



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Perfil psicológico en mujeres con morbilidad materna extrema, en
un hospital público.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

Soto Vargas Dianna (orcid.org/0000-0001-6741-8442)

ASESOR:

Dr. Cabrera Enriquez John Alexis (orcid.org/0000-0002-0770-505X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Jaime, Marina y a mi hermano Jair porque durante todo este largo proceso de mi trabajo de investigación y de mi formación como médico, me inculcaron el respeto a mi persona y a mis semejantes, y sobre todo su apoyo incondicional en todo momento ya que gracias a ellos hoy logro concluir mi objetivo.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por dame salud y bienestar, sobre todo mucha fuerza para esta trayectoria de mi vida.

A la Universidad César Vallejo por dame una buena formación profesional y forjarme como persona. A mis docentes y asesor Dr. Jonh Cabrera, por sus enseñanzas que fueron de enorme importancia, por el asesoramiento académico y guía para la culminación de mi trabajo de investigación.

A mis queridos padres y hermano, que son el soporte de mi vida y ejemplos a seguir como personas y profesionalmente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
ÍNDICE DE GRAFICOS Y FIGURAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO	11
III. METODOLOGÍA.....	17
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y DE INVESTIGACIÓN	17
3.1.1. <i>Tipo de Investigación</i>	17
3.1.2. <i>Diseño de Investigación</i>	17
3.2. VARIABLES Y OPERALIZACIÓN	17
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	17
3.3.1. <i>Población:</i>	17
3.3.2. <i>Muestra:</i>	18
3.3.3. <i>Muestreo:</i>	18
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	18
3.4.1. <i>TÉCNICA</i>	18
3.4.2. <i>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	19
3.5. PROCEDIMIENTOS:.....	20
3.6. MÉTODO DE ANALISIS DE DATOS:	20
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	20
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN.....	30
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS.....	36
IX. ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Perfiles psicológicos en mujeres adultas con morbilidad materna extrema.	22
Tabla 2 Prevalencia de los factores asociados a la morbilidad materna extrema en mujeres antes y después del parto.	24
Tabla 3 Asociación entre controles prenatales y perfil psicológico.	26
Tabla 4 asociación entre alguna enfermedad previa y perfil psicológico.	28
Tabla 5 asociación entre término de la gestación y perfil psicológico.	29

NDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico 1 Prevalencia de Perfiles psicológicos en mujeres adultas con morbilidad materna extrema.

23

RESUMEN

El objetivo del estudio es describir el perfil psicológico en mujeres adultas que pasaron por morbilidad materna extrema en un hospital público, mediante un estudio observacional, descriptivo transversal y correlacional, en 50 gestantes. Se aprecian que el 40% de las mujeres adultas que pasaron por morbilidad materna presentan una depresión moderada de BECK, también el 88% de los casos no presentaron problemas de salud general en cuanto a la ansiedad estado el 50% de ellos mostraron con un nivel medio. Así mismo, de todos los datos analizados, el 48% presentan un nivel bajo de ansiedad rasgo.

Las características demográficas son, más de la mitad de las participantes del estudio trabajan, forman parte de la cadena productiva, y están alfabetizadas puesto que su grado de instrucción según el estudio demográfico, fue de: secundaria completa, el 64% su estado civil es soltera y en relación a la edad que mayor predomina fue las edades de 20 a 34 años. Las características obstétricas: el 72% tuvieron controles prenatales incompletos, cuya vía de parto fue por cesárea en gran parte, cuya edad gestacional fue entre las 35 a 36 semanas, también el 68% de las madres fueron referidas y un 78% el estado del recién nacido fue vivo. Conclusiones: En mujeres que pasaron por morbilidad materna extrema se mostró una importante prevalencia de problemas de depresión moderada, con una menor proporción de problemas de salud general, donde se encontraron también un nivel medio depresión y ansiedad.

Palabras clave: Morbilidad materna extrema, perfil psicológico.

ABSTRACT

The objective of the study is to describe the psychological profile in adult women who experienced extreme maternal morbidity in a public hospital, through an observational, descriptive, cross-sectional and correlational study, in 50 pregnant women. It can be seen that 40% of the adult women who went through maternal morbidity present moderate BECK depression, also 88% of the cases did not present general health problems in terms of state anxiety, 50% of them showed a level medium. Likewise, of all the data analyzed, 48% present a low level of trait anxiety.

The demographic characteristics are, more than half of the study participants work, are part of the productive chain, and are literate since their level of education according to the demographic study was: complete high school, 64% their marital status is single and in relation to the age that predominates the most was the ages of 20 to 34 years. The obstetric characteristics: 72% had incomplete prenatal check-ups, whose delivery route was largely by cesarean section, whose gestational age was between 35 to 36 weeks, also 68% of the mothers were referred and 78% the state of the newborn was alive. Conclusions: In women who experienced extreme maternal morbidity, there was a significant prevalence of moderate depression problems, with a lower proportion of general health problems, where a medium level of depression and anxiety were also found.

Keywords: Extreme maternal morbidity, psychological profile.

I. INTRODUCCIÓN

La Morbilidad Materna Extrema (MME), según los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y la agenda del 2030, tiene como meta reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Por lo que la MME es actualmente una prioridad en salud a nivel mundial.¹ De esta manera se tiene que priorizar la implementación de estrategias relevantes para disminuir la MME, a través del correcto seguimiento del proceso de la etapa del embarazo para evitar las complicaciones ya sean, en el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo.²

Según datos de la OPS/OMS cada día mueren 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, por lo que busca de una mejor identificación y seguimiento de estos casos, se ha implementado un sistema de vigilancia epidemiológica para la MME; siendo los países en vías de desarrollo mayormente monitorizados.³

El ministerio de salud en nuestro país se implementó la norma técnica de salud encargada de la vigilia epidemiológica de la MME, con el que desarrollaron un conjunto uniforme de criterios de inclusión para los casos de MME con el propósito de monitorear y mejorar la calidad de atención obstétrica, teniendo la metodología de recopilación de información actualizada y de esta manera contrarrestar los índices elevados MME, teniendo como un indicador, la calidad de cuidado materno. Gracias a esta recopilación de información se podrá fortalecer las actividades para evitar las muertes maternas.⁴

En el contexto internacional, los países del medio oriente como Irán tienen más estudios relevantes de perfiles psicológicas debido a la MME (MNM por sus siglas en ingles), donde experimentaron intensas consecuencias físicas, emocionales y psicológicas después de los eventos MNM. Se analizaron mediante el enfoque de análisis temático en siete etapas de Diekelmann, Allen y Tanner. Según la investigación necesitaron un programa de apoyo que incluya visitas de seguimiento adicionales, apoyo psicológico desde el momento de la

hospitalización hasta mucho tiempo después del alta, las cuales se aliviaron las preocupaciones sociales, sexuales y financieras para volver a la vida normal, así como rehabilitación psicosocial para aumentar su calidad de vida.⁵

En nuestro país la implementación de la vigilancia es insipiente, por lo que, existen brechas de información sobre las características, complicaciones y evaluaciones psicológicas de la MME, porque lo que planteamos la siguiente interrogante, ¿Cuáles son las características del perfil psicológico en mujeres adultas que pasaron por morbilidad materna extrema en un hospital público, entre julio del 2021 y julio del 2022?

Nuestro estudio abordara un problema prioritario en nuestro país en relación a la salud materna, y que está enmarcado en los ODS, el presente estudio tiene la finalidad de recolectar información acerca del perfil psicológico de las mujeres que afrontaron la MME, para mejorar los servicios de salud de las zonas vulnerables y el apoyo posterior a un evento traumatizante como es la MME.⁶

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general: Describir el perfil psicológico en mujeres adultas que pasaron por morbilidad materna extrema en un hospital público, y como objetivo específico, conocer si existe una asociación en el periodo en el que se dio la MME y las características psicológicas.

II. MARCO TEÓRICO

Mohammadi S, Carlbom A, Taheripanah R. y Essen B. (Irán, 2017) con su estudio cualitativo y prospectivo estudio 11 mujeres afganas recuperadas de Mortality Near Miss (MNM) y 4 esposos, la cual enfrentaron demoras prehospitalarias y disparidad en la atención materna en los hospitales, También se estudiaron las experiencias de atención materna entre las mujeres afganas que sobreviven a la MNM para aumentar la comprensión de las mejoras en la atención médica para los migrantes. Concluyeron que el sistema de salud y los profesionales deben brindar atención equitativa con dignidad y mejorar las habilidades de comunicación con actitudes solidarias hacia las minorías étnicas.⁷

Abdomllahpour S, Heydari A, (Irán, 2020) con su estudio cualitativo, tuvo como objetivo obtener una comprensión de las experiencias maternas en madres sobrevivientes debido a un evento de MNM. El muestreo fue intencionado con una variación de 11 madres como máximo con MNM, a las cuales se les realizó una entrevista personal no estructurada para la recopilación de datos con un enfoque de análisis temático de siete etapas de Diekelmann, Allen y Tanner. Llegando a una conclusión que los especialistas de salud materna necesitan saber que no es suficiente solo enfocarse en salvar la vida física de la madre. También indicar que el fortalecimiento de la maternidad es un elemento esencial para apoyar a las madres con MNM que han experimentado condiciones físicas y psicológicas difíciles. La eliminación de barreras para lograr la maternidad sana, puede tener un impacto significativo en la reducción de la carga psicológica de los eventos de MNM.⁸

TorkmannejadSabzevari M.; Yazdi M.; Rad M. (Irán, 2021) con una investigación cualitativa, se plantearon como objetivo determinar las experiencias vividas por mujeres con MNM. Se estudiaron 10 madres que pasaron por MNM, donde los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas, sobre las experiencias de madres durante y después de la MNM. Concluyendo que las madres se enfrentaron a múltiples problemas, incluidos miedos y preocupaciones, la falta de adaptación al problema y los numerosos problemas físicos y psicológicos después de una experiencia de MNM.⁹

Khadivzadeh T, Faridhoseini F, (Irán, 2021) Con su revisión sistemática y metaanálisis estudiaron la depresión postparto (DPP) en mujeres con MME. Ya que esta puede afectar negativamente el bienestar de las madres, los recién nacidos y otros miembros de la familia, pero el nivel de riesgo en este grupo no está tan claro. Para esto se realizó la búsqueda de estudios relevantes en bases de datos (Web of Science, PubMed, EMBASE, Clinikalkey, Scopus), y se realizaron los cálculos del OR resumido junto con el IC del 95% mediante el uso de efectos fijos o aleatorios, tomando en cuenta 4 estudios en la síntesis cualitativa. Su análisis combinado reveló que la DPP se asoció significativamente con un mayor riesgo de MNM, OR = 1,83; IC del 95 %: 1,37-2,44, $p = 0,027$). Y concluyeron que el riesgo de DPP en las madres con MNM es dos veces más probable en mujeres sin MME, por lo tanto, se debe brindar más atención a los síntomas psicológicos como la depresión en MNM para reducir el daño psicológico a largo plazo.¹⁰

Abdomllahpour S, Heydari A, (Irán, 2021) En este estudio cualitativo, utilizaron el marco teórico de Souza para comprender en profundidad el significado de la experiencia vivida por las madres que pasaron por MNM, por ellos se plantearon el siguiente objetivo que es comprender la experiencia vivida de las madres Iraníes en el periodo posparto, los participantes fueron muestreados intencionalmente mediante entrevistas semiestructuradas para la recopilación y análisis de datos. Donde los autores concluyeron que será necesario comprender las experiencias de estas madres, dadas las diferentes necesidades y desafíos que pasaron en MNM, para ello es necesario diseñar un programa de apoyo para la atención primaria y ser colocado en la agenda de los políticos y gestores.¹¹

Gámez L, Cardoso G, (Cuba, 2021) Realizaron una investigación descriptiva, transversal, y retrospectivo en todas las mujeres gestantes, tuvo como objetivo caracterizar la MME en el servicio de Obstetricia y la UCI, estudiaron las variables sociodemográficas, clínicas y las relacionadas con los criterios de MME. La base de datos para la investigación, se extrajo de pacientes egresados del servicio de Obstetricia, un total 733 pacientes. los autores llegaron a los siguientes resultados, que la preeclampsia-eclampsia fue la enfermedad más

frecuente con (33,6 %), el 71,7 % necesito tratamiento quirúrgico y se reintervinieron el 29,8 %. La técnica quirúrgica más usada fue la histerectomía obstétrica (62,9 %). Llegando a la conclusión que en el servicio de la UCI la letalidad es baja, pero la frecuencia es notable.¹²

Gonzales O, Llanos C, Espínola M, (Perú, 2020) con su estudio observacional, descriptivo y transversal, tuvo como objetivo describir la morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada de Perú, 2012-2016. Los casos de MME fueron incorporados según criterios de la FLASOG. Estudiaron características maternas y evaluaron indicadores de resultado, teniendo una población de estudio de 1245 casos, donde; el 63,7% fue la multiparidad en la mayoría de los casos, de los cuales presentaron 4 controles prenatales y el 60% de los casos tuvo cesárea previa. El Índice de Mortalidad fue 3%, la razón de MME varió entre 10,7 y 17,6 por cada 1,000 recién nacidos vivos y la relación de MME/MM fue de 32,8 casos. Llegando a una conclusión en la presente investigación la prevalencia de la MME fue de 13 casos por cada 1000 nacidos vivos, teniendo como principal causado los trastornos hipertensivos, sepsis y hemorragias.¹³

Por todo lo expuesto anteriormente se puede decir que la Morbilidad Materna Extrema (MME), considerado también morbilidad materna severa, morbilidad materna grave, morbilidad materna extremadamente grave o Maternal Near Miss (por su terminología en inglés) se trata de una mujer que casi muere, pero que sobrevive a una complicación grave presentada durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y así poniendo en peligro la vida de la madre y el neonato.^{2,3}

La MME teóricamente se ha ido desarrollándose y cambiando de nombre en el transcurrir de los años, por otro lado, en los últimos registros estadísticos de muchas investigaciones, indican una permanencia significativa y aumento de la morbilidad materna extrema.¹⁴ La respuesta a la paradoja no se ha desarrollado por completo, así existiendo falsos positivos y falsos negativos; por lo cual se plantearon varias hipótesis de trabajos, es por ello que están ligadas con factores de riesgo o ausencia que determinen la situación actual de la MME.¹⁵

En los diagnósticos realizados por distintos investigadores sobre la MME se han identificado en mujeres gestantes que potencialmente pueden producirle la muerte, sea cual sea en la etapa en que se encuentren (gestación, pre parto, y post parto); estos diagnósticos reconocidos oportunamente pueden lograr la sobrevivencia de las mujeres gestantes con la aplicación inmediata de tratamientos disponibles y adecuados, en los centros asistenciales de primer, segundo y tercer nivel de resolución.^{2,16}

Dentro de las investigaciones realizadas por la OMS se han observado algunas características biológicas y obstétricas, que se agravan con los factores de riesgo de la gestación como es la obesidad/sobrepeso, los partos múltiples, abdominales previos, cesáreas no programadas y comorbilidades como la diabetes, hipertensión, trastornos cardiovasculares, trastornos del sistema nervioso central, y algunas patologías fueron más relevantes en algunos estudios como es la pre eclampsia severa, Eclampsia, Hemorragia obstétrica, Sepsis y Ruptura uterina.¹⁷ la cual se considero cualquier condición obstétrica severa que amenaza la vida y requiere una intervención médica urgente con el fin de prevenir la probable muerte materna.¹⁸

Dentro de la mayoría de las investigaciones a nivel nacional, la MME se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de 15 a 29 años, con un estado civil conviviente y primigestas, con deficiente de atención prenatal con periodo intergenésico inadecuado en embarazos de 36 semanas o más. La mayoría culmino por parto distócico (cesárea), Las intervenciones quirúrgicas más frecuentes fueron la laparotomía.^{8,9}

La enfermedad específica más frecuente de la MME fue el shock hipovolémico, y la disfunción vascular la falla orgánica más frecuente. La complicación obstétrica directa más frecuente entre las pacientes con MME fueron los trastornos hemorrágicos seguido de preeclampsia severa. De acuerdo a los criterios de manejo de casos de morbilidad materna, a la mayoría se le realizó por lo menos un manejo especializado, el uso de sangre y/o hemoderivados, una

intervención quirúrgica de emergencia, o el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.¹⁷

Pese a que se plantearon varios criterios para disminuir la MME, en cada País según sus políticas internas de salud, pudiendo aplicarse en todos los niveles de resolución de la red de servicios sanitarios, con fines de establecer un proceso para de lograr una disminución, identificación y registrar las características socio-demográficas, obstétricas, diagnósticos e intervenciones de los casos de MME.¹⁸ y también sirve para evaluar la calidad del cuidado obstétrico a nivel hospitalario o de una población.¹⁹

En los últimos años se vienen realizando investigaciones de perfiles psicológicos que experimentaron algunos escenarios dentro de los cuales existen consecuencias psicológicas, la cual se describe como un conjunto de características que reúne un ser humano y que determinan su carácter, sus actitudes, aptitudes y determinados comportamientos frente a una situación particular o ante la sociedad como tal.^{5,7}

Los efectos de la mortalidad materna extrema, no solo afecta la condición física si no también la salud mental y social de su familia. Sin embargo, pocos perfiles psicológicos de MME, fueron narrados por mujeres que casi mueren durante el embarazo, el parto y el post parto, llegando a la conclusión, de que se trata de un trastorno de estrés agudo que puede estar asociado con la aparición de complicaciones maternas graves.²⁰

Esto también está determinado a través de las actitudes y características que una persona presenta en forma observable, es decir de forma muy cotidiana; pero también es determinado por varios factores biológicos como la herencia de algún tipo de enfermedad mental o la falta de alguna hormona que impida su correcta interacción con una sociedad.⁵

En el concepto del perfil psicológico, son rasgos peculiares que caracterizan a alguien, es decir, encontrar un denominador común que permita definir psicológicamente a una persona, se trata de un patrón de actitudes, y

pensamientos, en contraste con la uniformidad de comportamiento entre las otras personas,²³ Son las situaciones o estímulos que provienen tras la consecuencia de una conducta generada por un eco, tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida; estas pueden perdurar y ser cercanas o lejanas en el tiempo (segundos, minutos, horas o meses).^{21,22}

Por otro lado, El perfil psicológico también examina diferentes características de una persona, como su nivel emocional, determinando lo sensible que es a las cosas y su empatía con los demás, si es una persona demasiado impulsiva o reflexiva, qué distancia hay entre estos dos puntos,²³ son alteraciones que se manifiestan a nivel emocional y psicológico, como trastornos de estrés post traumático, depresión posparto, aislamiento social, alteración de la relación familiar, divorcios, aumento de los gastos familiares e incluso suicidios y maternal Near Miss Syndrome por sus siglas en inglés, que es un trastorno de estrés agudo relacionado directamente con la ocurrencia de MME.²⁴ Todo lo anterior constituye un problema de salud pública, por las elevadas consecuencias psicológicas y físicas que se dan a nivel mundial, evidenciándose así en la cantidad de vida perdidos.²²

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de Investigación: Aplicada²⁵

3.1.2. Diseño de Investigación: Observacional, Descriptivo trasversal, Correlacional.²⁶

3.2. VARIABLES Y OPERALIZACIÓN

Variables

Variable independiente:

- Periodo en el que se presenta la Morbilidad Materna Extrema: Se trata de una mujer que casi muere, pero que sobrevive a una complicación grave presentada durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y así poniendo en peligro la vida de la madre y el neonato.^{1,2}

Variable dependiente:

- Perfil psicológico: El perfil psicológico son rasgos peculiares que caracterizan a alguien, es decir, encontrar un denominador común que permita definir psicológicamente a una persona, en contraste con la uniformidad de comportamiento de la población general.²³

OPERACIONALIZACIÓN (Anexo N°1)

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1. Población:

Está constituida por todas las mujeres gestantes que pasaron por MME, atendidas en el servicio de hospitalización del departamento de ginecología y obstetricia en un hospital público, entre julio del 2021 y julio del 2022.

• Criterios de inclusión:

- Integrado por pacientes gestantes con morbilidad materna extrema
- Pacientes que aceptaron consentimiento informado
- Pacientes que pasaron por ARO.
- Pacientes que pasaron por UCEM

- **Criterios de exclusión:**
 - Mujeres que no pasaron por morbilidad materna extrema.
 - Mujeres que no aceptaron el estudio
 - Historias clínicas incompletas

3.3.2. Muestra:

Mediante la calculadora Epidat 3.1,²⁷ se estimó la muestra tomando como parámetros una proporción esperada de 17% de DPP evaluación psicológica, Considerándose un total de 50 pacientes con MME al año, con un Nivel de confianza de 95% y una precisión absoluta del 5%, obteniéndose 41 mujeres con MME, a ser evaluadas en el Hospital Belén de Trujillo, entre julio del 2021 y julio del 2022.

3.3.3. Muestreo: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Unidad de Análisis: Mujeres que cumplan los criterios de MME, que fueron atendidas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y unidad de cuidados especiales maternos (UCEM) en un hospital público, entre julio del 2021 y julio del 2022.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.4.1. TÉCNICA

Se revisaron Historias clínicas de mujeres que estuvieron en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO) y unidad de cuidados especiales maternos (UCIM), para llenado de la ficha diseñada por el instituto nacional de salud de Colombia.²⁸ validada por la OMS, esto contemplará como primer paso para la recopilación de datos de esta investigación, el segundo paso se aplicarán 4 cuestionario del perfil psicológico el primero se trata de un inventario de BECK-II (BDI-II), el segundo y tercer cuestionario se trata de un inventario de ansiedad rasgo – estado (IDARE) es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad y el cuarto cuestionario es de Salud General de Goldberg-GHQ28, evalúa los niveles de salud mental o bienestar, validado por los investigadores Aaron T. Beck,

Spielberger C., Gorsuch, R. y Balsategui, A.^{28,29} Que serán aplicadas en el Hospital Belén de Trujillo, entre julio del 2021 y julio del 2022.

3.4.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una ficha de recolección de datos basándose en la ficha diseñada por el instituto nacional de salud de Colombia,²⁸ validada por la OMS, la cual reunió las variables del estudio: datos básicos, identificación de la paciente, notificación, sistema de referencia, características maternas. (Anexo N^o2), según los objetivos planteados también se aplicaron 4 cuestionarios de perfil psicológico, 1. La evaluación del inventario BDI - II, consta de 21 preguntas de tipo likert, obteniéndose 2 factores: una dimensión somática (perdida de energía, fatiga, pérdida de placer e interés, cambios en el patrón del sueño) y factor cognitivo (autocríticas, insatisfacción con uno mismo, inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio) mide un factor dominante de gravedad de la depresión, se pueden responder con 4 posibilidades del 0 al 3, excepto ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito). 2. El cuestionario IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar 2 formas relativamente independientes de la ansiedad cada una de ellas consta de 20 ítems, ansiedad estado (10 ítems negativos y 10 ítems positivos, donde la forma de respuesta va de 0 a 4 y 1 es no totalmente, 2 un poco, 3 bastante, 4 mucho) y rasgo (13 ítems positivos y 7 ítems negativos la forma de la respuesta va de 0 a 4, donde 1 es casi nunca, 2 algunas veces, 3 frecuentemente 4 casi siempre). Y el cuestionario de Salud General contiene 4 subescalas con siete preguntas en cada una de ellas: para síntomas psicósomáticos (preguntas 1–7), ansiedad (preguntas 8–14), disfunción social en la actividad diaria (preguntas 15–21) y depresión (preguntas 22–28), a las cuales puede responderse con cuatro posibilidades, puntuando con un punto cualquiera de las dos opciones más afectadas. Una puntuación superior a 5/6 (siendo el máximo de 7) en cualquiera de las categorías es indicativa de caso probable. (Anexo N^o3),

3.5. PROCEDIMIENTOS:

En primer lugar, se procedió a pedir la autorización correspondiente a la directora del Hospital, con la finalidad de tener acceso a la base de datos y al Archivo clínico de las historias clínicas. Luego de ello se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes que estuvieron el servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y en la Unidad de Cuidados Especiales Maternos (UCEM), las historias se seleccionaron de acuerdo con el método de muestreo; criterios de inclusión y exclusión considerados en el estudio.

3.6. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS:

La información transcrita en la ficha de recolección de datos, fue procesada en el programa Microsoft Office Excel, luego se utilizó un paquete estadístico para el análisis de los datos, para el análisis de la información se aplicaron las estadísticas descriptivas: como promedios, media, desviación estándar en los casos que corresponda. la información será presentada en las tablas de frecuencias simples y porcentajes.

Se realizó el análisis univariado y bivariado utilizando la prueba estadística de chi cuadrado para variables categóricas y T de student para análisis de promedios.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto fue sometido a la evaluación del comité de ética de la UCV, para su aprobación. Posterior a ello se solicitó permiso al establecimiento de salud correspondiente.

Los participantes tuvieron la oportunidad de revisar y firmar el consentimiento (Anexo N°4), para la autorización del estudio; en donde se les explicó el propósito del cuestionario y el problema a investigar. Por otro lado, también se respetó la información recolectada y nadie más tendrá acceso a la información, la cual solo será usada para fines de estudio salvaguardando el anonimato de cada uno de los

participantes, la información solo será manipulada por el autor, las pacientes en los cuales se observa una alteración psicológica se les sugerirá un seguimiento del personal especializado por el área, el nivel socioeconómico, religión, raza no influyo en el estudio. El presente estudio velará por los principios de beneficencia, no maleficiencia y autonomía.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo e interpretación de la información.

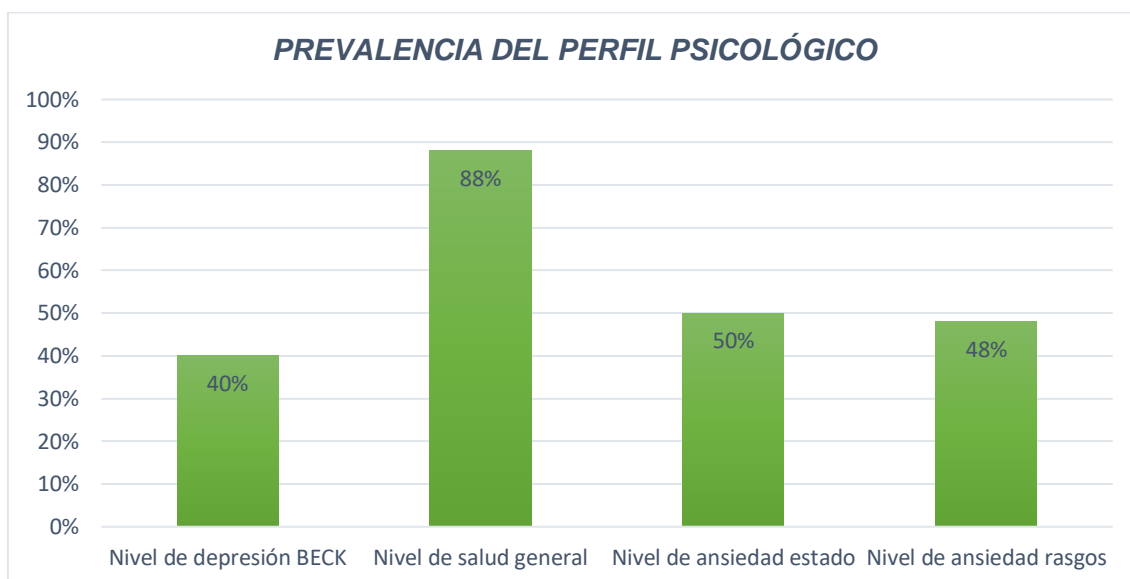
Tabla 1. *Perfiles psicológicos en mujeres adultas con morbilidad materna extrema*

PERFIL PSICOLÓGICO	n=50	(100%)
Nivel de depresión BECK		
Depresión mínima	6	(12.0)
Depresión leve	10	(20.0)
Depresión moderada	20	(40.0)
Depresión grave	14	(28.0)
Nivel de salud general		
Si	6	(12.0)
No	44	(88.0)
Nivel de ansiedad estado		
Alto	0	(00.0)
Medio	25	(50.0)
Bajo	25	(50.0)
Nivel de ansiedad rasgo		
Alto	0	(00.0.)
Medio	24	(48.0)
Bajo	26	(52.0)

Fuente. Procesamiento de datos del instrumento

Se aprecia que el 40% de las mujeres adultas presentan una depresión moderada, mientras que el 28% cuentan con depresión grave y el resto obtuvieron un resultado de depresión mínima o leve. El 12% de los casos, que presentaron morbilidad materna extrema, también presentaron problemas de salud mental, 88% de los casos no presentaron problemas de salud mental, en cuanto a la ansiedad estado el 50% de ellos mostraron con un nivel medio y el resto un nivel bajo. Así mismo, de todos los datos analizados, el 52% presentan un nivel bajo de ansiedad de rasgos y el 48% presentan un nivel medio.

Gráfico 1. *Prevalencia de Perfiles psicológicos en mujeres adultas con morbilidad materna extrema*



Fuente. Procesamiento de datos del instrumento

Se aprecia que el 40% de las mujeres adultas que pasaron por morbilidad materna presentan una depresión moderada de BECK, también el 88% de los casos no presentaron problemas de salud general en cuanto a la ansiedad estado el 50% de ellos mostraron con un nivel medio. Así mismo, de todos los datos analizados, el 48% presentan un nivel bajo de ansiedad rasgo.

Tabla 2. *Prevalencia de los factores asociados a la morbilidad materna extrema en mujeres antes y después del parto*

Factores	n=50	100%
Ocupación		
Empleado	33	66
Desempleado	17	34
Grado de instrucción		
Alfabetizada	33	66
Analfabeta	17	34
Estado civil		
Casada	18	36
Soltera	32	64
Edad de las madres		
≤ 19 años	12	24
20 - 34 años	34	68
≥ 35 años	4	8
Controles pre natales		
Completos	14	28
Incompletos	36	72
Edad gestacional		
32 – 34ss	9	18
35 – 36ss	31	62
37 – 41ss	10	20
Presenta enfermedad previa		
Si	33	66
No	17	34
Fue referida de un EE SS		
Si	34	68
No	16	32
Término de la gestación		
Cesarea	41	82
Parto vaginal	9	18
Estado del recién nacido		
Vivo	39	78
Natimorto	11	22

Fuente. Procesamiento de datos del instrumento.

