

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



***ASOCIACION ENTRE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR,
PARIDAD Y TIPO DE AUTOESTIMA CON LA DEPRESION
POSTPARTO EN MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE CRED DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO DE HUANUCO EN EL PERIODO DEL 2018.***

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO.

TESISTAS:

LINCOLN EDGAR MATOS GUZMÁN

GLORIA AYDÉE PALOMINO CHAVEZ

ASESOR:

MÉD. LUIS FELIPE MORO MOREY

HUÁNUCO-PERÚ.

2020.

DEDICATORIA

Queremos dedicarle este trabajo A Dios que nos ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación

A nuestros padres por su apoyo constante e incondicional a lo largo de nuestra formación profesional

AGRADECIMIENTO

Nos sentimos muy agradecidas con Dios pues podemos sentir su presencia en todas las cosas...

Le damos las gracias por todo lo que tenemos y todo lo que vendrá.

Gracias Señor por este nuevo camino que emprenderemos como médicos.

Gracias por llenarnos de Fe en momentos oscuros

Gracias por la esperanza que sembraste en nuestros corazones.

Gracias por moldear nuestra mente y corazones para el servicio del prójimo.

RESUMEN

Introducción: Las mujeres en etapa reproductiva desarrollan con mayor frecuencia depresión, sobre todo en el embarazo y el postparto. La depresión posparto afecta alrededor del 20% de las mujeres en esta etapa de sus vidas. Por lo tanto, la mujer pasa por cambios fisiológicos, hormonales, psicológicos y sociales haciéndola susceptible a desarrollar depresión. **Objetivo:** Determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018. **Método:** Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal. De diseño correlacional. **Resultados:** Dentro de las características epidemiológicas de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco resaltando que la gran mayoría son convivientes (62,90%); así mismo podemos evidenciar que el total de las madres la mayoría dieron una lactancia materna exclusiva (88,20%). Dentro de la disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, podemos expresar que la mayoría de las madres (71,20%) no presentaron disfunción familiar; de la misma forma la mayoría de ellas presentaron niveles positivos de autoestima (85,90%). Así mismo un porcentaje alto no presentaron depresión post parto (81,80%). **Conclusión:** Asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en donde se encontró asociación con significancia estadística entre la disfunción familiar (X^2 P de 0,000), tipo de autoestima (X^2 P de 0,000) y tiempo de post parto (U de Mann-Whitney P de 0,017) con la depresión post parto.

Palabras claves: Disfuncionalidad familiar, paridad, tipo de autoestima, depresión posparto

ABSTRACT

Introduction: Women in reproductive stage develop depression more frequently, especially in pregnancy and postpartum. Postpartum depression affects about 20% of women at this stage of their lives. Therefore, the woman goes through physiological, hormonal, psychological and social changes making her susceptible to developing depression. **Objective:** To determine the association between family dysfunction, parity and type of self-esteem with postpartum depression in mothers who attend the CRED service of the Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco Hospital in the period of 2018. **Method:** An observational, analytical, prospective study was conducted and transversal. Of correlational design. **Results:** Among the epidemiological characteristics of the mothers who go to the CRED service of the Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco Hospital, highlighting that the great majority are cohabiting (62.90%); likewise we can show that the total of the mothers, the majority gave exclusive breastfeeding (88.20%). Within the family dysfunction, parity and type of self-esteem in mothers who attend the CRED service of the Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco Hospital, we can state that the majority of mothers (71.20%) did not present family dysfunction; in the same way most of them presented positive levels of self-esteem (85.90%). Likewise, a high percentage did not present postpartum depression (81.80%). **Conclusion:** Association between family dysfunction, parity and type of self-esteem with postpartum depression in mothers attending the CRED service of the Hermilio Valdizán Medrano Hospital in Huánuco where an association with statistical significance was found between family dysfunction (X² P of 0.000), type of self-esteem (X² P of 0.000) and postpartum time (Mann-Whitney U of 0.017) with postpartum depression.

Key words: Family dysfunction, parity, type of self-esteem, postpartum depression

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCION	8
CAPITULO I.....	12
I. MARCO TEÓRICO	12
1.1. Antecedentes	12
1.1.1. Antecedentes internacionales	12
1.1.2. Antecedentes nacionales.....	16
1.2. Bases o fundamentos	20
1.2.1. Depresion.....	20
1.2.2. Depresión posparto (DPP).....	21
1.2.3. Clasificación de la depresion posparto	21
1.2.4. Impacto de la enfermedad.....	23
1.2.5. Puerperio	24
1.2.6. Etiología de la depresion posparto	25
1.2.7. Fisiopatología de la depresion posparto	27
1.2.8. Síntomas de la DPP	28
1.2.9. Consecuencias de la DPP.....	29
1.2.10. Diagnóstico de la DPP	30
1.2.11. Tratamiento de la DPP.....	31
1.2.12. Medición de la depresion posparto (DPP)	32
1.2.13. Paridad	34
2.1.14. Asociación de los factores de riesgo c	34
2.1.15. Autoestima	35
2.1.16. Disfuncionalidad familiar	41
1.3. Hipótesis: general y específicos.....	50
1.3.1. Hipotesis general	50
1.3.2. Hipótesis específicas	50

1.4.	Tipo de variables	51
1.4.1.	Variable independiente	51
1.4.2.	Variable dependiente	51
1.4.3.	Sistema de variables: definición operacional, Dimensiones e indicadores.	52
1.5.	Objetivos: general y específicos	54
1.5.1.	Objetivos generales	54
1.5.2.	Objetivos específicos	54
1.6.	Población y muestra	54
1.6.1.	Población	54
1.6.2.	Tamaño de muestra.	56
CAPITULO II.....		58
2.	MARCO METODOLÓGICO	58
2.1.	Nivel y tipo de investigación.	58
2.1.1.	Nivel de investigación.....	58
2.1.2.	Tipo de investigación.....	58
2.2.	Diseño de la investigación.....	58
2.3.	Técnicas de recolección y tratamiento de datos	59
CAPITULO III		63
3.	PRESENTACION DE RESULTADOS	63
3.1.	Resultados descriptivos	63
3.2.	Resultados inferenciales	65
CAPITULO IV		67
4.	DISCUSION	67
CONCLUSION		72
RECOMENDACIONES		73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		74
ANEXOS		84

INTRODUCCION

La depresión es una enfermedad mental discapacitante el cual ocasiona trastornos en las funciones cerebrales, inhibe la capacidad de relacionarse con la sociedad y afecta las actividades diarias. (1) Los desórdenes depresivos ocupan el segundo lugar en las enfermedades mentales en el Perú y no discrimina sexo, edad, ni raza. Por ello un manejo inadecuado o la falta del mismo pueden resultar siendo una carga no solo física; sino que también tiene implicación social y económica para la persona, su familia y el sistema nacional de salud. (2)

Las mujeres en etapa reproductiva desarrollan con mayor frecuencia depresión, sobre todo en el embarazo y el postparto. La depresión posparto afecta alrededor del 20% de las mujeres en esta etapa de sus vidas (3). Por lo tanto, la mujer pasa por cambios fisiológicos, hormonales, psicológicos y sociales haciéndola susceptible a desarrollar depresión. (1)

La depresión postparto preocupa a los organismos sanitarios. Las repercusiones negativas que se dan en la salud materna e infantil son el suicidio e infanticidio de la madre y pobre desarrollo psicomotor en el niño (4) y pueden cursar con síntomas severos en una de cada 10 madres. Por lo tanto, la DPP requiere detección temprana y tratamiento oportuno. (2)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que cada hora nacen 60 peruanos. Lo que significa en la siguiente hora habrá 60 madres nuevas en el país. (2)

Conocer la cifra de mujeres con depresión posparto y cuántas mujeres viven en familias disfuncionales, brinda una idea de la magnitud del problema y permite tomar medidas para su detección, tratamiento, prevención y promoción de la atención en salud.

La disfunción familiar incluye conflictos, mala conducta y a veces violencia por parte de los miembros de la familia (5). El médico Alarcón Samamé en su estudio encuentra asociación positiva entre disfunción familiar y depresión posparto el cual fue realizada en el Hospital Belén de Trujillo. Y el médico Amileth Cristhina Piscoya Aguilar estudiado en puérperas del Hospital Nacional Docente San Bartolomé en Lima encuentra que uno de los principales indicadores de privación social para la depresión posparto es la ausencia familiar y/o falta de apoyo de la pareja en el postparto. Por ello se encuentra asociación positiva entre disfunción familiar y depresión posparto en esta etapa de vida de la mujer.

La autoestima es el sentimiento de aprecio o de rechazo que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos (6).

Según el estudio de Celia Navarro Gil, Cristina Gómez Mariñelarena en el postparto se observa que las mujeres que se sienten incómodas con su cuerpo, esto afecta su autoestima, autoimagen, sexualidad y la relación con su compañero (7). Además Arcela, C., Pierre, J., Vásquez, M., & Nicol, L mencionan que la disminución de la autoestima es un factor importante para tener depresión (8). Por lo tanto el autoestima es la autovaloración (6).

La paridad es la clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos. En un estudio de investigación en Perú “Trastornos Depresivos del embarazo y Puerperio” realizado por Rondón se menciona que los psiquiatras consideran Depresión Postparto hasta un año después del parto (9). Por otro lado Los médicos Aguilar Condori y Medina concluyen que la tasa de prevalencia de depresión postparto en puérperas atendidas fue con mayor frecuencia en multíparas que en primíparas (10)

Por lo tanto, la paridad está relacionado con de la depresión post parto.

Por tal motivo es que la depresión post parto, disfuncionalidad familiar, paridad y nivel de autoestima tiene una especial atención en este trabajo de investigación. También existen otros factores de riesgo como la edad materna, estado civil, tiempo de puerperio y tipo de lactancia del niño que requiere especial atención estudiarlas porque influyen en la aparición de depresión postparto.

El resultado de este estudio también brinda información actualizada a las instituciones sanitarias y a los profesionales de salud de nuestra ciudad con el fin de promover programas de educación en salud mental dirigida al grupo de riesgo (entono familiar) y prevenir posteriores depresiones postparto.

Por otro lado, en el ámbito local no se han realizado estudios acerca del tema lo que contribuye a investigaciones futuras y por lo tanto la presente investigación brinda mayor información acerca de la depresión postparto.

Por eso se planteó realizar esta investigación, con el objetivo de determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la

depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED (Control de Crecimiento y desarrollo) del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

CAPITULO I

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales

- Sefogah PE, Samba A. (Ghana, 2020) investigaron la “Prevalencia y predictores claves de depresión perinatal entre mujeres posparto en Ghana”. El cuestionario de salud del paciente versión 9 se administró a madres posparto y a aquellas de 18 años o más con puntajes superiores a 5 que dieron a luz en los hospitales LEKMA, Ridge y Korle Bu. Se utilizó la Escala de depresión postnatal de Edimburgo modificada para evaluar la depresión a las 2 semanas después del parto. Las asociaciones entre la depresión perinatal y las variables sociodemográficas / obstétricas se evaluaron mediante χ^2 y regresión logística multivariada. Entre 1456 mujeres examinadas, la prevalencia de trastornos de salud mental fue del 27,5% (400/1456). De 350 mujeres reclutadas, la depresión perinatal a las 2 semanas posparto fue del 8,6%, 31,6% y 41,1% en LEKMA, Ridge y Korle Bu, respectivamente. Las madres menores de 20 años y mayores de 35 años en Korle Bu tenían depresión. El parto vaginal aumentó las probabilidades de depresión perinatal en Ridge y Korle Bu. La transfusión de sangre se asoció con depresión en los tres hospitales. (11)
- Izquierdo Rabassa, Sofía (España, 2019) investigo los “Factores favorecedores de la depresión postparto en primíparas”. Las actitudes frente a la vida, la tendencia al estrés, la autoeficacia percibida de las primerizas y la falta de

sueño y tiempo tan común tras el nacimiento de un recién nacido permiten un mejor conocimiento de la DPP. Además, en relación a los factores psicosociales, se consideró importante investigar el papel que juegan las relaciones de la madre con personas significativas para ella y el personal sanitario implicado en la transición a la maternidad. En este sentido, el apoyo social se ha visto que tiene un papel clave sobre la autoeficacia percibida. Según la literatura la identificación de DPP por parte de médicos o enfermeras puede ser difícil y retrasarse, empeorando progresivamente el cuadro clínico de la paciente. Una vez identificada es importante que el personal sanitario tenga las herramientas necesarias para actuar. (12)

- Daniela Romero, Luz Adriana Orozco, José Luis Ybarra y Blanca Irene Gracia (México-2017). Realizaron un estudio titulado “Síntomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Se aplicó el Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para medir la sintomatología depresiva y un Cuestionario de Factores Psicosociales diseñado por los investigadores y los resultados fueron que el 16% de la muestra presentó sintomatología depresiva. Los factores que se le asociaron fueron estado civil de unión libre, familiar con depresión, tristeza en embarazo, acontecimiento vital estresante en embarazo, consumo de alcohol en embarazo, ansiedad, consumo de alcohol actual, insatisfacción con los cambios corporales, percibir mayor atención de la familia al bebé y haber experimentado tristeza en embarazos anteriores. (13)

- Yolanda Contreras-García, Paulina Sobarzo Rodríguez, Camilo Manríquez Vidal (Cuba-2017). Realizaron un estudio titulado “Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna”, con el objetivo de relacionar las características del apoyo social percibido y la presencia de depresión materna en el periodo de posparto. Los resultados fueron que la depresión fue detectada en 27,6 % de las puérperas y la asociación entre la presencia de depresión posparto con la percepción del apoyo social, resultaron estadísticamente significativas al igual que la funcionalidad familiar y la percepción de la relación con la pareja y la madre. Las variables biosociales y obstétricas no resultaron significativas para la presencia de depresión. (14)
- Natalia Fiorella Loor Reyes(Ecuador-2016). Realizo un estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburg en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 Marzo al 15 Abril del 2016” .Y los resultados fueron que existe relación entre la DPP y las semanas de gestación al nacer ($p= 0,026$).Llegando a la conclusión que la DPP se encuentra según la escala de Edinburg en 44 (39,3%) pacientes de un total de 112 incluidas en el estudio. Las pacientes son jóvenes (15-24 años), 71,4% se encontraron en unión libre, el 62,5% son bachilleres y el 84,8% no tiene empleo. (15)
- Dra. Simbaña Vilaña Jimena Marcela y Dr. Tatamues Vosmediano Oscar Edmundo (ecuador- 2016) realizaron un trabajo de investigación titulado “Protocolo de actuación ante la depresión postparto en madres de recién

nacidos hospitalizados-hospital de Tulcán”. Se estudiaron 26 pacientes que fueron las que tuvieron niños hospitalizados de los 600 partos en el Hospital Luis G. Dávila durante los meses de agosto a octubre del 2016. Llegando a la conclusión que durante el tiempo de estudio se logró identificar la existencia de trastornos del ánimo en mujeres con recién nacido ingresados en UCIN, al aplicar la escala de depresión Edimburgo, encuesta semiestructurada, familiograma funcional y estructural, escala de funcionamiento familiar FFSIL se pudo diagnosticar Depresión Postparto a pesar del tamaño de la muestra, sin embargo no se logró relacionar esta patología con factores sociodemográficos, redes de apoyo, funcionalidad familiar posiblemente debido al corto tiempo de estudio. (16)

- Katherine L. Molero, José Ramón Urdaneta Machado, Charles Sanabria V., Nasser Baabel Zambrano, Alfi Contreras Benítez, Estefany Azuaje Quiroz, Nadia Baabel Romero (Venezuela-2014) realizaron un estudio de” Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas”. Los resultados del estudio fueron que al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas, mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad, sentimiento de culpa y dificultad para la concentración, que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante el test de DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas

respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo, las dificultades con la lactancia y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo. (17)

- Cor. M.C. José de Jesús Almanza-Muñoz, Mayor M.C. Cathy Liliana Salas-Cruz, Gral. de Bgda. M.C. Ángel Sergio Olivares-Morales (Mexico-2011). Realizaron un estudio titulado “Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la clínica de especialidades de la mujer”. Utilizaron un estudio descriptivo y correlacional en 500 pacientes puérperas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Y los resultados fueron que la prevalencia de depresión posparto es de 18%, con asociación a multiparidad, embarazo no deseado, baja escolaridad, antecedente de aborto y nivel socioeconómico bajo. Llegaron a la conclusión que la prevalencia de depresión posparto en puérperas de la CEM es de 18% y ocurre en mujeres con embarazos no deseados, sin pareja estable, con historia de aborto, con baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico. (18)

1.1.2. Antecedentes nacionales

- Quispe Huanca, Eva Luzmila (Lima, 2019) estudio la “Depresión postparto y factores gineco-obstétricos y sociodemográficos asociadas a puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Emergencias Grau”. Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal, prospectivo, obteniendo 468 pacientes. Se les aplicó la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto, se utilizó la prueba

estadística del Chi Cuadrado. Se encontró una incidencia de 10,3%. Los factores asociados edades extremas, es decir ser adolescente y ser añosa ($P=0,021$). Además, en las adolescentes también se asocia el tipo de parto por cesárea ($P=0,006$), el estado civil ($P=0,048$) en la condición de divorcio, vivir con familiares ($P=0,028$). Respecto a la ocupación ($P=0,036$), se asocia la condición de trabajo independiente, empleo y labor en casa. Los factores que demostraron estar asociados fueron las edades extremas, estado civil condición de divorcio, vivir con familiares, la ocupación (trabajo independiente, empleo y labor en casa). Además, en las adolescentes también se encontró asociado el nivel educativo secundario y educación superior. (19)

- Delgado Abad, Seiry Jesús (Cajamarca, 2019) en su tesis titulada “Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión post parto en puerperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca”. El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 294 púerperas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos elaborado por la autora y la escala de depresión post parto de Edimburgo (EDPE). Los resultados muestran que la mayoría de las púerperas pertenecieron al grupo etáreo de 30 a 34 años de edad, con estudio superior universitario, convivientes y amas de casa. No se encontró asociación significativa entre los factores sociales y el riesgo de depresión post parto; el tipo de parto fue el único factor obstétrico que presentó asociación significativa

al riesgo de depresión post parto, según $p = 0,009$. Se concluye que los factores sociales y factores obstétricos no están asociados al riesgo de depresión post parto. (20)

- Alarcón (Lima, 2016) en su tesis de casos y controles titulada “Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo, enroló a 90 puérperas inmediatas (45 casos y 45 controles) quienes respondieron el test de APGAR familiar y encontró asociación positiva entre disfunción familiar y depresión posparto (OR=13,17; IC 95%:4.35-39.89; $p<0,001$). (21)
- Moreno Vásquez Luigui Nicol, Carrión Arcela Jean Pierre (2016). En su tesis que lleva como título “frecuencia y características de la depresión postparto en el distrito de Lambayeque” llegaron a la conclusión que la depresión postparto es una enfermedad presente en la tercera parte de las puérperas en estudio, siendo frecuente en mujeres adultas, en aquellas con nivel educativo bajo, como factor protector se evidencia el estado civil “casada” y como factores de riesgo se encontraron al nivel socioeconómico marginal y el hecho de no convivir con el padre del recién nacido. (22)
- Aguilar Condori y Medina Del Valle (2014) ; realizaron una investigación de tipo descriptiva/relacional con diseño no experimental para determinar la prevalencia y factores que influyen en la ocurrencia de depresión posparto, en primíparas y multíparas atendidas en el hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, que incluyó una muestra de tipo no probabilística e intencionada,

conformada por 237 primíparas y 237 multíparas evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Cuyos resultados Fueron: La tasa de prevalencia de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado fue de 26.8%, con mayor frecuencia en multíparas que en primíparas; siendo la prevalencia en multíparas del orden del 33.3% y en primíparas del 20.3%. (23)

- Toro Valencia (Arequipa, 2014) realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo para determinar la frecuencia y niveles de depresión post parto en madres atendidas en el hospital Goyeneche y que se encontraban entre las 4 semanas y 6 meses postparto, durante el mes de marzo del 2014. La recolección de datos se realizó mediante entrevista personal, se les aplicó primero la sub escala de depresión del cuestionario de ansiedad y depresión Goldberg, retrospectivamente, para evaluar si sufrieron depresión durante el embarazo, a aquellas que según dicho cuestionario no tuvieron depresión durante el embarazo, se les realizó el test de depresión de Hamilton y la ficha de recolección de datos, para lo cual se estudió a 57 madres que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados del estudio muestran que la frecuencia de la depresión post parto en el Hospital Goyeneche es de 15.79%, correspondiendo un 8,78% a depresión leve, un 3.51% a depresión moderada, un 1.75%. (24)

1.2. Bases o fundamentos

1.2.1. Depresion

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como una alteración patológica del estado del ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas).

La depresión es la principal causa de discapacidad. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes (25).

En el caso de las mujeres trae como consecuencia problemas de salud reproductiva como embarazos no deseados, partos pre término, abortos espontáneos o infertilidad. Además, es claro que el nivel de salud mental está relacionado con la morbilidad materna. Recientes estudios demuestran que un manejo inadecuado o la falta del mismo pueden resultar siendo una carga no solo física; sino que también tiene implicación social y económica para la embarazada, su familia y el sistema nacional de salud. (15)

Además, la depresión lleva a un sentimiento de pesimismo, tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso, a veces concomitante con sentido de culpa y preocupaciones somáticas, con frecuencia de proporciones delirantes. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía ya que dicho antecedente lo convierte en trastorno bipolar. (26)

1.2.2. Depresión posparto (DPP)

Dentro de la nomenclatura psiquiátrica, la DPP es definida rigurosamente como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el postparto. (27)

El cuadro clínico puede iniciarse en la 4ª semana postparto hasta un año después según algunos estudios, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Y la DPP requiere tratamiento oportuno porque puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 puérperas. Por otro lado, se dice que el período de postparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan. De ahí la importancia de un adecuado control prenatal y perinatal, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al niño, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad en ambos. (25)

1.2.3. Clasificación de la depresión postparto

En el posparto la depresión se clasifica en:

- 1. Depresión leve, «tristeza posparto», trastorno disfórico o «maternity blues»:** Es un síndrome leve y transitorio que se presenta a los 2-4 días del

parto y afecta al 20-80% de las mujeres, y que suele desaparecer de forma espontánea y sin secuelas en unas 2 semanas. Incluyen un cuadro frecuente, relativamente leve, fisiológico y transitorio denominado "tristeza de la maternidad". (15)

2. Depresión mayor posparto: Ésta se suele iniciar entre las 2-8 semanas posparto, y en ocasiones incluso tras varios meses, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para el cuidado del hijo, ambivalencia afectiva hacia éste. (15)

3. Y la psicosis posparto: Es un cuadro grave que se presenta tras el parto en el 1-2% de mujeres, que aparece de forma brusca entre los pocos días y las primeras 8 semanas), suele tener recurrencias frecuentes, y en ocasiones requiere la separación de la puérpera del recién nacido si se presentan ideas auto o heteroagresivas. (15)

Dicho cuadro clínico se caracteriza por:

- Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales.
- Trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (de asociaciones sonoras rápidas se puede pasar hasta el mutismo).
- Oscilaciones de la afectividad (ansiedad alternando con felicidad estática), o trastornos afectivos más estables (depresión-manía).

- Alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malas identificaciones e ilusiones.
- Delirios y elaboraciones delirantes con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción. (28)

1.2.4. Impacto de la enfermedad

A diferencia de lo que ocurre con los trastornos depresivos en otras etapas de la vida de la mujer, la depresión postparto genera un doble impacto negativo, ya que afecta tanto a la madre, quien padece directamente la enfermedad, como al recién nacido, pues depende completamente de los cuidados de ésta para su bienestar físico y emocional. (29)

- A. **IMPACTO EN LA MADRE** La enfermedad suele acompañarse de sufrimiento emocional y ocasiona deterioro importante en la calidad de vida, afectando las diversas áreas de funcionamiento de la paciente. Además, la mujer que experimenta un episodio depresivo en la postparto queda expuesta a mayor riesgo de futuros episodios depresivos, tanto en nuevos puerperios como en cualquier otro momento de la vida. Aunque las tasas de suicidio en el periodo puerperal son menores que en periodos no puerperales, éste se considera una causa importante de mortalidad materna en algunos países. (29)
- B. **IMPACTO EN EL HIJO:** Las madres deprimidas tienen menos disposición a estimular a sus hijos mediante interacciones vocales, físicas y de juego, además tienden más a percibir a su hijo de una manera negativa, se les dificulta más su cuidado y manifiestan aislamiento materno y hostilidad. Las mujeres con

depresión postparto pueden mostrarse menos dispuestas a iniciar y mantener la lactancia materna, y se ha visto que los síntomas depresivos preceden usualmente la interrupción temprana de la lactancia materna. (29)

1.2.5. Puerperio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto. El postparto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo, las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. (30)

ETAPAS DEL PUERPERIO: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las etapas del puerperio en:

- a) Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas luego del parto y en este periodo actúan los mecanismos hemostáticos para controlar el sangrado uterino.
- b) Puerperio mediano o precoz: Este abarca desde el segundo día hasta el décimo, en este inicia la lactancia propiamente dicha, involución genital de la mujer.
- c) Puerperio tardío: Va del día 11 al 45 después del parto (semana 6 postparto) y comprende fin de involución uterina, si no hay lactancia se da el regreso de la menstruación retomando la ovulación. (31)

1.2.6. Etiología de la depresión postparto

No se conocen con certeza cuáles son los desencadenantes de los trastornos del ánimo en el puerperio. Sin embargo, se agrupó en cuatro factores principales que son:

- **Factores psicológicos:**
 - Formulaciones psicodinámicas: El embarazo se considera un periodo de maduración y a la vez de regresión que evoca conflictos infantiles, particularmente en los casos en los que existen modelos maternos inadecuados. Las actitudes negativas hacia la maternidad y/o una infancia conflictiva predisponen a la depresión postparto, y asocian una pobre identificación materna con la depresión en el periodo inmediatamente posterior al parto. (29)
 - Personalidad: En la mayoría de los estudios se encuentra relación entre algunos rasgos de la personalidad (mayor neuroticismo y menor extroversión). (29)
 - Estilo cognitivo: Las variables analizadas que se consideran importantes para el desarrollo de la depresión son: trastorno del autocontrol, estilo atribucional alterado y atribuciones externas e inestables debidas a cogniciones negativas acerca del mundo, del futuro y de uno mismo. (29)
- **Factores psicosociales:** Depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes (rupturas amorosas, pérdida del trabajo, muerte de un ser

querido, migración, etcétera) durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. (29)

- **Factores sociodemográficos** (edad temprana o tardía de la madre, estado civil, situación económica y laboral de la pareja). (32)
- **Factores de morbilidad**, tanto **materna** (abortos, problemas de fertilidad en la pareja, complicaciones en el embarazo y en el parto) como **fetal** (prematuridad, bajo peso, enfermedades). (32)

- **Factores biológicos:**

- Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período postparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol y estroma) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del postparto. (25)
- Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal: Varios estudios reportan una asociación entre los niveles de glucocorticoides y el estado del ánimo

en el puerperio; por ejemplo, se ha encontrado correlación entre niveles elevados de cortisol en plasma, saliva y orina en mujeres que experimentan cambios de ánimos positivos en los primeros días postparto. (29)

- Otros factores: Como niveles altos de AMP cíclico urinario en los primeros días postparto, y bajos niveles de triptófano, ácido fólico, beta-endorfina y T3 libre durante el embarazo y el puerperio, también han sido implicados en la etiopatogenia de la depresión puerperal. (29)

1.2.7. Fisiopatología de la depresión postparto

Durante la gestación, parto y puerperio, en la mujer suceden una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor predisposición a la aparición de alteraciones psíquicas.

El cambio brusco de esteroides gonadales influye en la fisiopatología del episodio depresivo durante el posparto. Sin embargo, existen otros factores de riesgo asociados, así como problemas sociales y ambientales que desencadenen un episodio mayor; la DPP se relaciona además con problemas nutricionales maternos, obesidad, tabaco, alcohol y abuso de drogas.

El mecanismo fisiopatológico parece evocar dos mecanismos de la personalidad de la gestante y puérpera para defenderse de la ansiedad que le produce la nueva situación

de maternidad, los cuales son la regresión y la introversión. Se conoce que durante el puerperio, tanto los cambios bioquímicos así como el estrés, pueden desencadenar estos trastornos; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la depresión posparto, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo.

Por lo tanto, se dice que los períodos en los que la mujer se muestra más vulnerable psicológicamente son aquellos en los que se producen cambios en su estado reproductivo; éstas son etapas en las que se produce una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos: última fase luteica, fases perimenstruales, primer trimestre del embarazo, posparto y menopausia. Estas fluctuaciones son fisiológicas y es muy probable que la susceptibilidad a éstas dependa de factores genéticos y ambientales.

1.2.8. Síntomas de la DPP

La depresión posparto puede iniciarse en la tercera y cuarta semana post parto hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post natal y los síntomas dependerán de la intensidad de la depresión siendo los más comunes: tristeza, pesimismo, inseguridad, sentimientos de autorreproche, impotencia, desbordamiento o incapacidad ante la nueva situación, que le hacen padecer y afligirse.

En la etapa posparto la madre se siente irritable, sensible, de llanto fácil expresando tales emociones la mayor de las veces con el núcleo familiar (con su pareja

especialmente). Además, se siente cansada y con necesidad de quedarse en la cama durante varias horas, inapetente, apática e incluso en ocasiones surge un deseo intenso de comer en exceso o, por el contrario, de dejar de hacerlo y perder peso. También puede presentar insomnio, encontrando así momentos de estrés y ansiedad, y momentos de desgana general, típicos de una depresión. (33)

1.2.9. Consecuencias de la DPP

La depresión puerperal no solo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe ya que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres no deprimidas. Un estado depresivo de meses o de años puede llegar incluso a ser incapacitante para la mujer. (33)

Entre las principales consecuencias de la depresión postparto, tenemos:

- a) rechazo por su propio hijo: un sentimiento de mucha inestabilidad emocional, de rechazo al bebé, puede producir una alteración en el vínculo madre hijo.
- b) Deseo de homicida: esto vendría a ser el caso extremo y patológico del rechazo de una madre hacia su hijo.
- c) Alteración en la vida del niño: Se altera la calidad del vínculo de la madre con su hijo. Eso implica que el bebé tenga una privación de la disposición de la madre hacia él, por ende, va a existir una alteración de la vida de ese ser humano. En el niño causa retraso en el desarrollo del habla, problemas

emocionales, problemas de comportamiento, nivel de actividad bajo, problemas para dormir, y angustia o sufrimiento. (31)

Repercusiones de la depresión sobre la crianza del niño:

El vínculo madre-hijo muestra una serie de alteraciones manifestadas por trastornos graves de la relación filiar, rechazo de la madre hacia el bebé, muestras de un comportamiento totalmente abusivo, tiene una asociación directa hacia un deterioro cognitivo a largo plazo, una serie de dificultades emocionales y, graves y numerosos problemas de comportamiento. Los hijos de madres con depresión postparto a largo plazo manifiestan mayor incapacidad para llevar a cabo el compromiso social y la regulación de sus emociones, manifestando un aumento de la emocionalidad negativa y una alta reactividad de cortisol. A nivel fisiológico, la depresión periparto también se ve reflejada en el feto como: embarazos pretérmino, bajo peso al nacer, perímetros craneales más pequeños y puntuaciones de APGAR más bajas. (34)

1.2.10. Diagnóstico de la DPP

El diagnóstico es difícil de obtener suele ser a través de unos síntomas notorios que denotan la necesidad de un tratamiento. A menudo, son los familiares quienes notan un cambio en su comportamiento, limitaciones en rutinas cotidianas y cambios muy fuertes de humor, predominando los sentimientos de tristeza y apatía, aunque otras veces es el propio paciente quien solicita la ayuda.

El diagnóstico lo realiza un médico psiquiatra, tras haber realizado una serie de preguntas en la entrevista, que ayudarán a determinar el tipo de depresión, y a afinar

en el tratamiento más adecuado. Durante la entrevista, se podrán utilizar como apoyo diferentes herramientas que puedan servir de ayuda en el diagnóstico, destacando la Escala de Edimburgo específica de depresión postparto. Para prevenir la DPP, es importante realizar una correcta educación sanitaria, para lo cual se valorarán las características personales, antecedentes, factores de riesgo de la paciente y se mantendrá informada tanto a la paciente como a los familiares de los cambios que van a suceder en su cuerpo y mente con el embarazo, parto y puerperio. Así mismo, se indicará cómo detectarlo, a quién acudir, alternativas y pronósticos. (33)

Los resultados de la EDPE significan:

- Normal: 0-5 Leve: 6-10
- Moderado: 11-20
- Severo: >20

Se advierte que cualquier valor diferente a 0 en la respuesta de la pregunta 10, va a significar un signo de alarma, ya que la respuesta va a significar un pensamiento de autoagresión. (35)

1.2.11. Tratamiento de la DPP

El tratamiento de la depresión postparto debe comenzar precozmente e incluye tanto una serie de recomendaciones a la paciente como el uso de medicación.

Anteriormente se utilizaba antidepresivos triciclos (nortriptilina o dispramida), pero estudios recientes sugieren que los inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina o sertralina) son igualmente eficaces y tienen menos efectos

colaterales. Estos agentes son considerados seguros para la lactancia. En mujeres con un episodio anterior de depresión postparto, se sugiere comenzar el tratamiento profiláctico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) de dos a tres semanas antes del parto este esquema permite que los fármacos logren un nivel eficaz en el periodo postparto si no hay ninguna respuesta rápida a las medidas generales de soporte y la medicación inicial, se recomienda una consulta al psiquiatra el pronóstico de la depresión postparto tratada es bueno, aunque los síntomas pueden persistir durante un año. (31)

La evidencia actual sugiere que las intervenciones psicológicas y psicosociales tales como el soporte a la pareja, la psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual y la psicodinámica, son todas efectivas en el tratamiento de la depresión post parto. La psicoterapia interpersonal y la cognitivo comportamental son las modalidades psicoterapéuticas que cuentan con mayor evidencia en cuanto a su eficacia en el tratamiento de la enfermedad depresiva y han sido de amplio uso en la práctica clínica. (36)

1.2.12. Medición de la depresión postparto (DPP)

Se utiliza la EPDS (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo) para detectar madres con depresión posnatal y es internacionalmente aceptado en la literatura médica para el diagnóstico de la DPP. La prueba se puede aplicar desde 3-4 días después del parto y tiene un valor predictivo positivo y una sensibilidad del 80%. Los pacientes con una puntuación EPDS positiva en el posparto inmediato deben someterse a una evaluación

posterior para establecer un diagnóstico precoz de la depresión posnatal. El EPDS consta de 10 preguntas cortas, autoaplicativas, el tiempo máximo para contestar no debe superar los 5 minutos. Es un test anónimo, en el cual cada respuesta se valora de 0 a 3 puntos, y se obtiene una puntuación global. Las mujeres se definen como deprimidas si superan un umbral como 12/13 en la EPDS. (32)

La escala de depresión postparto de Edimburgo se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto. La clínica de pediatría, la cita de control de postparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla. (31)

Existen otros instrumentos que pueden ayudar a medir la sintomatología depresiva en el postparto como la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) o la utilización de entrevistas estructuradas como la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), sin embargo, se decidió usar el EPDS por ser un instrumento con validez de constructo y confiabilidad en la medición de sintomatología depresiva en mujeres en etapa perinatal.

La EPDS demostró ser un instrumento altamente sensible para el diagnóstico de depresión postparto, sin embargo su especificidad y valor predictivo positivo fueron más bajos, por lo que se debe confirmar el diagnóstico con otras pruebas como la DSM-IV, éste test destaca por su amplia utilización, porque es fácil de interpretar y tiene sensibilidad suficiente para considerarlo de elección ante la sospecha de depresión posnatal, aunque debe considerarse siempre como un método de cribado que

nos indica la posibilidad elevada de presentar una depresión posparto y que deberá ser confirmada con otros métodos diagnósticos.

1.2.13. Paridad

Se define paridad como el número de partos previos a la gestación actual que incluye al número total de recién nacidos a término, pretérmino, abortos y número de hijos vivos actualmente. (31)

De acuerdo a los protocolos del Ministerio de Salud, la paridad es clasificada de la siguiente manera:

1. PRIMÍPARA: Son las mujeres que por primera vez son madres, en este periodo se encuentran con miedo e inseguridad hacia el nuevo rol que desempeñan, en donde atraviesan una crisis situacional.
2. MULTÍPARA: Son las mujeres que por segunda vez son madres con partos antecesores. (31)

2.1.14. Asociación de los factores de riesgo con la presencia de depresión posparto

- Grupos de edad/depresión: según los estudios hay mayor incidencia de depresión en el grupo de mayores de 35 años, respecto al grupo de pacientes de menor edad. (37)
- Paridad/depresión: Hay significación estadística mayor en multíparas que primíparas.

- Edad gestacional/depresión: las pacientes con partos postérmino presentan una mayor incidencia de depresión con significación estadística.
- Vía de parto/depresión: la incidencia de cuadro depresivo es mayor en las pacientes intervenidas de cesárea a diferencia de la vía vaginal.
- Ingreso recién nacido a unidad de neonatología/depresión materna: las pacientes cuyos hijos ingresaron en la unidad de neonatología tienen una mayor significación de riesgo de depresión posparto.
- Anemia/depresión: las pacientes diagnosticadas de anemia en el posparto presentaron mayor frecuencia de cuadros depresivos.
- La lactancia materna: Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo posparto, por lo que se asume que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una mayor incidencia de depresión posparto.
- El estado civil: para las mujeres el hecho de ser casadas no constituye un factor protector de depresión. No hay una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de depresión entre las mujeres solteras y las mujeres con otros estados civiles.

2.1.15. Autoestima

Los estudios sobre la autoestima se remontan al año 1862 en la Psicología, donde pensadores como Herbert Spencer, Alexander Bain (1868), Baldwin (1895) establecieron la importancia de la aceptación de sí mismo. Dentro de algunos autores

que han resaltado el estudio de la Autoestima tenemos a Carl Rogers (1961), luego a Rosenberg (1965) Maslow (1979) De Nevares (2002) quienes dieron varias definiciones de autoestima. El concepto ha ido evolucionando desde un ámbito científico a uno popular (Larra, 1999). Martin (2003) define la autoestima como “un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta. De igual forma Zafra, V.S. (2011). Sostiene que “Es la capacidad que tenemos con dignidad, amor y realidad” (2011).

Mientras que para Rojas (2008) “la autoestima es el sentimiento de aprecio o de rechazo que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos. Esta autovaloración se basa en la percepción de cada uno de nosotros de las cualidades concretas, como la habilidad para relacionarnos con los demás, la apariencia física, los rasgos de nuestro carácter, los logros que alcanzamos o las cosas materiales que poseemos”. Nathaniel Branden (1994), uno de los especialistas en el estudio de la autoestima la define como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades.

CLASES DE AUTOESTIMA

❖ Autoestima positiva

Es la valoración positiva que tenemos hacia nosotros y que se manifiestan en el desarrollo de la personalidad. La importancia radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y a perseguir nuestros objetivos. La autoestima positiva es aquella que hace que nos esforcemos ante las dificultades. Al particular Vidal Díaz (2000) nos refiere que: “Con una autoestima sana usted podrá:

- Tener confianza en sí mismo.
- Ser el tipo de persona que quiere ser.
- Aceptar retos personales y profesionales.
- Entender el fracaso como parte de su proceso de crecimiento.
- Ser tolerante, en el buen sentido de la palabra.
- Disfrutar más de los demás y de sí mismo.
- Establecer relaciones familiares satisfactorias.
- Ser asertivo en su comunicación y en su comportamiento.
- Obtener adecuado rendimiento académico y laboral.
- Tener metas claras y un plan de acción para lograrlas.
- Asumir riesgos y disfrutarlos.
- Anteponer la aprobación personal a la aprobación ajena.
- Afrontar un auditorio y expresar su opinión personal.
- Eliminar oportunamente los sentimientos de culpa.
- Alegrarse honestamente por los logros de las otras personas, sin sentir celos ni envidia.
- Decir “sí” o “no” cuando quiera, no por las presiones recibidas.
- Tener mayor capacidad para dar y recibir amor”.
- ❖ Autoestima negativa:

Existen muchos sentimientos, actitudes y comportamientos que son característicos de las personas que tienen una autoestima negativa. Por eso mismo hay que convencernos

de algo: Las personas de calidad trabajan con calidad, las personas mediocres (con autoestima negativa) trabajan de cualquier forma.

Algunas de las actitudes y conductas más frecuentes de las personas con autoestima negativa son las siguientes:

- Actitud excesivamente quejumbrosa y crítica.
- Necesidad compulsiva de llamar la atención.
- Necesidad imperiosa de ganar.
- Actitud inhibida y poco sociable.
- Temor excesivo a equivocarse.
- Actitud insegura.
- Ánimo triste.
- Actitud perfeccionista.
- Actitud desafiante y agresiva.
- Actitud derrotista.
- Necesidad compulsiva de aprobación y de pedir disculpas por cada conducta que creen no agrada a los demás.

Según NevaMilicic, dimensionar la autoestima tiene que ver con valorar por separado cada ámbito que forma una persona humana: su sector físico-corporal, su parte afectiva- emocional, su fracción académica-escolar. (38)

1. **Dimensión Física:** Se refiere en ambos sexos, al hecho de sentirse atractivo físicamente. Incluye también, en los niños, el sentirse fuerte y capaz de defenderse; y en las niñas, el sentirse armoniosa y coordinada.
2. **Dimensión Social:** Incluye el sentimiento de sentirse aceptado o rechazado por los iguales y el sentimiento de pertenencia, es decir el sentirse parte de un grupo. También se relaciona con el hecho de sentirse capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales.
3. **Dimensión Afectiva:** Se refiere a la autopercepción de características de personalidad, como sentirse: Simpático/a, estable o inestable, valiente o temeroso, tranquilo o inquieto, generoso o tacaño, equilibrado o desequilibrado.
4. **Dimensión Académica:** La autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar y específicamente a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares.
5. **Dimensión Ética:** Sentirse una persona buena y confiable o, por el contrario, mala y poco confiable. También incluye atributos como sentirse responsable o irresponsable, trabajador o flojo. La dimensión ética depende de la forma en que el niño interioriza los valores y las normas, y de cómo se ha sentido frente a los adultos cuando las ha transgredido o ha sido sancionado. (38)

ESCALA UTILIZADA

TABLA1. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.				
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5	Creo que no tengo mucho de que estar orgullosa.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
7	En general me siento satisfecha conmigo misma.				
8	Me gustaría tener más respeto por mí misma.				
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				

Fuente: (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Nota:

Se ha cuestionado la naturaleza unidimensional propuesta por Rosenberg: algunos estudios han obtenido apoyo a su estructura unifactorial, otros, sin embargo, apoyan

una estructura bifactorial de autoestima positiva y negativa. El estudio de validación de esta traducción castellana realizado por Atienza, Moreno y Balaguer (2000) sugiere en la muestra de mujeres la existencia de un único factor de autoestima global subyacente. En cambio, en la muestra de varones, no es posible concluir ninguno de los dos modelos (unifactorial versus bifactorial). (16)

- Modelo unifactorial – Autoestima global: ítems invertidos 2, 5, 8, 9, 10.
- Modelo bifactorial: Autoestima positiva: 1, 3, 4, 6, 7. / Autoestima negativa: 2, 5, 8, 9, 10.

La Escala de Rosember para Autoestima es un instrumento bidimensional: una dimensión para autoestima positiva (autoconfianza/satisfacción personal) y otra para autoestima negativa (autodesprecio/ devaluación personal), que se comportan como escalas distintas. Futuras investigaciones deben verificar la consistencia interna y la dimensionalidad de la ERA en otras poblaciones. (16)

2.1.16. Disfuncionalidad familiar

FAMILIA

Para Louro Bernal en su revisión La familia en la determinación de la salud, “la familia es el elemento de la estructura de la sociedad, responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocioal”. (39)

Mientras la OMS establece a la familia como un “conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.

La OPS señala que la familia es “una unidad básica y es el primer espacio de socialización del ser humano orientada al bienestar y desarrollo integral de sus integrantes”. Es reconocida en la Constitución Política del Perú de 1993 (art. 4°) como una “sociedad natural y una institución fundamental de la Nación”. (16)

Se puede clasificar a la familia por su composición, en cuyo caso existen 6 tipos familiares:

- familia nuclear (compuesta por padres e hijos)
- familia extendida (compuesta por padres, hijos y abuelos)
- familia ampliada (compuesta por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.)
- familia monoparental (conformada por uno de los padres e hijos)
- familia reconstituida (conformada por uno de los padres, su nueva pareja e hijos) y equivalente familiar (conformada por grupos de amigos, hermanos o instituciones religiosas o militares, etc.)

Según su ciclo evolutivo se reconoce 4 tipos de familia:

- familia en formación (pareja que no tiene hijos o en espera)
- familia en expansión (pareja con nacimiento del primer hijo, hijo en edad preescolar, hijo adolescente o con hijo en edad adulta)
- familia en dispersión (desde que inicia la partida del primer hijo hasta que lo hace el último)
- familia en contracción (donde han partido todos los hijos y la pareja quedan sola). (40)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Es la capacidad del sistema (familia) para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que cada miembro debe cumplir eficazmente con las funciones encomendadas (roles), que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en una lucha constante. Debiendo considerarse de esta manera como un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre los miembros de una familia. (41)

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Una familia disfuncional es en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente unos a otros o solamente uno de los miembros familiares crea estas acciones, lo que lleva a la probabilidad de que los niños y adolescentes que crecen en tales familias creen que este comportamiento es normal. (41)

La familia que no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y empeora más las situaciones adversas que podrían suscitarse; esta alteración condiciona nula actitud negociadora, escasa atención a las opiniones y sentimientos de los demás miembros, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas, y los roles de los integrantes no son para nada claras. (42)

Por otro lado las familias disfuncionales, que no logran sobreponerse a las dificultades de las relaciones familiares, necesitan de la orientación familiar para encontrar la manera de recuperar su funcionalidad.

FAMILIA PATOLOGICA

Las familias patológicas, además de la orientación familiar, requieren una atención especializada por existir en alguno(s) de sus miembros problemas graves de salud psicológica y/o física que les impiden encontrar el camino para unas relaciones familiares sanas. En estos casos, el trabajo del orientador familiar debe apoyarse en la atención de un buen psicólogo, y en ocasiones de un buen psiquiatra, para un trabajo interdisciplinario que ayude efectivamente a esa familia a recuperar gradualmente la normalidad.

SINTOMAS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES

- Niveles anormalmente altos de celos u otros comportamientos controladores.
- Padres divorciados o separados en conflicto permanente, o padres que se deben separar, pero no lo hacen (en detrimento de sus hijos).
- Falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales ("Nunca hacemos nada como una familia").
- Anormal comportamiento sexual como el adulterio, la promiscuidad, o incesto.
- Los niños tienen miedo de hablar de lo que está sucediendo en el hogar (dentro o fuera de la familia), o tienen de otra manera miedo de sus padres.
- Miembros de la familia (incluyendo a los niños) que reniegan unos de los otros, y/o se niegan a ser vistos juntos en público (ya sea unilateral o bilateralmente).

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES

- Relación Disfuncional entre padre y madre: La falta de comunicación, mal acoplamiento emocional, psicológico y/o físico y un tipo de desigualdad entre

ellos, creará un ambiente frío, lleno de duda e inseguridad, en el cual cada quien tendrá un rol establecido y en caso de que exista una dificultad, ningún otro miembro se encontrará en la capacidad para asumirlo. (41)

- Negación por la familia a reconocer el comportamiento abusivo, a este fenómeno se lo denomina “elefante en la habitación”, hace referente a una verdad obvia pero ignorada.
- La falta de comprensión, empatía y sensibilidad por parte de los integrantes.
- Falta de respeto de los límites de los otros, es decir no respetar el espacio personal, romper promesas importantes sin excusa aparente.
- Desigualdad en el trato de uno o más miembros de la familia, ya sea por la edad, habilidades, posición económica etc.
- Ausencia de lazos positivos entre padres-hijos.
- Machismo/Androcentrismo: Se establece una actitud de desprecio y discriminación hacia el género femenino sosteniendo que el hombre es superior a la mujer y que esta debe encontrarse sometida y soportar cualquier comportamiento que incluso vaya en contra de su integridad física, psicológica y/o emocional; los hijos de estas familias establecen marcadas diferencias entre géneros, los niños son fríos (están privados de expresar emociones), realizan solo tareas que no involucren el quehacer del hogar; mientras que las niñas tienden a ser dóciles y frágiles. Incluso se ha llegado a demostrar que la base de la violencia intrafamiliar es este factor.

CONSECUENCIAS DE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

- Disminución o ausencia y/o empatía extrema hacia ciertos miembros de la familia.
- Apatía hacia un miembro de la familia, utilizando comportamientos hostiles.
- La no existencia de límites que rijan el comportamiento de un miembro de la familia, otorgándole el “derecho” de tomar cualquier decisión o conducta sobre los demás integrantes.
- Autoritarismo de un miembro, cuya conducta determine violación de la integridad del resto de miembros.
- Comunicación insuficiente que incluya lucha excesiva o a su vez indiferencia entre los miembros.
- Comportamientos controladores, entre ellos: celos.
- Maltrato entre los miembros de la familia.
- Crianza desigual de los hijos (asumiendo importancia solo a las necesidades de uno de ellos, lo que resta importancia del otro).
- Pérdida de la autoridad paterna o materna. (41)

MEDICION DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR: APGAR Familiar

Una forma de establecer una posible disfunción familiar, es aplicando el APGAR Familiar, una herramienta creada por Smilkstein en 1978, que permite identificar familias disfuncionales según su gravedad, ha sido validada por Castilla et al en adolescentes peruanos; se le considera como una medida válida y confiable para disfuncionalidad familiar. Son 5 ítems que componen el APGAR familiar y hacen

referencia a sus siglas adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, cuyas opciones de respuesta se presentan en escala Likert: nunca=0, casi nunca=1, algunas veces=2, casi siempre=3, y siempre=4. De acuerdo al puntaje obtenido, se establece: no disfunción familiar (18-20 puntos), disfunción familiar leve (14-17 puntos), disfunción familiar moderada (10-13 puntos) y disfunción familiar severa (≤ 9 puntos).

APGAR FAMILIAR: COMPONENTES

1. Adaptación: es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
2. Participación: Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
3. Crecimiento: Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
4. Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
5. Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia. (43)

CUANDO APLICAR EL APGAR FAMILIAR

1. En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar.
2. En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:
 - Pacientes poli sintomática, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
 - En Grupos familiares o pacientes crónicos
 - Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente. • A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
 - A los miembros de familias problemáticas
 - Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
 - En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático. (43)

APGAR FAMILIAR

	NUNCA	CASINUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Estoy satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa					
2. Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo.					
3. Mi familia acepta mi opinión para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.					
4. Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza.					
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos.					

1.3. Hipótesis: general y específicos.

1.3.1. Hipotesis general

H₀: La disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima no están asociados a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

H_a: La disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima están asociados a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

1.3.2. Hipótesis específicas

H₀₁: La disfuncionalidad familiar no está asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

H_{a1}: La disfuncionalidad familiar está asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

H₀₂: La paridad no está asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

H_{a2}: La paridad está asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

H₀₃: El tipo de autoestima no está asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

H_{a3}: El tipo de autoestima está asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

1.4. Tipo de variables

1.4.1. Variable independiente

Disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima

1.4.2. Variable dependiente

Depresión postparto

1.4.3. Sistema de variables: definición operacional, Dimensiones e indicadores.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CATEGORIA	INDICADOR	INDICE	FUENTE
Variable Independiente DISFUNCION FAMILIAR	Incapacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que desestabilizan y que pueden ser generadores de conductas inadecuadas en los miembros del sistema familiar.	-Adaptación -Participación -Gradiente de recurso personal (crecimiento) -Afecto -Recursos	valor que se obtenga en el APGAR familiar	Cualitativo	Ordinal	Valor numérico No DF:18-20pt DF leve:14-17 pt DF moderada 10-13pt DF Severa ≤9pt	APGAR familiar	Puntaje	Encuesta
Variable independiente PARIDAD	Se define como la clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.	-primípara -multípara	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos que ha parido.	Cualitativa Nominal dicotómica	Nominal	Primípara multipara	Resultados del cuestionario.		Encuesta
Variable independiente TIPO DE AUTOESTIMA	Es la percepción que tenemos de nosotros mismos. Abarca todos los aspectos de la vida desde el nivel físico hasta el interior, pasando por la valía o la competencia.	-afectiva -física -social -académica -familiar	Estado percepción de sí misma actual de la madre.	Cualitativo	nominal	Valor numérico A.Positiva A.Negativa	Escala de autoestima de Rosenberg	Puntaje	Encuesta
Variable Dependiente DEPRESION POSTPARTO	Son cambios en el estado de ánimo que ocurren después del parto como respuestas emocionales que fluctúan desde una sensación melancólica hasta una depresión profunda que incapacita e incluso produce reacciones psicóticas en la madre.	Sin DPP Con DPP	Presentación de depresión dentro del primer año de postparto.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Nominal	≥13 puntos: DPP <13 puntos: No DPP	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE)	Puntaje	Encuesta

