

Síntomas depresivos en familiares cuidadores de recién nacidos en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y factores asociados

Depressive symptoms and associated factors in caregivers of newborn infants hospitalized in a neonatal intensive care unit

Dr. Jorge L. Alvarado Socarrás^{a,b}, Dra. Edna M. Gamboa-Delgado^c,
Enf. Silvia Trujillo Cáceres^d y Enf. Sandra Rodríguez Forero^a

RESUMEN

Introducción. Se han reportado altas prevalencias de síntomas depresivos en familiares de recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal. Esto ocasiona un alto impacto negativo para el vínculo familiares-recién nacido.

Objetivo. Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y sus factores asociados en cuidadores de recién nacidos hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en Colombia.

Materiales y métodos. Estudio de corte transversal analítico en una institución de salud de alto nivel de complejidad especializada en patologías cardiovasculares. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II al ingreso y ocho días después. Se consideró presencia de síntomas depresivos cuando los cuidadores presentaban depresión intermitente, moderada, grave o extrema. Se realizaron análisis bivariados y multivariados usando modelos de regresión binomial.

Resultados. Se analizó un total de 107 niños con sus cuidadores. La prevalencia de síntomas depresivos fue 20,56% (IC 95%: 12,77-28,34) en la medición basal y 12,86% (IC 95%: 4,1-20,89) al octavo día. Los cuidadores de sexo masculino y de 30 años de edad o más tuvieron menor riesgo de presentar síntomas depresivos, mientras que ser cabeza de familia, tener nivel de primaria o ningún grado de escolaridad y que sus hijos hubieran tenido Apgar al nacer de 1-6 representaron factores de riesgo para síntomas depresivos.

Conclusiones. La prevalencia de síntomas depresivos fue alta. Ser cabeza de familia, tener baja escolaridad y Apgar al nacer entre 1 y 6 fueron factores asociados a síntomas depresivos en los cuidadores.

Palabras clave: depresión, cuidadores, recién nacido, unidades de cuidados intensivos neonatales.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.140>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.140>

- Unidad Neonatal, Departamento de Pediatría. Fundación Cardiovascular de Colombia.
- Organización Latinoamericana para el Fomento de la Investigación en Salud.
- Universidad Industrial de Santander.
- Fundación Cardiovascular de Colombia.

Correspondencia:

Dr. Jorge Alvarado
Socarrás,
Jorgealso2@yahoo.com

Financiamiento:

Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 7-4-2016
Aceptado: 19-10-2016

Cómo citar: Alvarado Socarrás JL, Gamboa-Delgado EM, Trujillo Cáceres S, et al. Síntomas depresivos en familiares cuidadores de recién nacidos en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y factores asociados. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(2):140-147.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de depresión en el posparto oscila entre 10% y 15%.¹ Esta frecuencia y el impacto negativo en el vínculo madre-hijo han determinado que la Academia Americana de Pediatría recomiende la búsqueda de síntomas depresivos en el posparto.² Estos síntomas pueden ser más relevantes ante condiciones que involucren un resultado no esperado en el neonato, como puede ser la hospitalización en unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN).

Presentan depresión entre 28% y 67% de los padres de hijos hospitalizados en UCIN.³ Estudios previos han informado reacciones emocionales negativas en los cuidadores ante el evento de la hospitalización, tales como culpa, tristeza, hostilidad, enojo, miedo, ansiedad, desesperanza, sentimiento de fracaso y pérdida de la autoestima.⁴

Algunos estudios han buscado identificar factores asociados a la presencia de síntomas depresivos. Ciertas características propias del recién nacido (RN) (prematurez, diagnóstico clínico y otros), de las madres (edad, nivel educativo, estrato socioeconómico y antecedentes de depresión) y del ambiente hospitalario (situaciones estresantes de la UCIN, información médica ambigua, distanciamiento del sitio de residencia) pueden contribuir a la aparición de esta enfermedad.⁵⁻⁸

En países desarrollados, han avanzado en la evaluación de esta situación clínica. Por el contrario, en

países en vía de desarrollo, hay poca información que permita determinar la magnitud del problema con el fin de realizar intervenciones oportunas para mejorar la calidad de la atención y favorecer el vínculo entre los RN, las madres y los cuidadores.⁹⁻¹²

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de síntomas depresivos y sus factores asociados en familiares cuidadores de RN hospitalizados en una UCIN en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal analítico en cuidadores de RN en la UCIN de una institución de salud de alto nivel de complejidad especializada en patologías cardiovasculares entre enero y septiembre de 2015.

Se consideró como cuidador a la madre, el padre o cualquier otro familiar o persona encargada del cuidado de los RN hospitalizados.

Criterios de inclusión

En este estudio, se incluyeron los RN que ingresaron a la UCIN y sus cuidadores (uno por niño) que aceptaron participar.

Fueron eliminados del análisis aquellos cuidadores y niños en los que no se pudo realizar la segunda evaluación.

Los cuidadores fueron contactados por una enfermera, entrenada en el proyecto, para realizar una encuesta sobre las variables de interés de los RN y sus cuidadores.

Los participantes diligenciaron el Inventario de Depresión de Beck-II¹³ (*Beck Depression Inventory-II*; BDI-II, por sus siglas en inglés), que fue aplicado un día después del ingreso del RN y 8 días luego de la primera medición, siempre que el RN permaneciera hospitalizado.

El tiempo promedio de diligenciamiento fue 15 minutos y fue validado a través de una prueba piloto realizada con participantes similares a la muestra del estudio.

La variable dependiente correspondió a la presencia de síntomas depresivos. Esto fue establecido por la aplicación del BDI-II. Este es un instrumento desarrollado para corresponder los criterios que propone el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* para el diagnóstico de síntomas depresivos. Está compuesto por 21 ítems, con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 63 puntos¹⁴ (véase el Anexo 1 en formato electrónico).

Las categorías de clasificación, según las puntuaciones, establecen como altibajos del estado de ánimo que son considerados normales de 0-10 puntos, leve perturbación del estado de ánimo de 11-16 puntos, estados de depresión intermitentes de 17-20 puntos, depresión moderada de 21-30 puntos, depresión grave de 31-40 puntos y depresión extrema de 41 o más puntos.

Se consideraron síntomas depresivos cuando los cuidadores presentaban depresión intermitente, moderada, grave o extrema. En caso de diagnosticar síntomas depresivos, eran evaluados por Psicología.

Las otras dos categorías de síntomas eran altibajos normales, definidos como aquellos síntomas que no representaban ningún tipo de peligro, y leve perturbación del estado de ánimo, que correspondía a esos síntomas que posiblemente requirieran que el psicoterapeuta tuviera en cuenta para realizar el seguimiento ante su transición a estados de depresión.¹⁴

Las variables independientes fueron las siguientes:

- En los RN: sexo, edad gestacional (EG), tipo de parto, peso, puntaje de Apgar al minuto, hospitalizaciones previas, diagnósticos, malformaciones, sepsis, eventos adversos y días de estancia. También, se analizó la gravedad de los RN, mediante la escala *Score for Neonatal Acute Physiology I-II (SNAP I-II)*.¹⁵
- En los cuidadores: sexo, edad, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, ingresos económicos, ocupación, horas laborales, convivencia con pareja, ser cabeza de familia, antecedentes de depresión, experiencias negativas en UCIN (hijos anteriores hospitalizados y/o mortalidad de un hijo en la UCIN).

Además, se determinaron los motivos de estrés por medio del autodiligenciamiento de la escala de estrés parental,^{16,17} que midió el estrés relacionado con la permanencia de los padres en la UCIN, a partir de dos tipos de puntuación: 1) permitió realizar un microanálisis del estrés en tres áreas, que reunieron aspectos físicos y psicosociales de la UCIN, y 2) se refirió a un puntaje global que permitió realizar un diagnóstico de estrés general que tenían los padres por la hospitalización del RN en la UCIN, en tres niveles (bajo, medio y alto). Lo siguiente se tomó como variable independiente en relación con los síntomas (véase el Anexo 2 en formato electrónico):

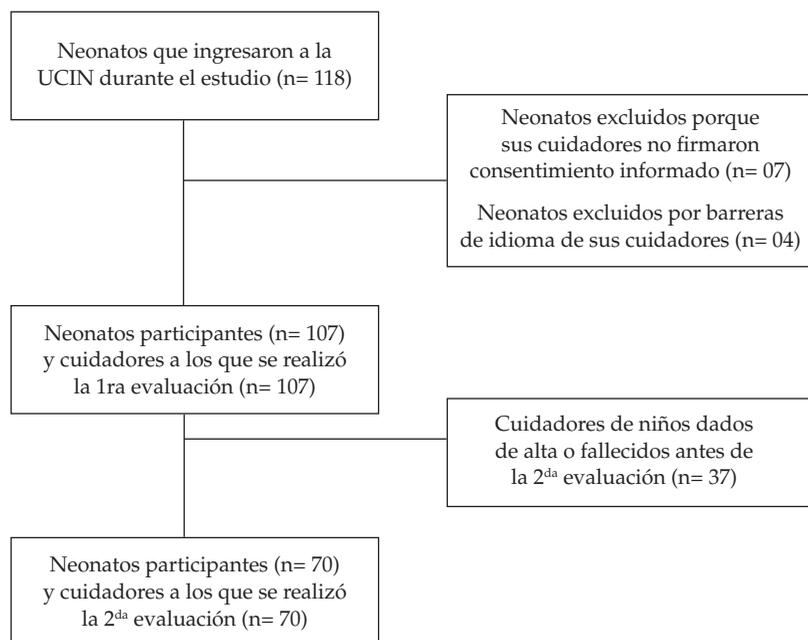
- *Apariencia y comportamiento del RN*: observar características como debilidad, dolor, agujas y sondas (gástricas o respiratorias), forma de respirar, cambios de coloración, llanto persistente, aspecto arrugado del RN, tamaño muy pequeño y alteraciones cutáneas.
- *Alteración del rol parental*: evaluado por situaciones como separación del RN, no poder ayudarlo ni dar cuidados en esta situación, no poder compartir al RN con otros familiares, tener miedo de tocarlo(a)/cargarlo(a), sentirse sin apoyo por parte de familiares, no poder dar protección al RN, no poder estar cerca del RN por suspensión de las visitas, no poder hacerle sentir que no estaba solo y presenciar la muerte de un RN durante la hospitalización.
- *Aspectos visuales y sonoros de la UCIN*: observar al RN conectado al respirador, ver que el RN no podía llorar como los demás, escuchar los sonidos de alarma de monitores/equipos y observar gran número de personal en la Unidad.

Cada uno de los aspectos evaluados en las tres subescalas usadas para determinar el nivel de estrés parental recibía un puntaje entre 1 y 5. Para los motivos de estrés relacionados con apariencia y comportamiento del RN, el puntaje

máximo era 60; para el rol parental, el máximo era 55; y, para los aspectos visuales y sonoros de la Unidad, era 20. La puntuación máxima que podía alcanzar el cuidador en esta escala era 135. El grado de estrés fue categorizado como bajo (de 1 a 45 puntos), medio (de 46 a 90 puntos) y alto (de 91 a 135 puntos).

Se realizó un análisis descriptivo y las variables categóricas fueron descritas en proporciones y sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%). La evaluación de la distribución de las variables continuas se realizó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Estas variables fueron expresadas como media y desviación estándar cuando presentaron distribución normal. De lo contrario, fueron descritas como mediana y sus correspondientes valores mínimos y máximos. Para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas, se usaron las pruebas *t* de Student y prueba exacta de Fisher para las variables continuas y categóricas, respectivamente. Se realizaron análisis bivariados entre el desenlace de interés (presencia de síntomas depresivos en los cuidadores) y cada una de las variables independientes. Las variables que presentaron valores de $p < 0,20$ en dicho análisis se tuvieron

FIGURA 1. Flujograma de participantes



UCIN: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

en cuenta para el análisis multivariado. Se hizo un análisis multivariado tipo *backward* usando modelos de regresión binomial para estimar razones de prevalencias (RP).

Este estudio fue realizado bajo normas para la investigación en salud en Colombia⁽¹⁸⁾ y fue aprobado por un Comité de Ética en Investigaciones. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

Recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

Un total de 107 RN fueron incluidos (n de cuidadores al inicio del estudio: 107; n de cuidadores en la medición de seguimiento: 70) (Figura 1). Siete RN fallecieron. La mediana y rango de edad, al ingreso a la UCIN, fue 3 días (1-52). El 59,8% de los RN del estudio correspondió

a niños pretérmino (EG < 37 semanas); el 38,3%, a término (EG de 38 a 40 semanas), y el 1,9%, postérmino (EG ≥ 41 semanas). Otras variables sociodemográficas son descritas en la Tabla 1. Además, los motivos de estrés parental son presentados en el Anexo 2.

Respecto a los diagnósticos de ingreso, los más frecuentes fueron las alteraciones respiratorias con un 75,5%. Otros fueron cardiopatías congénitas, alteraciones metabólicas, sepsis, sistema nervioso central, gastrointestinal, genitourinario y genéticas.

La mediana y rango de días de estancia hospitalaria total de los RN fue 29 días (2-113), que incluyeron la hospitalización en otros servicios de la institución diferentes a la UCIN. El grado de gravedad de la enfermedad de los RN hospitalizados en la UCIN se presenta en la Tabla 2.

TABLA 1. Descripción de las características generales de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (n= 107) y sus cuidadores (n= 107)

Características de los recién nacidos	Mediana o n	Mínimo y máximo o %
Peso al nacer (g)	2500	795-3700
Talla al nacer (cm)	47	34-54
Edad gestacional (semanas)	36	26-41
Puntaje de Apgar al minuto	7,5	1-9
Sexo de los niños en la UCIN		
Femenino	42	39,3
Masculino	65	60,8
Características de los cuidadores	n	%
Nivel socioeconómico		
Bajo	89	83,1
Medio	16	15
Alto	2	1,9
Nivel de escolaridad		
Ninguno	3	2,8
Primaria	39	36,5
Bachillerato	41	38,3
Técnico o universitario	24	22,4
Nivel de ingresos mensuales		
Menores de \$ 650000 (± USD 236,9)*	62	57,9
\$ 650000 o más	45	42

UCIN: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

* Precio promedio del dólar para el primer semestre de 2015 (USD 1= \$ 2743,39 pesos colombianos).

TABLA 2. Grado de gravedad de los neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Resultados de la escala Score for Neonatal Acute Physiology I y II (n= 107)

Grado de gravedad	Puntaje SNAP I		Puntaje SNAP I + SNAP II		p
	n	%	n	%	
Riesgo leve (1-20 puntos)	83	77,6	69	64,5	0,000
Riesgo moderado (21-40 puntos)	22	20,6	34	31,8	
Riesgo grave (> 40 puntos)	2	1,9	4	3,7	

UCIN: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; SNAP: Score for Neonatal Acute Physiology.

Cuidadores

El 73,8% eran mujeres; la mediana y rango de edad fue de 29 años (15-56). La madre fue el cuidador predominante de los RN hospitalizados (59,8%), seguida por el padre (26,1%) y otro cuidador (14%). El estado civil más frecuente fue unión libre (66,3%) y casado (23,3%). La ocupación principal fue ama de casa (35,5%) y la mediana y rango de horas de trabajo al día fue 8 horas/día (0-18 horas/día). El 43,9% de los cuidadores encuestados eran cabeza de familia. Además, un 15,9% había tenido un hijo hospitalizado en la UCIN y 4,6% había tenido antecedentes de mortalidad de un hijo.

Motivos de estrés en los cuidadores de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

La mediana y rango del puntaje total en la subescala de apariencia y comportamiento del RN fue 28 puntos (12-50 puntos); en la subescala de alteración del rol parental, fue 24 puntos (11-42 puntos) y, en la escala de aspectos visuales y sonoros de la Unidad, fue 11 puntos (4-20 puntos). La media del puntaje total de estrés parental fue 65 puntos, desviación estándar de 19,8 puntos. El nivel de estrés parental fue medio, con el 65,2% de los cuidadores, seguido por bajo en el 20,2% y, finalmente, alto en el 14,5% de los cuidadores.

Aspectos relacionados con la depresión en los cuidadores de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

El 4,7% (n= 5) de los cuidadores manifestó haber tenido el diagnóstico de depresión y dos

habían recibido tratamiento. Sin embargo, en el caso de las madres de los RN estudiados, el 20,3% (n= 13) tuvo diagnóstico de depresión durante la gestación y el 26,6% (n= 17) tenía depresión posparto.

En cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos, en la medición inicial, los cuidadores presentaron altibajos normales en el 58,9%, seguidos por leve perturbación del estado de ánimo (20,6%). En la medición final, el 84,1% de los cuidadores presentó altibajos normales y 7,5%, leve perturbación del estado de ánimo. Se presentó una mayor prevalencia de altibajos normales del estado de ánimo en la medición de seguimiento comparada con la medición inicial (75,7% vs. 58,9%; p= 0,000) (Tabla 3).

La prevalencia de síntomas depresivos fue 20,6% (IC 95%: 12,7-28,3) en la medición basal y 12,9% (IC 95%: 4,1-20,9) en la medición de seguimiento. Se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia del evento al inicio y en el seguimiento (p= 0,000). El 28% de los cuidadores recibió intervención psicoterapéutica.

Factores asociados a la gravedad de síntomas depresivos en cuidadores de recién nacidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

En el análisis multivariado, variables sociodemográficas y clínicas se asociaron significativamente con los síntomas depresivos en los cuidadores de RN hospitalizados. Los cuidadores de sexo masculino y aquellos de 30 años de edad o más tuvieron menor riesgo de presentar síntomas depresivos, mientras

TABLA 3. Prevalencias de síntomas depresivos en cuidadores de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

Nivel de síntomas depresivos	Al ingresar a la UCIN (n= 107)		Una semana después de la hospitalización (n= 70)		p*
	n	%	n	%	
Altibajos normales	63	58,9	53	75,7	0,000
Leve perturbación del estado de ánimo	22	20,6	8	11,4	0,654
Depresión intermitente	8	7,5	4	5,7	0,235
Depresión moderada	10	9,4	4	5,7	0,618
Depresión grave	3	2,8	1	1,4	0,222
Depresión extrema	1	0,9	--	--	--
Síntomas depresivos (depresión intermitente, moderada, grave o extrema)	22	20,56	9	12,86	0,000

UCIN: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal; * Valor de p determinado usando la prueba exacta de Fisher.

que ser cabeza de familia, tener bajo nivel de escolaridad y Apgar bajo al minuto (de 1 a 6) fueron factores de riesgo para la presencia de síntomas depresivos (Tabla 4).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la prevalencia de síntomas depresivos en los cuidadores de los RN en la UCIN fue mayor en la medición basal con respecto a la del seguimiento. En nuestra población, los factores que se asociaron con este evento fueron ser cabeza de familia, tener un bajo nivel educativo y que el RN presentara un puntaje de Apgar bajo al minuto.

En relación con la puntuación global de la escala de estrés parental, más de la mitad de los cuidadores (65,2%) se ubicó en nivel medio. En el análisis por subescalas, la de aspectos visuales y sonoros de la UCIN representó un mayor nivel de estrés.

En torno a la prevalencia de síntomas depresivos en cuidadores de RN hospitalizados en la UCIN, estudios previos reportan cifras que oscilan entre 10% y 59%.^{1,6,7,9,12,19} Las prevalencias de nuestra población en las dos oportunidades de medición se encuentran en un punto cercano al límite inferior de este rango.

La prevalencia de estos síntomas es variable y multifactorial. Sin embargo, programas de intervención pueden disminuir los síntomas depresivos y estresantes en los cuidadores durante la hospitalización.²⁰

Respecto a la determinación de los factores asociados a los síntomas depresivos, los estudios son limitados, se han realizado en países desarrollados y han evaluado, principalmente, a las madres de los niños.

Sobre la base de esos estudios, los factores asociados a síntomas depresivos son nivel de estrés, función familiar inadecuada, deficiente soporte social, estar soltero/vivir solo, falta de identidad cultural, ser inmigrante, sexo femenino, mujeres menores de 35 años, diagnóstico de enfermedad psiquiátrica previo, presencia de estrés postraumático y estado de ansiedad.^{7,10-12,21} La asociación con la edad es consistente con nuestros resultados.

Además, otros estudios no relacionan el nivel educativo, condición laboral, número de hijos, historia previa de depresión, enfermedades durante la gestación, nivel de estrés parental, no convivencia con el padre del hijo y variables del RN, como gravedad de la enfermedad, EG, sexo, peso y embarazo único versus múltiple.^{7,10-12} Los anteriores resultados difieren de los del presente estudio, ya que, en esta población, el nivel educativo bajo, ser cabeza de familia y los puntajes de Apgar bajos se asociaron con la presencia de síntomas depresivos.

En cuanto al nivel de estrés parental, en nuestra población, se encontró un nivel moderado, el cual fue similar al reportado en un estudio multicéntrico realizado en UCIN pertenecientes a la Red Neocosur,²² en padres de

TABLA 4. Factores asociados a síntomas depresivos en cuidadores de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

Característica	Síntomas depresivos al inicio (n= 107)			Síntomas depresivos en el seguimiento (n= 70)		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Sexo						
Femenino	REF			REF		
Masculino	0,3	0,1-0,7	0,003	0,3	0,1-0,8	0,017
Edad						
< 30 años	REF			REF		
30 o más años	0,4	0,2-0,8	0,014	0,4	0,2-0,9	0,044
Cabeza de familia						
No	REF			REF		
Sí	6,4	2,45-16,65	0,000	7,5	1,9-29,6	0,004
Nivel de escolaridad						
Bachillerato, técnico o universitario	REF			REF		
Ninguno o primaria	4,0	1,74-9,36	0,001	4,9	1,6-14,6	0,005
Apgar al nacer						
De 7 a 9	REF			REF		
De 1 a 6	2,3	1,18-4,39	0,014	3,6	1,4-9,0	0,006

RP: razón de prevalencia; IC 95%: intervalo de confianza del 95% (análisis multivariado);

REF: categoría de referencia o comparación frente a la cual se calcularon las RP.

RN con muy bajo peso al nacer. A su vez, estos resultados difieren de los señalados por Ruiz y colaboradores,²⁰ ya que la mayoría de las madres del grupo control, en su estudio, presentaron un nivel de estrés extremo. En cuanto a aquellas madres que pertenecían al grupo intervención, se evidenció un nivel de estrés moderado.

En relación con el nivel de estrés por subescalas, se registró un puntaje más alto para aspectos visuales y sonoros en la Unidad, seguido en igual puntaje por apariencia y comportamiento del RN y alteración en el rol parental. Esto contrasta con los hallazgos de otros estudios, en los que el nivel más alto de estrés se ubica en la alteración del rol parental por no poder satisfacer las necesidades básicas ni brindar protección y estar separados, seguida por la apariencia y comportamiento del RN y, en último lugar, lo visual y lo sonoro en la UCIN.^{20,23-26}

Algunas limitaciones se tuvieron en cuenta para interpretar los hallazgos. En primer lugar, el estudio corresponde a un corte transversal, lo cual impide realizar inferencias sobre la temporalidad del evento. En segundo lugar, la disminución del tamaño de muestra en el seguimiento pudo comprometer la medición final de síntomas depresivos. Además, la medición de algunas variables estudiadas previamente por otros autores, como los niveles de cortisol del RN y la resiliencia de los cuidadores,²⁷⁻²⁹ no fue incluida en este análisis.

De otro modo, una de las fortalezas fue facilitar a los cuidadores el autodiligenciamiento de las escalas de reporte de síntomas depresivos y realizar una encuesta estructurada para la exploración de las variables de interés. Adicionalmente, la detección de los factores asociados a síntomas depresivos en población de países subdesarrollados es de utilidad para optimizar el manejo interdisciplinario.

En conclusión, la prevalencia de síntomas depresivos en cuidadores de RN hospitalizados en UCIN en Colombia fue considerable y sus factores asociados fueron clínicos y sociales. De ahí que la evaluación psicosocial de los cuidadores de RN hospitalizados es indispensable para mejorar la calidad de la atención al RN y un soporte integral de la atención. En este sentido, estudios como el presente identifican que existen síntomas depresivos en los cuidadores de RN en la UCIN, lo que obliga a considerar a los cuidadores como un nuevo foco de intervención, subvalorado en el pasado.

Es recomendable realizar estudios de cohorte

que permitan explorar el tiempo de presentación y declive de los síntomas depresivos durante el período de hospitalización y al egreso de los RN de la UCIN, ya que se reporta su aparición hasta dos años después de dicho egreso.^{28,30}

CONCLUSIÓN

La prevalencia de síntomas depresivos fue alta. Ser cabeza de familia, tener baja escolaridad y un puntaje de Apgar al nacer entre 1 y 6 fueron factores asociados a síntomas depresivos en los cuidadores. ■

REFERENCIAS

- Toohy J. Depression during pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol* 2012;55(3):788-97.
- Paul I, Downs D, Schaefer E, Beiler J, et al. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics* 2013;131(4):e1218-24.
- Segre LS, McCabe JE, Chuffo-Siewert R, O'Hara MW. Depression and Anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. *Nurs Res* 2014;63(5):320-32.
- Miles MS, Holditch-Davis D. Parenting the prematurely born child: pathways of influence. *Semin Perinatol* 1987;21(3):254-66.
- Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse* 2013;33(4):52-9.
- Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014;27(17):1738-43.
- Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, Diehl T, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord* 2015;180:154-61.
- Helle N, Barkmann C, Ehrhardt S, von der Wense, A et al. Postpartum anxiety and adjustment disorders in parents of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord* 2016;194:128-34.
- Montirosso R, Fedeli C, Del Prete A, Calciolari G, et al. Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: A cross sectional observational study. *Int J Nurs Stud* 2014;51(7):994-1002.
- Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care* 2015;15(1):e3-8.
- Gönülal D, Yalaz M, Altun-köro lu Ö, Kültürsay N. Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *Turk J Pediatr* 2014;56(2):171-6.
- Ballantyne M, Benzies KM, Trute B. Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(Suppl 1):S11.
- Beck A, Brown G, Steer R. Manual for the Beck Depression Inventory. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para depresión de Beck. *Psicothema* 1998;10(2):303-18.
- Helal NF, Samra NM, Abdel Ghamy E, Said E. Can the Score for Neonatal Acute Physiology II (SNAPII) Predict Morbidity and Mortality in Neonates with Sepsis? *J Neonatal*

- Biol* 2013;2(2):121.
16. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res* 1993;42(3):148-52.
 17. Caruso A, Mikulic IM. El estrés en padres de bebés prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: traducción y adaptación de la escala Parental Stressor Scale: Neonatal intensive care unit (PSS: NICU - M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M.S. Miles y S.G. Funk, 1998). *Anu Investig [online]* 2012;19(2):19-26.
 18. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993. Colombia; 4 de octubre de 1993. [Acceso: 20 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf.
 19. Shaw RJ, Lilo E, Storfer-Isser A, Ball MB, et al. Screening for symptoms of postpartum traumatic stress in a sample of mothers with preterm infants. *Issues Ment Health Nurs* 2014;35(3):198-207.
 20. Ruiz A, Ceriani Cernadas JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch Argent Pediatr* 2005;103(1):36-45.
 21. Kong L, Cui Y, Qiu Y, Han S, et al. Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. *J Clin Nurs* 2013;22(7-8):1163-72.
 22. Wormald F, Tapia JL, Torres G, Cánepa P, et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(4):303-9.
 23. Montiroso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R. Measuring maternal stress perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatr* 2012;101(2):136-42.
 24. Gonzalez MA. Stress, depresión y ansiedad madres de los recién nacidos internados en UCIN. 1º Congreso Argentino de Neonatología; 29 de Sept - 2 de Oct de 2010; Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2010. [Acceso: 30 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/neo/gonzalezstress.pdf>.
 25. Miles MS, Funk SG, Kasper MA. The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Res Nurs Health* 1992;15(4):261-9.
 26. Chourasia N, Surianarayanan P, Bethou A, Bhat V. Stressors of NICU mothers and the effect of counseling-experience from a tertiary care teaching hospital, India. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;26(6):616-8.
 27. Bugental D, Beaulieu D, Schwartz A. Hormonal sensitivity of preterm versus full-term infants to the effects of maternal depression. *Infant Behav Dev* 2008;31(1):51-61.
 28. Rogers C, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder T. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *J Perinatol* 2013;33(3):171-6.
 29. Escartí A, Boronat N, Llopis R, Torres R, Vento M. Estudio piloto sobre el estrés y la resiliencia familiar en recién nacidos prematuros. *An Pediatr* 2016;84(1):3-9.
 30. Miles M, Holditch-Davis D, Schwartz T, Scher M. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr* 2007;28(1):36-44.



Semana de
Congresos y
Jornadas Nacionales

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos



Por un niño sano
en un mundo mejor

SEMANA de CONGRESOS y JORNADAS NACIONALES 2017

24, 25, 26, 27 y 28 de abril de 2017

SEDES:

Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort (Carlos Pellegrini 551)

EXE Hotel Colón (Carlos Pellegrini 507)

Ciudad de Buenos Aires

CONGRESOS

- 8º Congreso Argentino de Infectología Pediátrica
- 8º Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría
- 6º Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica
- 6º Congreso Argentino de Hepatología Pediátrica
- 6º Congreso Argentino de Nutrición Pediátrica
- 1º Congreso Argentino de Dermatología Pediátrica

JORNADAS

- 2º Jornadas Nacionales de Radiología Pediátrica

INFORMES e INSCRIPCIÓN

Sociedad Argentina de Pediatría • Entidad Matriz

Av. Coronel Díaz 1971 (1425) Ciudad de Buenos Aires / Tel: (011)-48218612 / Fax: (011)-4821-8612 Interno 101

E-mail: congresos@sap.org.ar • Sitio Web: www.sap.org.ar

ANEXO 1

Inventario de Depresión de Beck-II

1. No me siento triste.
Me siento triste.
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
Me siento desanimado respecto al futuro.
Siento que no tengo que esperar nada.
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
No disfruto de las cosas tanto como antes.
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
Me siento culpable en bastantes ocasiones.
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
Me siento como si fuese a ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
Estoy decepcionado de mí mismo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.
8. No me considero peor que cualquier otro.
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces, pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía llorar.
Ahora lloro más que antes.
Lloro continuamente.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11. No estoy más irritado de lo normal.
Me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente.
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.
15. Trabajo igual que antes.
Me cuesta esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
No duermo tan bien como antes.
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
Me canso más fácilmente que antes.
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
No tengo tan buen apetito como antes.
Ahora tengo mucho menos apetito.
He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
He perdido más de 2 kilos y medio.
He perdido más de 4 kilos.
He perdido más de 7 kilos.
Estoy a dieta para adelgazar: sí ____, no ____.
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
Estoy preocupado por problemas físicos, como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
Estoy menos interesado por el sexo que antes.
Estoy mucho menos interesado por el sexo.
He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 2

Evaluación de estrés parental en cuidadores de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

Subescala de apariencia y comportamiento del bebé

- Observar tristeza en la cara de mi bebé.
- Observar que mi bebé es flácido/débil.
- Ver agujas y tubos colocados en mi bebé.
- Ver la forma en la que respira/deja de respirar mi bebé.
- Ver que mi bebé siente dolor.
- Ver cambios repentinos de color en mi bebé.
- Ver que mi bebé requiere tubos para alimentarse/respirar.
- Ver a mi bebé llorar por largo tiempo.
- Ver que el aspecto de mi bebé es arrugado.
- El tamaño de mi bebé es muy pequeño.
- Observar en mi bebé cortes, moretones o incisiones.
- No poder acompañar a mi bebé durante procedimientos.

Subescala de alteración del rol parental

- Estar separado/a de mi bebé.
- No poder ayudar a mi bebé a salir de esta situación.
- No poder compartir a mi bebé con los demás familiares.
- Tener miedo de tocar/cargar a mi bebé en los brazos.
- No poder darle los cuidados a mi bebé.
- A veces, olvidar cómo es mi bebé.
- Sentir que no tengo apoyo por parte de mi familia.
- No poder darle protección a mi bebé.
- No poder estar cerca de mi bebé por suspensión de visita.
- No poder hacerle sentir a mi bebé que no está solo.
- Presenciar la muerte de un bebé en la hospitalización.

Subescala de aspectos visuales y sonoros de la Unidad

- Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé.
- Ver que mi bebé no puede llorar como los otros bebés.
- Escuchar los sonidos de alarma de monitores/equipos.
- Observar gran número de personal en la Unidad.