalactanciamaterna.org. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/>

Anexos

Universidad San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

1. Consentimiento informado

Por este medio se me hace la cordial invitación, para ser participe en la investigación **“Ansiedad y depresión postparto en madres con embarazo pre término del área de maternidad del Hospital Roosevelt”**, realizado por las investigadoras: Sharon Alejandra Gil Girón y Stephanie María de los Ángeles Galdámez Alvarado de Menéndez, siendo avaladas por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad San Carlos de Guatemala.

Objetivo de estudio:

Conocer la sintomatología de ansiedad y depresión postparto con el embarazo pre término.

Diseño y procedimiento de estudio:

En caso aceptar participar en el estudio se acordarán dos reuniones en las cuales usted podrá dar sus opiniones, percepciones y comentarios sobre el tema. Estas reuniones serán en el centro Hospitalario, en el horario a convenir por ambas partes.

Por lo tanto yo _____ hago constar que he sido informada sobre el estudio y el propósito que tiene el mismo para ser parte de la investigación, teniendo en cuenta que puedo retirarme si así lo deseo, dando las explicaciones correspondientes a las investigadoras.

Comprometiéndome al participar en la investigación con:

- Colaborar con las pruebas que sean pertinentes, explicadas por las investigadoras con anterioridad
- Asistir a alguna cita si fuera necesario, siempre y cuando sea dentro de las instalaciones que propone la investigación.

Por lo tanto presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Confirmo que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Firma de la investigadora: _____

Fecha: _____

Universidad San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

2. Test SEAS

Instrucciones

Cada síntoma debe ser evaluado por la frecuencia con que tenemos dicho síntoma o respuesta, en general en nuestra vida, de acuerdo con la siguiente escala de frecuencias.

0: Casi nunca; 1: Pocas veces; 2: Unas veces sí, otras veces no; 3: Muchas veces; 4: Casi siempre

SÍNTOMAS	0	1	2	3	4
- Preocupación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Inseguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Molestias en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sudor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Temblor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Tensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Palpitaciones, aceleración cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Fumar, comer o beber en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Evitación de situaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F: _____

Firma de aprobación

Universidad San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-
“Mayra Gutiérrez”

3. Escala Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Iniciales: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

<p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <p>a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos d) No, no he podido</p>	<p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p>a) Sí, la mayor parte de las veces b) Sí, a veces c) No, casi nunca d) No, nada</p>
<p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p>a) Tanto como siempre b) Algo menos de lo que solía hacer c) Definitivamente menos d) No, nada</p>	<p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p>a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, a veces c) No muy a menudo d) No, nada</p>
<p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p>a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, algunas veces c) No muy a menudo d) No, nunca</p>	<p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p>a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) No muy a menudo d) No, nada</p>

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo a) No, para nada b) Casi nada c) Sí, a veces d) Sí, a menudo	9. He sido tan infeliz que he estado llorando a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) Sólo en ocasiones d) No, nunca
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno a) Sí, bastante b) Sí, a veces c) No, no mucho d) No, nada	10. He pensado en hacerme daño a mí misma a) Sí, bastante a menudo b) A veces c) Casi nunca d) No, nunca

“Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones”

**Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky**