



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Propuesta de intervención para la depresión, ansiedad y estrés
en madres, debido a una hospitalización prolongada en las
salas de UCIN.**

AUTOR:

Gómez Mariño, Doménica Eugenia

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Colmont Martinez, Marcia Ivette Mgs.

Guayaquil, Ecuador

12 de septiembre de 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Gómez Mariño, Doménica Eugenia** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

f. _____

Psic. Cl. Colmont Martinez, Marcia Ivette Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes Mgs.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Gómez Mariño, Doménica Eugenia

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Propuesta de intervención para la depresión, ansiedad y estrés en madres, debido a una hospitalización prolongada en las salas de UCIN**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA

f. _____

Gómez Mariño, Doménica Eugenia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Gómez Mariño, Doménica Eugenia

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Propuesta de intervención para la depresión, ansiedad y estrés en madres, debido a una hospitalización prolongada en las salas de UCIN**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA:

f. _____

Gómez Mariño, Doménica Eugenia

INFORME DE URKUND



Documento	TESIS DOMENICA GOMEZ.docx (D143410051)
Presentado	2022-08-30 15:15 (-05:00)
Presentado por	domegomez24@hotmail.com
Recibido	marcia.colmont.ucsg@analysis.urkund.com
	0% de estas 71 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA:

Propuesta de intervención para la depresión, ansiedad y estrés en madres, debido a una hospitalización prolongada en las salas de UCIN.

ESTUDIANTES:

Gómez Mariño, Doménica Eugenia

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Marcia Colmont Martinez, Mgs.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarme y acompañarme siempre en los mayores momentos de mi vida, nunca fue suerte, fueron todos los pasos que tuve que dar hasta llegar aquí.

A mi madre Eugenia, mi mejor amiga y consejera, que bonito fue tenerte como audiencia todos estos años de carrera, llegar después de clases a contarte todo lo que había aprendido ese día, gracias por ser mi mayor ejemplo de superación y enseñarme que el conocimiento es la mejor herramienta del ser humano.

A mi padre Ricardo, por darle ese toque de humor y espontaneidad a mi vida, gracias por transmitirme la seguridad que ves en mi potencial, no solo me ha dado más confianza en mí, sino me ha motivado a superarme en cada nuevo reto de mi vida.

A mi novio Andrés, por su amor, lealtad y motivación durante todo este camino y más aún en el desarrollo de este trabajo. Todos los días sigo apostando por nosotros.

A mi tutora Marcia, quien me enseñó lo lindo acerca de este enfoque de psicología, gracias por la paciencia y todo su interés en esta investigación, no solo fue una gran guía sino también me ha permitido direccionar el camino como profesional que quiero construir.

A mis mejores amigos, mi segunda familia, no podría agradecerles a todos, por tanto, cada uno tiene un espacio en mi corazón.

No solo no hubiese sido nada sin ustedes sino con toda la gente que estuvo alrededor desde el comienzo, algunos siguen hasta hoy... Gracias totales.

Gómez Mariño, Doménica Eugenia

DEDICATORIA

A todas las madres de la salas de cuidados intensivos neonatales, aquellas que sufrieron pérdidas irreparables en el proceso, y quienes regresaron victoriosas a sus hogares, con sus bebés después de un largo periodo de hospitalización.

Gracias por hacerme parte de su historia y recibirme siempre con una sonrisa a pesar de las adversidades, ustedes también son parte de la mía, me permitieron ver más allá de lo objetivo, culminar mi camino de estudiante, y dar paso a la profesional que empieza el día de hoy.

Gómez Mariño, Doménica Eugenia



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Aguirre Panta, David Jonatan, PhD.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Velazquez Arbaiza, Ileana De Fatima, Mgs.

(OPONENTE)



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE EDUCACIÓN

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos.....	10
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
ANTECEDENTES	11
CAPÍTULO I: EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	13
La hospitalización	13
Estancias prolongadas de hospitalización	15
Hospitalización de neonatos.....	20
Causas de hospitalización de pacientes neonatos.....	25
CAPÍTULO II: INDICADORES PSICOLÓGICOS EN MADRES POSTPARTO	28
El período perinatal.....	28
Depresión	29
Trastornos depresivos según DSM-V.....	31
Depresión perinatal.....	32
Depresión postparto	34
Concepto Según CIE 10.....	38
Etiología	38
Factores de Riesgo	39
Consecuencias.....	40
Ansiedad.....	41
Trastornos de ansiedad según el DSM-V.....	41
Ansiedad postparto.....	43
Concepto Según CIE-10.....	44
Etiología	45
Factores de riesgo.....	45
Consecuencias.....	46
Estrés	47

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés según DSM V .	49
Estrés de madres con niños prematuros	50
Estrés postraumático postparto	52
Concepto según CIE 10	55
Etiología	55
Consecuencias.....	56
Factores de riesgo.....	58
CAPÍTULO III: LA FAMILIA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO	60
Familia	60
Tipos de familias.....	61
Familias tradicionales.....	62
Nuevas tipologías.....	65
Estructura familiar.....	68
Roles	70
Jerarquía	71
Límites.....	72
Crisis familiar	73
Crisis normativas.....	75
Crisis paranormativas.....	76
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	78
Tipo de diseño de investigación	78
Muestra.....	79
Población.....	79
Técnicas de recolección de datos	79
Procedimientos necesarios para la organización, sistematización y análisis de los datos	81
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	84
Conclusiones de las encuestas	103
Estudios de casos	106
Caso #1	107
Caso #2.....	108
Caso #3.....	110
Caso #4.....	111
Conclusiones de estudio de casos:	113
CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	115

Datos generales de los talleres	116
Taller 1	117
Taller 2	119
Taller 3	121
Taller 4	124
CONCLUSIONES	126
RECOMENDACIONES.....	130
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXOS.....	143

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operalización de variables.....	81
Tabla 2. Esquematización de las variables pregunta abierta.....	88
Tabla 3. Descripción de etapas de la propuesta	115
Tabla 4. Desarrollo primer taller de intervención.....	117
Tabla 5. Desarrollo segundo taller de intervención	119
Tabla 6. Desarrollo tercer taller de intervención	121
Tabla 7. Desarrollo último taller de intervención	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	21
Figura 2	22
Figura 3	84
Figura 4	85
Figura 5	86
Figura 6	87
Figura 7	88
Figura 8	99
Figura 9	93
Figura 10	94
Figura 11	95
Figura 12	96
Figura 13	97
Figura 14	98
Figura 15	99
Figura 16	100
Figura 17	101
Figura 18	102

RESUMEN

El presente trabajo de titulación tuvo como objetivo principal analizar el impacto psicológico en las madres que cursan largas estancias prolongadas dentro de las salas UCIN. Desde hace varias décadas se han desarrollado una gran variedad de investigaciones y aportaciones en relación a la psicología perinatal, demostrando cada vez más su relevancia e importancia tanto en la madre, como en el neonato desde sus primeros momentos de vida. Cuando un recién nacido requiere un proceso de hospitalización neonatal este puede ser complejo y abrumador para los padres debido al ideal que se tiene del hijo deseado, en especial en las madres, quienes pasan la mayor parte del tiempo dentro de estas salas. Por lo tanto, se realizó un recorrido bibliográfico donde se evidenció que las largas estancias hospitalarias, pueden ser un factor de riesgo relevante para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo característicos en el postparto. Al ser una investigación de tipo mixta se utilizaron los enfoques metodológicos cuantitativo y cualitativo con un alcance de estudio tanto descriptivo como explicativo. Las técnicas usadas fueron las encuestas, entrevistas abiertas, observación y anotaciones de campo. Los resultados obtenidos demostraron las diversas afectaciones psicológicas relacionadas a depresión, ansiedad y estrés que presentan la población de madres que cursan largas estancias dentro de las salas UCIN. Es por lo tanto que, se construyó una propuesta de intervención psicológica en relación con la problemática, que pueda otorgar un acompañamiento óptimo y oportuno.

Palabras claves: *Hospitalización; Post Parto; Depresión; Ansiedad; Estrés; Familia*

ABSTRACT

The main objective of this degree work was to analyze the psychological impact on mothers who spend long periods of time in NICU rooms. For several decades, a wide variety of research and contributions have been developed in relation to perinatal psychology, increasingly demonstrating its relevance and importance both in the mother and in the newborn from its first moments of life. When a newborn requires a neonatal hospitalization process, this can be complex and overwhelming for parents due to the ideal they have of the desired child, especially mothers, who spend most of their time inside these rooms. Therefore, a bibliographic review was carried out where it was shown that long hospital stays can be a relevant risk factor for the development of characteristic postpartum mood disorders. Being a mixed-type research, quantitative and qualitative methodological approaches were used with both a descriptive and explanatory scope of study. The techniques used were surveys, open interviews, observation, and field notes. The results demonstrated the various psychological affectations related to depression, anxiety and stress presented by the population of mothers who spend long stays in NICU rooms. It is therefore that a psychological intervention proposal was built in relation to the problem, which can provide an optimal and timely complement.

Keywords: *Hospitalization; Postpartum; Depression; Anxiety; Stress; Family*

INTRODUCCIÓN

Las salas de cuidados intensivos (UCI) son una de las áreas más críticas dentro de un hospital, no únicamente por las condiciones delicadas en las que se encuentran los pacientes hospitalizados, sino por las largas estancias que estas requieren. Los hospitales ofrecen todos los servicios y recursos posibles para obtener el bienestar y mejoría del paciente, entre esos el acompañamiento de un equipo de psicología, para aquellos casos que incluyen diagnósticos severos o cursan largos períodos de hospitalización. Existen investigaciones desarrolladas que demuestran las consecuencias físicas, emocionales, cognitivas y sociales en los pacientes que han tenido largas estancias hospitalarias, sin embargo, alguna vez nos detenemos a preguntar ¿Cuál es el impacto psicológico o emocional en el familiar que acompaña a este paciente durante las largas estancias hospitalarias dentro de una unidad de cuidados intensivos?

Cuando un paciente neonato requiere ser intervenido dentro de una sala de cuidados intensivos neonatales (UCIN), generalmente, las madres son quienes adoptan el rol de cuidador y realizan una participación en conjunto con los doctores por la mejoría del paciente. Se conoce que en el postparto existen trastornos del estado del ánimo comunes que pueden presentarse en las madres durante el puerperio, por lo tanto, se consideró en la presente investigación la importancia de evaluar las consecuencias psicológicas que produce la hospitalización inmediata de un neonato en la población de madres que se encuentra dentro de las salas UCIN, debido a las consecuencias severas que traen consigo para la salud mental de las madres, su perspectiva sobre la maternidad, y la relación madre-hijo que se está desarrollando.

La presente problemática fue abordada desde la corriente sistémica de la psicología, donde se analizó a cada una de las madres de manera individual como también se las evaluó como un sistema consolidado dentro de estas salas, y, a su vez, desde su estructura familiar. Los datos obtenidos a través del análisis cuantitativo y cualitativo dentro de esta investigación, evidenciaron las diversas

afectaciones psicológicas que sufren estas madres durante el puerperio, sin embargo, no fue este el único dato relevante obtenido, se pudo constatar cómo los procesos de hospitalización prolongados corresponden a crisis paranormativas dentro de la familia y ,como se analizó en casi todos los casos, traen consigo efectos contundentes dentro de sus miembros afectando su funcionalidad, lo cual nos permite respaldar la importancia de la familia y cómo influye este entorno del individuo en sus síntomas y en cómo se desenvolverá en otros escenarios de su vida.

En nuestro país no se maneja suficiente información en relación al postparto, es común aun en nuestra sociedad escuchar mitos o creencias erróneas acerca del mismo, creyendo en la utopía que este proceso para la mujer es “el mejor de su vida” lo cual es completamente falso, en cada madre se presentarán diversas reacciones las cuales deben ser escuchadas, validadas y acompañadas desde la empatía, tanto por sus familiares o personas allegadas, como para los profesionales médicos que intervienen dentro de un proceso de hospitalización.

El presente trabajo de titulación está relacionado con la carrera de psicología clínica, debido a que sus bases y fundamentos teóricos están desarrollados desde una perspectiva clínica, dentro de la misma se podrá identificar indicadores psicológicos específicos y su relevancia. La línea de investigación de este trabajo según el documento “Dominios Institucionales” de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, se enmarca en el dominio 5: “Educación, comunicación, arte y subjetividad”, grupo de investigación: “Psicología”, línea de investigación “Problemas del Sujeto y su relación en distintos entornos”.

Este trabajo investigativo guarda relación con el eje social con su objetivo 6: garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, ya que tiene relación con indicadores psicológicos característicos del postparto en madres que cursan largas estancias de hospitalización dentro del área de neonatología. Es por consiguiente que, se asegura el derecho de una atención de salud integral y

de calidad. Los servicios de salud dentro del área de neonatología deben enseñar al personal sobre las necesidades del recién nacido y asimismo brindar a la madre información completa acerca de su condición o diagnóstico. Además, proporcionar el soporte emocional necesario para poder sobrellevar diversos escenarios durante su estancia, así como implementar habilidades enfocadas a la escucha, respeto, sensibilidad y comprensión.

Es por lo tanto, que gracias a la revisión bibliográfica y al análisis cuantitativo y cualitativo realizado dentro de esta investigación de tipo mixta, se construyó una propuesta de intervención psicológica, la cual no solo permitirá un acompañamiento psicológico óptimo dentro de las salas de UCIN con estas madres que cursan semanas y meses de hospitalización, sino una mejoría considerable en relación a sus síntomas contrarrestando las consecuencias severas que pueden producir a corto y largo plazo. La política de modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad con eficiencia y transparencia puede ser una gran herramienta para poder proteger, mantener y mejorar la salud mental dentro de este proceso de hospitalización.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación está relacionada a las largas estancias hospitalarias; la misma es de suma importancia, tanto para profesionales de la salud, como también para los familiares de quienes experimentan un proceso de hospitalización prolongado dentro del área de cuidados críticos de neonatología, ya que abarca una problemática que se vive día a día y que podría tener consecuencias de índole psicológicas.

Dentro de los sistemas hospitalarios, no existen protocolos estandarizados para el acompañamiento a los familiares de neonatos en cuidados intensivos; así como tampoco se brinda la atención óptima y necesaria durante este proceso de hospitalización prolongado, ya que se desconocen las consecuencias que esto trae consigo.

En nuestro país no se han destinado suficientes recursos, ni materiales, ni personal para la investigación de esta problemática; la cual trae como consecuencia la intervención inoportuna o no efectiva para los familiares de quienes transcurren largas estancias hospitalarias, evitando que este nuevo proceso de adaptación a nuevos horarios, rutinas, protocolos se vea perjudicado e influya en el desarrollo de diversas patologías producto de este. Las mujeres que se encuentran en proceso post parto pasan complicaciones más allá de su condición física. A lo largo de la historia, mediante un discurso social que se imparte por generaciones, se pretende ver el embarazo y postparto como una utopía que en muchos de los casos no va ligada con la realidad; incrementando la desinformación, siendo las mujeres quienes cursan este proceso las más grandes perjudicadas.

Los trastornos del ánimo son enfermedades multisistémicas, que se manifiestan con distintos grados de alteración patológica del ánimo asociados a un significativo deterioro físico y social. Durante el embarazo y puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de estos trastornos.

Dentro de los vinculados al puerperio se distingue la tristeza y depresión posparto y la psicosis puerperal. (Dois Castellón, 2012)

El post parto es un proceso de cambios tanto físicos como emocionales, si a lo ya mencionado le sumamos el hecho de que el neonato debe ser hospitalizado por un largo período de tiempo, el impacto de esto para la madre podría tener consecuencias a nivel físico, psicológico y social. El estigma social y la intervención nula o deficiente permiten entender los números elevados en relación a las afectaciones psicológicas que ocurren en este periodo perinatal.

Una de cada cinco mujeres tendrá problemas de salud mental durante el embarazo y el postparto. Sin embargo, solo una de cada cuatro se diagnostica, lo que significa que un 75% de las enfermedades mentales surgidas en este periodo pasan desapercibidas y sin tratamiento adecuado para las madres. (Rei, 2020)

Por lo tanto, la finalidad del estudio radica en determinar la prevalencia de indicadores psicológicos percibidos en un grupo de madres de RN hospitalizados en las unidades de cuidados críticos de neonatología, el impacto psicológico que presenta en las madres y, a su vez, que estrategias o recursos encuentras sobre el manejo de estas. El presente trabajo pretende proporcionar información clínica, que sea de utilidad para poder mejorar el manejo interdisciplinario de estos pacientes, permitiendo favorecer la dinámica del grupo de trabajo, con una mejora integral del servicio hospitalario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones durante el parto, embarazos múltiples, malformaciones congénitas, partos prematuros, entre otros, son las principales causas de hospitalización de los recién nacidos en las Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatos (UCIN). Estas complicaciones suelen incluir estancias prolongadas dentro de las unidades de cuidados intensivos, donde los padres, especialmente las madres, se encuentran en una constante participación junto a los doctores por el bienestar de los neonatos.

Según la página web Edición Médica, La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estipulado que “La cifra de partos prematuros está aumentando a nivel mundial, y según estima, cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros, es decir más de 1 de cada 10 nacimientos” (2017). Siendo esta una de las principales causas de hospitalización, nos muestra un escenario real; tanto en nuestro país como a nivel mundial, las madres de neonatos se ven en la necesidad de pasar la mayor parte de su tiempo dentro del hospital luchando por la vida de sus hijos.

Las estancias prolongadas pueden traer consigo situaciones de estrés, angustia e incertidumbre en las madres quienes permanecen en el hospital durante largos periodos de tiempo las 24 horas del día los 7 días de la semana de manera indefinida, trayendo como consecuencia indicadores psicológicos considerables y relevantes para ser estudiados por profesionales de la salud mental. Si a este escenario mencionado se le añade los diferentes cambios bioquímicos, psicológicos y sociales característicos en las mujeres durante el postparto, se puede identificar porqué las mismas son una población de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, los cuales traen severas consecuencias frente a esta nueva maternidad, el vínculo que se está desarrollando con el neonato, como también el deterioro de las relaciones conyugales y familiares.

Para las madres esta experiencia es catalogada como traumática, se deben lidiar con sentimientos de culpa, fracaso, pérdida del bebé normal anhelado y enfrentar la separación física y emocional de su bebé después del nacimiento, este acontecimiento interfiere en el proceso de apego seguro. Muchas mamás suelen percibir la sensación de impotencia, pérdida de control, aislamiento y vulnerabilidad que agravan la aparición de síntomas depresivos como también el trauma emocional que enfrentan con miedo e incertidumbre la hospitalización de su recién nacido (Villamizar Carvajal et al., 2018).

Como se ha podido señalar, las consecuencias para las madres son significativas en relación al proceso de hospitalización del recién nacido, el cual pueden llegar a afectar no solamente la salud mental de la madre, sino también influir en el entorno principal donde proviene esta madre, es decir la familia. La hospitalización de un miembro de la familia, puede ser un proceso complicado tanto para el paciente como para sus cuidadores. La presencia de una enfermedad o condición clínica en un paciente pediátrico puede traer consigo conflictos para todo el entorno familiar, más aún cuando esto requiere de manera urgente la hospitalización, la cual traerá repercusiones en todos los miembros. Por ejemplo, la enfermedad de un hijo afectará de distintas formas a hermanos, padres, abuelos, entre otros; lo cual creará una reestructuración dentro del entorno familiar.

Esta restauración del equilibrio familiar puede conducir, bien a la participación familiar activa en los procesos de tratamiento y recuperación del pequeño paciente, a partir de un planteamiento racional, que entraña la necesidad de vivir con ciertos grados de incertidumbre y de estrés; o bien a la rebeldía y el resentimiento familiar constante. (Ochoa & Lizasoáin, 2003)

Por esta razón, es importante resaltar el papel de la familia durante el proceso de hospitalización. El entorno familiar puede ser percibido como una red de apoyo y soporte para la madre que mantiene una estancia indefinida dentro

de las UCIN, como también puede ser un factor de riesgo en relación al bienestar mental de estas.

Para finalizar, la presente investigación tiene el propósito de la construcción de una propuesta de intervención con esta población específica de madres con larga estancias dentro de las UCIN, de manera que se refuerce la psicoeducación relacionada a la problemática, pueda obtenerse una mejoría en relación a sus síntomas, y dar de paso a que las madres puedan hablar aquello que les aqueja o agobia, para que así estos sentimientos puedan ser compartidos, escuchados y validados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Proponer la realización de una propuesta de intervención para las madres de pacientes neonatos que cursan una larga estancia de hospitalización en las salas de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, mediante la creación de talleres psicoeducativos, para contrarrestar el impacto psicológico producto de este proceso.

Objetivos específicos

- Constatar los indicadores psicológicos tales como depresión, ansiedad y estrés, que surgen durante las largas estancias hospitalarias en madres de neonatos hospitalizados dentro del área de UCIN mediante el uso de encuestas y estudios de casos.
- Evidenciar los factores de riesgos que influyen en el desarrollo de patologías relacionadas a las largas estancias y relacionarlas al post parto, de las madres de neonatos hospitalizados.
- Diseñar un programa de intervención psicológica e interdisciplinaria con el fin de brindar el acompañamiento terapéutico a las madres de los neonatos hospitalizados para que sea más eficiente el proceso de adaptación a largas estancias hospitalarias.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las consecuencias en la salud mental de las madres de neonatos que requieren una hospitalización prolongada?

¿Qué indicadores psicológicos prevalecen en las madres de neonatos hospitalizados dentro de la salas de UCIN?

ANTECEDENTES

Se plantea esta investigación desde un modelo fenomenológico a partir de la observación de casos dentro del hospital pediátrico de Guayaquil, debido a la incidencia de indicadores psicológicos presenciados en la población de madres que cursan largas estancias dentro de las salas de UCIN. Hasta el momento, no se ha podido evidenciar el desarrollo previo de una propuesta de intervención durante el proceso hospitalario con esta población específica, sin embargo, investigaciones previas en relación a las consecuencias psicológicas de los padres de pacientes neonatos demuestran aportaciones para el presente trabajo investigativo.

En el 2018, Britos realizó la investigación “Estado emocional de madres de recién nacidos internados con compromiso de salud. Servicio de Neonatología. Hospital Misericordia” donde se pudo constatar las características emocionales de las madres dentro de estas salas. Las madres identificaron como situaciones estresantes que afectan su estado emocional los siguientes: estar separada del bebé, no poder abrazarlo y sentirse impotente e incapaz de protegerlo del dolor (p. 78).

En relación a los hallazgos encontrados el autor menciona que:

Se encontró que la experiencia de tener un hijo hospitalizado constituye una situación que afecta el estado emocional provocando un alto nivel de estrés en la madre y sentimientos de temor, angustia e impotencia. La situación más estresante para las madres fue la alteración de su rol y estar separada de su hijo. Los resultados indican que otra de las situaciones más estresantes fue la apariencia débil del bebe y no poder abrazarlo cuando se desea, lo que provoca en la madre dolor, frustración y tristeza. (Britos, 2018)

Por otra parte, Martín García (2019) en su investigación “Cuidados psicosociales dirigidos a los padres en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)” menciona que se pudo evidenciar que las áreas de UCIN son un ambiente sumamente estresante para los progenitores. Una de las

consecuencias más significativas producto de la hospitalización de esta sala es la afectación al vínculo paterno filial, la separación entre ambos genera pensamientos negativos e inseguridad alterando el rol parental (p. 11)

En base a la literatura revisada por parte del autor se llegó a corroborar que las madres experimentan mayores síntomas de depresión y estrés que los padres. La diferencia radica en que las madres tienen mayores expectativas con respecto a su rol como cuidadores debido al primer lazo o vínculo de unión con su bebé durante el embarazo, y su mayor preocupación es no poder alimentar a su bebé (p. 3)

Como se puede evidenciar en base a lo investigado, las consecuencias para los padres que tienen un recién nacido hospitalizado son severas y considerables, más aún para las madres por el rol de cuidadoras que estas toman, sin embargo, el correcto manejo de estas permitirá una estancia hospitalaria favorable, tanto para la dinámica familiar y conyugal, como también para los efectos que producen en el neonato.

Por último, la investigación realizada por Monforte “Los cuidados centrados en la familia en las unidades neonatales: una aproximación” resalta la importancia de los cuidados centrados en la familia durante los procesos de hospitalización en las UCIN. Estos reportan una serie de beneficios, entre ellos: disminución de los signos de estrés del niño, períodos de estancia más cortos, menos reingresos, mejora de la lactancia materna y mayor satisfacción de la familia y del personal, además tienen un impacto positivo en el estrés experimentado por los padres, en última instancia, pueden ayudar a desarrollar la relación entre el niño y su familia, mejorando el apego y el vínculo (2019).

CAPÍTULO I: EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización

La palabra hospital, suele estar ligada a connotaciones negativas otorgadas por la sociedad, ya que es un lugar donde se pueden presenciar sentimientos tales como angustia, dolor, incertidumbre, miedo, entre otros; esto puede ser producto de experiencias negativas. La página del Gobierno del Encuentro menciona que el concepto de hospitalización para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el servicio destinado al internamiento de pacientes, previa autorización del médico tratante, para establecer un diagnóstico, recibir tratamiento y dar seguimiento a su padecimiento (Gob.ec, s.f.).

El impacto emocional que se presenta en cada individuo será diferente al que posee el personal médico; el cual se encuentra acostumbrado a ciertos escenarios que pueden resultar molestos o estresantes para los pacientes y familiares. Es, por ende, que este proceso trae consigo implicaciones psicológicas relevantes dentro de diversas áreas o especialidades del hospital. El hecho de encontrarse en un entorno desconocido y diferente al habitual compromete a la integración dentro de este nuevo sistema, diferente a todo aquel al que se conocía, trayendo consigo un impacto a nivel psicológico. Este nuevo proceso de adaptación constituye en el origen de conflictos y adversidades, tanto para quién está siendo hospitalizado como para el familiar o cuidador que estará a cargo.

La incorporación de la familia en el proceso de hospitalización es una práctica que se ha integrado y modificado en las instituciones pediátricas. La atención integral de niños implica atender sus múltiples necesidades biopsicosociales, lo que significa, entre otras acciones, ampliar el actuar de los equipos de salud al entorno familiar y sus relaciones. (Marin Fuentes et al., 2008)

La hospitalización de pacientes neonatales puede resultar compleja, más aún para los padres, ya que estos depositan en el neonato todas sus expectativas, sueños, anhelos los cuales pueden verse truncados cuando este hijo, que esperaban nazca sano, nace enfermo o mantiene una condición severa la cual requiera su hospitalización inmediata al momento de nacer.

El trabajo diario que se realiza dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) implica la participación constante de los padres, más aún de las madres, con el menor. Frustración, ansiedad y temor son las emociones constantes en ser expresadas en los padres, las mismas pueden estar relacionadas tanto con la gravedad de la enfermedad que exista, como también el tipo de intervención médica que se vea necesaria a realizar en el neonato. Las madres al adoptar el rol de cuidadoras son quienes suelen mostrarse más afectadas durante la hospitalización.

El desconocimiento sobre cuál es su rol materno respecto al niño en el hospital le va a producir ansiedad e incluso celos del personal sanitario. Por la información de cómo puede participar y apoyar en la atención de su hijo en el hospital va a disminuir su ansiedad. Los padres de estos niños experimentan altos niveles de estrés y emociones negativas, tales como ansiedad, depresión, culpa y desesperanza; y, dado que las circunstancias a las que están sometidos los padres son intensas y se prolongan en el tiempo, esta ansiedad y preocupación pueden llegar a derivar en verdaderas patologías. (Marin Fuentes et al., 2008)

El proceso de hospitalización es un proceso relacionado a la privación familiar, social, escolar, altamente estresante, el cual trae consigo un gran impacto a niveles emocionales al requerir la adaptación a un entorno desconocido. “Desde el punto de vista de salud mental, la hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle resiliencia” (García & De la Barra, 2005). La hospitalización es un evento de gran desgaste emocional, físico, psicológico en el cual será

imprescindible el trabajo interdisciplinario que se realice dentro de la institución, tanto con el personal médico, especialistas, familiares y pacientes.

Estancias prolongadas de hospitalización

Los períodos largos de hospitalización son una preocupación mundial debido a que generan consecuencias negativas dentro del sistema de salud, sobre todo la salud mental. La definición exacta de estancia hospitalaria prolongada es un concepto el cual no puede ser generalizado debido a que es única y exclusiva de cada institución hospitalaria, sin embargo, podemos ubicar como larga estancia hospitalaria al tiempo adicional prolongado del establecido o esperado previamente por el médico en relación con el manejo de la cura. Para tener un porcentaje aproximado, Suasnabar menciona que “La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria, calificándose como prolongada a aquella que sobrepasa el estándar: mayor o igual a 9 días considerado para un hospital de tercer nivel” (Suasnabar Dávila, 2016).

La largas estancias hospitalarias pueden estar asociadas al diagnóstico que proporcionen los médicos en relación con la enfermedad y a la especialidad donde está siendo tratado el paciente, no obstante, una larga duración no significa una mayor eficiencia de servicio o un escenario alentador, ya que en muchas ocasiones durante estas estancias prolongadas no se ve una mejoría en la salud, sino un declive, el cual puede traer como resultado un final desolador. Estas pueden ser un proceso desventajoso tanto para quién está siendo hospitalizado y sus cuidadores, como para la institución. Estas instancias involucran el uso de varios recursos que en ocasiones no se encuentran al alcance debido a la alta demanda, lo cual perjudica o dificulta la recuperación eficaz de la salud del paciente.

Existen diversos factores por los cuáles puede darse una estancia prolongada de hospitalización. Como antecedentes podemos citar las siguientes investigaciones realizadas con sus debidas conclusiones. Según Cevallos & colaboradores (2014) en su estudio sobre duración de la estancia hospitalaria,

una de las causas más frecuentes de la estancia prolongada fue la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos con un valor de 67,6 % del total de las referencias encontradas. Cañas & colaboradores (2021) citando a Carey, Sheth y Braithwaite, encontraron que los retrasos en los servicios médicos se debieron con mayor frecuencia al aplazamiento de los procedimientos (54%). Los autores dentro del mismo estudio argumentaron que “En este estudio, también se descubrió que entre los posibles factores que contribuyen a la estancia hospitalaria prolongada están: la atención domiciliaria ($p= 0,028$); y los procedimientos: ($p= 0.046$) y ayudas diagnósticas: ($p= 0,38$)”.

Las largas estancias hospitalarias traen consigo consecuencias significativas para los pacientes, donde será imprescindible el servicio de psicología hospitalaria. Con relación a investigaciones desarrolladas como antecedentes Abanto (2018) menciona los siguientes resultados: Se realizó una investigación dentro de dos pabellones donde más del 50% de aquellos quienes tenían una estancia mayor a los 60 días. Los grupos etarios más afectados fueron jóvenes adultos. En relación con el sexo el más afectado fue el sexo femenino en un 60%. En el campo de la salud mental también se pueden observar consecuencias significativas producto de largas estancias de hospitalización, la variable más común o significativa es la depresión.

La depresión en pacientes con larga estancia hospitalaria, no necesariamente se clasifica como un trastorno depresivo, sino como un estado de tristeza consecuente al diagnóstico y afrontamiento de una enfermedad de manejo hospitalario prolongado por su necesidad o tipo de tratamiento. (Abanto et al., 2018)

El estado emocional de una persona puede verse comprometido durante su proceso de adaptación en aceptar la enfermedad o el proceso de hospitalización, debido a que su conducta, pensamientos, bienestar emocional se ven comprometidos por el impacto psicológico que este escenario ocasiona.

Los pacientes con larga estancia hospitalaria tienen una mayor tendencia a padecer depresión, más como consecuencia de un estado que perciben

como peligroso para su integridad, que como un rasgo de su personalidad que los haga más propensos a padecerla que otros individuos. (Benítez Agudelo et al., 2016)

Las estancias prolongadas traen consigo consecuencias severas como resultado. Álvarez y otros (2020) en su investigación menciona que las estancias prolongadas involucran los siguientes efectos: el aumento en el riesgo de infección nosocomial, aumento en el riesgo de desacondicionamiento físico, aumento en el riesgo de presentar delirio y otros eventos adversos que afectan la seguridad del paciente.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN) son una de las áreas dentro del hospital que comúnmente involucran largos períodos de hospitalización debido a la complejidad que suelen presentar los pacientes. La revista médica digital (Medlineplus) define a las salas de Cuidados Intensivos como una sección de un hospital o centro de atención médica que proporciona atención a pacientes con problemas de salud potencialmente mortales. Estos pacientes necesitan monitoreo y tratamiento constantes, lo cual puede incluir soporte para las funciones vitales.

Estas salas donde se realizará la presente investigación son altamente complejas y las más críticas dentro de la institución hospitalaria, debido a patologías severas o producto de procedimientos quirúrgicos previos, los cuales complicaron la salud del paciente. Quienes suelen estar hospitalizados dentro de las salas de UCIN suelen tener soporte vital con distintas máquinas como ventilación mecánica, monitoreo cardiaco, sondas o botón gástrico, drenajes, intubaciones y catéteres. Al ser una de las salas que mayormente compromete un proceso de hospitalización largo, es indudable las diversas afectaciones físicas, neurológicas, psicológicas entre otras, que la misma puede producir.

Gracias a investigaciones previas, se ha reconocido un síndrome producto del proceso de hospitalización dentro de las salas UCIN. El Síndrome Post Cuidados Intensivos (SPCI) Matero Rodríguez y otros (2022) indican en su investigación que:

El SPCI se define como la aparición o empeoramiento del estado físico (alteraciones en la movilidad, caídas recurrentes o cuadri/tetraparesia), cognitivo (alteración en la atención, memoria, funciones ejecutivas, velocidad mental), o del estado de salud mental (ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático [TEPT]) que afectan la calidad de vida en los supervivientes de una enfermedad crítica. (Mateo Rodríguez et al., 2022)

No obstante, este síndrome también puede verse en pacientes pediátricos. A pesar de que las investigaciones en este campo han sido limitadas, se han demostrado mediante revisiones bibliográficas que en pacientes pediátricos puede verse afectadas sus funciones motrices, neurológicas y psiquiátricas o psicológicas, sin embargo, su entorno social también puede verse afectado ya que, familiares de pacientes pediátricos hospitalizados pueden evidenciar indicadores psicológicos considerables.

En una de las investigaciones más recientes realizada por Toobe (2021) menciona un deterioro fisiológico el cual se divide en las siguientes 3 áreas:

Deterioro Físico: Encontraron que la tasa de deterioro funcional adquirido varió del 10% al 36% al alta de la UCI y del 10% al 13% después de 2 años. Durante el primer año después del alta, los sujetos reportan una CV más baja, y afectación de los 3 dominios de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF), funciones y estructuras corporales, actividad y participación (p. 409).

Deficiencias cognitivas: Los pacientes experimentan estrés físico y psicológico, que derivan en deterioro cognitivo. Las deficiencias nuevas y/o que empeoran la función cognitiva persisten meses o años y se asocian con un pobre funcionamiento diario y una menor CV. Las alteraciones incluyen problemas de memoria, función ejecutiva, lenguaje, atención y habilidades visuales-espaciales. En adultos se estima que el 25% de los pacientes desarrollan delirium dentro de las 24 horas posteriores al ingreso, y hay estudios que informan que el 90% de los pacientes manifiestan delirium en algún momento de su estadía en UCI (pp. 409-410).

Trastornos de Salud mental: La depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son los trastornos psiquiátricos asociados con PICS. Algunos de los procedimientos que se realizan que contribuyen a estas manifestaciones incluyen VM prolongada, uso de antipsicóticos o sedación, y restricciones en las extremidades (p. 410).

En los pacientes pediátricos se pueden apreciar de igual modo estos indicadores con relación al Síndrome de Estrés Post Cuidados Intensivos (PICS), sin embargo, en estos pacientes resaltan afectados su entorno social, en especial su entorno familiar. En pacientes pediátricos las lesiones pueden ser perjudiciales y traer consecuencias severas hasta su adultez. “Nuevos impedimentos funcionales y cognitivos afectan una cascada de hitos del desarrollo, aprendizaje e interacciones sociales, lo que deriva en una multitud de problemas a largo plazo” (Toobe, 2021). Sin embargo, el crecimiento, la neuro plasticidad y la resiliencia es para los niños un plus en su recuperación y desarrollo. Toobe citando a Watson & colaboradores (2018) de la Red de Investigación Colaborativa de Cuidados Críticos Pediátricos de los Institutos Nacionales de la Salud llevaron a cabo el desarrollo de una escala de evaluación del estado funcional de los pacientes. Utilizando el marco conceptual del comportamiento adaptativo y las actividades de la vida diaria, el FSS tiene 6 dominios: estado mental, sensorial, comunicación, función motora, alimentación y respiración. Se han identificado factores de riesgo para bajos resultados funcionales, incluida la discapacidad inicial; ingreso por trauma, trastorno neurológico u oncológico; soporte vital avanzado; paro cardíaco; mayor duración de estadía en la UCI; edad menor a 1 año; y gravedad de la enfermedad (p. 410).

En relación a las alteraciones cognitivas, los niños en edad escolar informaron recuerdos delirantes, alucinaciones, temor relacionado con la figura médica y la salud, ansiedad, cambios en las amistades y en el sentido de sí mismos. Centrándose en el autoinforme del impacto psicosocial de la hospitalización de la UCI, 3 estudios cualitativos encontraron que los niños experimentaron “confusión e incertidumbre” en

torno a la hospitalización, incomodidad al hablar sobre su experiencia, una brecha entre su “yo anterior” y nuevas circunstancias, nueva dependencia a cuidadores, y una sensación posterior de "aislamiento y abandono” (Toobe, 2021).

Dentro de las salas de Cuidados Intensivos el vínculo madre-hijo suele verse perjudicado. “Esta vinculación puede comprometerse debido a: ansiedad o depresión materna, incapacidad para tocar y sostener al niño, enfermedad crítica, pérdida de la función parental, aislamiento, culpa y desconocimiento del entorno” (Toobe, 2021). Durante el proceso hospitalario dentro de la Salas de Cuidados Intensivos los padres pueden presentar indicadores psicológicos considerables producto del diagnóstico de la enfermedad, el miedo al fallecimiento del paciente o secuelas severas producto de las intervenciones clínicas, el costo financiero, la reestructuración familiar (padre que adopta el rol de cuidado del paciente) y la incertidumbre pueden perjudicar la adaptación familiar que se pretende realizar para este escenario. El Síndrome de estrés post- traumático (PICS) en el entorno familiar muestra indicadores psicológicos relevantes. El más común es la depresión, la ansiedad y otros trastornos relacionados al estrés y trastornos de estrés post traumático.

Hospitalización de neonatos

Es importante para el desarrollo de la presente investigación definir el concepto del paciente neonato el cual será de suma importancia durante el desarrollo de esta. Se denomina Neonato, o también llamado recién nacido, al bebé desde su nacimiento hasta aproximadamente el primer mes de vida. Dentro de este periodo los cambios que ocurrirán serán muy rápidos y relevantes para su correcto desarrollo. (Medlineplus) revista médica menciona que durante este tiempo se establecen eventos significativos para la vida del bebé:

- Se establecen los patrones de alimentación.
- Se empiezan a formar los vínculos entre los padres y el bebé.
- El riesgo de infecciones que pueden volverse más graves es más alto.

- Se notan por primera vez muchos defectos congénitos o de nacimiento.

El recién nacido puede clasificarse de dos maneras: por su edad de gestación y de acuerdo al peso corporal. Navarro (2021) citando a la Academia Americana de pediatría nos presenta la siguiente clasificación. De acuerdo con la edad de gestación, el recién nacido se clasifica en (Ver Figura 1):

Figura 1.

Clasificación del recién nacido prematuro según la edad gestacional

Clasificación del RN según la Edad Gestacional

POSTÉRMINO	> 42 semanas
TÉRMINO MADURO	39-41,6 semanas
TÉRMINO PRECOZ O INMADURO	37-38,6 semanas
PRETÉRMINO TARDÍO	34-36,6 semanas
PRETÉRMINO MODERADO	≤33-31 semanas
PRETÉRMINO SEVERO	≤30-28 semanas
PRETÉRMINO EXTREMO	≤28 semanas
GRAN INMADURO	23-25 semanas

Nota. La figura muestra las semanas de clasificación según la edad Gestacional de los recién nacidos. Fuente: Navarro (2021)

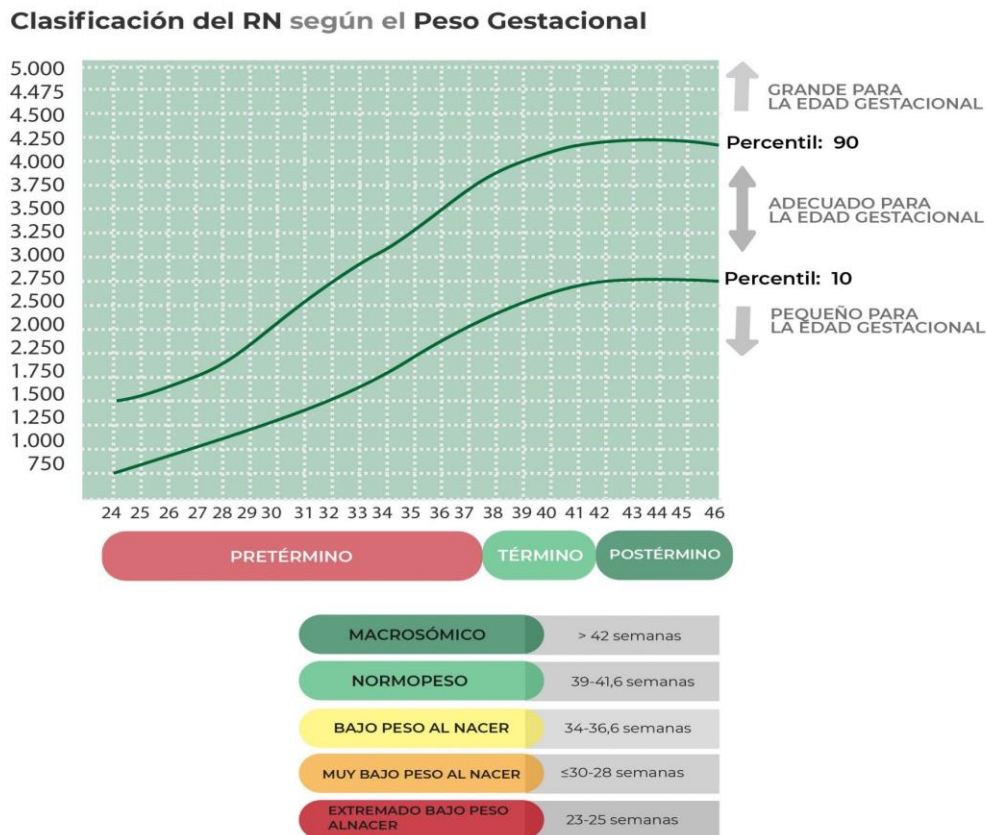
El cálculo de esta dependerá de distintos factores. Se tomará en cuenta el período desde la última menstruación de la madre con la fecha de nacimiento del paciente, siempre y cuando la madre tenga ciclos regulares y no se ingiera anticonceptivos de forma oral, esta es la fórmula más fiable para determinar la edad gestacional. En el caso de no tener conocimiento de la edad gestacional del recién nacido, el médico realizará valoraciones físicas después del parto.

Gómez & colaboradores (2012) mencionan que de acuerdo al peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

- De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- De peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

Figura 2.

Clasificación del recién nacido según el peso gestacional



Nota. La figura muestra las semanas de clasificación del recién nacido según su peso gestacional. Fuente: Navarro (2021)

Al momento del nacimiento será importante realizar una valoración médica al neonato para medir su adaptación a la vida extrauterina, la misma será

realizada mediante la Escala de APGAR. Como sus siglas lo indican, es una escala que evalúa la apariencia, pulso, gestos, actividad y respiración del recién nacido desde el primer minuto de vida, en caso de los resultados no sean los esperados se volverá a evaluar 5 minutos después.

Esta prueba no puede predecir cuán saludable será cuando crezca ni cómo se desarrollará. Tampoco indica cuán inteligente es ni cómo es su personalidad. Sin embargo, pone en alerta al personal del hospital si el bebé está más adormecido o es más lento para responder que lo normal y puede necesitar asistencia a medida que se adapta a su nuevo mundo fuera del útero. (HealthyChildren.org, 2017)

Este es uno de los primeros filtros por el que se someten los recién nacidos, la escala de APGAR puntúa de 1 a 10 siendo 7 el porcentaje promedio aceptado. Si un neonato puntúa menor a 7 o se obtienen puntuaciones muy bajas, el mismo será intervenido por profesionales de la salud y en los casos más graves, serán dirigidos a salas de cuidados intensivos.

Dentro de un hospital existen áreas designadas a la asistencia de pacientes neonatos o recién nacidos quienes requieren cuidados médicos especiales. Las salas de neonatos pueden clasificarse en salas intermedias o básicas, donde los recién nacidos tienen una atención médica constante, sin embargo, su condición no es grave. Existen también unidades de cuidados más complejas como son las salas de cuidados intensivos neonatales (UCIN) donde se encuentran pacientes en condición grave y con alta probabilidad de mortalidad, es por ende que cuando una institución hospitalaria no se encuentra equipada o no cuenta con una atención óptima para estos pacientes, los mismo deben ser trasladados a una institución con mayor complejidad.

En relación a la presente investigación, las salas de cuidados intensivos neonatales (UCIN) son la de nuestro mayor interés debido a que las mismas se caracterizan por incluir grandes períodos de hospitalización. La mayoría de los bebés ingresados dentro de esta área son neonatos prematuros (menor a 37 semanas) o un peso muy bajo (menor a 5.5 libras) o tiene una enfermedad

compleja la cual requiere la intervención médica inmediata. Otros de los motivos por el cual los neonatos son ingresados a estas salas es cuando se tratan de embarazos múltiples (gemelos, trillizos, o más hermanos), estos partos tienden a ser prematuros por la complejidad que se presentan durante la gestación, y en ocasiones uno de los bebés se encuentra en condiciones críticas. Las afectaciones cardíacas, anomalías congénitas, infecciones son otros de los motivos para ingresar a UCIN (Stanford Childrens Health, s.f.).

El papel de los padres dentro de las unidades neonatales es fundamental e imprescindible para entregarles su cariño al recién nacido, como para participar también en los cuidados a realizarse, los cuales serán guiados siempre por el personal de enfermería para su correcto desarrollo. El primer contacto de los padres con el neonato enfermo o prematuro es a través de las caricias, otorgándole tranquilidad y acompañamiento. Dependiendo de la condición que mantenga el paciente, es decir sea grave o no, los padres podrán realizar plan canguro con los recién nacidos. El plan canguro es fundamental en pacientes neonatos prematuros que se encuentran hospitalizados, consiste en colocar al bebé al pecho del padre o madre fortaleciendo su vínculo mediante el contacto físico, se ha comprobado que es una de las prácticas más eficientes para reducir la tasa de mortalidad de los recién nacidos.

(UNICEF) desde 1979 ha promovido el desarrollo del plan canguro a nivel mundial, indica en relación al plan canguro lo siguiente:

«Mamá Canguro» es una metodología innovadora para el tratamiento y manejo ambulatorio de niños prematuros y de bajo peso al nacer. El calor, la lactancia materna exclusiva y la posición canguro, son los principios básicos de la metodología. Pero, por encima de todo, es la relación amorosa y estrecha que se establece entre la madre y su hijo la que permite la sobrevivencia de esos pequeños. La importante y definitiva estimulación, tanto afectiva como orgánica, va a mejorar y a garantizar el patrón respiratorio y cardíaco.

Desde el punto de vista del neurodesarrollo el entorno familiar, la voz materna, su arrullo o caricias son un abanico de reforzadores en bienestar de la salud y

recuperación del neonato. Podemos ubicar a los padres, en especial a las madres, como el personaje principal para el desarrollo óptimo del neonato hospitalizado y a la vez su cuidadora inmediata durante su estadía hospitalaria. Sin embargo, a pesar de la participación de las madres, se han demostrado que ocurre un impacto psicológico significativo durante la hospitalización de los recién nacidos. En una investigación realizada por Marín Fuentes & colaboradores (2008) se analizaron la repercusión psicológica de las madres acompañantes de neonatos graves obteniendo los siguientes resultados:

Fue un estudio realizado en una población de entre 20-35 años. Se observó que hubo un mayor número de afectaciones psicológicas >21 días en comparación con el período de estadía. Los sentimientos predominantes fueron miedo, depresión y ansiedad (28,9%, 22,2% y 20% respectivamente). Existieron 4 madres dentro de la muestra que no negación evasión ante el acontecimiento de hospitalización de los recién nacidos, privándose de participar dentro del servicio de UCIN.

Como se puede apreciar, la hospitalización de neonatos es una experiencia compleja y la misma provoca reacciones diversas dentro de la población que interviene. Es posible que la hospitalización de neonatos sea el área que involucra en un mayor nivel la participación constante de los padres, en especial de las madres, métodos como el plan canguro ejemplifica la necesidad de que las madres que se cursan largas estancias de hospitalización cuenten o reciban también un acompañamiento terapéutico óptimo, debido a las afectaciones psicológicas que las mismas pueden padecer.

Causas de hospitalización de pacientes neonatos

La importancia de la atención a los recién nacidos es fundamental y a la vez es un problema que preocupa a nivel mundial, a lo largo de los años se ha podido reconocer la necesidad de contar con un personal médico, especializado en diferentes complicaciones que se pueden presentar durante el parto y posterior a este.

Estados Unidos de Norteamérica (EUA), con una población estimada de 320 millones de habitantes, anualmente nacen cuatro millones de niños y de ellos, 99% son atendidos en los 5,000 hospitales que cuentan con servicios de obstetricia. De ellos, se estima que 6% requieren maniobras de reanimación y en menores de 1,500 g (alrededor de 30,000 nacidos) requieren de esta maniobra. (Gómez Gómez et al., 2012)

Jaraiseh (2022) mencionando a La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en relación a la mortalidad neonatal la cifras son de 2.4 millones de muertes dentro del primer mes de vida. En relación a estadísticas nacionales, en Ecuador la tasa de mortalidad es de 6.9 por cada 1000 nacidos vivos para el año 2020. (p. 21)

De acuerdo a lo investigado en el presente trabajo, las causas de hospitalización de pacientes neonatos suelen estar ligadas a partos prematuros, malformaciones, infecciones, anomalías congénitas, embarazos múltiples, complicaciones en el parto, entre otras. No obstante, es oportuno detallar de una manera más explícita las causas que preceden este acontecimiento. Existen diversos factores de riesgos que influyen provocando la hospitalización de un recién nacido, es por lo tanto que desde el primer momento de vida se deberá realizar una evaluación para asegurar si el pequeño debe ingresar a una unidad de cuidados intensivos o no. (Stanford Childrens Health, s.f.), el mejor hospital de niños de Estados Unidos menciona que entre los factores de riesgo se encuentran:

- Factores maternos:
 - Edad menor de 16 o mayor de 40
 - Exposición a la droga o el alcohol
 - Diabetes
 - Hipertensión (presión arterial alta)
 - Hemorragias (sangrado)
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Embarazo múltiple (mellizos, trillizos o más hermanos)

- Muy poco o mucho líquido amniótico
- Ruptura prematura de las membranas (también llamada saco amniótico o bolsa de aguas)
- Factores del parto:
 - Sufrimiento fetal/asfixia en el nacimiento (cambios en los sistemas de órganos debido a la falta de oxígeno)
 - Parto en presentación pelviana (de nalgas) u otra posición anormal
 - Meconio (la primera deposición del bebé durante el embarazo en el líquido amniótico)
 - Circular de cordón (cordón alrededor del cuello del bebé)
 - Parto con fórceps o por cesárea
- Factores del bebé:
 - Nacimiento a la edad gestacional menor que 37 semanas o más de 42 semanas
 - Peso de nacimiento menor de 2,500 gramos (5 libras 8 onzas) o más de 4,000 gramos (8 libras, 13 onzas)
 - Pequeño para la edad gestacional
 - Administración de medicamentos o reanimación en la sala de partos
 - Defectos de nacimiento
 - Dificultad respiratoria, incluidas la respiración rápida, los quejidos o la apnea (suspensión de la respiración)
 - Infección como herpes, estreptococo del grupo B, clamidia
 - Convulsiones
 - Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre)
 - Necesidad de oxígeno adicional o monitoreo, terapia intravenosa (IV) o medicamentos
 - Necesidad de tratamiento o procedimientos especiales como transfusión de sangre.

CAPÍTULO II: INDICADORES PSICOLÓGICOS EN MADRES POSTPARTO

El período perinatal

Durante el desarrollo de nuestra vida, las personas debemos adaptarnos a diferentes procesos o situaciones para poder evolucionar. El período prenatal, el postparto y la maternidad o paternidad son transiciones sumamente relevantes que puedan provocar un impacto psicológico significativo y particular en la vida de cada persona. Antes, durante y después del parto es común que muchas mujeres presenten características psicológicas relacionadas a trastornos emocionales producto de esta transición que atraviesan en sus vidas. Durante el embarazo y el puerperio ocurren cambios bioquímicos, psicológicos y sociales los cuales producen mayor probabilidad en las mujeres para el desarrollo de trastornos psíquicos. Los trastornos característicos del puerperio ocurren normalmente en las primeras semanas tras el parto y producen consecuencias como: la capacidad de poder disfrutar la maternidad como se la ha anhelado, efectos en el desarrollo del vínculo que se está desarrollando con el neonato y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares (Carro García et al., p. 452).

Las consecuencias emocionales y psicológicas mencionadas pueden agravarse cuando existe un diagnóstico clínico de por medio que pone en riesgo la vida del neonato. Villanova & colaboradores (2013) citando a Brazelton indicaron que:

El nacimiento de un niño de riesgo produce un estado de desconuelo y angustia en los padres por la pérdida del “niño esperado e idealizado”, esta situación puede evitar que ajusten su conducta de manera adecuada para ayudar a su hijo. En dichas situaciones, el parto, transmitido como momento culminante del embarazo, se transforma súbitamente en un momento de crisis, con la consecuente ansiedad y temor en relación a la pérdida del recién nacido. La experiencia demuestra que en los primeros momentos tras el parto los padres se hayan en una situación de shock y

desconexión con su propio hijo; si el duelo se conduce bien, los padres empezarán a observar y dar respuestas más organizadas y de mayor calidad, y finalmente serán capaces de ver capacidades interactivas de sus hijos, pudiendo crear un vínculo con su frágil hijo. (p. 175)

Es, por lo tanto, que en la presente investigación tomaremos a los indicadores psicológicos depresión, ansiedad y estrés contextualizados dentro del postparto, por ser de suma relevancia para nuestro estudio y por ser los más significativos hallado en la población de madres estudiadas.

Depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en la actualidad, es considerada la cuarta causa de discapacidad mundial. Esta patología se caracteriza por incluir sentimientos de tristeza profunda y constantes, también por presentar un aplanamiento afectivo o desinterés en realizar actividades que anteriormente causaban placer o eran parte de la vida cotidiana de una persona. La duración mínima de esta patología es considerada de 2 semanas, según su duración se puede clasificar en un episodio leve o moderado. Según Corea del Cid (2021) citando al DSM-5 en relación a depresión indica que “es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales” (pp. 46-47).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la depresión es una enfermedad muy común pero severa que compromete la vida diaria de una persona y su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Las causas de esta patología surgen por factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Sin embargo, investigaciones recientes señalan que el factor genético es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo.

Es importante comentar las estadísticas que nos permitan apreciar el alcance de esta problemática y porqué es actualmente una preocupación para los profesionales del sistema de salud. En el 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describió a la depresión como la enfermedad más frecuente a nivel mundial, aproximadamente un 3,8% de la población padece esta patología, entre ellos se encuentran un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. Alrededor de 280 millones de personas en el mundo tienen depresión.

En el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. Los datos más recientes que se tienen corresponden a 2015. En ese año, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (Ministerio de Salud Pública, 2022).

La depresión puede llegar a ser un problema de salud severo, más aún cuando estos episodios son cada vez más intensos y afectan diversas áreas para la persona que la padece como sus áreas sociales, laborales, interpersonales, entre otras. Es importante que el acompañamiento terapéutico sea imprescindible, ya que debido a no haber una correcta intervención puede tener un final catastrófico (suicidio). “Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años” (OMS, 2021).

Desde la neuropsicología, nuestro cerebro es la base de actividad de todo nuestro cuerpo, conectado directamente con nuestro sistema nervioso. La serotonina es el neurotransmisor relacionado con el estado del ánimo, cuando los niveles de esta hormona disminuyen o se ven alterados, se tiene mayor riesgo de sufrir depresión entre otras patologías anímicas o emocionales. Es importante recurrir al DSM-V (Libro de clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana) para conocer la clasificación de dicho trastorno.

Trastornos depresivos según DSM-V

F34.8 Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

Trastorno de depresión mayor

F34.1 Trastorno depresivo persistente

N94.3 Trastorno disfórico premenstrual

Trastorno depresivos inducido por una sustancia/medicamento

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

F32.8 Otros trastorno depresivo especificado

Depresión breve recurrente

Episodio depresivo de corta duración (4-13 días)

Episodio depresivo con síntomas insuficientes

Otros trastorno depresivo no especificado. (pp. 103-127)

Hasta la actualidad, no se tiene una causa que explique la etiología de esta condición, sin embargo, se sabe qué factores genéticos, psicológicos y ambientales e influyen en el desarrollo de esta. A pesar de que cada individuo se presenta y desarrolla de manera diferente, La página web Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2022) citando al DSM-V, en relación a las causas o factores que pueden influenciar al desarrollo de la depresión son los siguientes:

- Tener familiares consanguíneos que hayan tenido depresión.
- Haber sufrido eventos traumáticos o estresantes, como el abuso físico o sexual, la muerte de un ser querido o problemas financieros.
- Pasar por un cambio significativo en la vida, aunque haya sido planeado.

- Tener un problema médico, como cáncer, accidente cerebrovascular o dolor crónico.
- Tomar ciertos medicamentos. Hable con su médico si tiene preguntas sobre si sus medicamentos lo pueden estar deprimiendo.
- Consumo de alcohol o drogas.

Depresión perinatal

La depresión perinatal es la depresión que aparece en cualquier momento del embarazo, inclusive pocas semanas después del parto, los síntomas que se presentan pueden ir desde leves hasta muy graves. El término “perinatal” hace referencia al periodo previo o posterior del parto, es importante diferenciar dos tiempos que la conforman los cuales son: la depresión prenatal, incluye el tiempo antes del nacimiento y la depresión postparto, refiere al tiempo después del nacimiento del bebé. En este proceso las madres pueden llegar a sentir emociones catalogadas como “negativas” tristeza constante, preocupación, excesiva, ansiedad, irritabilidad, entre otras. El Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, s.f.) menciona que muchas madres con depresión perinatal presentan sentimientos de tristeza profunda, reacciones ansiosas, irritabilidad o cansancio que pueden dificultar que se realicen sus actividades diarias con normalidad, perjudicando incluso su autocuidado o el de otros.

La depresión perinatal es reconocida como una enfermedad médica y esta puede afectar a cualquier mujer, sin importar la edad que tenga al momento de su embarazo, raza o cultura. La depresión perinatal no es el resultado de algo que se haya hecho o donde la mujer tenga la “culpa”, hasta la actualidad no hay una causa específica sobre la depresión perinatal, sin embargo, el desarrollo de investigaciones reconoce que el factor genético o ambiental pueden influir en el desarrollo de esta patología. Según (National Institute of Mental Health) menciona que existen un mayor riesgo de desarrollar una depresión perinatal si

la mujer tiene antecedentes personales o familiares de depresión o trastorno bipolar, o si en algún embarazo previo presentó depresión perinatal.

El riesgo también es mayor con embarazos múltiples, partos prematuros o cuando los bebés nacen con déficits físicos o del desarrollo neurológico ya sean congénitos o adquiridos. Las transiciones estresantes, tales como el regreso al trabajo también pueden ser un factor de riesgo. (Healthy Children, s.f.)

Desde siempre se tuvo la creencia que la maternidad y el embarazo eran momentos de plenitud y bienestar total para la madre, sin embargo, esta ideología ha sido revocada desde décadas atrás. En la actualidad se han realizado un sinnúmero de investigaciones en torno a la salud mental de las mujeres embarazadas y sus características psicológicas, demostrando un nivel de alcance que preocupa y es de interés mundial en relación a esta patología. Las estadísticas nos permitan analizar de una manera más explícita el alcance que tiene la depresión perinatal en la población femenina.

Aproximadamente un 10 a 15% de las mujeres desarrollan una depresión postparto, siendo el trastorno psiquiátrico más común en el puerperio. En primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35%. (Krauskopf & Valenzuela, 2020)

Dentro de las consecuencias que pueden ocurrir por la depresión perinatal se encuentran las del ámbito emocional, estas consecuencias no pueden ocurrir únicamente con la madre, sino también sobre el recién nacido, afectando el vínculo que se está desarrollando entre ellos y el apego.

Las embarazadas deprimidas tienen más riesgo de descuidar su embarazo, de abandonar los controles prenatales, o de no seguir o seguir erróneamente las indicaciones médicas, en comparación con las embarazadas no deprimidas. Además, están más expuestas a abusar del

tabaco, el alcohol y las drogas; todo lo cual puede afectar el resultado obstétrico. (Jadresic, 2014)

El término depresión perinatal, a pesar de no corresponder a una patología distinta a un cuadro depresivo leve, ha sido aceptado por la psiquiatría infantil, debido a que se adecua a las necesidades de las embarazadas o puérperas que se encuentran deprimidas y por sus posibles efectos en los neonatos.

Depresión postparto

Una mujer en el transcurso de su vida puede pasar por muchas transiciones, como son el embarazo, el nacimiento de un hijo y el puerperio, estas situaciones se vuelven difíciles de asimilar y traen consigo vulnerabilidad emocional y psicológica. (Meléndez et al., 2017) Luego del nacimiento de un hijo se viven un sinnúmero de emociones, por lo general sentimientos de alegría, amor, devoción y felicidad por la llegada del neonato, sin embargo, no todas las mujeres finalizan su etapa de embarazo de la misma forma. Como se ha mencionado previamente durante esta investigación, antes, durante y después del parto una mujer puede presentar cuadros emocionales significativos los cuales traen consecuencias en diferentes ámbitos de su vida, en especial en el vínculo que se está desarrollando con el recién nacido. La depresión, es una patología que en mujeres embarazadas o que cursan el puerperio no suele ser diagnosticada, y, a su vez, no logra una adecuada intervención por el personal de salud, en especial el de salud mental.

La depresión postparto es identificada como un trastorno depresivo mayor específicamente con su inicio después del parto, es considerada una de las complicaciones obstétricas más comunes, los síntomas que presentan la mayoría de madres están relacionados a un episodio depresivo mayor. Meléndez & colaboradores citando al DSM-V sobre la depresión post parto mencionan que:

La depresión postparto se puede manifestar según el DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales) durante el

periparto hasta las 4 semanas del postparto y las manifestaciones principales clínicas son la tristeza, el llanto, el rechazo hacia el recién nacido, la poca expresividad, el rechazo familiar e incluso ideas suicidas u homicidas. (2017, p. 9)

Durante la etapa del puerperio o período postparto suelen ocurrir en las madres estos tres tipos de trastornos afectivos:

- Depresión posparto
- Tristeza postparto o disforia posparto
- Psicosis

Es importante conceptualizar estos trastornos ya que los mismos pueden traer confusión entre ellos al reflejar ciertas similitudes. La tristeza postparto, también conocida postpartum blues o disforia postparto, es uno de los trastornos más comunes, no obstante, es transitorio por lo tanto no requiere un tratamiento específico. “En la tristeza posparto, es posible que una mujer se sienta feliz en un momento y triste o superada por las circunstancias al minuto siguiente. Se puede sentir triste, irritable, desanimada, infeliz, cansada o malhumorada” (Anzilott, 2020). La tristeza postpartum no perjudica el tiempo con su hijo ni incapacita a la mujer en su totalidad de realizar sus actividades cotidianas, sin embargo, se debe considerar su importancia para evitar que sus síntomas se intensifiquen, una asesoría óptima permitirá que no se desarrolle posteriormente una depresión postparto.

Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca. (Medina-Serdán, 2013)

Una mujer durante su embarazo sufre una serie de constantes cambios hormonales, al momento del parto estos se regulan, lo cual puede poner en vulnerabilidad emocional a muchas madres, es por lo tanto que el factor hormonal sería una de las causas fundamentales de estos trastornos afectivos.

La psicosis postparto por su parte “Puede presentarse como un estado maníaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar. Las mujeres con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recidiva en el embarazo y después del parto, que puede presentarse como psicosis posparto” (Fonseca Villanea, 2018). Este trastorno es más común en mujeres con trastorno bipolar, es sumamente importante que, si la madre ha presentado cuadros depresivos en el posparto o psicóticos, sea hospitalizada inmediatamente y se administre antipsicóticos o algún tratamiento oportuno. Las manifestaciones de este trastorno ocurren de forma repentina entre el tercer y noveno días posparto.

Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo. A continuación, pueden darse conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria, así como otros síntomas graves. (Medina-Serdán, 2013)

La psicosis postparto es uno de los trastornos afectivos más severos ya que aumenta las posibilidades de suicidio como también infanticidio. A pesar de que no es un trastorno específico, el DSM V lo clasifica como:

F23.8x Trastorno psicótico breve (298.8) de inicio en el postparto.

Mientras que en el CIE-10 la categorización aparece como:

F23.x0 Trastorno psicótico agudo y transitorio debido a situación no estresante aguda.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como graves (psicosis puerperal NOS).

La información relacionada a estadísticas de la depresión postparto en Ecuador es casi nula, no obstante, es importante presentar estadísticas que nos permitan ver el alcance de esta psicopatología. “Es una patología frecuente que logra afectar alrededor de 25% de la población femenina. Las adaptaciones tanto físicas y psicológicas en las madres pueden asociarse a un conflicto de intereses entre sus deseos personales y las nuevas responsabilidades como madre” (Acuña Alvarado et al., 2021). Se han desarrollado investigaciones en nuestro país que permiten analizar estos números y evidenciar la importancia de una oportuna intervención. Loaiza y Sánchez (2019) citando la investigación de Castilla y Tite en el año 2017 evaluaron la depresión post parto de madres de neonatos hospitalizados en las salas de cuidados intensivos y no hospitalizados en los hospitales de Nueva Aurora en Quito Ecuador. La población estuvo constituida por 150 mujeres a quienes se les realizó un seguimiento desde la semana 30 de gestación, la investigación demostró que las mujeres quienes tenían a sus hijos hospitalizados en salas UCIN tenían una incidencia del 90% de la población, mientras que las madres de neonatos que no fueron hospitalizados en salas UCIN solo fue del 50% y, aquellas que tenían un episodio depresivo previamente en el embarazo, su incidencia fue del 80%.

Como se ha comentado en esta investigación, para las madres este proceso produce un estado de vulnerabilidad, el cual puede traer consecuencias emocionales significativas. Entre los principales síntomas de la depresión postparto se encuentran los siguientes:

La depresión posparto se relaciona con síntomas psicológicos y alteración de patrones biológicos, entre los que están un estado emocional triste, altos niveles de cansancio, trastornos del sueño y afectación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, responsable de la secreción de la hormona cortisol, necesaria para hacer frente a situaciones de estrés. Aunque los síntomas suelen aparecer tras el nacimiento del bebé, las

mujeres que posteriormente desarrollan depresión posparto presentan síntomas psicológicos durante el embarazo (somatización, depresión, ansiedad y estrés específico del embarazo) y mayores niveles de cortisol desde el primer trimestre. (Caparro Gonzalez et al., 2018)

Concepto Según CIE 10

La depresión posparto según el CIE 10 (2008) aparece dentro de la categoría de: trastornos mentales y del comportamiento. Su categorización aparece como:

F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos. (p. 318)

Y dentro de la categoría: Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte. Su categorización aparece como:

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (depresión postnatal/postparto NOS). (p. 336)

Etiología

Se han nombrado varios factores que se encuentran asociados al desarrollo de este trastorno, sin embargo, no se ha podido determinar una causa única que explique la incidencia de la depresión postparto. Los trastornos afectivos que ocurren en el embarazo o postparto guardan una relación significativa con aspectos biológicos “La DPP continúa siendo de etiología multifactorial teniendo una relación estrecha con los factores psicosociales” (Malpartida Ampudia, 2020)

Malpartida en relación a la etiología de depresión post parto menciona que:

Diversos estudios han encontrado una mayor asociación de DPP en mujeres con antecedentes personales de baja autoestima, trastornos de la personalidad, depresión y depresión postparto previas, dificultades en las relaciones maritales, redes de apoyo insuficientes o pobres, antecedentes de eventos estresantes y en particular, cuadros ansiosos, depresivos y de estrés durante el embarazo. (2020)

Factores de Riesgo

En una reciente revisión literaria realizada por Malpartida (2020), se han identificado 10 factores de riesgos principales:

1. Ansiedad materna: la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas de depresión durante el embarazo.

2. Eventos vitales estresantes: eventos como divorcio, muerte de familiar, pérdida de empleo, tienen una relación significativa con la presencia de depresión antenatal

3. Historia previa de depresión: es un predictor de depresión antenatal

4. Falta de apoyo social

5. Violencia doméstica

6. Interés por concebir: tiene una relación media para presentar depresión

7. Tipo de relación de pareja: tiene relación pequeña con la depresión antenatal

8. Tipo de cobertura médica: una cobertura ineficiente revela un riesgo de DPP

9. Estatus socioeconómico

10. Factores que presentan resultados inconsistentes: consumo de alcohol, tabaco, otras drogas, raza, etnia, edad materna, historia obstétrica.

Consecuencias

El proceso de apego y vinculación madre-hijo son dos de los procesos primordiales en el desarrollo de la vida de un recién nacido para su desarrollo, sin embargo, la presencia de síntomas depresivos característicos en un madre pueden obstaculizar el correcto progreso de estos. El neonato, aunque tenga 9 meses al momento de nacer y no presente ninguna condición especial, es considerado pretérmino porque depende en su totalidad de una figura de cuidado.

La depresión postparto afecta de manera severa la relación entre la madre y el bebé que está formando, CuidatePlus especifica las siguientes consecuencias:

- Experimentar sentimientos negativos hacia el niño: En casos extremos, se puede pensar incluso en hacerle daño.
- Incapacidad para cuidar del niño: Se puede llegar a sentir temor por quedarse a solas con el bebé. También puede llegar el caso de que la madre no sea capaz de cuidar de sí misma.
- Tener poco interés en el bebé: En otros casos, puede suceder lo contrario, la madre se preocupa en exceso y de manera compulsiva por su hijo (a).
(2017)

Estas consecuencias son considerables tanto para la madre como para el neonato, debido a que no solo la madre presentará consecuencias en su bienestar, también el niño puede desarrollar problemas emocionales, sociales y cognitivos más adelante.

Ansiedad

La ansiedad es utilizada por nuestro organismo, como un mecanismo de defensa cuando nos encontramos ante situaciones que nos causan malestar o nos resultan intolerables, por lo que es un sentimiento natural del ser humano, pero cuando esta nos incapacita y afecta nuestro desarrollo en nuestras actividades cotidianas y se presentan de un modo intenso y constante durante el día, es posible que se esté sufriendo un trastorno de ansiedad. Este ha sido un tema abordado desde hace mucho tiempo atrás por la psicología y psiquiatría.

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. (Sierra et al.,2003)

Es importante recurrir al DSM-V (Libro de clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana) para conocer la clasificación de dicho trastorno.

Trastornos de ansiedad según el DSM-V

Trastorno de ansiedad por separación (129)

(F94.0). Mutismo selectivo

Fobia específica

(F40.10). Trastorno de ansiedad social (fobia social)

(F41.0). Trastorno de pánico

(F40.00) Agorafobia (136) 300.02

(F41.1). Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos

(F06.4). Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

(F41.8). Otro trastorno de ansiedad especificado

(F41.9). Trastorno de ansiedad no especificado. (pp. 17-18)

Las estadísticas de estas patologías nos indican que es más común en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3.6) según datos revelados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de igual manera revelan que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno más incapacitante en la mayoría de los países de América Latina. (Chacón Delgado et al.,2021).

La ansiedad presenta diferentes tipos de manifestaciones, Díaz Kuaik (2019) menciona que estos procesos en continua interrelación son: cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos.

Las *manifestaciones cognitivas* de ansiedad incluyen aprensión, miedo, autopercepción de indefensión, escasa concentración y memoria, dificultades de razonamiento, sensación de irrealidad, despersonalización, entre otros. Los procesos fisiológicos son generados automáticamente por la activación combinada de la rama simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo, teniendo como finalidad preparar al organismo para actuar en contextos valorados como amenazantes o peligrosos.

Las *manifestaciones fisiológicas* de ansiedad incluyen: taquicardia, tensión muscular, sudoración, hiperventilación, opresión torácica, parestesias, entre otras. Los procesos conductuales refieren a las acciones generadas con la finalidad de prevenir, controlar, luchar o huir del peligro. Las manifestaciones conductuales incluyen respuestas de paralización, cautela, abandono, evitación y/o búsqueda de seguridad.

Las *alteraciones conductuales* asociadas a la ansiedad pueden interferir, limitar o deteriorar el funcionamiento diario del sujeto en áreas importantes de su vida. Finalmente, los procesos afectivos aluden a la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa. Implican procesos de reevaluación cognitiva de la propia activación fisiológica de ansiedad.

Las *manifestaciones afectivas* se componen por afectos negativos displacenteros de nerviosismo, tensión, aprehensión, agitación, entre otros, que revelan el malestar subjetivo vivenciado. (p. 48)

Ansiedad postparto

Es común que las madres después del parto puedan presentar sentimientos de angustia, temor, miedo, preocupación, entre otros por la llegada de su hijo. Muchas madres suelen manifestar excesiva preocupación por el cuidado del neonato y su bienestar, es por lo tanto que nuestra investigación al estar enfocada en madres que sus hijos han tenido que ser hospitalizados inmediatamente después del parto, respalda la importancia de esta problemática de ser abordada y por qué la misma merece un trabajo interdisciplinario eficaz. “El DSM-IV menciona la ansiedad como parte del episodio depresivo mayor en el posparto, respecto al cual señala que a menudo se presenta ansiedad intensa e incluso crisis de angustia” (Navarrete et al., 2012).

Anteriormente se mencionaba que uno de los trastornos del ánimo es la depresión postparto, no obstante, es pertinente marcar una diferencia entre estas dos patologías. La ansiedad postparto se diferencia de la depresión postparto debido a que la depresión está relacionada directamente con sentimientos de vacío o tristeza profunda, por lo general con eventos del pasado, mientras que la ansiedad es una preocupación intensa en relación al bienestar del bebé, se llega a suponer escenarios que no han ocurrido y puede mostrarse una alteración de la conducta. En 2019, Solís argumentó citando al DSM V menciona que “Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de

ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto” (p. 92).

También indican que se ha podido apreciar en mujeres que muestran episodios depresivos mayores en el postparto, que frecuentemente sufren ataques de ansiedad severos e inclusive ataques de pánico. En relación a estadísticas de la ansiedad perinatal Navarrete & colaboradores indican que:

Algunos estudios sugieren que la tasa de ansiedad generalizada es más elevada en la población perinatal (4.4 a 8.2%) que en la población general (3 a 5%) y que cierta proporción de mujeres manifiesta síntomas de ansiedad clínicamente significativos en esta etapa. (p. 626)

Podemos identificar entonces una relación que guarda la ansiedad dentro de la depresión postparto o trastornos depresivos. “La ansiedad posparto puede presentarse en el mismo periodo que la depresión posparto (de modo típico, entre 2 semanas y 1 año después de dar a luz al bebé)” (University Of Washington Medical Center, 2012). Muchas madres al presentar ansiedad postparto tienen ideas o pensamientos intrusivos de excesiva preocupación con respecto al cuidado de su bebé, por ende, en la presente investigación se tomó esta característica psicológica como relevante, debido a que está presente en el discurso de las madres que sus recién nacidos están hospitalizados, manifiestan preocupación constante por la salud de su bebé, los cuidados que recibe por parte del personal médico o si las madres están desempeñándose bien dentro de la sala de UCIN.

Concepto Según CIE-10

La ansiedad posparto según el CIE 10 (2008) está relacionada dentro de la categoría de: Otros trastornos de ansiedad. Su categorización aparece como:

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Cuando se presentan tanto síntomas de ansiedad como depresión puede ser utilizada la categoría:

Etiología

Existen diversas causas por las cuales puede presentarse ansiedad postparto, entre ellas se encuentran las siguientes:

Cambios físicos: después del parto se producen un desequilibrio de hormonas (estrógeno y progesterona) que pueda contribuir con desarrollo de síntomas depresivos y/o de ansiedad.

Problemas emocionales: pueden manifestarse sentimientos de culpa o sentimientos de falta de control tras el nacimiento del bebé, estos pueden provocar que nuestro organismo perciba los mismos como una situación amenazante y se desarrollen síntomas de ansiedad (García Rasero, 2021).

Factores de riesgo

A pesar de que la ansiedad postparto no describe cuadros diferentes a otros en algún momento de nuestra vida, es relevante mencionarlo por las consecuencias que trae consigo tanto para la madre como para el desarrollo del recién nacido.

Mediante una revisión literaria Navarrete & colaboradores (2012) mencionan los factores de riesgos en relación a la ansiedad durante el puerperio, los cuales son los siguientes:

- Antecedentes de ansiedad y de depresión previos
- Sucesos estresantes
- Poco apoyo de la pareja
- Falta de apoyo social
- Bajo ingreso familiar

- Otras variables asociadas con síntomas de ansiedad posnatal son edad y escolaridad, y autoestima.

Como un factor de riesgo psicosocial relevante de producir síntomas de ansiedad es el poco o nulo apoyo que reciben las embarazadas, es decir quienes no poseen una red de apoyo o una pareja que las acompañe durante el período perinatal.

Consecuencias

Varios estudios muestran las repercusiones que tiene la ansiedad materna durante el tiempo de gestación y al desarrollo del neonato después del parto “Dichos efectos pueden incluir bajo peso al nacer, parto prematuro, retraso en el crecimiento, problemas emocionales y conductuales del niño y restricción en el crecimiento fetal, entre otros” (Mojica Perilla et al., 2019).

En la revisión literaria realizada por Navarrete & colaboradores (2012) sobre los factores psicosociales, menciona la investigación realizada por Heron donde encontraron que aproximadamente el 64% de mujeres que mostraban indicadores de ansiedad durante el embarazo lo presentaron de igual manera en el postparto, inclusive su sintomatología se mostró más significativa. Es decir, la sintomatología que aparece en el período de gestación puede reincidir durante el puerperio teniendo en cuenta los sucesos médicos al momento del parto, como también la adaptación a este nuevo rol de cuidado materno. Según Navarrete (2012) en relación a las consecuencias que este indicador ocasiona menciona que:

Se le asocia con parto prematuro y con efectos adversos sobre el bebé (bajo peso al nacer, problemas neuroconductuales, retraso en el desarrollo y dificultades para dormir); mientras que en el posparto puede alterar el funcionamiento materno, afectando incluso la interacción entre madre e hijo. (p. 630)

La Neuropsicóloga (Nafría Vicente, 2020) menciona como consecuencias de la ansiedad postparto las siguientes sintomatologías relacionadas a cambios físicos, emocionales y conductuales:

- Intranquilidad o inquietud: No lograr sentirse intranquilo y necesidad de moverse constantemente para intentar eliminar el nerviosismo.
- Cambios en los hábitos de alimentación: Puede presentar disminución o aumento del apetito. Se puede notar un considerable aumento o pérdida de peso.
- Dificultad para dormir: Las madres suelen experimentar alteraciones en su ciclo del sueño por la llegada de su bebé, teniendo ciclos irregulares y sufrir de insomnio.
- Pensamientos negativos e intrusivos: Los pensamientos intrusivos son aquellas ideas o imágenes que llegan de forma espontánea y continua a la mente sin ser deseados.
- Miedo: Miedo constante, presentimiento de que algo malo va a ocurrir y no se puede hacer nada para evitarlo.
- Preocupación todo el tiempo: En relación al cuidado del bebé, su desarrollo, la maternidad o dudas acerca de cómo se está desempeñando su rol de madre.
- Inseguridad: Nerviosismo constante o malestar. Pueden mostrarse también sentimiento de culpa o pensamiento negativos hacia una persona o ella misma.
- Dificultad para concentrarse.
- Síntomas físicos: Además de los síntomas mentales y emocionales que experimenta la madre después de tener al bebé, también puede experimentar algunos síntomas físicos como: mareos, náuseas, vómitos, dolor de estómago, sofocos, diarreas, tensión muscular, entre otros.

Estrés

El estrés es denominado como un sentimiento que produce tensión, frustración o malestar el cual puede presentarse tanto con síntomas emocionales

como físicos. Las actividades, situaciones o demandas nuevas pueden resultar para una persona un desafío el cual puede manifestarse en el cuerpo, el estrés no siempre es un indicador de algo negativo, este puede ser positivo para mantenernos alerta de un peligro o cumplir con algo establecido esto se llama estrés positivo (eustress), sin embargo, cuando el mismo se prolonga demasiado tiempo o se vuelve muy intenso puede causar daños significativos a la salud siendo este el estrés negativo (distress).

El Instituto Nacional de Salud Mental define al estrés de la siguiente manera:

El estrés es la respuesta física o mental a una causa externa, como tener muchas tareas o padecer una enfermedad. Un estresor o factor estresante puede ser algo que ocurre una sola vez o a corto plazo, o puede suceder repetidamente durante mucho tiempo. (NIH, s.f).

Existen dos tipos de estrés que (MedlinePlus, 2020) los clasifica de la siguiente manera:

Estrés agudo: Este es estrés a corto plazo que desaparece rápidamente. Puede sentirlo cuando presiona los frenos, pelea con su pareja o esquía en una pendiente. Esto le ayuda a controlar las situaciones peligrosas. También ocurre cuando hace algo nuevo o emocionante. Todas las personas sienten estrés agudo en algún momento u otro.

Estrés crónico. Este es el estrés que dura por un período de tiempo prolongado. Usted puede tener estrés crónico si tiene problemas de dinero, un matrimonio infeliz o problemas en el trabajo. Cualquier tipo de estrés que continúa por semanas o meses es estrés crónico. Puede acostumbrarse tanto al estrés crónico que no se dé cuenta que es un problema. Si no encuentra maneras de controlar el estrés, este podría causar problemas de salud.

Es importante recurrir manual de clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-V) para conocer la clasificación de dicho trastorno.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés según DSM V

F94.1 Trastorno de apego reactivo

F94.2 Trastorno de relación social desinhibida

F43.10 Trastorno de estrés postraumático

F43.0 Trastorno de estrés agudo

Trastornos de adaptación

F43.8 Otros trastornos relacionado con traumas y factores de estrés especificado

F43.9 Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

(pp. 19-20)

Según la revista Martín en su artículo publicado en la revista Forbes (2021) menciona una investigación realizada por Whole Living Journal donde se enuncian las principales causas del estrés:

1. Factores económicos
2. Sobrecarga de trabajo
3. Falta de satisfacción laboral
4. Relaciones personales
5. Atención a la familia

En mujeres el estrés en altos niveles de intensidad puede traer consecuencias significativas. En el 2018 en relación al estrés femenino Barreiro argumentó que “En el sistema reproductor femenino cuando está sometido durante largo tiempo al estrés están expuestos a un doble peligro y, por otra parte, corren el riesgo de sufrir otros trastornos tales como la infertilidad, la tensión premenstrual y la neurosis de ansiedad” (p. 976). Barreiro en el 2018 describió algunas de las

formas en que se presenta el estrés en la población femenina los cuales se clasifican de la siguiente forma:

- Estrés derivado de su fisiología: desarrollo de los senos, menstruación, embarazos.
- Estrés derivado de los cambios de vida: el matrimonio la maternidad, el divorcio, el pasar los cuarenta años en una cultura que venera la juventud y la belleza, la viudez.
- Estrés psíquico: que a menudo siente la mujer soltera de vida supuestamente divertida, que fue educada a la antigua, la mujer que trabaja y a la que se presiona para que vuelva a casa a fin de no perder a su familia y la eterna experta en inseguridad.
- Estrés de las crisis vitales: que cae sobre sus hombros la atención a los padres enfermos, el cuidado de un hijo disminuido.
- Estrés oculto: que perturba, angustia, machismo, el sexismo sutil, el ser anfitriona. (p. 977)

Estrés de madres con niños prematuros

Cuando un embarazo se interrumpe antes de lo establecido y el neonato tiene que ser inmediatamente hospitalizado, esto puede desencadenar en los padres, en especial en las madres, diversas afectaciones psicológicas las cuales pueden ser leves como también significativas. El inicio traumático de la vida de un hijo puede producir en las madres una preocupación intensa y constante sobre la evolución y desarrollo del recién nacido para su futuro. El estrés en madres con niños prematuros es uno de los indicadores psicológicos más relevantes, también constituye un riesgo psicosocial debido a que los padres en muchas ocasiones no tienen la psicoeducación para un buen manejo o control de este.

En una investigación realizada por Villanova & colaboradores (2013) citando a Wijnroks argumentaban que:

La hospitalización del bebé constituye un importante agente estresor por la ruptura de la continuidad relacional madre-bebé; esta separación

supone alteraciones emocionales en los padres, que pueden reaccionar bloqueándose o activándose en exceso, y ciertos comportamientos naturales como son las miradas sonrientes o el diálogo tónico pueden verse interferidos, pudiendo mostrarse menos sensibles a las respuestas del bebé, más intrusivos o sobre estimulantes. (p. 174)

A pesar de que las áreas de UCIN son cada vez más eficientes y completas, las mismas pueden detonar efectos negativos en los padres afectando seriamente su salud mental.

Existe un impacto emocional muy intenso debido al nacimiento sorpresivo, los duelos por las expectativas no realizadas y los sentimientos de culpa. Esto produce la activación de mecanismos de defensa (negación, evitación, disociación) que dependiendo de su eficacia pueden ayudar o no a la adaptación a esta situación. Cuando se habla de un niño prematuro también se habla de una madre prematura, que al igual que el niño necesita ser tratada como tal. (Astorga et al., 2018)

En 2018, Villamizar & colaboradores argumentaron que “la sensación de impotencia, pérdida del control, aislamiento y vulnerabilidad agravan el trauma emocional en las madres que enfrentan con miedo e incertidumbre la hospitalización de su recién nacido” (p. 115). Como se había mencionado anteriormente el impacto psicológico que genera un parto prematuro o relacionado a alguna condición clínica severa crea un alto nivel de estrés y frustración en los padres sintiéndose impotentes al no poder cuidar a su bebé, las intervenciones médicas que realizan en el mismo y saber que su salud se ve comprometida.

La experiencia demuestra que la internación en la UCIN provoca reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadoras. El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño. (Ruiz et al., 2005)

El estrés guarda relación con síntomas depresivos o de ansiedad. No obstante, no todos los padres presentan las mismas sintomatologías. En el 2018, en un estudio realizado por Campo & colaboradores en relación a niveles de estrés dentro de las salas UCIN argumentaron que entre un 20 % a 30 % de los padres de neonatos que fueron hospitalizados, presentaron afectaciones significativas a su salud mental hasta un años después del nacimiento. Haciendo referencia a los trastornos por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático y/o depresión posparto. (p. 3)

En la investigación realizada por Campo (2018) en base a un estudio dentro de las salas UCIN se identificó que el factor de mayor generación de estrés era mantenerse separado de su hijo, es decir que se vea alterado el rol parental, en la muestra se consideraron padres y madres siendo estas últimas quienes presentaban mayores niveles de estrés.

Estrés postraumático postparto

El estrés postraumático es un trastorno que se presenta cuando las personas han estado presentes o experimentado situaciones traumáticas en su vida. Es normal sentir estrés después de una situación traumática, sin embargo, cuando una persona no logra recuperarse y continuar con sus actividades de su vida cotidiana, sino más bien se siente incapacitada tras este suceso, entonces estamos hablando de un trastorno de estrés postraumático.

Los investigadores que citan a la Asociación Americana de Psiquiatría indican lo siguiente en relación a su sintomatología:

La persona que experimenta un trastorno por estrés postraumático se caracteriza por presentar los siguientes síntomas: reviven periódicamente el momento traumático mediante pesadillas o *flashbacks*, evitan las experiencias que le recuerden a ese momento, presentan alteraciones negativas en el estado de ánimo y un aumento de la ansiedad. (Hernández Martínez et al., 2021)

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas) a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos (se requiere, pues, no sólo cierto tipo de sucesos, sino también cierto tipo de respuestas). (Bados López, 2021)

El parto para una mujer puede ser visto como un evento traumático, sea por parto natural o cesárea, cuando ha sido un parto complicado o han intervenido factores que para la futura madre son angustiantes o generadores de frustración. Sánchez y Palacios (2007) mencionan que los cuadros más frecuentes de estrés postparto por lo general son en mujeres que han tenido un parto vaginal, lo cual puede guardar una relación entre el labor de parto y su funcionamiento psicológico (p. 13). Esta problemática es muy importante pero lastimosamente muy poco estudiada debido a que:

En 1978 se desarrollaron los primeros estudios que hablaban del estrés postraumático después del parto Mediante los trabajos de Bydlowski y Raoul-Duval, bajo la etiqueta de “neurosis traumática post-obstétrica”. Sin embargo, no fue hasta los años 90 cuando se observó que el embarazo y el parto podrían ser el origen por sí mismos de este importante problema de salud. (Hernández Martínez, Martínez Galiano, & Rodríguez Almagro, 2021)

Sharon Dekel es una profesora asociada de psicología en la Harvard Medical School e investigadora principal en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Massachusetts, quien ha desarrollado importantes investigaciones en relación al estrés postraumático postparto. Dentro de las estadísticas menciona que entre el 4,6% y un 6.3% de las madres con partos a término mostraron sintomatología relacionada al Trastornos de estrés postparto en nacimientos a término, y un 16,8% de las madres sus síntomas eran

considerablemente significativos (Instituto Europeo de Salud Perinatal, 2020). Con estas estadísticas podríamos imaginar cuantos millones de madres y neonatos están siendo afectados o sufren esta patología.

En una muestra de 800 mujeres, entrevistadas tres meses después de dar a luz, el equipo de investigación de Dekel encontró que aquellas que habían requerido una cesárea de urgencia o un parto instrumental tenían mayores tasas de estrés postraumático desencadenado por el parto. También vieron un factor de riesgo en la duración del parto y la falta de sueño previo al nacimiento, así como en los niveles más altos de distrés emocional durante el parto. (Instituto Europeo de Salud Perinatal, 2020)

Para las madres representa altos niveles de estrés que sus hijos recién nacidos tenga que ser hospitalizados por su condición clínica, el cual según autores puede indentificarse como traumático.

Para las madres esta es una experiencia traumática, en la cual deben lidiar con sentimientos de culpa, fracaso, pérdida del bebé normal anhelado y enfrentar la separación física y emocional de su bebé después del nacimiento, generando interferencias con el proceso de apego seguro. (Hernández Martínez et al., 2021)

El CIE 10 menciona que la ansiedad y la depresión son asociados comúnmente con este trastorno por su relación con los síntomas y los signos descritos, no es frecuente presenciar ideaciones suicidas (p. 325). Desafortunadamente las estadísticas a nivel nacional son casi escasas, sin embargo, el desarrollo de investigaciones en relación a esta problemática permite reconocer la visibilidad que la misma está adquiriendo, y como desde la psiquiatría y psicología perinatal se busca mejorar las intervenciones para que las mismas sean oportunas y eficaces. A pesar de que el trastorno de estrés postraumático postparto no mantiene una clasificación específica dentro de los manuales de psiquiatría, su relevancia por el período perinatal en el que ocurre y sus consecuencias para la madre y el neonato, muestran oportuno enlistar los criterios de diagnóstico de este para ser diagnosticado.

Concepto según CIE 10

El trastorno de estrés postraumático en el CIE 10 aparece en la categoría:

F43. Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación.

F43.1 Trastorno de estrés postraumático

El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que varía entre pocas semanas a unos meses (2008, p. 325).

Etiología

Según el manual de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, este trastorno surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes para el desarrollo de este trastorno guardan relación con rasgos de la personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos), o una historia de males neuróticos previos, estos pueden incidir en el desarrollo de trastorno o que su evolución se agrave, no obstante, no podrían ser considerados estos como los únicos antecedentes para explicar su aparición. (CIE-10, 2008).

De acuerdo con el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal existen múltiples factores que pueden desencadenar un cuadro de estrés postraumático:

Además del dolor y el miedo a la muerte propia o del bebé, pueden contribuir las secuelas de abusos sexuales que afloran sorpresivamente durante el parto, la sensación de indefensión ante un trato inadecuado, las complicaciones obstétricas derivadas de intervenciones anteriores innecesarias, soledad... Evitar intervenciones innecesarias, favorecer la toma de decisiones, un acompañamiento elegido, proporcionar un trato respetuoso y exquisito a todas las parturientas, así como brindar apoyo profesional a aquellos que lo necesitan, ayudan a prevenir el trauma y sus

consecuencias sobre el vínculo madre-bebé. (Instituto Europeo de Salud Perinatal, 2020)

Consecuencias

El trastorno de estrés postraumático en el postparto puede traer complicaciones físicas y problemas para la mujer, dificultades en la dinámica parental o de pareja, afectaciones severas en el vínculo madre-hijo como también en el desarrollo del recién nacido. Las mujeres que sufren este trastorno en el postparto presentan reexperimentación del evento traumático, llegando a sentir una “desconexión” o separación afectiva con el neonato, distorsión de la realidad, pesadillas, estado de humor irritable o agresivo, negación ante esta nueva maternidad y, en los casos más severos, tocofobia. (Temor intenso al embarazo o al parto). Debido a que esta problemática cada vez aumenta más el interés dentro del campo de la psicología perinatal se han desarrollado varias investigaciones que evidencian cómo este trastorno afecta la relación madre-hijo, comportamiento infantil y afectaciones neurológicas.

Una investigación realizada por Olza (2016) se analizó la investigación cualitativa realizada por Beck donde se identificaron las secuelas que presentan las madres producto del estrés postraumático:

Las madres constantemente recuerdan el parto por pesadillas o flashbacks, esta puede durar semanas o alargarse por varios meses. Un evento que esté relacionado al parto sea pasar cerca del hospital o ver a una mujer embarazada cerca puede ser un detonante de estos recuerdos y manifestarse en reacciones ansiosas. Algunas mujeres presentan dificultades en su vida sexual con su pareja ya que mantienen estos recuerdos o flashbacks durante el coito.

Pueden sentirse desligadas o desconectadas con su bebé, presentar ausencia de la realidad, es decir, como si no estuvieran ubicadas en tiempo-espacio o no fueran ellas mismas.

El mantener recuerdos constantes del trauma vivido puede desarrollar conductas obsesivas. Muchas mujeres en el afán de poder hablar y entender que ocurrió buscan excesiva información médica sobre sus partos, esto puede prolongarse durante meses en el afán de continuar hablando y entender que pasó.

Se muestran cambios de humor o irritabilidad con los profesionales dentro del hospital, familiares y consigo misma. Es común que en el estrés postraumático se presenten se puedan evidenciar síntomas de ansiedad y depresión. Este trastorno dificulta la relación que tienen las madres con los profesionales médicos en gran nivel.

Otra consecuencia de este trastorno es que la maternidad puede verse perjudicada. El vínculo madre-hijo que está desarrollándose pueden verse afectado porque las madres sienten un distanciamiento con el neonato. Pueden tener dificultad para socializar con otras madre, llegando a tener comparaciones seguidas entre su parte con el de otras.

El trastorno de estrés postraumático puede producir o rechazo a la sexualidad, no querer tener más embarazos por lo traumático que fue la experiencia, o en caso de volver a tener un embarazo optar por una cesárea previamente establecida (en caso de que el parto anterior que se encuentra traumático fue vaginal).

El estrés afecta directamente al hipocampo el cual es una estructura cerebral ubicada cerca del lóbulo temporal. Esta área es de suma importancia para funciones cognitivas como la memoria. Investigaciones realizadas por Campo & colaboradores (2018) indicaron que:

El hipocampo es un enclave central de la regulación neuroendocrina del organismo, lo cual explica de alguna manera la reducción de la capacidad de memoria en este grupo de padres. Por lo que dicha situación puede comprometer la capacidad de los padres para manejar los

acontecimientos relacionados con el estado de salud de su hijo, al considerar el papel fundamental que ejercen en su restablecimiento. (p. 7)

Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo que influyen en el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático como factores biológicos, psicosociales, emocionales y otros. Olza en relación a su prevalencia indica que:

La prevalencia también es mayor en madres de bebés prematuros o gravemente enfermos tras el parto. Las madres con trastornos de ansiedad en el embarazo o que ya han tenido otras vivencias traumáticas previas (como haber vivido situaciones de violencia doméstica o de otro tipo) también tienen un mayor riesgo de sufrir las secuelas de un parto traumático. (2016)

Es importante para esta investigación mencionar los factores de riesgo relacionados a este trastorno ya que, no solo nos permitirá un mayor conocimiento acerca de esta patología, sino también identificar situaciones que pueden ser generadoras de niveles altos de estrés, para así lograr una correcta intervención en futuros casos.

Se han identificado como factores de riesgo la realización de una cesárea urgente, un parto en el que se utilicen instrumentos obstétricos (fórceps, ventosa, espátulas), la extracción manual de la placenta, la existencia de desgarros perineales graves y el ingreso del recién nacido (separación de la madre y el hijo), entre otros. (Hernández Martínez et al., 2021)

Liguori y Fernandez (2016) identifican varios factores de riesgo para el desarrollo de estrés postraumático postparto.

La existencia de problemas preexistente en mujeres como antecedentes psiquiátricos o traumas previos influyen en gran manera en las mujeres a tener partos traumáticos. Si la atención al momento del parto y en el postparto no es la

adecuada, las mujeres con historias de traumas anteriores se encontrarán mayormente vulnerables ante este trastorno.

Los sentimientos que suelen sentir las mujeres de descontrol, impotencia o el sentirse abrumadas por situaciones que ocurrieron durante el parto, aquellas que recibieron una mala atención médica, o falta de apoyo y buen trato por el personal son aún más propensas a desarrollar trastornos de estrés postraumático. Estudios realizados también demuestran que el aumento real de sufrir este trastorno se incrementa cuando ocurre una muerte fetal, es decir cuando producto de un parto traumático el neonato presenta alguna discapacidad significativa, o requiere ser ingresado en las áreas de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

El no sentirse apoyadas, escuchadas o acompañadas por amigos o familiares después del parto incrementan en la mujer el riesgo de sufrir un trastorno de estrés postraumático, El apoyo de los ya mencionados es fundamental cuando una mujer se encuentra ante un acontecimiento de gran impacto psicológico. A pesar de que ya se ha reconocido factores de riesgo que incrementan el desarrollo de estrés postraumático, es importante mencionar aquellos factores que son protectores o preventivos de este trastorno. Los investigadores en una reciente investigación argumentan que:

Entre ellos destaca la práctica del contacto precoz piel con piel con el bebé tras el parto, que las mujeres utilicen planes de parto (un documento donde las mujeres reflejan sus preferencias en los cuidados del parto, siempre que sea posible), la lactancia materna y el empleo de una analgesia adecuada. (Hernández Martínez et al., 2021)

CAPÍTULO III: LA FAMILIA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

Familia

Según la OMS, la familia es el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. (OMS, 2019, p.4).

La familia es reconocida como un sistema que mantiene una identidad propia, en el cual intervienen varias generaciones cuya idea principal es transmitir un legado. Es un grupo primario donde los individuos son influenciados por diferentes factores socioculturales para su desarrollo. Desde el enfoque sistémico de la psicología podemos conceptualizar a la familia como “Un sistema familiar que se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo” (Alina Bogza, s.f, p. 7).

El paradigma principal de la terapia sistémica es que “ni las personas ni sus problemas existen en el vacío” es decir, un individuo no debe verse como portador de un “síntoma”, más bien desde una perspectiva en conjunta, teniendo en cuenta su funcionamiento familiar donde se desarrolla. Acevedo y Vidal (2019) argumentaron lo siguiente acerca del concepto de familia:

La familia es considerada un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto. Es un componente de la sociedad y se encuentra condicionada tanto por el sistema económico como por la situación histórico-social y cultural en la cual se desarrolla, de manera que, al insertarse en la estructura de clases de la sociedad, refleja el grado de desarrollo de esta. (p. 133)

Si hacemos un repaso cronológico de este concepto, podemos identificar como ha ido evolucionando en par de las demandas o exigencias que la sociedad emite, volviéndose un concepto más inclusivo y pasando desde lo tradicional hasta lo discutible en la actualidad. Benítez en (2017) argumentó que:

Aunque la familia constituye una institución universal, su desarrollo no se da por sí solo, sino que guarda una estrecha relación con la organización de la sociedad a la que representa como unidad funcional básica. Esto las hace ser distintas, en una misma sociedad, para diferentes momentos históricos. (p. 61)

Existen 3 parámetros que se usaban tradicionalmente para definir el concepto de familia: sexualidad, procreación y convivencia. Sin embargo, estos mencionados son insuficientes ya que no incorporan en su totalidad la integralidad, dinámica y contextualización del concepto de familia. Podemos identificar a la familia como un constructo social, que está determinada por distintas modificaciones en el ámbito social, económico y político del contexto actual los cuales repercuten en su estructura, funciones y tipología (Bustos Casanova et al., 2007, p. 44).

Tipos de familias

A lo largo de la historia, se ha podido observar la transformación de la familia, de lo cual han surgido nuevas tipologías, a parte de las tradicionales, y estas son muy diferentes en comparación con los tipos que ya eran conocidos. Tradicionalmente se identificaba como “familia” a las familias nucleares (conformada por padre, madre e hijos) sin embargo, en la actualidad podemos encontrar nuevas tipologías como son: familias simultáneas, monoparental y familias homoparentales.

Benítez Pérez (2017) citándose a sí misma en una investigación previa menciona que:

Las transformaciones operadas a nivel global desde la segunda mitad del siglo XX han encontrado un claro reflejo en las estructuras familiares y, en consecuencia, ampliado las alternativas que perfilan las nuevas formas familiares, entre cuyas tendencias se destacan: hogares más pequeños; aumento del número de hogares en que ambos cónyuges trabajan; matrimonios y nacimientos más tardíos, aumento del número de divorcios

y de familias monoparentales, descenso de la fecundidad y aumento del número de hijos que nacen fuera del matrimonio; aumento de la población de edad avanzada, entre otros. Todas como resultado de que la familia es una construcción histórica y social. (p. 61)

El concepto de familia progresivamente ha caminado hacia la inclusividad. La estructura por la cual está compuesta es un factor independiente de su funcionalidad, este no es decisivo o determinante para que una familia sea funcional o no (Gil Iranzo, 2019). Su funcionalidad depende de los elementos que intervienen dentro de las relaciones que desempeñan los mismos dentro del sistema y cómo responden ante los desafíos o diferentes escenarios que se les presentan. Es, por lo tanto, que se considera oportuno detallar en la presente investigación las familias conocidas como tradicionales y las nuevas tipologías “Como se ha señalado, la gran capacidad de adaptación al cambio es, precisamente, lo que le ha permitido a la familia ser una institución permanente a lo largo de la historia” (Benítez Pérez, 2017). Bajo esta última cita podemos respaldar la necesidad de estudiar las nuevas tipologías para entender su funcionamiento y desempeño, en especial frente a las crisis.

Familias tradicionales

- Familia nuclear:

La familia nuclear es la tipología más tradicional que existe en familia. Esta realidad se instala desde el término de la sociedad medieval, consolidándose en los siglos posteriores. Se caracteriza principalmente por estar conformada por padres e hijos, la unión conyugal, la consanguinidad de sus miembros y la convivencia mutua bajo el mismo techo. Se basa principalmente en la afectividad como eje central de unión conyugal, que consiguientemente fortalece los lazos y vínculos al interior del núcleo (Bustos Casanova et al., 2007).

La familia nuclear biparental suele ser el tipo predominante en todo el mundo porque es el que más reconocido a nivel social, los cambios evolutivos como la reproducción son característicos en esta tipología. No es necesario que una

pareja se haya casado para ser considerada familia nuclear ya que, las familias de unión de hecho también son reconocidas de esta manera. Dentro del tipo nuclear familiar existen 3 subsistemas de relaciones familiares: adulto- adulto (entre la pareja), adulto- niño (entre padres e hijos) y niño-niño (entre hermanos), dentro de este tipo nuclear intervienen elementos de protección para la familia, en la actualidad estos son mucho más drásticos que en años pasados productos de la reducción del número de hijos que ahora se mantiene.

Existen también otros factores que intervienen para consolidar este tipo de relación: la reducción del número de hijos, la mayor preparación de los padres en cuanto a la educación y el desarrollo de la progenie, la influencia de los medios de comunicación sobre el desarrollo integral de la familia, el incremento de estilos de vida familiar más igualitarios y participativos y la menos recurrencia de actitudes y comportamientos rígidos, autoritarios, entre otros elementos permiten una estructuración familiar sólida y permanente (González García & Chuquirima Yaguana, 2017).

- Familia extensa:

El tipo de familia extensa o también llamada “conjunta” está conformada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros que pueden ser sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales, son varias las generaciones que comparten un mismo hogar y diversas funciones. Este tipo de familia es más común en zonas rurales, sin embargo, esta se ha incrementado dentro de la familia urbana debido a rupturas conyugales (separación o divorcio), factores económicos o la atención y cuidado de hijos-nietos, pero con una gran solidaridad justificativa de esta agrupación y sentido de permanencia dentro de la misma. Desde una perspectiva sistémica es nombrada como familia trigeracional, es decir que al menos tres generaciones conviven o se mantienen en constante interacción entre sus miembros (Quintero Velásquez, 1997, p. 19).

La familia extensa no es reconocida por la cantidad de personas que viven bajo el mismo techo, sino por el vínculo que los une el cual puede ser un vínculo de sangre (consanguíneo) o por una parte jurídica (no comparten un vínculo de sangre pero son parientes legalmente ya sea por matrimonio o adopción), por ejemplo, una familia nuclear que se traslada a un nuevo hogar donde comparten con sobrinos, abuelos, tíos ya es considerada una familia extensa (Defamily, 2019).

- Familia ampliada:

La familia ampliada puede llegar a confundirse con familia extensa por lo cual es importante marcar una diferenciación en sus conceptos. Las familias extensas es la más común en zonas urbanas, donde familiares consanguíneos que atraviesan un escenario complejo utilizan su red de contención más cercana (familia) para mitigar los problemas que los aquejan. Por su parte, dentro de las familias ampliadas se involucran lazos que no siempre son consanguíneos, incluye la convivencia con amigos, afines, conocidos, entre otros. Todos viven dentro de un mismo hogar por lo cual sus interacciones entre ellos son constantes lo cual permite crear vínculos, lazos y nexos propios de las unidades familiares (Bustos Casanova et al., 2007).

- Familia de origen:

La familia de origen es a la cual pertenece todo individuo desde su nacimiento, desde la psicología estas familias son vistas como dinámicas y particulares debido a la singularidad que caracteriza a cada uno de sus miembros. La familia es el primer grupo de pertenencia y de referencia (normas, decisiones y creencias) desde una edad temprana, sin embargo, el factor de referencia puede transformarse o variar en la edad adulta (Micó Cerdán, 2018). Las familias de origen han estado conformadas desde siempre por una pareja heterosexual, Valdivia (2008) argumentó que:

Surge fundada en lo biológico para arropar a la madre e hijo. Surge en todas las culturas de una pareja heterosexual de adultos y con fines de

procreación. La pervivencia de la especie ha requerido primero la protección de la maternidad y después la paternidad, lo que llevó a la convivencia de la pareja. Este modelos desde su perspectiva más nuclear y extendida alrededor de dicho núcleo, es el que se mantiene en la práctica totalidad de los países. (p. 15)

Nuevas tipologías

- Familias simultáneas

Los tipos de familias simultáneas son también reconocidas como superpuestas o reconstituidas. Están conformadas por adultos divorciados o separados quienes conforman una nueva unión con una persona también separada, donde ambos han finalizado el vínculo matrimonial que mantenían previamente. En el inicio de esta familia la pareja se enfrentará con dificultades o crisis y más aún cuando hay hijos por parte de uno de ellos o ambos, las relaciones que se dan son más complejas debido a que son personas con vidas pasadas (modelos diferentes de familia). En esta segunda unión contribuyen al fenómeno de la nupcialidad reincidente, la repitencia conyugal se da con más frecuencia en los hombres que en las mujeres (Paladines Guamán & Quinde Guamán, 2010). Esta tipología es también denominada familia padrastral y familia madrastral, esta denominación depende de quién vaya a cumplir esta nueva función parental.

Desde el modelo sistémico de la psicología Quintero (1997) menciona que:

Esta nueva forma está sustentada en tanto implica la co-existencia en más de un grupo, todos diferentes entre sí: se está ante la presencia de varios procesos familiares simultáneos. Lo cual es más obvio en los hijos, que tienen que alternarse entre tres o cuatro familiar (materna, paterna actual y el padre o madre con quien no cohabita). (p. 20)

- Familia monoparental:

Bustos & colaboradores en el (2007) en relación a las familias monoparentales argumentaron que:

Este tipo de familia es uno de los más habituales en nuestras sociedades, fenómeno generalizado a nivel mundial. Se debe principalmente a los cambios mencionados anteriormente. Que tienen relación con la forma y tipo de unión que se establece entre los progenitores y que ocurre generalmente en los casos de separación, abandono, divorcio, viudez o cualquier tipo de ausencia de uno de los progenitores, que obliga a que uno de los mismos asuma la responsabilidad de los hijos. Lo anterior, no quiere decir la disolución del vínculo entre la pareja, sino más bien, puede variar desde relaciones con lazos nulos, hasta lazos de tipo temporal o volátiles.

La familia monoparental ha ido en ascenso debido al fenómeno del “solterismo”, además del predominio de estos hogares con jefatura femenina, frente a la ausencia del progenitor masculino. (p. 46)

El periódico Primicias publicó una investigación realizada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) ‘Progreso de las mujeres en el mundo 2018-2019’, donde en base a estadísticas se demostró que el 8% de las familias están constituidas por tipos monoparentales, en relación a esta última cifra menciona que el 84% de los hogares están constituidos por madres que vivan solo con sus hijos (Machado, 2019).

Fernández y Avilés en (2020) citando Iglesia de Ussel identifican cuatro causas según la literatura que originan la monoparentalidad:

1. Viudedad, ha sido durante gran parte de la historia la causa principal de que una familia se convirtiera en monoparental. Recientemente, está cediendo el protagonismo a las rupturas conyugales, más concretamente al divorcio.
2. Ruptura conyugal, donde se incluiría el divorcio, la separación legal o, de hecho, y el abandono del núcleo familiar por parte de uno de los miembros de la pareja.

3. Maternidad en solitario, que puede ser elegida, como en los casos de adopción y reproducción asistida, o sobrevenida, como sucede cuando una mujer queda embarazada y la pareja se desentiende del cuidado del hijo.

4. Causas sociales que obligan a la pareja a vivir separada. Algunas son la encarcelación, emigración y hospitalización prolongada de uno de los miembros de la pareja. (p. 148)

- Familias homoparentales

La constitución de familias homoparentales es uno de los temas más debatibles para nuestra sociedad aún en la actualidad, a pesar de que universalmente se ha visto la necesidad de ser reconocida, aún sigue siendo cuestionable para muchas personas. En 2017, Placeres & colaboradores argumentan que “son denominadas familias homoparentales, donde las parejas de hombres o de mujeres, deciden conformar un hogar con hijos de uniones heterosexuales anteriores, o bien recurren a la adopción, acogimiento de menores, reproducción asistida o la maternidad subrogada” (p. 363).

Paladines y Quinde (2010) citando a Quintero acerca de las familias homoparentales mencionan que:

El hijo puede ser de uno de los miembros separado que se une a otro soltero o también puede ser adoptado; muy aparte de la aceptación ética y moral de esta familia cumple con las funciones básicas al igual que la asignación de responsabilidades. En muchos países es aceptada la relación entre mujeres que, en hombres, es por esta razón que es difícil y hasta imposible la adopción de niños para la pareja. (p. 23)

En la actualidad las comunidades LGBTI+ continúan luchando por sus derechos de ser reconocidos como familia dentro del ámbito legal, constitucional y contra la estigmatización social que aún se mantiene. Se han logrado pactos de uniones civiles, matrimonios igualitarios o para el reconocimiento de filiaciones homoparentales los cuales han atravesado largos procesos a lo largo de las décadas. No obstante, aún existen países como Honduras, India, Uganda, entre

otros, que no han realizado modificaciones en sus normas jurídicas y algunos que mantienen su visión acerca de la homosexualidad como un delito (Pérez González, 2016).

Estructura familiar

La definición de estructura familiar se conceptualiza como:

...el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntarán el sistema. Cuando una madre le dice a su hijo que beba su jugo y éste obedece, esta interacción define quién es ella en relación con él y quién es él en relación con ella, en ese contexto y en ese momento, las operaciones repetidas en esos términos constituyen una pauta transaccional...” (Minuchin, 1982)

En relación a las pautas que se mencionan en la cita anterior el autor menciona que:

La familia elabora pautas de interacción que constituyen la estructura familiar que rige el funcionamiento de sus miembros. Estas pautas implican reglas tanto universales -que gobiernan a toda familia- como idiosincráticas –que se refieren a las expectativas mutuas de los miembros de cada familia particular. (Minuchin, 1995)

Las pautas transaccionales propuestas por Minuchin dentro de la estructura familiar son las encargadas de regular la conducta de todos los miembros del grupo familiar el cual está dividido en dos sistemas de acciones. Dentro del primer sistema intervienen las reglas universales que engloban al núcleo familiar, es decir, existe una jerarquía de poder entre padres e hijos, sin embargo, cada uno mantiene un nivel autoritario distinto. Dentro del primer sistema también existe la complementariedad de las funciones que cada uno de los miembros de la familia mantiene, se trabaja en equipo y se reconoce la

interdependencia. El segundo sistema guarda relación con las expectativas que mantienen los miembros de la familia y su génesis se encuentra en la negociación, esta puede darse de una manera implícita o explícita entre los integrantes, estas pautas mantienen relación con la acomodación mutua y una eficacia funcional, que se va desarrollando con situaciones del día a día (Bustos Casanova et al., p. 37).

La estructura familiar es, en pocas palabras, el holón familiar. El concepto de holón hace alusión a totalidad – “holos-, la partícula “on” es agregada para señalar que está en constante movimiento. Los sistemas dentro son a la vez subsistemas y también suprasistemas de otros señalaron (Zlachevsky O & Pena G, s.f) citando a Minuchin (1982).

Podemos señalar que el concepto de estructura familiar descifra, dentro de un sistema dinámico, las relaciones que se desarrollan entre sus elementos. Esta es un conjunto invisible de demandas funcionales que estructuran y regularizan las formas en que los integrantes de una familia interactúan entre sí. Es decir, estas demandas organizan a los miembros como debe ser su funcionalidad, por lo tanto, toda familia posee una estructura que puede ser reconocida en movimiento. En respuesta a las exigencias del día a día, la familia ejecutará algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. Es por lo consecuente que, la familia se adaptará al “strees” de modo que se pueda mantener su continuidad a la vez que facilite la reestructuración de esta

De este modo, la familia se adaptará al "stress" de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración (Cibanal Juan, 2006). Dentro de la estructura familiar intervienen elementos específicos como son los roles, jerarquías y límites, los cuales permitirán analizar la funcionalidad de sus integrantes dentro del sistema familiar.

Roles

Dentro de un sistema familiar se aprenden ciertas pautas que luego pasan a ser parte de la “normalidad” para sus integrantes, como también para cada uno de los individuos específicamente. Generalmente se aprenden o se desarrollan roles, dentro de las familias cada miembro asume un rol que cumplirá diferentes funciones como también ocupará un lugar, posición o espacio simbólico. Los roles que se desarrollen en cada familia serán de tanta importancia que aquellos miembros que sientan que no desempeñan uno en específico harán su mayor esfuerzo para adquirirlo (Garibay Rivas, 2013). Sin embargo, la no definición de los roles que cada miembro posee demuestra una mala adaptación y, por ende, disminución o ausencia de la funcionalidad familiar para su desarrollo (Bustos Casanova et al., 2007).

Los investigadores citando a López y Guiamaro (2016) han argumentado como la familia cumple un rol en el desarrollo de los niños:

La familia, también cumple un rol indirecto sobre la relación del niño o de la niña con sus compañeros o amigos, puesto que es la propia familia y no el menor, quien elige el lugar para vivir, los vecinos, así como su comunidad, y es de acuerdo a las reacciones ante el comportamiento social del niño como moldearán su desarrollo. Se entiende así, que la familia es el núcleo de la sociedad, puesto que, de ésta, el infante aprende a través de los vínculos que comparte con sus padres, influyendo también las creencias de la familia y el entorno que lo rodea.

En este sentido, los roles familiares en cualquier parte del mundo dan a conocer la manera en que se desarrollan las familias en su cultura y son parte fundamental de la estabilidad de esta, es decir, rigen el funcionamiento de la sociedad. (Delfín Ruiz et al., 2021)

Los roles dentro de la estructura familiar pueden ser definidos como formas de actuar, expectativas y normas que cada miembro posee ante escenarios familiares en la que se involucran los demás miembros, personas u objetos. Generalmente, los roles son asumidos o designados, sin embargo, también

pueden presentarse roles estereotipados o idiosincráticos que pueden ser funcionales: el estudioso, el bueno, o los disfuncionales como el flojo o el malo. Existen también los roles instrumentales y afectivos; el primero está relacionado a proveer lo requerido para cubrir las necesidades dentro del sistema familiar, y los roles afectivos significan brindar apoyo y bienestar a los miembros de la familia, ambos son necesarios dentro de toda estructura para un buen crecimiento y maduración de sus miembros (Universidad de Guanajuato, 2022).

Jerarquía

Dentro de todo sistema funcional los elementos que participan poseen diferentes niveles de complejidad, estos están diferenciados gracias a jerarquías establecidas. En 2010, Soria argumentó que “La jerarquía se refiere al miembro que ostenta el poder en la familia, es decir, al que establece reglas, las hace obedecer, toma decisiones individuales y grupales, etcétera” (p. 92).

En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para tomar decisiones. Esta noción no sólo comprende los niveles de poder que cada miembro de la familia posee, ni las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también el ofrecimiento de ayuda, protección, consuelo y cuidado a los demás, es decir, no sólo el poder en cuanto a control o decisión sino también el poder en cuanto a ayuda. (Garibay Rivas, 2013, p. 45)

Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, y marca la subordinación o supra-ordinación de un miembro respecto a otro. Es decir, como define la función del poder y sus estructuras de la familia, orilla a una diferenciación de los roles de padres e hijos y sirve como fronteras entre generaciones (Desatnik, 2004).

Límites

“Los límites se relacionan con las modalidades de comunicación intergeneracionales, lo cual implica el intercambio de información verbal y no verbal entre dos o más personas” (Aguilar Solorio & Hamui, 2014).

Dentro de un subsistema los límites están configurados por reglas previamente definidas por sus integrantes, estos definen en qué cosas y de qué manera. Por ejemplo, dentro de un subsistema parental se encontraría definido cuando una madre le dice a su hijo mayor: “tú no eres el padre de tu hermano”. Para que una familia sea funcional no se debe olvidar que debe existir una clara diferenciación y un grado aceptable de individualización, deben funcionar con límites concretos entre los participantes del subsistema sin importar la diferencia entre edad, roles, generaciones y género (Garibay Rivas, 2013, p. 90).

Los límites establecen quién pertenece y cómo participa cada uno de los miembros dentro de un sistema, estos dan también lugar a las lealtades y pertenencias. Dentro del espacio físico se pueden presentar estas fronteras, por lo tanto, es importante observar la ubicación que mantienen cada uno de sus participantes dentro de una sesión terapéutica, debido a que, la distancia física desde un punto de vista psicológico reflejaría también la distancia emocional o afectivas que mantienen con otras personas y las lealtades entre los miembros, esta es una de las premisas por la cual el modelo estructural de la familia le da importancia al espacio (Garibay Rivas, 2013).

Como se ha argumentado dentro de esta investigación, la finalidad de los límites es proteger y estructurar la diferenciación dentro de un sistema. Garibay en 2013, argumentó lo siguiente:

Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y es gracias a los límites que puede haber un desarrollo de las habilidades interpersonales gracias a que son los límites los que precisamente protegen a los subsistemas de las interferencias de otras instancias; es por ellos que dichas Modelo de

terapia familiar estructural habilidades demandadas se logran dentro de su subsistema. (pp. 90-91)

Cibanal en (2006) mención los tipos de límites que existen los cuales se dividen en los siguientes:

Límite CLARO --- Límite claramente definido

Límite DIFUSO --- Límite permeable

Límite RÍGIDO --- Límite no permeable

La familia con límites difusos recibe el nombre de "familia aglutinada"; la familia con predominio de límites rígidos se llamará "familia desligada"

Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. (p. 117)

Crisis familiar

El desarrollo de una familia incluye diversas etapas donde pueden enfrentarse a escenarios complejos de su ciclo de evolución. Los cambios que se realizan ante estos momentos críticos son tanto individuales como familiares, por lo cual pueden producir un período de crisis dentro de su estructura. Las crisis han sido conceptualizadas como un momento de gran estrés donde la solución a la que se llega implica una decisión estructurante, en la que el sujeto tiene clara

conciencia de la disparidad entre el rendimiento habitual de sus recursos y las exigencias de la tarea crítica. Sin embargo, no se debe ver visto una crisis como un factor negativo ya que su aparición puede ocasionar cambios que constituyan la dinámica familiar, hay que resaltar que familia en crisis no es similar a familia disfuncional (Lovo, 2021). Podemos definir entonces a las crisis familiares como un impacto del estado funcional de la misma, la cual conduce a un estado de alteración que involucra una respuesta adaptativa por parte de quienes la componen.

Según Lovo (2021) existen estresores que implican en las crisis familiares los cuales implican cuatro distintas fases las cuales son:

Impacto agudo de la crisis

La desorganización crítica

La resolución

La retirada de la crisis

La dinámica de cada familia incide en la manera que se confrontará con los estresores. (p. 133).

González (2000) argumentó en relación a las crisis familiares que:

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva. (p. 280).

Desde el origen, las familias han cursado momentos críticos los cual se dividen en: normativos y para normativos.

Crisis normativas

Las crisis normativas o también definidas evolutivas son situaciones esperadas o planificadas que guardan relación con las etapas del ciclo vital de una familia. Este tipo de crisis se los denomina “intrasistémicas” debido a que son cambios que se realizan obligadamente dentro de la estructura familiar, sin embargo, estos cambios requieren un período de tiempo para su correcta adaptación y superación de nuevos desafíos los cuales son parte del desarrollo normal de una familia.

Las crisis familiares normativas se deben comprender en el contexto del ciclo vital familiar, al igual que el individuo, la familia presenta fases evolutivas, conocerlas es necesario para interpretar las transiciones o acontecimientos vitales que se espera ocurran a lo largo del desarrollo familiar. Es una secuencia predecible pero no rígida en su avance, porque responde a todos los factores con los que se encuentra. (Lovo, 2021)

Este tipo de crisis son momentos que demandan cambios en dentro del sistema, que normalmente involucran contradicciones, desacuerdos, separación de viejos modelos de interacción, o asimilación de nuevas formas organizacionales; estas modificaciones permiten dan paso a la maduración, desarrollo y crecimiento del sistema familiar (González Benítez, 2000). Las crisis normativas se dividen en 4 etapas de desarrollo:

Etapa constitutiva

Etapa Procreativa

Etapa de dispersión

Etapa Familiar final

Crisis paranormativas

A diferencia de las crisis normativas, las crisis paranormativas son catalogadas como “extrasistémicas” debido a que provienen del exterior las cuales no guardan ninguna relación con el ciclo evolutivo normal de una familia. Este tipo de crisis son inesperadas y están relacionadas con escenarios accidentales o situacionales, los cuales pueden ocurrir en cualquier momento de sus etapas y traen consigo un impacto severo y significativo para la estructura familiar, inclusive la salud de estos. El divorcio, separación, abandono o muerte pueden ser vistos como ejemplos de crisis paranormativas (González Benítez, 2000).

González Benítez (2000) citando a Ortiz señalan que eventos son detonantes de este tipo de crisis:

1. Eventos de desmembramiento: son aquellos eventos vitales familiares, que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, muerte).
2. Eventos de incremento: son aquellos, que provocan crisis por incremento a causa de la incorporación de miembros en la familia (adopciones, llegadas de familiares).
3. Eventos de desmoralización: son los que ocasionan crisis de este tipo por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonrosos).
4. Eventos de desorganización: son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar, y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares por desorganización (pareja infértil, divorcio, accidentes, enfermedades psiquiátricas, graves y retraso mental). (pp. 282-283)

Para los padres, el nacimiento de un hijo que debe ser hospitalizado inmediatamente, constituye en una crisis paranormativa al ser un suceso inesperado y adverso que afecta su dinámica familiar y parental. En base a lo argumentado en la presente investigación, podemos ubicar a los escenarios de hospitalización que atraviesan los padres de pacientes neonatos como una crisis paranormativa relacionada a eventos de desmembramiento. La ausencia de la madre dentro del sistema familiar produce una reestructuración familiar tanto en su orden, rol, jerarquía, entre otros elementos.

La presente investigación en conjunto con el estudio de casos permite contrastar cómo se ven alterados los roles y la jerarquía dentro del sistema familiar, producto de la hospitalización. En el caso de haber hijos menores, un familiar directo suele adoptar temporalmente o mientras dure la hospitalización el rol de esta madre que se encuentra ausente, puede ser una abuela, tía o inclusive alguien allegado a la familia con quien no tenga relación consanguínea. Este será un proceso adaptativo no únicamente para la madre que cursa un largo período de hospitalización y se ausenta de su hogar, sino también para el resto de los integrantes del sistema, como también para el nuevo miembro que ocupa el lugar de esta madre donde se podrán ver crisis o dificultades que podrían afectar considerablemente la funcionalidad de la estructura familiar y su bienestar. Es, por lo tanto, que se puede reconocer la importancia de no ver a la persona únicamente como portador de su síntoma, sino también como portador del síntoma de un sistema familiar.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

La metodología del presente estudio se realizó mediante una investigación de tipo descriptivo transversal con un enfoque mixto. El enfoque mixto es aquel que está constituido por un enfoque cuantitativo y cualitativo. Desde el enfoque cuantitativo podremos centrar nuestras mediciones de manera objetiva con un análisis estadístico, estas mediciones están relacionadas a los datos recabados mediante la toma de encuestas como técnica de recolección de datos. El enfoque cuantitativo se caracteriza por recopilar y generalizar valores numéricos en una población específica para poder interpretar un fenómeno en particular el cual mantiene un alcance descriptivo.

Los autores Blasco y Pérez (2007), señalan que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo estos ocurren, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Gracias al uso de anotaciones de campo, observación y entrevistas realizadas durante esta investigación, se pudo realizar la construcción de casos los cuales serán analizados desde el enfoque cualitativo, donde serán interpretadas desde un modelo empírico, en base a una conducta observable.

Esta investigación tuvo un alcance de tipo descriptivo y explicativo. El tipo descriptivo constituyó en que ya se conocían las características del fenómeno estudiado, lo que se buscaba era exponer su influencia dentro de un determinado grupo humano. El tipo explicativo permitió realizar una explicación y determinación de estos fenómenos estudiados, permitiendo a su vez responder las preguntas generadas en el inicio de nuestra investigación (Ramos Galarza, 2020).

Tipo de diseño de investigación

El diseño correspondiente al presente trabajo es de aspecto fenomenológico. Durante el desarrollo de prácticas preprofesionales, dentro de un hospital pediátrico de Guayaquil en la salas de cuidados intensivos, se pudo evidenciar el trabajo de los profesionales de la salud mental dentro de la

institución hospitalaria, lo cual permitió observar fenómenos específicos para luego ser analizados posteriormente.

Muestra

La muestra para el trabajo investigativo serán las madres de pacientes hospitalizados dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que cumplan como criterio base una estancia hospitalaria de mínimo 12 días. Se evaluará mediante una batería de test, indicadores psicológicos específicos que estén presentes en cada uno de los casos, y, a su vez, obtener las conclusiones y estadísticas pertinentes.

El muestreo será no probabilístico, donde se tuvieron en cuenta criterios de evaluación y exclusión:

- Criterios de evaluación: Pacientes escolarizados (saber leer y escribir) y tengan una estancia hospitalaria de mínimo 12 días.
- Criterios de exclusión: Pacientes no escolarizados, pacientes que tengan una estancia hospitalaria menor a 12 días.

Población

La población con la cual se trabajará son las madres de pacientes hospitalizados dentro de las salas UCIN un total de 24 personas, que cumplan con los criterios de evaluación.

Técnicas de recolección de datos

Una de las técnicas de recolección que se usó fue la observación, la cual fue una técnica indispensable para este trabajo, ya que mediante esta se logró recopilar y analizar los fenómenos que se desarrollaron a causa de la problemática planteada. Hernández (2014) indica que:

Observar lo que ocurre en el ambiente (desde lo más ordinario hasta cualquier suceso inusual o importante). Aspectos explícitos e implícitos, sin imponer puntos de vista y tratando, en la medida de lo posible, de evitar el desconcierto o interrupción de actividades de las personas. Tal observación es holística o integral y toma en cuenta el contexto social. El investigador entiende a los participantes, no únicamente registra “hechos” (p. 368).

Como segunda técnica de recolección de datos se hizo uso de las entrevistas, lo cual fue fundamental para recolectar información sobre la problemática correspondiente, y así conocer el contexto actual de las madres de neonatos hospitalizados que cursan largas estancias en las salas de UCIN, para analizar el proceso en el que se ven involucradas, y buscar una forma de trabajo interdisciplinario óptimo y oportuno. Según Ramos (2008) “La entrevista es una técnica de recopilación de información mediante una conversación profesional, con la que además de adquirirse información acerca de lo que se investiga.”

La tercera técnica se utilizará será mediante el uso de encuestas, la cual será de gran utilidad ya que nos permitirán medir o evaluar una conducta observable, permitiéndonos inferir las características y estado de su salud mental. Dentro de las salas de UCIN se han identificado indicadores psicológicos considerables en las madres quienes cursan largas estancias de hospitalización, por lo tanto, mediante el uso de encuestas nos permitirá contrastar y evaluar estos fenómenos dentro de la parte cuantitativa de nuestra investigación, los cuáles serán analizados posteriormente con la finalidad de poder obtener información de carácter clínico.

La última técnica de recolección de datos que se utilizará son las anotaciones de campo, estas se realizaron en base al análisis de las entrevistas recabadas, de esta manera se hallaron datos no explícitos que contribuyeron a la parte cualitativa de la investigación. Las anotaciones de campo estarán relacionadas en el enfoque cualitativo, por lo tanto, nos permitirá interpretar los diferentes fenómenos que se observen y sean abordados desde una observación

objetiva, como también subjetiva. Las anotaciones de campo permitirán potenciar la experiencia que se vive en relación a la problemática, como también servir de apoyo o guiar en futuras investigaciones relacionadas.

Procedimientos necesarios para la organización, sistematización y análisis de los datos

Variable Independiente: Indicadores psicológicos en madres que cursan largas estancias hospitalarias dentro de las salas de cuidados intensivos neonatales

Variable Dependiente: Dinámica Familiar, Proceso adaptativo, Dominio de la problemática, Acompañamiento terapéutico, Sintomatología relacionada a la problemática.

Tabla 1

Matriz de operalización de variables

Variable	Subvariable	Pregunta profesional
	Dinámica familiar	<p>Estado Civil</p> <p>¿Tiene más hijos?</p> <p>Si la respuesta a la pregunta anterior fue "si" marque el número correspondiente:</p> <p>¿Usted considera que las largas estancias hospitalarias ha sido un factor que ha influenciado en su familia?</p> <p>¿Qué cambios emocionales o conductuales ha experimentado en usted desde el inicio de la hospitalización de su hijo/a?</p>
		¿Cuánto tiempo lleva

Indicadores psicológicos en madres que cursan largas estancias hospitalarias	Proceso adaptativo	<p>hospitalizado su hijo (a)?</p> <p>¿En este tiempo cómo calificaría su proceso de adaptación a la hospitalización?</p> <p>¿Cuándo comenzó la hospitalización del paciente recibió información acerca del proceso, instalaciones y servicios?</p>
	Dominio de la problemática	<p>Señale el nivel de conocimiento que posee de los siguiente temas: Depresión postparto, Ansiedad postparto, Estrés postraumático.</p>
	Acompañamiento terapéutico	<p>¿Qué tipo de acompañamiento cree usted que sería óptimo para llevar mejor el tiempo de hospitalización de su hijo(a)? Seleccione todas las que usted considere:</p> <p>¿Usted considera importante poder recibir atención psicológica que le garantice una mejoría a corto plazo?</p>
	Sintomatología	<p>Seleccione cuál de los siguiente síntomas depresivos ha percibido durante la hospitalización del paciente:</p> <p>Seleccione cuál de los siguientes síntomas relacionados a ansiedad ha percibido durante la</p>

	relacionada a la problemática	hospitalización del paciente: Seleccione cuál de los siguientes síntomas relacionados a estrés ha percibido durante la hospitalización del paciente: ¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?
--	-------------------------------	---

Nota. Cuadro realizado por Doménica Gómez Mariño en relación a la operacionalización de las variables de la encuesta realizada.

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la presente investigación se realizó una encuesta en una población de 24 madres dentro de las salas de unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) que cursan largas estancia hospitalarias. La encuesta era de tipo estructurada y contiene 17 preguntas; 16 de ellas eran de opción múltiple y 1 de ellas era una pregunta abierta.

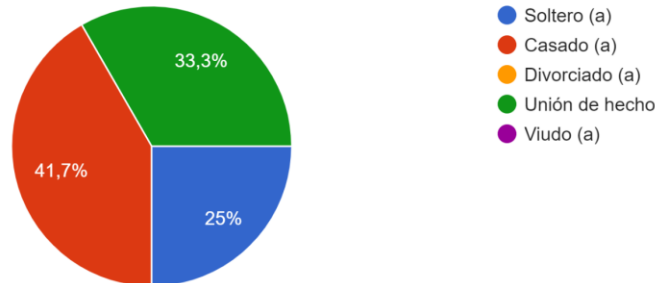
A continuación, se realizará el análisis correspondiente desde el enfoque cuantitativo correspondiente a cada una de las preguntas.

1. ¿Cuál es su estado civil?

Figura 3

Gráfico de porcentajes Estado Civil

Estado Civil
24 respuestas



Nota. La figura demuestra el porcentaje en relación a los tipos de familia donde provienen las madres de las salas UCIN en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

La primera pregunta tenía como objetivo conocer el estado civil de las madres encuestadas, lo cual demostró que el estado civil de un 41,7% de la población es casado (a), un 33,3% está en unión de hecho y un 25% se reconoce como soltero (a), la encuesta no evidencio la existencia de madres divorciadas o viudas. Estos resultados nos permiten interpretar que cerca de un 75% de la población (casado

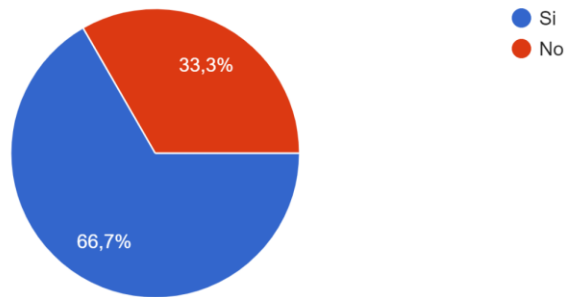
(a) + unión de hecho) está compuesta por familias nucleares y un 25% de la población compuesta por familias monoparentales.

2. ¿Tiene más hijos?

Figura 4

Gráfico de porcentajes sobre número de hijos

¿Tiene más hijos?
24 respuestas



Nota. La figura muestra el porcentaje de madres dentro de las salas UCIN que tienen más hijos en casa en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Un 66.7 % de las madres tienen más hijos y un 33,3% no, siendo el paciente hospitalizado su primogénito (a).

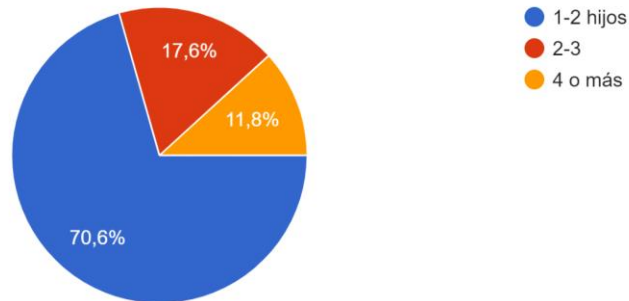
3. Si la respuesta a la pregunta anterior fue "si" marque el número correspondiente:

Figura 5

Gráfico de porcentajes cantidad de hijos

Si la respuesta a la pregunta anterior fue "si" marque el número correspondiente:

17 respuestas



Nota. La figura muestra el porcentaje en relación a la cantidad de hijos que mencionaron las madres encuestadas en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Dentro de la población el porcentaje mayor corresponde a un 70,6 % (17 madres) que mencionó tener 1 o 2 hijos, un 17,6 % que mencionó tener 2-3 hijos y un 11,8% que mencionó tener 4 o más hijos. La importancia de esta pregunta nos permite analizar cómo las largas estancias hospitalarias afectan la estructura familiar, sobre todo el rol de madre a desempeñar con el resto de sus hijos.

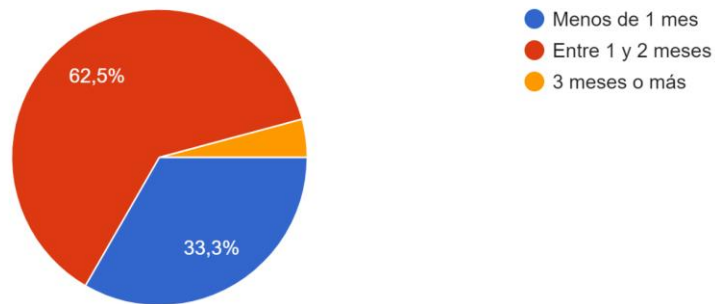
4. ¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado su hijo (a)?

Figura 6

Gráfico de porcentajes tiempo de hospitalización del neonato

¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado su hijo (a)?

24 respuestas



Nota. La figura muestra el tiempo de hospitalización que cursan las madres encuestadas dentro de las salas UCIN en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

En cuanto al tiempo de hospitalización se mostró que el 62,5% de la población posee entre 1-2 meses de hospitalización dentro de las salas de cuidados intensivos neonatales, un 33,3% mantiene menos de 1 mes y un 4,2% 3 meses o más.

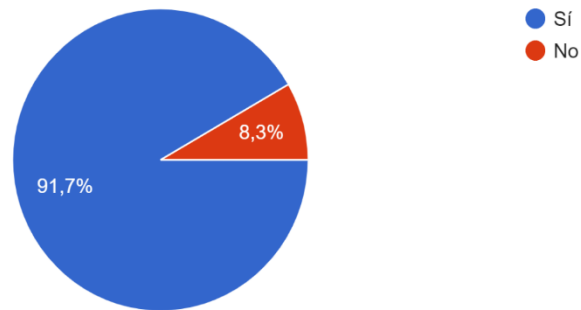
5. ¿Usted considera que las largas estancias hospitalarias ha sido un factor que ha influenciado en su familia?

Figura 7

Gráfico de porcentajes influencia de las largas estancias hospitalarias en familia

¿Usted considera que las largas estancias hospitalarias ha sido un factor que ha influenciado en su familia?

24 respuestas



Nota. La figura presenta el porcentaje de madres encuestada que consideran o no, si las largas estancias hospitalarias ha sido un factor que ha influenciado en su familia. Fuente: Elaboración y producción propia.

Dentro de la población, un 91,7% considera que las largas estancias hospitalarias han sido un factor que ha influenciado su dinámica familiar, y un 8,3% considera que no ha sido un factor que haya causado algún cambio. Los resultados obtenidos evidencian cómo la influencia de la familia y la separación de esta constituye en las madres consecuencias emocionales significativas durante su período de hospitalización.

6. ¿Qué cambios emocionales o conductuales ha experimentado en usted desde el inicio de la hospitalización de su hijo/a?

Tabla 2.

Esquematización de las variables pregunta abierta

Variable	Subvariable	Porcentaje
Cambios emocionales	Tristeza	11

	Angustia	6
	Estrés	4
	Preocupación	4
	Ansiedad	3
	Desesperación	3
	Miedo	3
	Enojo	1
	Depresión	1
	Nerviosismo	1
	Suspenso	1
Alteraciones fisiológicas	Alteraciones del sueño	4
	Llanto fácil	4
	Astenia	3
	Frío	1

Afectaciones y alteraciones en la dinámica familiar y social	Ámbito familiar	6
	Ámbito social	1
Cambios conductuales	Afectaciones en la conducta alimentaria	2
	Orar más	1
Otras reacciones	Esperanza	1
	Agradecimiento/Alegría	1

Nota. Cuadro realizado por Doménica Gómez Mariño en base a respuestas sobre los cambios emocionales y conductuales que han experimentado las madres dentro de las salas UCIN en el año 2022.

Esta pregunta fue de carácter abierta con la finalidad que la población de madres pueda mencionar los cambios emocionales, conductuales u otros más significativos, desde su propia perspectiva, que han experimentado durante su proceso de hospitalización. Las respuestas obtenidas fueron separadas dentro de 5 categorías las cuales son: cambios emocionales, alteraciones fisiológicas, alteraciones en la dinámica familiar y social, cambios conductuales y otras reacciones.

Dentro de la categoría *Cambios emocionales* se obtuvieron las siguientes respuestas: 11 madres mencionaron sentir tristeza, un total de 6 mencionaron sentir angustia, se obtuvo un total de 4 respuestas en relación a sentir estrés y preocupación, 3 respuestas relacionadas a experimentar ansiedad, 3 relacionadas a experimentar desesperación y 3 relacionadas a experimentar miedo. El porcentaje menor de respuestas estuvo relacionado a enojo, depresión, nerviosismo y suspenso obteniendo una respuesta cada una respectivamente.

La siguiente categoría corresponde a *Alteraciones fisiológicas*, donde se obtuvieron las siguientes respuestas: alteraciones del sueño y llanto fácil obtuvieron un total de 4 respuestas cada una dentro de la población, un total de 3 respuestas relacionadas a la astenia y 1 respuesta en total relacionada a experimentar frío.

Dentro de la categoría *Afectaciones familiares o sociales* se obtuvieron las siguientes respuestas: un total de 6 personas mencionaron experimentar alteraciones en su dinámica familiar y un total de 1 persona manifestó experimentar afectaciones en el ámbito social.

Dentro de la categoría *Cambios conductuales* se obtuvieron las siguientes respuestas: Alteraciones de la conducta alimentaria se registró un total de 2 respuestas y se registró 1 respuesta en total a Orar más.

En la última categoría *Otras reacciones* se obtuvieron las siguientes respuestas: Esperanza, Agradecimiento/Alegría se obtuvieron un total de 1 respuesta cada una.

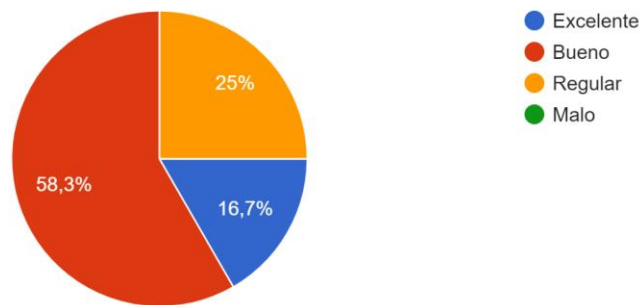
Esta pregunta es de carácter relevante para nuestra investigación, porque permite que la población de madres encuestadas tenga la oportunidad de detallar cuáles han sido los cambios más significativos que han experimentado durante su proceso de hospitalización, por lo tanto, se tomó en cuenta la oportunidad que cada una de quienes participaron en esta investigación, puedan compartir su experiencia. Los resultados obtenidos otorgaron la oportunidad de resaltar en 5 diversas categorías sobre cuáles son las manifestaciones psicológicas que se experimentan dentro de las salas de cuidados intensivos neonatales, las cuales corroboran el desarrollo de nuestro marco teórico, como a su vez nos ofrecen un abanico de indicadores psicológicos y fisiológicos de interés clínico, los cuales serán tomados en cuenta para el desarrollo de nuestra propuesta de intervención.

7. ¿En este tiempo cómo calificaría su proceso de adaptación a la hospitalización?

Figura 8

Gráfico de porcentajes calificación del proceso adaptativo

¿En este tiempo como calificaría su proceso de adaptación a la hospitalización ?
24 respuestas



Nota. La figura muestra valores estadísticos en relación a cómo las madres calificaron su proceso de adaptación a la hospitalización en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

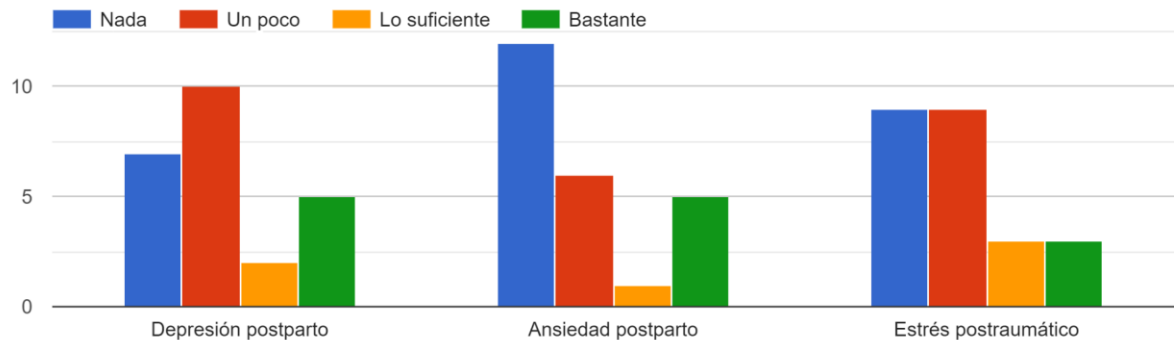
Se analizó dentro de la población como ha sido su proceso de adaptación dentro del hospital. Un 58,3% calificó su adaptación “Bueno”, un 25% de “Regular” y un 16,7% de “Excelente”. No se presentaron respuestas de calificación “Malo”. Podemos interpretar que para un porcentaje considerable de la población el proceso de hospitalización ha sido un proceso de dificultad entre media y mala adaptación, en el cuál mediante el enfoque cualitativo se podrá corroborar detalladamente factores que las madres mencionan como perjudiciales.

8. Señale el nivel de conocimiento que posee de los siguiente temas

Figura 9

Gráfico de porcentajes sobre nivel de conocimiento que se posee sobre la problemática

Señale el nivel de conocimiento que posee de los siguiente temas



Nota. La figura demuestra las escalas en relación al conocimiento que poseen las madres encuestas dentro de las salas UCIN sobre los temas: depresión postparto, ansiedad postparto y estrés postraumático en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Se analizó el nivel de conocimientos que tenían las madres en relación a los indicadores psicológicos del postparto seleccionados para esta investigación donde se obtuvieron los siguientes resultado:

- Depresión postparto: Un 41,66 de la población mencionó saber “Un poco”, un 29,16 mencionó saber “Nada”, el 20,83% mencionó saber “Bastante” y un 8,33% mencionó saber “Lo suficiente”
- Ansiedad postparto: El 50% La mencionó saber “Nada”, el 25% mencionó saber “Un poco”, el 20,83% mencionó saber “Bastante” y el 4,16% mencionó saber “Lo suficiente”
- Estrés postraumático postparto: Hubo un empate del 37,5% entre “Un poco” y “Nada”, y a la su vez hubo un empate ya que el 12,5% mencionó saber “Lo suficiente” y “Bastante”.

Se puede evidenciar que el nivel promedio de la población acerca de la problemática está en la media de “Un poco” y “Nada” siendo esta última la más puntuada. El interés de medir el nivel de conocimiento que consideran tener las madres sobre estos temas radica en que la desinformación es un factor limitante que impide a las madres reconocer síntomas relacionados a un trastorno y así poder recibir acompañamiento terapéutico oportuno durante este proceso.

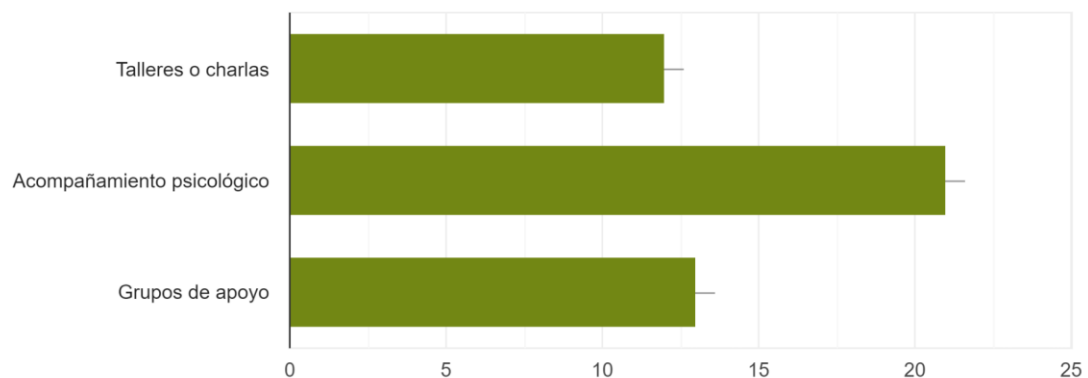
9. ¿Qué tipo de acompañamiento cree usted que sería óptimo para llevar mejor el tiempo de hospitalización de su hijo(a)? Seleccione todas las que usted considere:

Figura 10

Gráfico de porcentajes sobre tipos de acompañamientos terapéuticos

¿Qué tipo de acompañamiento cree usted que sería óptimo para llevar mejor el tiempo de hospitalización de su hijo(a)? Seleccione todas las que usted considere:

24 respuestas



Nota. La figura demuestra los porcentajes de preferencias en relación al acompañamiento que las madres dentro de las salas UCIN consideraron óptimo por parte de psicología durante su hospitalización en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Dentro de esta investigación se evaluó las preferencias de las madres en relación a los tipos de acompañamiento por parte del departamento de psicología. “Acompañamiento psicológico” fue la opción más significativa para un 87,5% de la población. El 54,2% de la población consideró oportuno grupos de

apoyo y un 50% consideró importante la realización de talleres o charlas. Estos resultados nos permitirán evaluar el recurso psicológico ideal para realizar una propuesta de intervención eficaz posteriormente en base a las preferencias de la población.

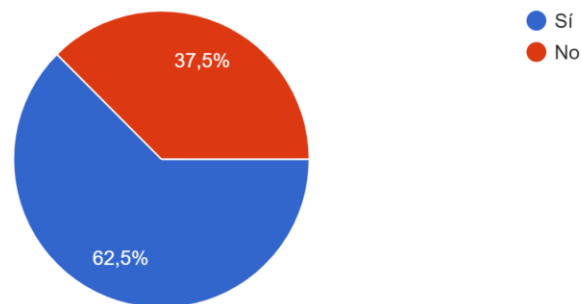
10. ¿Cuándo comenzó la hospitalización del paciente recibió información acerca del proceso, instalaciones y servicios?

Figura 11

Gráfico de porcentajes sobre accesibilidad a información

¿Cuándo comenzó la hospitalización del paciente recibió información acerca del proceso, instalaciones y servicios?

24 respuestas



Nota. La figura demuestra el porcentaje de madres dentro de las salas UCIN que recibieron información acerca del proceso, instalaciones y servicios y quienes no recibieron esta información en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Se analizó el conocimiento que tenían la población de madres acerca del proceso a realizarse, instalaciones y servicios del hospital, donde un 62,5% reconoció si tener conocimiento y un 37,5% reconoció no tener conocimiento alguno del mismo. Estos datos permiten analizar la necesidad de desarrollar intervenciones oportunas con las madres que inician su proceso de hospitalización, como se puede apreciar más de la mitad de la población señala tener conocimiento, sin embargo, es un porcentaje considerable de población quienes reconocen no tener conocimiento, esto permitirá realizar las

recomendaciones pertinentes dentro de nuestra investigación, como también evidencia que la falta de información dentro de la institución puede ser tomado como una factor de riesgo que dificulte una correcta adaptación.

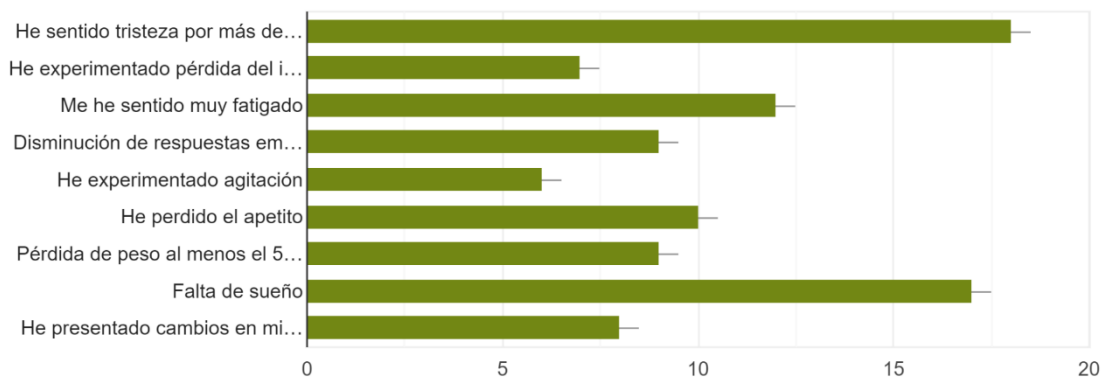
11. Seleccione cuál de los siguiente síntomas depresivos ha percibido durante la hospitalización del paciente:

Figura 12

Gráfico de porcentajes sobre síntomas depresivos

Seleccione cual de los siguiente síntomas depresivos ha percibido durante la hospitalización del paciente:

24 respuestas



Nota. La figura muestra los porcentajes de síntomas depresivos que identificaron las madres encuestadas durante el proceso de hospitalización dentro de las salas UCIN en el año 2022.

Se analizó en relación al marco teórico y en comparación a los criterios de diagnóstico del DSM V la sintomatología de un trastorno depresivo mayor, donde se pudo determinar el porcentaje de la población que pudo desarrollar este síntomas considerables a este trastorno durante su hospitalización. Un 75% de la población reconoció sentir tristeza durante más de dos semanas, el 70,8% de la población reconoció presentar falta de sueño, el 50% de la población mencionó sentirse muy fatigado, el 41,7% reconoce sentir pérdida del apetito, el 37,5% reconoció la disminución de respuestas emocionales ante estímulos que antes causaban una reacción emocional y pérdida de peso de al menos un 5% en el último mes, el 33.3% de la población identifica presentar cambios de humor en

las mañanas, un 29,2% ha experimentado pérdida del interés o capacidad para disfrutar y un 25% siendo el puntaje más bajo ha experimentado agitación.

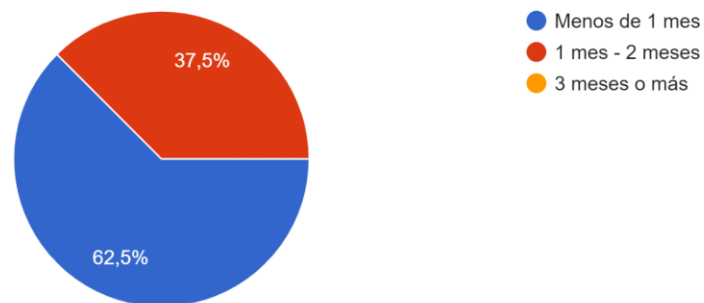
12. ¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?

Figura 13

Gráfico de porcentajes sobre el tiempo que se han presentado síntomas depresivos

¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?

24 respuestas



Nota. La figura muestra el porcentaje de tiempo que identificaron las madres haber presentado síntomas depresivos durante su hospitalización dentro de las salas UCIN en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Se analizó el tiempo que han presentado la sintomatología anterior reconocida por parte de la población. Un 62,5% reconoció experimentarla menos de 1 mes y un 37,5% reconoció experimentarla entre 1-2 meses. El tiempo que la población menciona haber sentido las sintomatologías anteriores nos permitirá interpretar como criterio de diagnóstico si puede ser considerado un trastorno o no.

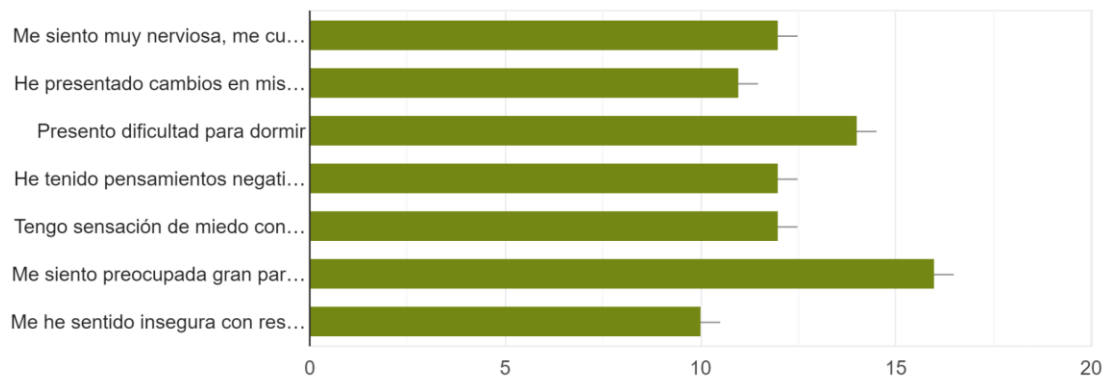
13. Seleccione cuál de los siguientes síntomas relacionados a ansiedad ha percibido durante la hospitalización del paciente:

Figura 14

Gráfico de porcentaje síntomas de ansiedad

Seleccione cual de los siguientes síntomas relacionados a ansiedad ha percibido durante la hospitalización del paciente:

23 respuestas



Nota. La figura muestra los porcentajes de síntomas de ansiedad que identificaron las madres encuestadas durante el proceso de hospitalización dentro de las salas UCIN en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

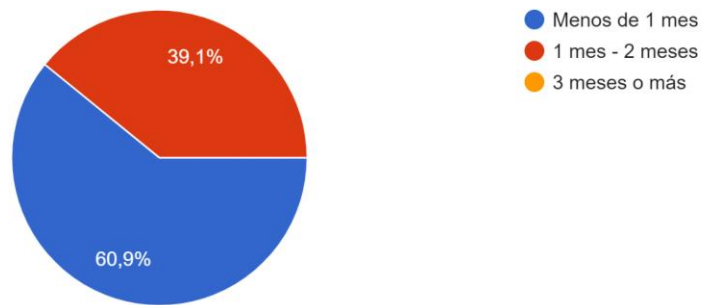
Se analizó la sintomatología relacionada a la ansiedad postparto en relación al marco teórico y en comparación a los criterios de diagnóstico del DSM V, para poder determinar el porcentaje de la población que pudo experimentar esta patología durante su hospitalización. El 69,6% de la población reconoció sentirse preocupada gran parte del tiempo, el 60,9% mencionaron presentar dificultades para dormir, el 52,2% mencionó sentirse muy nerviosa, incapacidad para estar tranquila, sensación de miedo constante y la presencia de pensamiento negativos o intrusivos, el 47,8% señaló haber presentado cambios en sus hábitos alimenticios y un 43,5% se siente insegura con el cuidado de su bebé. Los porcentajes en relación a esta pregunta son interesantes, porque nos permite analizar que el indicador de ansiedad presenta sintomatologías en casi más de la mitad de la población, es decir, casi más de la mitad de la población cumpliría con indicadores considerables para analizar si se presenta este trastorno.

14. ¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?

Figura 15

Gráfico de porcentajes sobre el tiempo que se han presentado síntomas de ansiedad

¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?
23 respuestas



Nota. La figura muestra el porcentaje de tiempo que identificaron las madres haber presentado síntomas de ansiedad durante su hospitalización dentro de las salas UCIN en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Se analizó el tiempo que han presentado la sintomatología anterior reconocida por parte de la población. Un 60,9% reconoció experimentarla menos de 1 mes y un 39,1% reconoció experimentarla entre 1-2 meses. El tiempo que la población menciona haber sentido las sintomatologías anteriores nos permitirá interpretar como criterio de diagnóstico si puede ser considerado un trastorno o no.

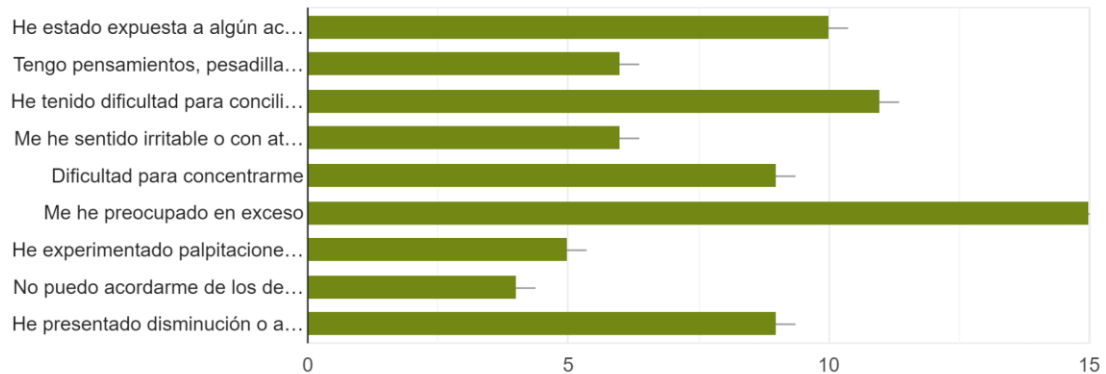
15. Seleccione cuál de los siguientes síntomas relacionados a estrés ha percibido durante la hospitalización del paciente

Figura 16

Gráfico de porcentajes sobre síntomas de estrés

Seleccione cual de los siguientes síntomas relacionados a estrés ha percibido durante la hospitalización del paciente:

23 respuestas



Nota. La figura muestra los porcentajes de síntomas de estrés postraumático que identificaron las madres encuestadas durante el proceso de hospitalización dentro de las salas UCIN en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

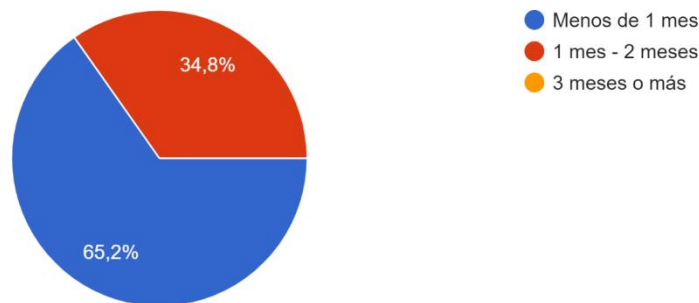
Se analizó sintomatología relacionada al trastorno de estrés postraumático utilizando el marco teórico desarrollado y en comparación a los criterios de diagnóstico del DSM V, para poder determinar el porcentaje de la población que pudo experimentar esta patología durante su hospitalización. El 65,2% de la población reconoció sentir preocupación en exceso, el 47,8% ha presentado dificultad para conciliar el sueño, el 43,5% mencionó haber estado expuesta a algún evento traumático desde la hospitalización, el 39,1% reconoció dificultad para concentrarse y disminución o ausencia de emociones positivas, un 26,1% mencionó tener pensamientos, pesadillas o sentir que el acontecimiento traumático está volviendo a ocurrir y sentirse irritables o con ataques de ira, el 21,7% ha experimentado palpitaciones, dificultad para respirar o sudoraciones, y un 17,4% reconoció no poder recordar detalles del evento traumático siendo este el porcentaje más bajo.

16. ¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?

Figura 17

Gráfico de porcentajes sobre el tiempo que se han presentado síntomas de estrés

¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?
23 respuestas



Nota. La figura muestra el porcentaje de tiempo que identificaron las madres haber presentado síntomas de estrés postraumático durante su hospitalización dentro de las salas UCIN en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Se analizó el tiempo que han presentado la sintomatología anterior reconocida por parte de la población. Un 65,2% reconoció experimentarla menos de 1 mes y un 34,8% reconoció experimentarla entre 1-2 meses. El tiempo que la población menciona haber sentido las sintomatologías anteriores nos permitirá interpretar como criterio de diagnóstico si puede ser considerado un trastorno o no.

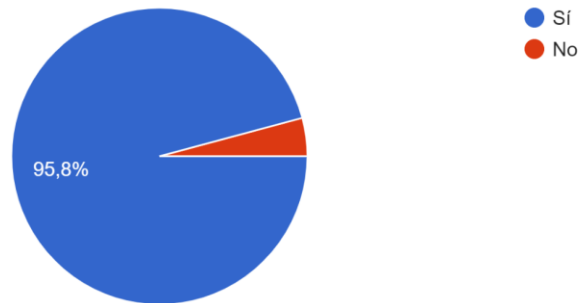
17. ¿Usted considera importante poder recibir atención psicológica que le garantice una mejoría a corto plazo?

Figura 18

Gráfico de porcentajes sobre importancia de atención psicológica

¿Usted considera importante poder recibir atención psicológica que le garantice una mejoría a corto plazo?

24 respuestas



Nota. La figura demuestra el porcentaje de madres encuestadas dentro de las salas UCIN que consideraron importante o no, recibir atención psicológica que garantice una mejoría a corto plazo durante su proceso de hospitalización en el año 2022. Fuente: Elaboración y producción propia.

Dentro de la población se investigó el porcentaje de relevancia que consideran acerca de recibir atención psicológica durante la hospitalización que les garantizara una mejoría, donde el 95,8% marcó que “Sí” y un 4,2% marcó “No”. Esta pregunta nos permite analizar el interés que tienen las madres dentro de las salas de cuidados intensivos de recibir acompañamiento terapéutico el cual es un porcentaje muy elevado, y, a su vez, permite resaltar la importancia de realizar una propuesta de intervención con las mismas. Es importante mencionar que el 4,2% de la población (que fue en total 1 de las madres encuestadas), mencionó dentro de la encuesta que desde el inicio de la hospitalización ha experimentado deterioro en el ámbito social, lo cual podría explicar el poco interés o importancia que considera la intervención de un psicólogo (a) durante su estancia.

Conclusiones de las encuestas

Los resultados de las encuestas mostraron puntos importantes los cuáles serán detallados a continuación:

- La mayoría de las madres reconocen pertenecer a familias de tipo nuclear, es decir, padre, madre e hijos. Sin embargo, un porcentaje cerca de la mitad de la población pertenecen a madres solteras, el cual es un dato importante para considerar debido a que, en base a la revisión bibliográfica, la ausencia de una red de apoyo o ausencia de la figura paterna puede ser considerado un factor de riesgos para el desarrollo de diversos trastornos en el postparto.
- Más de la mitad de la población de madres encuestadas (un 67%), mencionaron tener más hijos, y a su vez, que su dinámica familiar se ha visto afectada producto de la hospitalización. Dentro de la pregunta abierta realizada en la encuesta, pudo constatar 6 testimonios donde la estructura familiar se vio alterada, esto constituirá a una crisis paranormativas, la estructura familiar se ve alterada, y, por ende, su funcionalidad también puede verse perjudicada, por lo tanto, esta separación con su entorno familiar constituirá en muchos casos un duelo para estas madres.
- Casi la mayoría de la población (un 98%), considera pertinente la intervención del departamento de psicología dentro de las salas UCIN. Se ofrecieron 3 tipos de intervenciones psicológicas para medir el interés de la población, las cuales fueron: talleres o charlas, acompañamiento terapéutico y grupos de apoyo, donde más de la mitad de la población señaló preferencia en estas, no obstante, la mayoría coincidió en que la opción de acompañamiento psicológico era la óptima. Estos resultados demuestran el interés y apertura que tienen las madres de un acompañamiento terapéutico durante su estadía, y también servirán estos resultados de guía para el diseño de una propuesta de intervención eficaz.
- Todas las madres encuestadas coincidieron en que la hospitalización es un proceso complicado, señalando una complejidad de adaptación entre

“bueno” o “regular”. Es importante señalar que más de la mitad de la población lleva entre 1-2 meses de hospitalización y un 4,2% lleva 3 meses o más, es por lo tanto que después de la revisión bibliográfica, podemos señalar que las largas estancias hospitalarias pueden afectar considerablemente diversos ámbitos de la vida de esta población como su dinámica familiar, social, personal, emocional, conductual.

- La mayoría de las madres (62,5%) mencionó tener conocimiento sobre el proceso, instalaciones y servicios del hospital, no obstante, un porcentaje cercano 37,5% señaló desconocerlo. Estos resultados nos permiten apreciar la necesidad de mejorar los protocolos dentro del servicio hospitalario, debido a que este desconocimiento de información e incógnita podría ser causante considerable de una mala adaptación durante la estancia.
- Para la presente investigación se tomó en cuenta 3 indicadores comunes en el postparto: depresión postparto, ansiedad postparto y estrés postraumático postparto. Se midió el conocimiento de estos donde la mayoría de las madres encuestadas menciona desconocer nada o muy poca información acerca de los mismos, la importancia de una intervención óptima va ligada a un conocimiento oportuno de información, la desinformación o ignorancia de estos temas podría ser un factor de riesgo considerable que dificulte la oportunidad de acceder a un tratamiento psicológico para el manejo de estos en caso de presentarlos.
- Se analizó la sintomatología de los indicadores mencionados anteriormente dentro de la población, donde se pudo identificar los siguientes resultados dentro de cada una de las categorías:
 - Dentro de la categoría síntomas depresivos relacionadas a depresión postparto se pudo identificar que más de la mitad de la población presentó varios ítems de su sintomatología, “he sentido tristeza por más de 2 semanas” y “falta de sueño” fueron las sintomatologías más representativas. De manera aislada se analizó cada una de las encuestas donde se pudo apreciar que 7 madres

dentro de una población de 24 cumplían suficientes criterios que basados en el manual de diagnóstico DSM V, podrían sufrir o trastorno depresivo mayor. Si bien la encuesta no es un test psicométrico que permita obtener un diagnóstico, este nos permite una impresión en torno a la problemática, donde se respalda la importancia de un acompañamiento psicológico para prevenir consecuencias severas.

- Dentro de la categoría síntomas ansiosos, se pudo apreciar que más de la mitad de la población cumplía con casi todo los ítems relacionados a la ansiedad postparto. “Me siento preocupada gran parte del tiempo” y “Presento dificultad para dormir” fueron los dos ítems más valorados dentro de la población de madres de UCIN. Los síntomas relacionados a la ansiedad suelen ser muy comunes dentro de cuadros depresivos, no obstante, se consideró importante analizar este indicador por separado para poder evaluar de manera más detallada esta problemática, la cual permitirá identificar las variables significativas a tomar en cuenta dentro de la propuesta de intervención que se desarrollará.
- Se analizó sintomatología relacionada a estrés postraumático postparto, donde más de la mitad de la población manifestó sentir “preocupación en exceso” siendo este el ítem más considerable. Se tomó en cuenta el indicador de estrés postraumático, debido a la cantidad de madres dentro de las salas de UCIN que había descrito en entrevistas previas, el parto u hospitalización como “traumante”. La encuesta permitió observar que el 43,6% de encuestadas, es decir casi la mitad de la población, han vivido un evento traumante (sea el parto, diagnóstico clínico o estancia hospitalaria), la relevancia de este indicador radica en que el mismo puede traer consecuencias severas dentro del bienestar de las madres, como también el vínculo que se está desarrollando con el neonato.

- Los tres indicadores desarrollados dentro de la revisión bibliográfica: depresión postparto, ansiedad postparto y estrés postraumático, gracias a la encuesta realizada dentro de la población de madres de UCIN, pudo corroborarse su relevancia durante el puerperio y aún más en madres que cursan largas estancias hospitalarias dentro de las salas UCIN por la hospitalización de los neonatos. Los datos obtenidos servirán para futuras investigaciones donde se analice el impacto psicológico en relación a trastornos del estado de ánimo en el postparto, y cómo los mismos influyen en diversos ámbitos de quienes lo padecen, uno de ellos y el más relevante, la familia.

Estudios de casos

El desarrollo de estudio de casos no permite un análisis particular y más detallado en relación a los indicadores psicológicos que pueden experimentar las madres en el postparto, durante el proceso de hospitalización del neonato y sus diversas afectaciones. Este recurso nos permitió analizar una realidad más explícita de la problemática de la que ya que se mostraba, la cual con el uso exclusivo de encuestas hubiese sido eludida, y, no podrían tomarse en cuenta factores importante para el desarrollo de una propuesta de intervención oportuna y eficaz.

El estudio de casos pertenece al enfoque cualitativo de nuestra investigación, para el desarrollo de este se utilizaron 3 técnicas de recolección de datos: entrevistas, anotaciones de campos y la observación. Estas 3 técnicas mencionadas nos permitieron la construcción de 4 estudios de casos, los casos presentados a continuación no son más que un soporte que corrobora nuestro marco teórico previo y los resultados obtenidos en la toma de encuestas, por ende, se realizará una triangulación final entre nuestra revisión bibliográfica, los datos obtenidos mediante el enfoque cuantitativo y los datos de nuestro enfoque cualitativo para poder estructurar nuestras conclusiones y recomendaciones pertinentes con la problemática de nuestra investigación.

Caso #1

Contexto del caso

En el presente caso se trabajó con una madre de 28 años a quién llamaremos “P”. “P” cursaba el día 27 de hospitalización dentro de las salas UCIN al momento de nuestra entrevista, su hija recién nacida había sido hospitalizada inmediatamente posterior al parto debido a ser prematura extrema, y, actualmente se encontraba en una condición crítica. “P” mencionaba sentirse angustiada en exceso y presentar llanto fácil gran parte del día, sentía preocupación excesiva por la salud de su hija y había presentado otras sintomatologías como falta de apetito (lo cual había causado disminución considerable de su peso), dificultad para dormir, deterioro en el ámbito social (evitaba hablar con familiares o allegados) e irritabilidad.

Desarrollo del caso:

“P” comentaba ser procedente de la ciudad de Riobamba y tenía una hija de 4 años quién se estaba quedando bajo el cuidado de su abuela materna, esta situación le producía suma tristeza y angustia por mantenerse alejada de su hija tanto tiempo y aún mantener la incógnita sobre cuánto tiempo sería el estimado de recuperación del neonato. “P” mencionaba encontrarse dentro del hospital con su pareja, el padre de su segunda hija, sin embargo, mencionaba que la relación se ha visto afectada desde la hospitalización al punto de no sentir ningún apoyo por su parte, y, como ella reconoce “sentirse sola y deprimida”.

El momento del parto para ella no representa un recuerdo abrumador a pesar de realizarse una cesárea de emergencia, sin embargo, ha decidido no tener más hijos porque denomina la experiencia de hospitalización de un neonato de la siguiente manera *“esta es la peor experiencia que una madre puede pasar, nosotras soñamos con llevarnos a nuestros hijos en brazos y ahora solo debemos adaptarnos a los horarios y el diagnóstico que nos dé el hospital, intento ser fuerte por mi hija recién nacida pero es difícil cuando hay una hija en casa que sufre porque tú no estás y no puedes hacer nada”* por lo tanto, teme volver a cursar una situación parecida.

“P” mencionaba que en casi un mes de hospitalización ha sentido tristeza constante la mayor parte del tiempo, la cual ha afectado el vínculo que se está formando con el neonato, comenta que “no puede ser madre” debido a que su hija se encuentra en una incubadora y su hija mayor se encuentra en otra ciudad, “P” se mostraba como si la hospitalización le impidiera poder ejercer su maternidad ,y, de cierta manera ser esposa, ya que esta relación se había visto perjudicada desde la hospitalización de su hija.

Puntos importantes del caso:

Angustia por larga estancia hospitalaria

Síntomas: Tristeza constante, sentimientos de soledad, depresión,

Alteración en la dinámica familiar (separación con su hija mayor y esposo)

Alteración en la dinámica parental

Percepción del proceso hospitalario como complejo

Efecto inmediato: no desea tener más hijos

Caso #2

Contexto del caso:

El siguiente caso corresponde a una madre de 31 años quien cursaba su día 56 en las salas de UCIN debido a un embarazo gemelar, al momento de nuestra entrevista las neonatas se encontraban en una condición grave, sin embargo, habían evolucionado favorablemente en los días recientes. Al ser un embarazo gemelar, la madre de las menores a quien denominaremos “D”, comentaba que tuvo riesgos desde el inicio de su embarazo, por lo que, a la semana 33 de gestación intervinieron los doctores con una cesárea de emergencia debido a la pérdida de líquido amniótico.

Desarrollo del caso:

“D” comentaba que la experiencia de hospitalización para ella ha sido traumática y abrumadora *“el peor momento fue cuando ingresé por primera vez a la sala de UCIN, me sentía terrible no solo por la cesárea, sino por las noticias*

que me daría los doctores en relación a mis hijas, me sentía presionada porque tendría que darle la noticia a mi familia, a mi esposo, y eso ocasionan más estrés y preocupación para ellos y para mí, es una experiencia que no se la recomiendo a nadie, lloraba mucho al principio porque no sabía cuánto tiempo pasaría hasta poder salir de aquí (hospital), extraño a mi hija (de 4 años) no pude estar en el inicio de su primer día de clases por estar aquí y aún me siento muy triste por eso, fue traumante para mí venir cada vez y ver tantas madres sufrir por sus niños, me gustaría que psicología me hubiese acompañado desde el primer momento que entré a esta sala”.

“D” era procedente de la ciudad de Quevedo, por lo tanto, su familia se encontraba lejos, su madre era quién viajaba más seguido para acompañarla y su esposo por motivos de trabajo, intentaba viajar únicamente los fines de semana. “D” mencionaba que al inicio de la hospitalización presentaba pérdida del apetito, tristeza intensa, le costaba estar tranquila, tenía excesivos pensamientos intrusivos u obsesivos, tenía temor de salir del hospital por recibir una mala noticia de la condición de sus hijas y no estar presente, por lo cual, dormía en el hospital y mencionó con vergüenza que estuvo varios días sin bañarse porque no sabía que era uno de los servicios que ofrecía el hospital. Al momento de nuestras entrevistas reconoció que el proceso de adaptación fue complejo, pero ahora con la evolución de sus hijas ha notado una “pequeña disminución” en sus síntomas, no obstante, al momento de recordar su primer día en UCIN le causa gran temor, al punto de angustiarse y presentar temblores en sus manos al narrarlo.

Puntos importantes del caso:

Reconocimiento de la experiencia hospitalaria como traumática

Percepciones somáticas al recordar evento catalogado como traumático (temblores en sus manos)

Angustia por larga estancia hospitalaria

Síntomas: llanto fácil, pérdida del apetito, dificultad de mantenerse tranquila, percepciones somáticas al recordar evento catalogado como traumática

Alteración en la dinámica familiar (separación con su hija mayor y esposo)
Reconoce importante la intervención de psicología dentro de las salas UCIN

Caso #3

Contexto del caso:

En el presente caso se trabajó con una madre de 25 años a quién llamaremos "F". "F" cursaba el día 34 dentro de las salas de UCIN debido la hospitalización de su primogénito quién nació con el diagnóstico de ano imperforado, a pesar de que el neonato había nacido a término, su condición era compleja y requería la intervención de los cirujanos. "F" fue derivada por los doctores de la sala, debido a que la notaban muy ansiosa por el diagnóstico clínico y requiere la intervención de psicología.

Desarrollo del caso:

"F" se reconocía como mamá soltera, ya no mantenía una relación con el papá del menor desde hace unos cuantos meses previo al parto, sin embargo, su madre era quién la acompañaba al hospital la mayor parte del tiempo y se quedaba con ella hasta altas horas de la noche. "F" mencionaba que nunca había imaginado recibir el diagnóstico de su hijo recién nacido, considera que este suceso inesperado la conmovió tanto que ella no ha podido ser la misma persona que era antes *"yo sabía que al ser mamá sería una mujer diferente pero nunca imaginé que sería en estas condiciones, antes del parto era una persona muy alegre y optimista pero esta experiencia me ha cambiado por completo, desde el primer día he llorado todos los días y me he cuestionado si yo hice algo mal... Si tal vez me alimenté mal, algún susto o la separación con el papá de mi bebé influyó en su desarrollo, es inevitable no sentirme culpable y angustiada todo el tiempo, tengo gran parte del día estos pensamientos que a veces ya no puedo dormir, me es difícil"*.

"F" mencionaba sentirse preocupada la mayor parte del tiempo, en especial ha presentado cambio en sus hábitos alimenticios, sufriendo de atracones de comida cuando comienza a sentirse angustiada. En las próximas

sesiones que se realizó con “F” se trabajó de manera focalizada acerca de los pensamientos rumiantes que menciono manifestar y un mejor manejo de estos. En nuestra última sesión reconoció que el acompañamiento psicológico que ha estado recibiendo en los últimos días la ha ayudado mucho en el manejo de estos pensamientos intrusivos, sin embargo, señala que el apoyo de otras madres dentro de la sala de cuidados intensivos la ha fortalecido durante su estadía, como ella lo denomina *“somos una pequeña comunidad de guerreras con nuestros hijos”*.

Puntos claves del caso:

Sentimientos de culpa por el diagnóstico

Presencia de ideas obsesivas o rumiantes

Síntomas: llanto constante, angustia, preocupación, dificultad para dormir

Alteración de la conducta alimentaria (atracones de comida)

Disminución de los síntomas desde la intervención de psicología

Reconocimiento del apoyo de madres dentro de la sala (identificación dentro de un sistema) se visualizan roles, jerarquía y límites dentro del sistema.

Caso #4

El último caso desarrollado se trabajó con una madre de 36 años a quién llamaremos “S”, al momento de nuestra entrevista cursaba el día 88 de hospitalización dentro de la sala UCIN debido a que su hijo había nacido en la semana 26 siendo un neonato prematuro. “S” mencionaba que este era su primer hijo nacido vivo debido a que previamente había tenido dos embarazos, sin embargo, en ambos casos tuvo abortos involuntarios provocando el fallecimiento de los fetos. “S” mencionaba que el proceso de hospitalización para ella fue muy angustiante, sobre todo por las malas experiencias que tenía previamente (duelo perinatal por sus dos embarazos anteriores), no obstante, con el pasar de los días ella confiaba en que su hijo se recuperará.

Desarrollo del caso:

“Cuando supe que mi niño nacería prematuro me asusté porque temía que él también se me fuera (fallezca) pero él ha luchado mucho y ahora hemos avanzado bastante, en el primer mes yo lloraba siempre, mi estado de ánimo era cambiante durante el día y estaba muy enojada... Tal vez era la tristeza tan grande que sentía sobre lo que me decían los médicos o ver a mi bebé que se manifestaba en enojo, recuerdo que no podía dormir ni comer y rezaba a Dios pidiéndole perdón por alguna ofensa que haya cometido y que por favor me cumpla el sueño con mi esposo de ser padres. Creo que la pérdida de mis embarazos anteriores me dejó un trauma, me di cuenta cuando entré por primera vez a las salas de UCIN, me temblaban las piernas y a veces me costaba estar tranquila, pero luché por mi hijo... Ninguna madre merece vivir esta experiencia, ven (los doctores) a los niños delicados, pero no se imaginan como estamos destruidas nosotras por dentro”.

El proceso de hospitalización fue un proceso largo que tuvo en total 117 días de hospitalización hasta finalmente irse a casa, al entrevistar a “S” sobre el proceso y cómo describiría ahora que se retiraba con su niño en brazos mencionó *“Me siento sumamente feliz por mi bebé y por fin llevarlo en brazos había soñado tanto este momento, pero también triste por todas las madres que se quedan aquí, fue como tener una familia dentro de la sala (UCIN), tratábamos de apoyarnos entre todas, nos reuníamos para rezar juntas. Al principio fue muy difícil asimilar esta situación con mi esposo, a veces estábamos muy ansiosos o irritables el uno con el otro, pero ahora puedo decir que nos ha unido más... Espero que cada madre que esté aquí pueda recibir acompañamiento de psicología durante su estancia porque la fuerza mental para asimilar este proceso es de las más difíciles”.*

Puntos importantes del caso:

Duelo perinatal previo que parece resurgir con la hospitalización del neonato

Síntomas: llanto constante, cambios en el humor, enojo, dificultad para comer o dormir, dificultad de mantenerse tranquila

Manifestaciones fisiológicas: temblor en las piernas al ingresar en las salas UCIN

Identificación dentro de un sistema (grupo de madres), estableciendo roles, jerarquía y límites específicos.

Reconoce la importancia de intervención de psicología dentro de las salas UCIN

Conclusiones de estudio de casos:

- El proceso de hospitalización de un neonato dentro de las salas de UCIN, es considerado abrumador para las madres. Las largas estancias hospitalarias son un factor de riesgo dentro de la población, en especial por las consecuencias psicológicas que las mismas producen; dentro de la sintomatología más común podemos destacar llanto constante, dificultad para conciliar el sueño, pérdida del apetito y angustia.
- La familia, al ser el sistema primario de todo individuo, puede reflejarse considerablemente afectada producto de la hospitalización. Algunas madres que son procedentes de otras provincias muestran desarrollar un tipo de “duelo” de separación con sus familiares, el cual puede pasar desapercibido por especialistas confundiendo con síntomas producto de la hospitalización. La dinámica familiar sufre alteraciones considerables por el proceso que implica estancias prolongadas de hospitalización.
- Se presentaron dentro de la población de madres tipos de alteraciones o afectaciones a la conducta, por ejemplo: se manifestaron alteraciones en su conducta alimentaria (atracones de comida), como también alteraciones somáticas (temblores en las manos, temblor en las piernas). También se pudo presenciar alteraciones en el pensamiento, como es el caso de ideas obsesivas o sentimientos de culpa producto de la hospitalización.
- Algunas madres catalogaron como “traumático” el proceso de hospitalización. El trauma puede causar respuestas significativas o considerables ante la experiencia de estos escenarios vividos, en dos de los casos desarrollados mencionan temor por volver a vivir una experiencia similar, por lo tanto, una respuesta inmediata que mencionó una de las madres fue no tener más hijos.

- Todas las madres reconocieron la importancia de la intervención de psicología durante el proceso de hospitalización en las salas de UCIN, lo cual permite resaltar la importancia de un acompañamiento terapéutico e incentiva la apertura al desarrollo de nuevas intervenciones en relación a la problemática.
- Durante el proceso de hospitalización las madres que se encuentran dentro del área UCIN logran reconocerse como parte de un sistema nuevo el cual mantienen una estructura definida, dentro del mismo se pueden visualizar límites, roles y orden jerárquico establecido.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La presente propuesta de intervención está conformada con 4 talleres dirigidos a las madres de las salas de UCIN. Para la construcción de este se tuvo como objetivo principal el impartir información oportuna, es necesario poder brindar conocimientos relevantes en relación al proceso adaptativo de hospitalización y también a los indicadores psicológicos que se tomaron en relevancia en el desarrollo de esta investigación, ya que, la falta de información oportuna consolida un factor de riesgo en el bienestar de estas. Se busca la integración de los participantes a través de dinámicas que varían entre cada taller, cada uno de los talleres está constituido con una parte teórica donde el terapeuta interviene dando una pequeña charla informativa sobre la problemática, la cual será trabajada entre los participantes posteriormente.

Antes de la realización de los talleres es importante que el personal de psicología que intervenga haya podido presentarse dentro de las salas de UCIN, para que las madres puedan sentirse familiarizadas y haya una mayor participación e interés dentro de la realización de los talleres. En el inicio de los talleres se trabajará con los participantes sobre cómo ha sido el proceso adaptativo de hospitalización, donde se interesará en promover la empatía y escucha entre ellos y así dar punto de partida para la realización de los talleres posteriores, y en el cierre se buscará la reflexión y el reforzamiento del aprendizaje adquirido durante el desarrollo de las actividades realizadas.

Para lograr un manejo adecuado de las problemáticas a trabajar se plantean 4 talleres los cual contarán con las siguientes etapas:

Tabla 3.

Descripción de etapas de la propuesta

Formación	Primer encuentro con los integrantes, se consolida un ambiente de compañerismo que busque generar un objetivo en común, los participantes deben estar de acuerdo en los temas a trabajar por parte de los profesionales en los talleres posteriores.
------------------	--

Regulación	Enfocarse en la finalidad de los objetivos de los talleres, se da paso a charlas que consoliden la psicoeducación relacionada a temas del postparto y se busca poderlo manejar de una manera eficaz y directa.
Desempeño	Evaluar cómo ha sido el desempeño e identificar de aspectos que requieren ser reforzados, se busca la participación de los integrantes trabajando fortalezas y debilidades.
Desintegración	Se da el cierre del grupo y se ofrece una reflexión final de los aprendizajes adquiridos durante la realización de este y se evalúan los planes o acuerdos que se han consolidado dentro de los integrantes como modo de respuestas o soluciones ante la problemática.

Nota. Cuadro realizado por Doménica Gómez Mariño en relación al desarrollo de las etapas desarrolladas en la propuesta de intervención con madres que cursan largas estancias hospitalarias dentro de las salas UCIN (2022).

Datos generales de los talleres

Nombre del taller: Estancias prolongadas: un acompañamiento en el proceso de hospitalización

Institución: Hospital Pediátrico

Autor/Instructor: Doménica Gómez Mariño

Duración: 2 talleres semanales durante 2 semanas, 1 hora y 20 minutos aproximadamente.

Dirigido a: Madres de pacientes hospitalizados dentro de las salas UCIN.

Número de participantes: Aproximadamente 30 personas

Materiales generales: Sillas, Mesas, Papel, Bolígrafos.

Taller 1

Tema: “Aún recuerdo mi primer día...”

Etapas: Formación

Variable: Hospitalización, proceso adaptativo

Número de sesión: 1

Objetivo: Desarrollar un ambiente de encuentro para la reflexión y autoanálisis, donde los participantes logren identificar los factores que han influenciado en su proceso adaptativo durante la hospitalización con la ayuda de técnicas cognitivas, conductuales y sistémicas durante su participación, con la finalidad de determinar herramientas eficaces para una mejor adaptación.

Tabla 4.

Desarrollo primer taller de intervención

	Duración	Objetivo	Actividad/Técnica	Recursos
INICIO	15 min	Generar el conocimiento a fondo en relación a los integrantes que conforman el grupo y sus características, donde se puedan observar cómo se relacionan entre ellos.	¿Quién soy? /Conocimiento Los participantes empezarán presentándose con su nombre y apellido, edad y dirán dos cualidades o características positivas que posean.	Sillas Mesas
DESARROLLO	20 min	Contrastar las diversas afectaciones que pudieron surgir dentro de los integrantes en su proceso de hospitalización, así poder validar estas emociones y las mismas sean aceptadas	Torbellino de ideas /Análisis de contenido general Los integrantes del grupo formarán subgrupos con un máximo de 5 participantes cada uno, dentro de los mismo se aportarán ideas sobre cómo definirían el proceso de	Hojas Marcadores Bolígrafos

	20 min	y reconocidas para cada uno de los integrantes para ser trabajadas en talleres posteriores.	hospitalización y que ha sido de ha impedido una correcta adaptación. Buscar lo mejor en lo peor /Reencuadre Con las respuestas obtenidas en la actividad anterior se procederá a incentivar a los participantes, que dentro de los diversos escenarios complejos que pudieron haber experimentado durante el proceso de hospitalización, encuentren “lo positivo en lo negativo”, se promueve mejorar el enfoque que puedan y mejorar su realidad disfuncional.	
CIERRE	15 min	Analizar las diversas interpretaciones que se obtuvieron de la actividad anterior en relación al proceso adaptativo de hospitalización a partir de las experiencias específicas de los participantes.	Retroalimentación/ Feedback Se preguntará a los participantes que conocimientos valiosos se llevan el día de hoy y que conceptos han sido nuevos o de interés para cada uno de ellos.	Sillas Mesas

Nota. Cuadro realizado por Doménica Gómez Mariño sobre el desarrollo de taller número 1 de la propuesta de intervención (2022).

Taller 2

Tema: “Depresión en la maternidad: mito o realidad”

Etapas: Regulación

Variable: Depresión, depresión postparto

Número de sesión: 2

Objetivo: Proporcionar información acerca de la depresión y la depresión postparto, su sintomatología y consecuencias a través de técnicas donde los participantes del grupo puedan interactuar entre ellos de una manera dinámica, para así lograr mayor conocimiento acerca de esta problemática e incentivar su relevancia dentro de la comunidad.

Tabla 5.

Desarrollo segundo taller de intervención.

	Duración	Objetivo	Actividad/Técnica	Recursos
INICIO	15 min	Promover un ambiente acogedor y óptimo dentro del grupo, motivándolos a participar activamente en el transcurso del taller.	Bola de frases /Conocimiento Los participantes se encontrarán parados y formarán un círculo cerrado. La dinámica consiste en pasarse la pelota entre ellos, cada que alguien reciba la pelota dirá una frase relacionada a la dicha por el participante anterior y así sucesivamente, la finalidad es que los participantes puedan descubrir cuan talentosos son. Al final se harán preguntas de retroalimentación: ¿Cómo se sintieron al hablar en público? ¿Qué tan difícil es crear frases espontáneas? ¿Cuáles fueron sus sentimientos al recibir la pelota?	Pelota pequeña

DESARROLLO	25 min	Impartir información óptima y certera sobre la problemática a realizar, para que los integrantes puedan estar relacionados con la misma y contrarrestar la desinformación, mitos o falsas creencias frente a la misma.	Conceptualización El terapeuta que dirige el taller impartirá información relacionada a la problemática de la sesión (depresión), analizando componentes como: factores riesgo, desarrollo en el postparto, sintomatologías y consecuencias.	Power Point Hojas Bolígrafos Videos educativos
	20 min	Se incentivará a que los participantes de manera voluntaria elaboren sistematizaciones acerca del conocimiento impartido y comenten cómo se sintieron con la problemática trabajada con la finalidad de ejercitar la asociación de conceptos.	Cadena de asociaciones/ Análisis de contenido general Se escogerán palabras claves o conceptos relevantes para el grupo en relación a la problemática y cada uno de los participantes dirá palabras o frases relacionadas. Al final se discute porqué han escogido las palabras mencionadas.	Sillas
CIERRE	15 min	Establecer mediante la técnica de discusión el intercambio de ideas, vivencias o conocimientos entre los participantes para encontrar posibles soluciones relacionadas a la problemática presentada.	Discusión/ Resolución de problemas El moderador elaborará en tarjetas un caso o problema a resolver con personajes ficticios relacionado a la problemática. Los participantes formarán grupos y evaluarán en base a cada escenario una posible solución.	Tarjetas didácticas Bolígrafos

Nota. Cuadro realizado por Doménica Gómez Mariño sobre el desarrollo de taller número 2 de la propuesta de intervención (2022).

Taller 3

Tema: “Ansiedad también empieza con A de Acompañamiento terapéutico”

Etapas: Desempeño

Variable: Ansiedad

Número de sesión: 3

Objetivo: Proporcionar información acerca de la ansiedad y ansiedad postparto, su sintomatología y consecuencias a través de técnicas donde los participantes del grupo puedan interactuar entre ellos de una manera dinámica, para así lograr mayor conocimiento acerca de esta problemática e incentivar su relevancia dentro de la comunidad.

Tabla 6.

Desarrollo tercer taller de intervención

	Duración	Objetivo	Actividad/Técnica	Recursos
INICIO	15 min	Promover un ambiente de compañerismo e integración dentro del grupo, motivándolos a participar activamente en el transcurso del taller, fortaleciendo la confianza y seguridad de permanencia entre los integrantes.	Amigo secreto/ Animación Se les entrega a los integrantes un papel y bolígrafo y se les pide que escriba su nombre y características personales. Una vez finalizado, se colocan todos los papeles en una bolsa y al azar cada miembro del grupo recibirá un papel, el nombre escrito corresponde a su amigo secreto, será leído en voz alta y el resto de los integrantes tendrán que adivinar de quién se trata.	Papeles pequeños Bolígrafos

DESARROLLO	25 min	<p>Impartir información óptima y certera sobre la problemática a realizar, para que los integrantes puedan estar relacionados con la misma y contrarrestar la desinformación, mitos o falsas creencias frente a la misma.</p>	<p>Mesa redonda/ Conceptualización El terapeuta que dirige el taller impartirá información relacionada a la problemática de la sesión (ansiedad), analizando componentes como: factores riesgo, desarrollo en el postparto, sintomatologías y consecuencias. Posterior a la exposición se crearán subgrupos entre los integrantes con no menos de 3 participantes cada uno, se discutirá los puntos más importantes impartidos durante la charla y se elegirá un representante de cada grupo que mencione un resumen de los conocimientos adquiridos.</p>	<p>Power Point Hojas Bolígrafos Videos educativos Sillas Mesas</p>
	20 min	<p>Generar en los participantes el interés por la problemática, mediante actividades dinámicas que promuevan el aprendizaje correcto de las conceptualizaciones impartidas.</p>	<p>Puro cuento/ Análisis de contenido general El terapeuta prepara un “cuento” relacionado a la problemática, el cual contiene fallas en relación a los conceptos e información impartidos previamente. Los participantes al identificar algún acontecimiento falso deberán alzar la mano, se les preguntará porqué consideran que es falso y a los que no alzaron la mano porqué consideran que es verdadero.</p>	<p>Papel Bolígrafos</p>

CIERRE	20 min	Reforzar el compañerismo en el grupo en base al conocimiento aprendido, donde se estipularán situaciones o escenarios donde sea necesaria el acompañamiento de uno o varios miembros del grupo ante situaciones relacionadas a la ansiedad	SOS Ayuda Mutua/ Contrato Para finalizar el presenta taller, los integrantes del grupo a modo de un contrato, establecen entre ellos diferentes condiciones o situaciones donde consideren oportuno que uno o varios miembros del grupo puedan darse un apoyo mutuo en relación a la problemática trabajada.	Hojas Bolígrafos
---------------	--------	--	--	---------------------

Nota. Cuadro realizado por Doménica Gómez Mariño sobre el desarrollo de taller número 3 de la propuesta de intervención (2022).

Taller 4

Tema: “Hablemos lo que no se habla del estrés en la maternidad”

Número de sesión: 4

Etapa:

Desintegración

Variable: Estrés

Objetivo: Proporcionar información acerca de la estrés y estrés postraumático postparto, su sintomatología y consecuencias a través de técnicas donde los participantes del grupo puedan interactuar entre ellos de una manera dinámica, para así lograr mayor conocimiento acerca de esta problemática e incentivar su relevancia dentro de la comunidad.

Tabla 7.

Desarrollo último taller de intervención

	Duración	Objetivo	Actividad/Técnica	Recursos
INICIO	15 min	Reforzar el ambiente de compañerismo e integridad que se ha desarrollado durante las sesiones previas y a su vez repasar los conceptos teóricos elaborados durante los talleres anteriores.	La liga del saber / Conocimiento Se formarán varios equipos de cuatro o cinco personas entre los participantes. El coordinador entregará fichas con preguntas de los temas trabajados previamente, cada grupo tiene un máximo de 3 minutos para debatir las respuestas y quienes respondan de manera correcta recibirán 3 puntos, de no saber la respuesta se dará paso a otro grupo y si se conoce la respuesta recibirá 5 puntos el grupo que contestó y el equipo que delegó 1 punto. Gana el grupo con mayor puntos obtenidos.	Fichas didácticas Bolígrafos

DESARROLLO	25 min	<p>Impartir información óptima y certera sobre la problemática a realizar, para que los integrantes puedan estar relacionados con la misma y contrarrestar la desinformación, mitos o falsas creencias frente a la misma.</p>	<p>Mesa redonda/ Conceptualización El terapeuta que dirige el taller impartirá información relacionada a la problemática de la sesión (estrés), analizando componentes como: factores riesgo, desarrollo en el postparto, sintomatologías y consecuencias. Posterior a la exposición se crearán subgrupos entre los integrantes con no menos de 3 participantes cada uno, se discutirá los puntos más importantes impartidos durante la charla y se elegirá un representante de cada grupo que mencione un resumen de los conocimientos adquiridos.</p>	<p>Power Point Hojas Bolígrafos Videos educativos Sillas Mesas</p>
	30 min	<p>Reforzar los conocimientos adquiridos a través actividades dinámicas, para fomentar el trabajo en grupo dentro de los participantes y a su vez identificar representaciones que tengan sobre la problemática trabajada.</p>	<p>Moldeando mi perspectiva /Escultura Se pide a los participantes durante esta actividad que elaboren en grupos de 4 o 5 personas una escultura que sea una representación sobre el estrés, una vez finalizado podrán enseñar al resto de participantes la figura moldeada y su significado.</p>	<p>Plastilina Escarcha Hojas de colores Pintura Marcadores Hojas</p>
CIERRE	15 min	<p>Evaluar las ideas personales que se han estructurado dentro del grupo en relación al tema trabajado, para tomar mayor consciencia de las cualidades de los integrantes e identificar cuáles de ellas necesitan ser reforzadas.</p>	<p>FODA/Cierre Se entregará a cada uno de los representantes una hoja donde puedan realizar un FODA personal (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) en relación a la problemática estudiada.</p>	<p>Hojas Bolígrafos</p>

Nota. Cuadro realizado por Doménica Gómez Mariño sobre el desarrollo de taller número 3 de la propuesta de intervención (2022).

CONCLUSIONES

Después de la investigación bibliográfica y el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos, se pudo respaldar una de las premisas principales: la hospitalización es un proceso adaptativo y complejo el cual afecta los diferentes ámbitos personales, tanto del paciente, como a la familia de este. Cuando un proceso de hospitalización incluye largas estancias, suelen surgir dudas, incógnitas, temor y un sinnúmero de emociones que influyen como factor de riesgo a una mala adaptación, por lo tanto, se puede constatar que las afectaciones psicológicas son significativas a corto y largo plazo. Una de nuestras preguntas como punto de partida de nuestra investigación fue ¿Cuál es el impacto psicológico que producen las largas estancias hospitalarias? donde se tomó como población de estudio a las madres de pacientes neonatos hospitalizados en las salas de cuidados intensivos neonatales (UCIN) quienes cursan largas estancias de hospitalización.

Se pudo constatar en base al marco teórico y análisis de resultados, que para la mayoría de las madres que intervienen en estas salas el proceso de hospitalización es abrumador, y, a su vez, las largas estancias hospitalarias han causado afectaciones significativas en el ámbito conductual, emocional, fisiológico, familiar y social. Los 3 indicadores psicológicos, tales como ansiedad, depresión y estrés, que se tomaron en consideración y son relevantes en el postparto, permitieron comprobar que un alto porcentaje de la población presenta sintomatología significativa en relación a estos, los cuales podrían desarrollarse en trastornos del estado de ánimo que afectarían severamente el bienestar de estas madres y en el vínculo que se está desarrollando con los neonatos.

Desde el enfoque sistémico de la psicología, respaldándose en la frase “*es importante analizar al individuo no únicamente como portador particular de su síntoma, sino como portador de un síntoma del entorno donde este se desarrolla*” se reconoció que las afectaciones dentro de la dinámica familiar constituyen también en un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos o

características psicológicas dentro de la población. Estas madres al encontrarse lejos de su hogar (independiente del tipo de familia que provenga), realizan un duelo por separación, demostrando sentimientos como angustia, depresión, ansiedad por no poder estar con el resto de sus familiares. Muchos profesionales pueden pasar por alto que la sintomatología de la población de madres no está relacionada a la hospitalización como único causante, sino también a la separación de este sistema familiar. La hospitalización constituye en una crisis familiar de tipo paranormativas, donde las madres manifiestan en sus síntomas el deterioro o complicación producto de esta.

Haciendo referencia a la teoría sistémica, el individuo siempre es parte de un sistema el cual asimismo forma parte de un sistema mayor. Gracias a la técnica de observación pudo evidenciarse dentro de la población escogida como se consolidó un sistema nuevo dentro de las salas UCIN, donde al igual que otros sistemas posee una estructura establecida y que contaba con roles, jerarquías y límites. Al ver su relación dentro del sistema se pudo evidenciar que todas estaban conscientes de un punto en común, que estaban sufriendo, por ende, una de las actividades que hacían como grupo era organizar reuniones para rezar, apoyarse entre quienes consideraban sus “amigas” y sentirse identificadas dentro de la comunidad logrando una seguridad de permanencia dentro del mismo.

En las encuestas y entrevistas la mayoría de las madres mencionaron haber vivido un “trauma” desde el proceso de hospitalización, el cual estuvo relacionado con el parto, el diagnóstico clínico, o el proceso hospitalario de larga estancia. Esta experiencia tuvo consecuencias significativas relacionadas al trastorno de estrés postraumático, donde se destacó que más de la mitad de la población mantiene preocupación en exceso durante su estadía. Es importante mencionar también, que esta experiencia traumante experimentada causa diversas reacciones en las madres afectando su maternidad; entre las más significativas se mencionaba no querer volver a tener más hijos por temor a vivir de nuevo esta experiencia, temblores en partes del cuerpo al recordar el

momento del trauma, como el sentimiento de no poder cumplir bien su rol de madre con el resto de sus hijos que se encontraban en casa.