En la tabla, respecto a la ocupación, el 66% cuentan con alguna ocupación que no sea sólo de amas de casa y con un grado de instrucción de al menos secundaria completa que saben leer y escribir, el 34% no tiene una ocupación laboral y no cuenta con secundaria completa, no saben leer ni escribir, Respecto al estado civil el 64% de las mujeres encuestadas, afirmaron ser solteras, y el 36% casadas. En cuanto a la edad, se aprecia que el 68% cuentan con edades de 20 a 34 años, factor que predomina para presentar una morbilidad materna extrema, Un 72% presentan controles prenatales incompletos y solo el 28% cuentan con controles prenatales completos, entonces la proporción de controles prenatales incompletos en mujeres, son propensas a la morbilidad materna extrema, La edad gestacional es más predominante, cuando se tiene de 35 a 36ss de embarazo, con el 62% de las mujeres. Para aquellas que han presentado alguna enfermedad previa, el 66%, siendo un porcentaje significativo, se estima que todas las mujeres pueden presentar morbilidad materna extrema. El 68% indicaron que fueron referidas a un EE SS. También se puede apreciar que el 82% de las madres se sometieron a una cesárea como término de gestación y el 18% fueron por parto vaginal. Se culmina que el estado del recién nacido, el 78% fueron nacidos vivos y el 22% fueron nacidos natimorto, para las mujeres con problemas de morbilidad materna extrema.

4.2. Prueba estadística para controles prenatales y perfiles psicológicos.

i) Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

ii) Estadístico de prueba

Distribución Chi cuadrado

$$X_{cal}^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

iii) Regla de decisión:

Si el valor $p - value > 0.05 = \alpha$, no se rechaza la hipótesis nula
 Si el valor $p - value \leq 0.05 = \alpha$ se rechaza la hipótesis nula

Tabla 3. Asociación entre controles prenatales y perfil psicologico.

*Pruebas de chi-cuadrado			
Nivel de Depresión de BECK	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,602 ^a	3	0,000
N de casos válidos	50		
Nivel de Salud General	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,675 ^a	1	0,000
N de casos válidos	50		
Nivel de Ansiedad Estado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,949 ^a	1	0,000
N de casos válidos	50		
Nivel de Ansiedad Rasgos	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,187 ^a	1	0,000
N de casos válidos	50		

*Prueba Chi cuadrado de Controles prenatales y perfil psicologico

Se encontró asociación directa entre los perfiles psicológicos y la variable controles prenatales, esto se observa cuando el valor de significación resultó ser igual a 0.000, valor inferior al valor de alfa (p-value=0.000). Por lo tanto, los niveles de depresión de BECK, de salud general, nivel de ansiedad estado y de rasgos; se encuentran asociados de manera directa con los controles prenatales que han realizados las mujeres adultas.

4.3. Prueba estadística presentó alguna enfermedad previa y los perfiles psicológicos

i) Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

ii) Estadístico de prueba

Distribución Chi cuadrado

$$X_{cal}^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

iii) Regla de decisión:

Si el valor $p - value > 0.05 = \alpha$, se acepta la hipótesis nula

Si el valor $p - value \leq 0.05 = \alpha$ se rechaza la hipótesis nula

Tabla 4. Asociación entre alguna enfermedad previa y perfil psicológico

*Pruebas de chi-cuadrado			
Nivel de Depresión de BECK	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,010 ^a	3	0,000
N de casos válidos	50		
Nivel de Salud General	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,853 ^a	1	0,091
N de casos válidos	50		
Nivel de Ansiedad Estado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,219 ^a	1	0,007
N de casos válidos	50		
Nivel de Ansiedad Rasgos	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,507 ^a	1	0,002
N de casos válidos	50		

**Prueba Chi cuadrado de alguna enfermedad previa y perfil psicológico*

Al presentar alguna enfermedad previa en las mujeres adultas, esta condición se encuentra asociado de manera directa con el nivel de depresión de BECK (p-value=0.000), el nivel de ansiedad estado (p-value=0.007) y el nivel de ansiedad rasgos (p-value=0.002); esto se debe cuando el valor es inferior al nivel de significancia ($\alpha=0.05$). Mientras que el nivel de salud general no se encuentra asociado cuando estas madres hayan presentado alguna enfermedad previa (p-value=0.091), valor superior al nivel de significancia.

4.4. Prueba estadística término de la gestación y los perfiles psicológicos

i) Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

ii) Estadístico de prueba

Distribución Chi cuadrado

$$X_{cal}^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

iii)Regla de decisión:

Si el valor $p - value > 0.05 = \alpha$, no se rechaza la hipótesis nula

Si el valor $p - value \leq 0.05 = \alpha$ se rechaza la hipótesis nula

Tabla 5. Asociación entre termino de la gestacion y perfil psicologico

*Pruebas de chi-cuadrado			
Nivel de Depresión de BECK	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,495 ^a	3	0,023
N de casos válidos	50		
Nivel de Salud General	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,403 ^a	1	0,525
N de casos válidos	50		
Nivel de Ansiedad Estado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,136 ^a	1	0,713
N de casos válidos	50		
Nivel de Ansiedad Rasgos	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,532 ^a	1	0,216
N de casos válidos	50		

**Prueba Chi cuadrado de termino de gestacion y perfil psicologico*

A su vez presentar eventos de morbilidad materna extrema en las mujeres adultas, al término de la gestación y después de realizar los análisis estadísticos; se aprecia que los factores psicológicos, nivel de salud general, nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgos; no se encuentran asociados a la variable término de la gestación, al obtener valores de significación superiores a 0.05 (Nivel de salud general, p-value=0.525, nivel de ansiedad estado, p-value=0.713 y nivel de ansiedad rasgos, p-value=0.216). Sólo el nivel de depresión de BECK, se encuentra asociado, al obtener el valor de p-value=0.023.

V. DISCUSIÓN

Nuestro estudio abordó un problema prioritario en nuestro país en relación a la salud materna, y que está enmarcado en los ODS, se exploró el perfil psicológico de las mujeres que afrontaron la MME, para mejorar los servicios de salud de las zonas vulnerables y el apoyo posterior a un evento cercano a la muerte como es la MME.

En la tabla 2, se observa que más de la mitad de las participantes del estudio trabajan, forman parte de la cadena productiva, y están alfabetizadas puesto que su grado de instrucción según el estudio demográfico, fue de: secundaria completa, el 64% su estado civil es soltera, el (68%) en relación a la edad que mayor predomina fue las edades de 20 a 34 años.

Estos resultados guardan similitud con los encontrados en Flaz (2018)³² en donde considera que la edad de riesgo fue de 21-35 años, con un nivel secundario y un estado civil soltera; sin embargo, Valladares³³ considera que aumenta el riesgo significativamente con una edad materna avanzada, tener un nivel educativo bajo o ser analfabeto, cuya procedencia es rural, estas cifras son diferentes a los resultados de la investigación.

Esta similitud de los estudios relacionados se debe a la diferencia en la edad materna avanzada, nivel educativo bajo y un estado civil soltera, es considerado un factor de riesgo para morbilidad materna extrema, de esta manera se priorizará para prevenir estas morbilidades, según la FLASOG indica que existe una tendencia mayor de la MME y esto se debe a la edad en los extremos de reproductividad y el grado de instrucción bajo.

En cuanto a las características maternas se dio a conocer en la tabla 2, se observa que el (72%) tuvieron menos de 6 controles prenatales o fueron incompletos, el (62%), tuvieron una edad gestacional entre las 35 a 36 semanas, el (68%) fue referida de un establecimiento de salud, en

relación a su vía de parto fue por cesárea (82%), y un (78%) el estado del recién nacido fue vivo.

Estos resultados guardan similitud con los encontrados por Mordan (2018)³² donde considera que los factores de riesgo para MME tuvieron menos de 4 controles prenatales o no fueron en un número adecuado para garantizar una evaluación óptima del embarazo y gestaciones en el III trimestre (64%), de la misma manera el ministerio de salud⁴ considera que una inadecuada atención prenatal es un factor de riesgo, Gamez (2021)¹² considera que los factores de riesgo para MME son las cesáreas previas y atenciones prenatales inadecuadas, estos resultados son iguales a los resultados de esta investigación.

Esta similitud de los estudios mencionados se debe a las características maternas que son importantes para que se presente MME, aquellos determinantes obstétricos, son una clave que ayuda a la disminución de la morbilidad materna, para ello se debe tener diversas medidas concretas destinadas directamente a su disminución, es así que estas características maternas están consideradas como factores que están relacionadas para el incremento de MME.

En cuanto al objetivo que pretende hallar la asociación entre los casos de morbilidad materna extrema y el perfil psicológico en madres de un nosocomio de Trujillo, los resultados en tabla 3 muestran que el controles prenatales de las madres con este tipo de casos se relacionan con problemas de salud, mental, depresión y ansiedad, para Habtel & Wondimu, (2020) las madres con morbilidad materna extrema, que no han tenido controles prenatales, precisan de una atención especial, ya que están expuestas a la aparición de dificultades obstétricas peligrosas, vulnerando la salud psicológica y física.

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla 4, revelan que las madres que presentan este tipo de casos, en su mayoría comparten en común problemas de salud general, destacándose los rasgos depresivos de nivel

moderado, seguido de ansiedad compatible con un cuadro adaptativo, los cuales se relacionan con las madres que poseen una enfermedad preexistente, Gonzales (2020)¹³, en sus estudios sus resultados, apoyan nuestros hallazgos, puesto que encontraron que las mujeres en situación de morbilidad materna extrema se asocian principalmente a trastornos hipertensivos, seguidos de sepsis obstétrica y no obstétrica, seguidos de hemorragia prenatal y posparto; sin embargo, los trastornos asociados al embarazo con sepsis posterior y complicaciones del aborto la mortalidad es mayor.

Según Gonzales (2020)¹³ Las mujeres que presentan casos de morbilidad materna extrema se asocian principalmente a trastornos hipertensivos, seguidos de sepsis obstétricas y no obstétricas, y posteriormente a la presencia de hemorragias pre y posparto; sin embargo, las patologías intercurrentes del embarazo seguidas de sepsis y complicaciones del aborto presentaron una mortalidad más elevada.

En cuanto a los resultados en la tabla 5, los datos obtenidos mostraron que las participantes del estudio con morbilidad materna extrema de un nosocomio de Trujillo, el término de su proceso de gestación es un factor que constituye un determinante para la proliferación de la morbilidad materna extrema, así mismo la exploración desarrollada señala que en la práctica clínica psicológica, la presencia de un factor que predispone a la madre estar expuesta a la muerte, conforma un evento cercano a la muerte, la cual va a incidir en el estado psicológico de la paciente, estos datos se respaldan por nuestro análisis inferencial donde se halló asociación con un perfil psicológico adverso, y el término de gestación, específicamente presentan valores de correlación significativos, con el factor depresión, pero no presentan asociación con factores como puesto que sus niveles, de ansiedad estado y ansiedad rasgo, las pacientes van a presentar problemas a nivel de relaciones parentales, y conyugales, se evidencia en ellas falta de estrategias de afrontamiento que las hacen vulnerables diversas psicopatologías. Mientras más cesáreas tengas no podrán tener más hijos la cual afectaría a psicológicamente en un futuro

Un paciente con rasgos depresivos es aquel que muestra un importante decremento de su interés por la vida, destaca una disminución de su motricidad, se mueve con lentitud, aletargado, con pensamiento de túnel, por lo que su estado de alerta se verá vulnerado, no pudiendo dar respuestas de ansiedad, como nuestros resultados revelan, en la literatura revisada encontramos el libro de O'Hara & Swainindica (1996), sus aportes señalan que las madres luego de la experiencia del parto presentan rasgos de depresión, con alteraciones graves en su salud.

Luego de realizar el análisis descriptivo sobre el perfil psicológico, de las madres con morbilidad materna extrema en un nosocomio de Trujillo, los datos señalaron que el 40% de las participantes del estudio, mostraron un nivel de depresión moderada, además más de la mitad presento problemas de salud general, en cuanto al problema de ansiedad, lo que predominó, en más de la mitad, fue la ansiedad estado y en menor medida la ansiedad rasgo. Estos resultados guardan similitud con los encontrados por Abdollahpour (2021)⁸ donde considera que una mujer que pasa por MME experimentaron este tipo de eventos, como es una experiencia cercana a la muerte será necesario comprender durante su estado de gestación, supone una alteración de sus procesos cognitivos, conductuales, sociales y emocionales, para ello es necesario diseñar un programa de apoyo para la atención primaria y ser colocado en la agenda de los políticos y gestores.

VI. CONCLUSIONES

1. Nuestros resultados mostraron una alta prevalencia de problemas de depresión moderada en mujeres que pasaron por morbilidad materna extrema, con una menor proporción de problemas de salud general, donde se encontraron también un nivel medio depresión y ansiedad.
2. Entre las prevalencias demográficas más importantes encontradas en nuestro estudio se obtuvieron que las madres no tenían controles prenatales, la edad gestacional al momento del parto oscilaba entre las 35 y 36 semanas y que un porcentaje de 66% tenían enfermedades previas.
3. Los controles prenatales incompletos en mujeres que pasaron por morbilidad materna extrema estuvieron asociados con niveles de depresión.

VII. RECOMENDACIONES

Se sugiere la implementación de políticas de salud pública que se adapten a la idiosincrasia de las mujeres embarazadas y fomentar la participación del conyugue, pareja y familia de forma activa, donde el equipo de obstetras los guie hacia la prevención de complicaciones del proceso de gestación

Para prevenir y controlar los problemas de salud mental en las madres gestantes, se sugiere incorporar en sus controles mensuales, que reciban atención psicológica especializada, donde se incluyan técnicas avanzadas en psicología y terapias transpersonales que incidan en su sistema inmunológico, y prevengan patologías como la depresión, la ansiedad; complementariamente evaluaciones psiquiátricas si es pertinente.

Las limitaciones para este estudio, es que es una patología muy rara por ende el número de paciente es baja.

El personal de salud aún no está familiarizado con el concepto de morbilidad materna extrema por todo es todo ello los datos pueden ser incompletos.

VIII. REFERENCIAS

1. OMS. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: garantizar una vida sana y promover el bien para todos en todas las edades,(internet), [citado 31 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
2. Abdollahpour S, Heidarian Miri H, Khadivzadeh T. The global prevalence of maternal near miss: a systematic review and meta-analysis. Health Promot Perspect. 2019;9(4):255-62.
3. Ending Preventable Maternal Mortality [Internet]. Maternal Health Task Force. 2016 [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mhtf.org/projects/ending-preventable-maternal-mortality/>
4. Ministerio de salud; Norma tecnica de salud para la vigilancia epidemiologica de la morbilidad materna extrema; 19 de agosto del 2021; 1-39,Lima-Perú [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5744.pdf>
5. Abdollahpour S, Heydari A, Ebrahimipour H, Faridhoseini F, Khadivzadeh T. Death-stricken survivor mother: the lived experience of near miss mothers. Reproductive Health. 10 de enero de 2022;19(1):5.
6. The Sustainable Development Goals and Maternal Mortality [Internet]. Maternal Health Task Force. 2017 [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mhtf.org/topics/the-sustainable-development-goals-and-maternal-mortality/>
7. Mohammadi S, Carlbom A, Taheripanah R, Essén B. Experiences of inequitable care among Afghan mothers surviving near-miss morbidity in Tehran, Iran: a qualitative interview study. Int J Equity Health. 7 de julio de 2017;16:121.

<https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0617-8>

8. Abdollahpour S, Heydari A, Ebrahimipour H, Faridhoseini F, Khadivzadeh T. Mothering sweetness mixed with the bitterness of death: the lived mothering experience of near-miss mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 26 de octubre de 2020;1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33103539/>
9. TorkmannejadSabzevari M, Eftekhari Yazdi M, Rad M. Lived experiences of women with maternal near miss: a qualitative research. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 5 de julio de 2021;0(0):1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219597/>
10. Abdollahpour S, Heydari A, Ebrahimipour H, Faridhoseini F, Heidarian Miri H, Khadivzadeh T. Postpartum depression in women with maternal near miss: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 15 de febrero de 2021;1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33588679/>
11. Abdollahpour S, Heydari A, Ebrahimipour H, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Understanding the Meaning of Lived Experience «Maternal Near Miss»: A Qualitative Study Protocol. *J Caring Sci*. 1 de marzo de 2021;10(1):43-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8008226/>
12. Gámez-Gámez LN, Cardoza-Fonseca G, Ramírez-Rodríguez AA, Díaz-Jiménez MM, Gámez-Borges LN, Gámez-Gámez LN, et al. Morbilidad materna en el servicio de Obstetricia del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. *Revista Información Científica [Internet]*. junio de 2021 [citado 16 de mayo de 2022];100(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Gonzales-Carrillo O, Llanos-Torres C, Espinola-Sánchez M, Vallenas-Campos R, Guevara-Rios E, Gonzales-Carrillo O, et al. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. 2012- 2016. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. enero de 2020;13(1):8-13.
14. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. Br J Obstet Gynaecol. septiembre de 1998;105(9):985-90.
15. KUKLINA EV, GOODMAN DA. Severe Maternal or Near Miss Morbidity: Implications for Public Health Surveillance and Clinical Audit. Clin Obstet Gynecol. junio de 2018;61(2):307-18.
16. Heemelaar S, Josef M, Diener Z, Chipeio M, Stekelenburg J, van den Akker T, et al. Maternal near-miss surveillance, Namibia. Bull World Health Organ. 1 de agosto de 2020;98(8):548-57.
17. Tura AK, Scherjon S, van Roosmalen J, Zwart J, Stekelenburg J, van den Akker T. Surviving mothers and lost babies - burden of stillbirths and neonatal deaths among women with maternal near miss in eastern Ethiopia: a prospective cohort study. J Glob Health. junio de 2020;10(1):01041310.
18. Kulkarni RN, Chauhan S, Maternal NMWG. Experiences and challenges during implementation of operational guidelines of Maternal Near Miss Review of the Government of India at tertiary hospitals in Maharashtra. Indian journal of public health. 2022;66(1):49-52.
19. Habte A, Wondimu M. Determinants of maternal near miss among women admitted to maternity wards of tertiary hospitals in Southern Ethiopia, 2020: A hospital-based case-control study. PLoS One. 2021;16(5):e0251826.

20. Narváez NC, Acosta-Ramírez N. Calidad de vida percibida y significados de la experiencia de morbilidad materna extrema: un estudio cualitativo. *Ciênc saúde coletiva*. mayo de 2022;27(5):1703-12.
21. Consecuencia (Psicología) [Internet]. [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://glosarios.servidor-alicante.com/psicologia/consecuencia>
22. Narváez NC, Acosta-Ramírez N. Calidad de vida percibida y significados de la experiencia de morbilidad materna extrema: un estudio cualitativo. *Ciênc saúde coletiva*. 4 de mayo de 2022;27:1703-12.
23. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJD. An emerging «maternal near-miss syndrome»: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*. junio de 2009;36(2):149-58.
24. Beck CT, Watson S. Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nurs Res*. agosto de 2010;59(4):241-9.
25. Fideas G. Arias. El Proyecto de Investigación Introducción a la metodología científica [Internet]. Caracas: Editorial Episteme; 2012[revised 2021-2022; Consultado el 25 de junio del 2022]. Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
26. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México D.F: Mc Graw Hill Education; 2014.
27. CÁLCULO DE LA MUESTRA CON EPIDAT 3.1 [Internet]. studylib.es. [citado 21 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/419665/c%C3%A1lculo-de-la-muestra-con-epidat-3.1>

28. Narvaez Díaz NS, Riaño Romero E, Ronderos Torres MM. Determinantes sociales de la morbilidad materna extrema, Hospital Occidente de Kennedy, junio de 2012 - noviembre 2014 [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana; 2020 [citado 14 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18504>
29. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*. julio de 2016;34(2):111-28.
30. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
31. Acelas-Granados D, Orostegui A, Alarcón-Nivia M. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. [Página web][Acceso 10/08/20]. *Rev. chil. obstet. Ginecol.* 2016;81(3): 181-188. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300003>
32. Mordan M, Flaz S, Rosario E, Peguero M. Morbilidad materna extrema en pacientes de un Hospital Materno Infantil en República Dominicana. [Página web] [Acceso: 11/08/2020]. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;44(3):1- 29 8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300004.
33. Valladares Gutiérrez EA. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema por rotura hepática espontánea en preeclampsia severa. [Página web][Acceso: 11/08/2020] *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(4):443-448. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2202>.

IX. ANEXOS

ANEXO N°1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable 1 Periodo en el que se presenta la Morbilidad Materna Extrema	Se trata de una mujer que casi muere, pero que sobrevive a una complicación grave presentada durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y así poniendo en peligro la vida de la madre y el neonato. ^{1,2}	La Morbilidad materna extrema es objetiva, dada mediante los criterios clínicos y laboratoriales cumpliendo los lineamientos de la norma técnica establecida por el Ministerio de salud del Perú	Durante el embarazo Durante el parto Post parto	-Demoras obstétricas	Nominal Ordinal
Variable 2 Perfil Psicológico	El perfil psicológico son rasgos peculiares que caracterizan a alguien, es decir, encontrar un denominador común que permita definir psicológicamente a una persona, en contraste con la uniformidad de comportamiento de la población general. ²³	El perfil psicológico se valorará por la presencia de la Depresión, Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Salud General de la mujeres con MME.	Depresión Ansiedad rasgo Ansiedad Estado Salud General	Depresion minima (0 – 13) Depresion leve (14 – 19) Depresion moderada (20 – 28) Depresion grave (29 – 63) Casi nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Casi siempre (4) No (1) Un poco (2) Bastante (3) Mucho (4) Síntomas somaticos Ansiedad-insomnio Disfunción social Depreción	Ordinal Categorica

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías o valores
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS: VARIABLE POR CADA PACIENTE				
Edad	Edad en años cronológicos	Cuantitativa	Razón	19 – 24 años 25 – 30 años 30 a mas
Sexo	Sexo biológico registrado en la historia clínica de la mujer con morbilidad materna extrema.	Dicotómica	Nominal	- Masculino - Femenino
Estado civil	Registro civil, que delimitan el ámbito propio de poder de las mujeres con MME	Categórica	Nominal	- Soltera - Casada - Viuda - Divorciada - Concubina
Ocupación	La clase o tipo de trabajo que se ocupa la mujer con MME	Categórica	Nominal	-Si -No
Control prenatal	Obtener mayor información de su salud, evolución del embarazo y desarrollo del bebé de la mujer que paso por MME	Categórica	Nominal	-completo -Incompleto
Numero de gestaciones	Numero de gestaciones que lleva la paciente durante su vida.	Cuantitativa	Nominal	Nulípara Multípara
Grado de instrucción	Es caudal de conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo la mujer con MME.	Cualitativa	Ordinal	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS BASICOS			
NOMBRE		TIPO DE DOCUMENTO	
HC		EDAD	
PROCEDENCIA			
SIS	SI NO	OCUPACIÓN	SI NO
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> SOLTERA		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETA <input type="checkbox"/> SUPERIOS INCOMPLETA <input type="checkbox"/> ANALFABETA		
NOTIFICACIÓN			
PACIENTE FUE REFERIDA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
CARACTERÍSTICAS MATERNAS			
CONTROL PRENATAL	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta		
	CUANTOS	<input type="text"/>	
EDAD GESTACIONAL	<input type="text"/>		SEMANAS
TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> PRESERVATIVO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> SUBDERMICO	<input type="checkbox"/> INYECTABLES <input type="checkbox"/> ANTIBIO. ORAL <input type="checkbox"/> IMPLANTE	
PRESENTO ALGUNA ENF. ANTES DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
TERMINO DE LA GESTACIÓN	<input type="checkbox"/> CESAREA <input type="checkbox"/> PARTO VAGINAL <input type="checkbox"/> ECTOPICOS <input type="checkbox"/> MOLAS		
ESTADO RECIEN NACIDO	<input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> NATIMORTO		

ANEXO N°3

BATERIA DE EVALUACIÓN PARA PERFIL PSICOLÓGICO

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....
Sexo..... Ocupación

Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar
decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que
no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo
habitual. 2a Duermo mucho más que lo
habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3^a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo
habitual 3^a. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es
difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro
que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

TEST DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO IDARE

<u>ESTADO</u>					<u>RASGO</u>				
	No	Un poco	Bastante	Mucho		Casi Nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación					1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo				
2. Estoy preocupado					2. Creo no haber fracasado más que otras personas.				
3. Me siento con confianza en mi mismo					3. Pienso que las cosas me van a salir mal				
4. Siento que me canso con facilidad					4. Creo que he tenido suerte en la vida				
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.					5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás				
6. Siento deseos de quitarme la vida					6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro				
7. Me siento seguro					7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones.				
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo					8. Me deprimos por pequeñas cosas				
9. Me canso más pronto que antes.					9. Tengo confianza en mi mismo				
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.					10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas				
11. Me siento bien sexualmente					11. Me siento aburrido				
12. Ahora no tengo ganas de llorar					12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen				
13. He perdido la confianza en mi mismo					13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales				
14. Siento necesidad de vivir.					14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales				

15. Siento que nada me alegra como antes...					15. Todo me resulta de interés				
16. No tengo sentimientos de culpa					16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
17. Duermo perfectamente					17. Me falta confianza en mi mismo				
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.					18. Me siento lleno de fuerzas y energías				
19. Tengo gran confianza en el porvenir					19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente				
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir					20. Me ahogo en un vaso de agua				
					21. Soy una persona alegre				
					22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago				



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
 - a) Mejor que lo habitual.
 - b) Igual que lo habitual.
 - c) Peor que lo habitual.
 - d) Mucho peor que lo habitual.

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?
 - a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
 - a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
 - a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
 - a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?
 - a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?
 - a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.

8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
 - a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.

- c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
9. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
11. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
13. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
- a) Más activo que lo habitual.
 - b) Igual que lo habitual.
 - c) Bastante menos que lo habitual.
 - d) Mucho menos que lo habitual.
16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
- a) Más rápido que lo habitual.
 - b) Igual que lo habitual.
 - c) Más tiempo que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.

17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?
- Mejor que lo habitual.
 - Aproximadamente lo mismo.
 - Peor que lo habitual.
 - Mucho peor que lo habitual.
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
- Más satisfecho.
 - Aproximadamente lo mismo.
 - Menos que lo habitual.
 - Mucho menos satisfecho que lo habitual.
19. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
- Más útil que lo habitual.
 - Igual que lo habitual.
 - Menos útil que lo habitual.
 - Mucho menos que lo habitual.
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
- Más que lo habitual.
 - Igual que lo habitual.
 - Menos que lo habitual.
 - Mucho menos que lo habitual.
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
- Más que lo habitual.
 - Igual que lo habitual.
 - Menos que lo habitual.
 - Mucho menos que lo habitual.
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
- No, en absoluto.
 - No más de lo habitual.
 - Bastante más que lo habitual.
 - Mucho más que lo habitual.
23. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?
- No, en absoluto.
 - No más de lo habitual.
 - Bastante más que lo habitual.
 - Mucho más que lo habitual.
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
- No, en absoluto.
 - No más de lo habitual.
 - Bastante más que lo habitual.
 - Mucho más que lo habitual.
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
- Claramente, no.
 - Me parece que no.
 - Se me ha pasado por la mente.

- d) Claramente lo he pensado.
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
- a) No, en absoluto.
 - b) No más de lo habitual.
 - c) Bastante más que lo habitual.
 - d) Mucho más que lo habitual.
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
- a) Claramente, no.
 - b) Me parece que no.
 - c) Se me ha pasado por la mente.
 - d) Claramente lo he pensado.

ANEXO N^o4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado(a) con el documento de identidad, número, con domicilio en Manifiesto que la Investigadora Dianna Soto Vargas me han informado de forma extensa acerca de la justificación, los objetivos, las molestias y los beneficios de la investigación respaldada por la Universidad Cesar Vallejo y titulada: "Perfil psicológico en mujeres con morbilidad materna extrema, en un hospital público de Trujillo". Así mismo, certifico que voluntariamente he decidido participar en la investigación como sujeto activo y por lo tanto estoy dispuesta a responder una entrevista considerando lo siguiente:

1. Que los objetivos principales de la investigación son: - identificar el perfil psicológico en mujeres adultas que pasaron por morbilidad materna extrema en el Hospital Belén de Trujillo, conocer si existe alguna asociación en el periodo en el que se dio la MME y las características psicológicas, En particular los relacionados con la percepción de la MME.
2. Que la justificación y los beneficios de la investigación son: Es necesario identificar los determinantes de la MME en un grupo de 50 mujeres que se atendieron en el Hospital Belén de Trujillo, entre julio del 2021 y julio del 2022 con el fin de señalar las condiciones de vulnerabilidad, condiciones sociales y de acceso a los servicios de salud con el fin de orientar una maternidad saludable y responder de esta manera a la problemática actual, para ello se realizaran las visitas domiciliarias en promedio de 10 mujeres que pasaron por MME al día.
3. Que la metodología a utilizar en el estudio es cuantitativa y que el procedimiento a seguir en esta parte del estudio consistirá en la realización de una evaluación psicológica a cada mujer que haya pasado por MME, con un máximo de 30 minutos de duración en promedio, en el que se utilizara como criterio de exclusión a las mujeres que no pasaron por el servicio de ARO. los resultados de dicho estudio seran publicados, sin posibilidad de identificar a los participantes.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CABRERA ENRIQUEZ JOHN ALEXIS, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "PERFIL PSICOLOGICO EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, EN UN HOSPITAL PUBLICO.", cuyo autor es SOTO VARGAS DIANNA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 13 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CABRERA ENRIQUEZ JOHN ALEXIS DNI: 45439159 ORCID: 0000-0002-0770-505X	Firmado electrónicamente por: JCABRERAEN el 13- 01-2023 17:19:18

Código documento Trilce: TRI - 0519303