En base a los datos obtenidos en las encuestas y las entrevistas realizadas a la población para la construcción de casos, se comprobó que la población no posee conocimiento certero sobre las afectaciones psicológicas desarrolladas en nuestra investigación. La desinformación siempre será un factor de riesgo en el desarrollo de estos trastornos, como también un obstáculo para poder acceder a un acompañamiento terapéutico eficaz que les permita una mejoría a corto plazo, por lo tanto, se respalda una vez más la importancia de la intervención de la psicología hospitalaria dentro de esta población al ser una población de riesgo.

Por todo lo anteriormente expuesto se puede concluir que, las largas estancias hospitalarias son escenarios de difícil adaptación, se demostró que las afectaciones que las mismas producen en las madres de las salas de UCIN son severas y significativas. En nuestro país no se han realizado suficientes investigaciones o proyectos relacionados al postparto, y más aún, al impacto psicológico que constituye en una madre que un neonato sea hospitalizado al momento de nacer, y como él mismo puede influenciar en el desarrollo de trastornos en el postparto.

En base a los resultados obtenidos mediante el enfoque cuantitativo y cualitativo se evidenció que la población de madres de las salas de UCIN muestran un alto interés por un acompañamiento psicológico durante su estancia, y, quienes la recibieron pudieron notar una mejoría en relación a sus síntomas. Estos resultados obtenidos dentro de las encuestas y estudios de casos respaldaron el beneficio, necesidad y menester para la construcción de una propuesta de intervención con esta población. Para la creación de esta, se tomó en consideración las preferencias señaladas que las madres mantenían, creando una propuesta dinámica donde las madres participarán desde sus aportaciones vivenciales durante el proceso de hospitalización, como también el terapeuta que lleve a cabo los talleres podrá trabajar la psicoeducación de la problemática en cada uno de ellos. La finalidad de la propuesta radica en que las

madres de las salas de UCIN puedan enriquecerse de aprendizajes, identificar sus síntomas, acceder a un acompañamiento terapéutico oportuno y servir de apoyo a otras madres que se encuentran dentro de las salas de UCIN fomentando la búsqueda de recursos o herramientas para una mejor adaptación.

Luego de esta investigación, se hace un llamado al sector de la salud mental por el interés y el desarrollo de la presente problemática, el cual no solo obtendrá beneficios y oportuno acompañamiento para las madres, sino también para el vínculo que se está estableciendo con el neonato dentro de sus primeros momentos de vida, que a pesar de su condición crítica dentro de una sala de UCIN, definirá a los niños, jóvenes y adultos del mañana.

RECOMENDACIONES

Es necesario que todas las madres quienes sus hijos han sido hospitalizados dentro de una sala UCIN puedan recibir una entrevista preliminar, tanto con los doctores de la sala como con el área de psicología, para que puedan sensibilizarse y sentirse familiarizadas con el proceso que están por empezar y así el impacto sea menos significativo.

Como profesionales de la salud mental es importante incentivar el conocimiento acerca de trastornos relacionados al postparto, por lo tanto, se recomienda realizar talleres informativos dentro del área de neonatología. Nuestra sociedad aún no maneja información adecuada respecto al mismo, lo cual crea más desinformación y limita las oportunidades de poder reconocer si se padece esta problemática y acceder a una ayuda eficaz.

Se recomienda continuar con el desarrollo de investigaciones relacionadas a la psicología perinatal, la cual está escasamente abordada en nuestro país, y carece de estadísticas o datos verificables en relación al postparto y sus manifestaciones psicológicas.

Dentro de las salas de UCIN de los hospitales poder capacitar al personal médico en relación a la problemática, de esta manera se logrará desarrollar una empatía mejor entre médico-paciente y el proceso adaptativo sería más llevadero. También podrán detectar a tiempo si una de las madres de la sala presenta sintomatología relacionada a la problemática, para así ser derivada a psicología y podrá recibir un acompañamiento terapéutico durante la hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

- Abanto, R., Valdivieso Jiménez, G., Arévalo, A., & Orihuela, S. (2018). Características personales, clínicas y sociales en pacientes con estancia hospitalaria prolongada en los pabellones de pacientes agudos del Hospital Víctor Larco Herrera. Scielo. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v18n2/a10v18n2.pdf>
- Acevedo Sierra, L., & Vidal López, E. H. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23(1), 131-145. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85284>
- Acuña Alvarado, A., Ramírez Zumbado, E., & Azofeifa Zumbado, F. (9 de septiembre de 2021). Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*, 6(9), 712. [doi:https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712](https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712)
- Aguilar Solorio, S. I., & H. S. (2014). TIPOS DE LÍMITES EN LA DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL FRACASO ESCOLAR EN ADOLESCENTES. *Revista médica - Colegio Médico de La Paz*. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200015
- Alina Bogza, I. (s.f). *La terapia familiar sistémica y el duelo*.
- Alvarez Galvis, S. P., Escobar Sanchez, S. M., & Ochoa León, L. C. (Noviembre de 2020). *Estancia prolongada en hospitalización, descripción en literatura y análisis para su manejo [Tesis para el título de Especialización en gerencia de IPS, Universidad CES]*. Repositorio Institucional de la Universidad CES. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5019/1128264789_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Anzilott, A. W. (2020). Depresión postparto. *Kidshealth.org*. <https://kidshealth.org/es/parents/ppd.html>
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual o mental disorders (5th ed.)*. 5th Edition. American Psychological Association. [doi:https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596](https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596)

- Astorga García, K., Aburto Retamales, M., & Pardo Fuentealba, C. (2018). *Factores estresantes en madres de niños prematuros que asisten a control de salud infantil en el CESFAM Antonio Varas, Puerto Montt [Tesis de grado, Universidad Austral de Chile]*.
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2018/bpmsa858f/doc/bpmsa858f.pdf>
- Bados López, A. (30 de Agosto de 2021). *Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento*. <https://www.mdx.cat/handle/10503/119338>
- Barreiro Aguilar, M. E. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed*.
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688/1054>
- Benítez Agudelo, J., Barceló Martínez, E., & Gelves Ospina, M. (2016). *Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico*. *Scielo*, 26, 58-68
<https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v42n4/protocolos.pdf>
- Benítez Pérez, M. E. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005
- Blasco Mira, J. E., & Pérez Turpin, J. A. (2007). *Metodologías de investigación en ciencias de la actividad física y el deporte*.
- Britos, G. (2018). *ESTADO EMOCIONAL DE MADRES DE RECIEN NACIDOS INTERNADOS CON COMPROMISO DE SALUD. SERVICIO DE NEONATOLOGIA. HOSPITAL MISERICORDIA. CORDOBA. ENERO - DICIEMBRE 2016*. <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Britos-graciela-final-2018.pdf>
- Bustos Casanova, A., Valenzuela Rojas, E., & Villa Burgos, C. (Julio de 2007). *Nuevas tipologías de familia [Tesis de grado, Universidad Academia Humanismo Cristiano]*.
<http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/1553/ttraso205.pdf?sequence=1>
- Campo González, A., Amador Morán, R., Alonso Uría, R. M., & Ballester López, I. (Junio de 2018). *Estrés en madres de recién nacidos ingresados en unidad de cuidados*

intensivos. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 1-10.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200008

Cañas Benítez, N., Moreno Pareja, E., & Cataño Saldarriaga, E. (1 de Mayo de 2021). Factores de estancia hospitalaria prolongada en una institución de salud de Medellín. *Rev. ciencia y cuidado UFPS*.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2821>

Cañas Benítez, N., Moreno Pareja, E., & Cataño Saldarriaga, E. A. (2021). Vista de Factores de estancia hospitalaria prolongada en una institución de salud de Medellín. *Rev. cienc*, 18(2),43-54.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2821/3223>

Caparro Gonzalez, R., Romero Gonzalez, B., & Peralta Ramírez, M. I. (10 de Julio de 2018). *Depresión posparto, un problema de salud pública mundial*. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

Carro García, T., Sierra Manzano, J., Hernández Gómez, M., Ladrón Moreno, E., & Antolín Barrio, E. (s.f.). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *SEMG*, 452-456. <http://semg.info/mgyf/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (20 de Mayo de 2022). *Afecciones mentales: Depresión y Ansiedad*. Centers for Disease Control and Prevention.
<https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-afecciones-mentales-depresion-ansiedad.html>

Cevallos Acevedo, T., Velásquez Restrepo, P., & Jaén Posada, J. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerencia y Políticas de la Salud*, 13(27), 274-295.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf>

Chacón Delgado, E., Xatruch De la Cera, D., Fernández Lara, M., & Murillo Arias, R. (2021). GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. *Revista Cúpula*, 35 (1), 23-36.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Cibanal Juan, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*.

- CIE-10. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*.
- Corea del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46-47. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- CuidatePlus. (30 de Marzo de 2017). *Depresión Postparto*. <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/diccionario/depresion-posparto.html>
- Defamily. (12 de Febrero de 2019). *¿Qué es la Familia Extensa o Extendida?* Defamily. <https://www.defamily.site/que-es-la-familia-extensa-o-extendida/>
- Delfín Ruiz, C., Saldaña Orozco, C., Cano Guzmán, R., & Peña Valencia, E. J. (2021). Caracterización de los roles familiares y su impacto en las familias de México. *Revista de Ciencias Sociales*, 128-138. doi:<https://www.redalyc.org/journal/280/28068276012/html/>
- Díaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1),42-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Dois Castellón, A. (2012). Actualizaciones en depresión postparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 576-586 <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>
- Edición Médica. (22 de Noviembre de 2017). *OMS registra aumento en las tasas de nacimientos prematuros*. Edición Médica <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/oms-registra-aumento-en-las-tasas-de-nacimientos-prematuros-91296>
- Fernández Martínez, C. M., & Avilés Hernández, M. (2020). Análisis de necesidades en familias monoparentales con jefatura femenina usuarias de servicios sociales de atención primaria en España. Prospectiva. *Revista de Trabajo Social e intervención social*, (30), 145-173. <http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n30/2389-993X-prsp-30-145.pdf>

- Fonseca Villanea, C. (Agosto de 2018). PSICOSIS POSTPARTO (Postpartum psychosis). *Revista Médica Sinergia*, 3(8).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms188b.pdf>
- García Rasero, A. (23 de Mayo de 2021). *Ansiedad postparto: causas y síntomas*. Norte Hispana. <https://www.nortehispana.com/canal/embarazo-y-bebe/post/ansiedad-postparto-causas-y-sintomas#:~:text=denominar%20ansiedad%20postparto.-,Causas%20de%20la%20ansiedad%20postparto,s%C3%ADntomas%20depresivos%20o%20de%20ansiedad.>
- García, R., & De la Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Condes*, 16(4), 236-241.
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf
- Garibay Rivas, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*.
- Garibay Rivas, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar*.
- Gil Iranzo, A. (30 de Julio de 2019). *Diversidad familiar: los diferentes tipos de familia actuales*. Canvis. Centro de Psicología. <https://www.canvis.es/es/diversidad-familiar-tipos-de-familia-actuales/>
- Gob.ec. (s.f.). *Hospitalización*. Gobierno del Encuentro.
<https://hvcm.gob.ec/servicios/hospitalizacion/>
- Gómez Gómez, M., Danglot Banck, C., & Aceves Gómez, M. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos (Classification of the newborns). *Revista Mexicana de Pediatría* , 79(1), 32-39. doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
- González Benítez, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 280-286.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n3/mgi10300.pdf>
- González García, M. S., & Chuquirima Yaguana, K. M. (2017). *La familia nuclear y monoparental y su relación con el comportamiento agresivo de los niños y niñas de 7 a 12 años de la Escuela de Educación Básica IV Centenario [Tesis de grado,*

Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Digital UNL.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18073>

Healthy Children. (s.f.). *La depresión durante y después del embarazo: usted no está sola*. Healthy Children from the American Academy of Pediatrics.
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/understanding-motherhood-and-mood-baby-blues-and-beyond.aspx>

HealthyChildren.org. (8 de Febrero de 2017). *La prueba de Apgar del recién nacido*. . Healthy Children from the American Academy of Pediatrics.
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/apgar-scores.aspx>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*.

Hernández Martínez, A., Martínez Galiano, J. M., & Rodríguez Almagro, J. (12 de Enero de 2021). *La cara oculta del parto: trastorno por estrés postraumático*. The conversation. <https://theconversation.com/la-cara-oculta-del-parto-trastorno-por-estres-postraumatico-152584>

Instituto Europeo de Salud Perinatal. (17 de Febrero de 2020). *Estrés postraumático como consecuencia del parto*. Instituto Europeo de Salud Perinatal.
<https://saludmentalperinatal.es/2020/02/27/stres-postraumatico-como-consecuencia-del-parto/#:~:text=Hay%20m%C3%BAltiples%20factores%20que%20pueden,ante%20un%20trato%20inadecuado%2C%20las>

Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica de los Andes*, 25(6), 1019-1028. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706510>

Jaraiseh Abcarius, M., Zambrano Bravo, B. A., Morocho-Cayamcela, M. E., & Tulcanza-Prieto, A. B. (3 de Enero de 2022). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD Y PESO AL NACER DE PACIENTES NEONATOS, CASO DE ESTUDIO: HOSPITAL PEDIÁTRICO BACA ORTIZ. *Enfermería Investiga*, 7(1), 17-23. doi:<http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v7i1.1473.2022>

- Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*, 31(2), 139-149. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864020300183>
- Liguori, N., & Fernandez Lorenzo, P. (30 de Septiembre de 2016). *Parto traumático y trastorno de estrés postraumático posparto: no siempre es depresión posparto*. Instituto Europeo Salud Mental Perinatal. <https://saludmentalperinatal.es/2016/09/30/parto-traumatico-trastorno-de-estres-postraumatico-posparto-no-siempre-es-depresion-posparto/>
- Loaiza Salazar, J. C., & Sánchez López, J. V. (11 de Noviembre de 2019). *Manifestación de depresión posparto en madres durante la hospitalización*. Repositorio Institucional Universidad de Manizales. <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/handle/20.500.12746/3694?show=full>
- Lovo, J. (2021). Crisis familiares normativas. *Aten Fam*, 28(2), 132-138. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78804>
- Machado, J. (17 de Septiembre de 2019). *El 84% de hogares monoparentales está dirigido por mujeres*. Primicias. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/mujeres-hogares-familia-monoparentales/>
- Malpartida Ampudia, M. K. (1 de Febrero de 2020). Depresión posparto en atención primaria (Postpartum depression in a primary care). *Revista Médica Sinergia*, 5(2) <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355>
- Marin Fuentes, B., Alonso Valle, A., Izquierdo Sánchez, B., & Suárez García, N. (2008). *Repercusión psicológica de la hospitalización del neonato grave y crítico en la madre acompañante*. Mediagraphic.com. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2016/ump161d.pdf>
- Martín García, L. (2019, abril). *Vista de Cuidados psicosociales dirigidos a los padres en una unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)*. ConocimientoENFERMERO. <https://conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/65/38>

- Martín, R. (15 de Octubre de 2021). *¿Cuáles son las principales causas del estrés?*. Forbes. <https://forbes.es/lifestyle/5454/cuales-son-las-principales-causas-del-estres/>
- Mateo Rodríguez, E., Puchades Gimeno, F., Ezzeddine Angulo, A., Asensio Samper, J., Saiz Ruiz, C., & López Alarcón, M. D. (3 de Febrero de 2022). Síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. Estudio piloto unicéntrico. La calma no llega tras la tempestad. *Revista Médica*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321007211?via%3Dihub>
- Medina-Serdán, E. (2013). *Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Differences between postpartum depression, postpartum psychosis and maternity blues*. Scielo. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
- MedlinePlus. (2020). *Estrés*. Biblioteca Nacional de Medicina. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm#:~:text=EI%20estr%C3%A9s%20es%20un%20sentimiento,a%20un%20desaf%C3%ADo%20o%20de manda.>
- Medlineplus. (s.f.). *Información de Salud para usted*. Medlineplus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>
- Medlineplus. (s.f.). *Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*. Medlineplus. https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. Postpartum depression and risk factors. *Redalyc.org*. <https://www.redalyc.org/journal/3759/375955679003/html/>
- Micó Cerdán, I. (5 de Enero de 2018). *Familia de origen: lealtad y diferenciación*. DOPSI | Psicólogos en Valencia a domicilio y en gabinete. <https://www.dopsi.es/familia-origen-lealtad-diferenciacion/>
- Ministerio de Salud Pública. (7 de Abril de 2022). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”*. Gobierno del encuentro.

<https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/#:~:text=%E2%80%9CDepresi%C3%B3n%3A%20Hablemos%E2%80%9D-,Este%207%20de%20abril%20se%20celebra%20el%20D%C3%ADa%20Mundial%20de,%E2%80%9CHablemos%20>

Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*.

Minuchin, S. (1995). *Familias y terapia familiar*.

Mojica Perilla, M., Redondo Rodríguez, S., & Osma Zambrano, S. E. (2019). Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. *MedUNAB*, 22(2), 200-212. doi:<https://doi.org/10.29375/01237047.2820>

Nafría Vicente, P. (3 de Junio de 2020). *Ansiedad postparto: Causas y Síntomas*. Psicología Nafría. <https://psicologianafria.com/ansiedad-postparto/#:~:text=La%20ansiedad%20postparto%20puede%20producir,constantemente%20para%20liberar%20el%20nerviosismo.>

National Institute of Mental Health. (s.f.). *Depresión Perinatal*. National Institute of Mental Health (NIH). <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>

Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., & Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*, 64(6), 625-633. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126llh.pdf>

Navarro, P. (28 de Enero de 2021). *CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO: FACILITAR EL DIAGNÓSTICO Y PREVENIR COMPLICACIONES*. Vygon. Value Life. <https://campusvygon.com/clasificacion-rn/>

NIH. (s.f). *¡Estoy tan estresado! hoja informativa*. Instituto Nacional de la Salud Mental. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/estoy-tan-estresado>

Ochoa, B., & Lizasoáin, O. (2003). Repercusiones familiares originadas por la enfermedad y la hospitalización pediátrica. <https://core.ac.uk/reader/11502747>

- Olza, I. (10 de Agosto de 2016). *El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica*. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. <https://saludmentalperinatal.es/2016/08/10/el-trastorno-de-estres-postraumatico-como-secuela-obstetrica/>
- OMS. (13 de Diciembre de 2021). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS. (s.f.). *Depresión*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Paladines Guamán, M. I., & Quinde Guamán, M. N. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]*. Repositorio Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Pérez González, A. A. (2016). *Homoparentalidad [Tesis de grado, Universidad de Chile]*. Repositorio Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142548/Homoparentalidad-un-nuevo-tipo-de-familia.pdf?sequence=1>
- Placeres Hernández, J. F., Olver Moncayo, D. H., Rosero Mora, G. M., Urgilés Calero, R. J., & Abdala-Jalil Barbadillo, S. (2017). La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. *Revista médica electrónica*, 39(2), 361-369. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200022
- Quintero Velásquez, Á. M. (1997). *Trabajo social y procesos familiares*.
- Ramos Galarza, C. (2020). *Los alcances de una investigación*. doi:<http://orcid.org/0000-0001-5614-1994>
- Ramos, E. (2008). *Métodos y técnicas de investigación*. <https://www.gestiopolis.com/metodos-y-tecnicas-de-investigacion/>
- Rei, J. (11 de Mayo de 2020). *Ansiedad, depresión, psicosis: 1 de cada 5 mujeres tiene problemas en el embarazo y postparto*. El Español. https://www.elespanol.com/mujer/salud-bienestar/20200511/ansiedad-depresion-psicosis-mujeres-problemas-embarazo-postparto/488951352_0.html

- Ruiz, A. L., Ceriani Cernadas, J. M., Cravedi, V., & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Scielo*, 03 (1), 36-45. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n1/v103n1a08.pdf>
- Sánchez Bañuelos, L., Pérez Gutiérrez, J., Tamaris Velásquez, F., & Delgado Rubio, M. (2012). *Seguridad del neonato hospitalizado. Aproximaciones y propuestas. Enfermería universitaria*, 9(2), 27-36 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000200004&lng=es&tling=es
- Sánchez Montoya, J., & Palacios Alzaga, G. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y postparto. *Federacion-matronas.org*, 8 (1), 12-19. Matronas Prof.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, 3(1), 10-51. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Solís Solano, M., Pineda Mejía, A. L., & Chacón Madrigal, J. (2019). ABORDAJE CLÍNICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO. *Revista Médica Sinergia*. 4(6), 90-99. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248/576#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20DSM%2DV%20se,depresi%C3%B3n%20mayor%20de%20spu%C3%A9s%20del%20parto%E2%80%9D>.
- Soria Trujano, R. (2010). TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PROBLEMAS FAMILIARES. ANÁLISIS DE CASO. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 88-104. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art5.pdf>
- Stanford Childrens Health. (s.f.). *Unidad neonatal de cuidados intensivos (UNCI)*. Stanforchildren.org. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=the-neonatal-intensive-care-unit-nicu-90-P05498>
- Suasnabar Dávila, J. A. (2016). *Factores asociados a prolongación de estancia hospitalaria en pacientes postoperados en el servicio de cirugía de la Clínica Good Hope, en el 2016 [Tesis para el título de Médico, Universidad Ricardo Palma]*. Repositorio institucional de la Universidad Ricardo Palma.

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1257/162%20SUASNABAR%20D%c3%81VILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Toobe, M. (28 de Diciembre de 2021). Síndrome post cuidados intensivos en pediatría. *Revista Facultad Ciencias Medicas Universidad Nacional Cordoba*, 78(4), 408-414. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/32809>

UNICEF. (s.f.). *Conoce el método «Mamá Canguro»*. UNICEF. <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/conoce-el-metodo-mama-canguro>

Universidad de Guanajuato. (28 de Marzo de 2022). *Clase digital 7. Funciones, Roles y dinámica de familia*. Recursos Educativos Abiertos. Contenidos didácticos de experiencias de aprendizaje: <https://blogs.ugto.mx/rea/clase-digital-7-funciones-roles-y-dinamica-de-familia/>

University Of Washington Medical Center. (2012). Angustia posparto y más. Reconocimiento de los trastornos de ánimo posteriores al parto y cómo afrontarlos. *UW Medicine*, 97-104. UW Medicine.

Valdivia Sánchez, C. (2008). *La familia: concepto, cambios y nuevos modelos*. Edumargen. <https://www.edumargen.org/docs/2018/curso44/intro/apunte04.pdf>

Villamizar Carvajal, B., Vargas-Porras, C., & García-Corzo, J. (2018). Disminución del nivel de estrés en madres de prematuros en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 29(3), 113-120. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239918300294>

Villanova, F., Eimil, B., Cuéllar Flores, I., & Palacios, I. (2013). El Estrés Materno en la Organización del Vínculo Madre-Bebé Prematuro de Bajo Peso. *Revista clínica contemporánea*, 4(2), 171-183. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2013v4n2a7.pdf>

Watson, R. S., Choong, K., Colville, G., Crow, S., Dervan, L. A., Hopkins, R. O., . . . Curley, M. A. (2018). Life after Critical Illness in Children—Toward an Understanding of Pediatric Post-intensive Care Syndrome. *National Library of Medicine*, 198(1), 16-24. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.12.084>

Zlachevsky O, A. M., & Pena G, L. (s.f). *Modelo estructural de terapia sistémica*.

ANEXOS

Formulario de indicadores psicológicos en madres que cursan largas estancias de hospitalización en el área neonatal.

Este cuestionario es de carácter anónimo para fines académicos de un trabajo de titulación. Las respuestas proporcionadas se usarán únicamente con fines investigativos.

1. Estado Civil

Marca solo un óvalo.

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Unión de hecho
- Viudo (a)

2. ¿Tiene más hijos?

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

3. Si la respuesta a la pregunta anterior fue "si" marque el número correspondiente:

Marca solo un óvalo.

- 1-2 hijos
- 2-3
- 4 o más

4. ¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado su hijo (a)?

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 mes
- Entre 1 y 2 meses
- 3 meses o mas

5. ¿Usted considera que las largas estancias hospitalarias ha sido un factor que ha influenciado en su familia?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

6. ¿Qué cambios emocionales o conductuales ha experimentado en usted desde el inicio de la hospitalización de su hijo/a?

7. ¿En este tiempo cómo calificaría su proceso de adaptación a la hospitalización ?

Marca solo un óvalo.

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo

8. Señale el nivel de conocimiento que posee de los siguientes temas

Selecciona todos los que correspondan.

	Nada	Un poco	Lo suficiente	Bastante
Depresión postparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad postparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Qué tipo de acompañamiento cree usted que sería óptimo para llevar mejor el tiempo de hospitalización de su hijo(a)? Seleccione todas las que usted considere:

Selecciona todos los que correspondan.

- Talleres o charlas
- Acompañamiento psicológico
- Grupos de apoyo

10. ¿Cuándo comenzó la hospitalización del paciente recibió información acerca del proceso, instalaciones y servicios?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

11. Seleccione cuál de los siguiente síntomas depresivos ha percibido durante la hospitalización del paciente:

Selecciona todos los que correspondan.

- He sentido tristeza por más de 2 semanas
- He experimentado pérdida del interés o capacidad para disfrutar
- Me he sentido muy fatigado
- Disminución de respuestas emocionales ante acontecimientos que antes causaban una respuesta
- He experimentado agitación
- He perdido el apetito
- Pérdida de peso al menos el 5% en el último mes
- Falta de sueño
- He presentado cambios en mi humor en las mañanas

12. ¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 mes
- 1 mes - 2 meses
- 3 meses o más

13. Seleccione cuál de los siguientes síntomas relacionados a ansiedad ha percibido durante la hospitalización del paciente:

Selecciona todos los que correspondan.

- Me siento muy nerviosa, me cuesta estar tranquila He
- presentado cambios en mis hábitos alimenticios
- Presento dificultad para dormir
- He tenido pensamientos negativos o intrusivos
- Tengo sensación de miedo constante
- Me siento preocupada gran parte del tiempo
- Me he sentido insegura con respecto al cuidado de mi bebé

14. ¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?

Marca solo un óvalo.

Menos de 1 mes

1 mes - 2 meses

3 meses o más

15. Seleccione cuál de los siguientes síntomas relacionados a estrés ha percibido durante la hospitalización del paciente:

Selecciona todos los que correspondan.

He estado expuesta a algún acontecimiento que pueda catalogar como traumático

Tengo pensamientos, pesadillas o creo que el acontecimiento traumático volviendo a ocurrir

He tenido dificultad para conciliar el sueño

Me he sentido irritable o con ataques de ira

Dificultad para concentrarme

Me he preocupado en exceso

He experimentado palpitaciones, dificultad para respirar o sudoración. No

puedo acordarme de los detalles del evento traumático.

He presentado disminución o ausencia de emociones positivos.

16. ¿Por cuánto tiempo ha sentido los síntomas marcados en la pregunta anterior?

Marca solo un óvalo.

Menos de 1 mes

1 mes - 2 meses

3 meses o más

17. ¿Usted considera importante poder recibir atención psicológica que le garantice una mejoría a corto plazo?

Marca solo un óvalo.

Sí

No




DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gómez Mariño, Doménica Eugenia**, con C.C: # **0941570129** autor/a del trabajo de titulación: **Propuesta de intervención para la depresión, ansiedad y estrés en madres, debido a una hospitalización prolongada en las salas de UCIN**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de septiembre del 2022

f. 

Nombre: **Gómez Mariño, Doménica Eugenia**

C.C: **0941570129**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Propuesta de intervención para la depresión, ansiedad y estrés en madres, debido a una hospitalización prolongada en las salas de UCIN.		
AUTOR(ES)	Doménica Eugenia Gómez Mariño		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Marcia Ivette, Colmont Martinez, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Filosofía, letras y ciencias de la educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciatura en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	148
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología; Terapia Sistémica; Maternidad		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	HOSPITALIZACIÓN; POST PARTO; DEPRESIÓN; ANSIEDAD; ESTRÉS; FAMILIA		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo de titulación tuvo como objetivo principal analizar el impacto psicológico en las madres que cursan largas estancias prolongadas dentro de las salas UCIN. Desde hace varias décadas se han desarrollado una gran variedad de investigaciones y aportaciones en relación a la psicología perinatal, demostrando cada vez más su relevancia e importancia tanto en la madre, como en el neonato desde sus primeros momentos de vida. Cuando un recién nacido requiere un proceso de hospitalización neonatal este puede ser complejo y abrumador para los padres debido al ideal que se tiene del hijo deseado, en especial en las madres, quienes pasan la mayor parte del tiempo dentro de estas salas. Por lo tanto, se realizó un recorrido bibliográfico donde se evidenció que las largas estancias hospitalarias pueden ser un factor de riesgo relevante para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo característicos en el postparto. Al ser una investigación de tipo mixta se utilizaron los enfoques metodológicos cuantitativo y cualitativo con un alcance de estudio tanto descriptivo como explicativo. Las técnicas usadas fueron las encuestas, entrevistas abiertas, observación y anotaciones de campo. Los resultados obtenidos demostraron las diversas afectaciones psicológicas relacionadas a depresión, ansiedad y estrés que presentan la población de madres que cursan largas estancias dentro de las salas UCIN. Es por lo tanto que, se construyó una propuesta de intervención psicológica en relación con la problemática, que pueda otorgar un acompañamiento óptimo y oportuno.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-967-888189	E-mail: domegomez24@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Psic. Cl. Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			