Variable interviniente EDAD	Tiempo de vida desde el nacimiento o la edad cronológica según figure en su DNI o partida de nacimiento.	Edad	Años cumplidos, entre menores de 20 y mayores de 35 en puérperas según registro de datos generales.	Cuantitativa discreta	razón	Desde 15 años	Valor registrado	años	Encuesta
Variable interviniente TIPO DE LACTANCIA	Forma de dar alimentación al menor hijo (a) durante los primeros 6 meses de vida.	-Lactancia materna exclusiva -Lactancia artificial -Lactancia mixta	Alimentación del menor hijo (a) con leche materna, fórmula maternizada o ambas.	Cualitativa Politémica	Nominal	Lactancia materna exclusiva Lactancia artificial -Lactancia mixta	Resultados del cuestionario	Meses	Encuesta
Variable interviniente TIEMPO DE POSTPARTO	Tiempo transcurrido después del nacimiento del menor hijo (a).	Tiempo en meses	Meses postparto transcurridos(dentro de los 12 primeros meses)	cuantitativa	razón	1 año	Valor registrado	Meses	Encuesta
variable interviniente TIPO DE PARTO	Proceso en que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación. Consta de 3 fases:dilatación, expulsión placentaria y alumbramiento.	-Vaginal -cesárea	Tipo de parto vaginal o cesarea por el que nacio su ultimo hijo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Vaginal cesárea	Resultados del cuestionario	Final del parto	Encuesta
variable interviniente ESTADO CIVIL	Situación de la persona desde el punto de vista del registro civil.	-Soltera -Casada -Conviviente -Separada -Divorciada - viuda	Estado marital actual de la madre.	Cualitativa Politémica	Nominal	-Soltera -Casada Conviviente -Separada -Divorciada - Viuda	Resultados del cuestionario	Estado civil	Encuesta

1.5. Objetivos: general y específicos

1.5.1. Objetivos generales

Determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

1.5.2. Objetivos específicos

- ✓ Evaluar la asociación entre disfuncionalidad familiar con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.
- ✓ Estimar la asociación entre paridad con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.
- ✓ Inferir la asociación entre tipo de autoestima y la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

1.6. Población y muestra

1.6.1. Población

En la población se consideró el total de mujeres que acuden al servicio de CRED (Control de Crecimiento y Desarrollo) dentro de los 12 primeros meses de postparto del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco de setiembre a octubre del 2018.

La población fue de 320 madres que acuden al servicio de CRED, se utilizó el programa Epidat y utilizando el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia con un error estimado de 0,05 % y confiabilidad de 95 % dando como resultado un tamaño de muestra de 170 madres.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Mujeres que se encuentran dentro de los 12 primeros meses de postparto, sin antecedente de depresión durante la gestación, con recién nacido sano, sin patología mental previa o patología física severa y madres que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Madres mayores de 12 meses Postparto, madres con diagnóstico previo de depresión, síndrome de Sheehan, hipotiroidismo, sordera, ceguera o enfermedad psiquiátrica, mujeres que se encontraban en duelo, en los últimos tres meses y las que no saben leer ni escribir y que no firmen el consentimiento informado.

Unidad de análisis (POBLACIÓN)

La unidad de análisis está representada por cada madre dentro de los 12 primeros meses de postparto que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

1.6.2. Tamaño de muestra.

La muestra en estudio fue constituida por 175 madres aproximadamente que fue determinada mediante el programa Epi Dat.

Para ello se utilizará la siguiente formula: (44)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{320 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(320 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 175$$

La muestra estuvo conformada por 175 madres

Selección de muestra (Muestreo)

- Unidad de análisis:

Mujeres dentro de los 12 primeros meses de postparto.

- Unidad de muestreo:

Consultorios CRED del Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco.

- **Tipo de muestreo:**

No probabilístico por conveniencia: Porque la muestra está formada por casos disponibles a los cuales tenemos acceso. Y se utilizará las encuestas de opinión de las cuales se seleccionará a los grupos más convenientes para emitir una opinión determinada.

CAPITULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Nivel y tipo de investigación.

2.1.1. Nivel de investigación

Nuestra investigación tiene un Nivel III, o también conocido como un nivel correlación. (45)

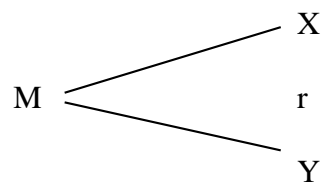
2.1.2. Tipo de investigación

La presente clasificación lo brinda el doctor y director actual de la escuela de Post Grado de la UNHEVAL Abner Fonseca Livias, en su libro titulado “investigación científica en salud con enfoque cuantitativo”: (46)

Según la intervención del investigador el estudio fue **observacional**. Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue **prospectiva**. Según el número de mediciones de la variable de estudio fue **transversal**. Según la cantidad de variable a estudiar el estudio es **analítico**.

2.2. Diseño de la investigación

Para efecto de la investigación se consideró el diseño correlacional: (47)



Dónde:

M = Población Muestral

X = La disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima

y = Depresión post parto

r = La relación

2.3. Técnicas de recolección y tratamiento de datos

2.3.1. Fuentes, técnicas y procesamiento de recolección de datos

La fuente es primaria por lo que se utilizó un cuestionario de 30 preguntas aplicado como encuesta a las madres de la población de estudio.

Se realizará la coordinación entre los investigadores, quienes solicitarán a las autoridades del Hospital Hermilio Valdizan Medrano para la recolección de datos. Una vez obtenidas la autorización por las autoridades, se realizará la encuesta, previamente antes de la recolección de datos se explicará y entregará el consentimiento informado y posterior a este se recolectará la información correspondiente al estudio.

La recolección de la información estará a cargo de los investigadores y ellos guiarán, supervisarán y resolverán las dudas y problemas en el momento de la recolección de datos.

2.3.2. Procesamiento, Análisis Y Presentación de Datos

2.3.2.1. Revisión De Datos

Una vez que se lleve a cabo la recolección de datos, se procedió a revisar cuidadosamente cada uno de los cuestionarios con el propósito de verificar que todas las preguntas hayan sido contestadas de acuerdo a las instrucciones.

2.3.2.2. Procesamiento De Datos

Se utilizó el software estadístico SPSS.V24, apoyado con el programa Microsoft Excel 2017.

2.3.2.3. Plan De Análisis De Datos

La información se registrará en un formato de captura (encuesta – ficha de recolección de datos) para almacenarse posteriormente en una base de datos (Microsoft Excel). Se utilizará el software SPSS.V20 apoyado con el Microsoft Excel. Se calculará las medidas de tendencia central (media en las variables cuantitativas), comparando las variables principales y considerando las diversas variables secundarias. Se tomará en cuenta un valor de $p < 0.05$, como nivel de significancia estadística y un intervalo de confianza del 95%.

Se utilizará para hallar significancia estadística, entre variables la prueba de Chi 2.

2.3.2.4. Presentación De Datos

Se utilizó tablas para representar los datos contenidos en los cuadros correspondientes.

2.3.2.5. Validación de instrumentos.

a) Validez y confiabilidad de datos

Se realizó lo siguientes procedimientos de validez y confiabilidad.

Validez de respuesta (piloto): Se aplicó una muestra piloto al 10% de la muestra con la finalidad de añadir algunas dimensiones o corregir en el instrumento.

Validez estadística: Se realizó el análisis estadístico, y la validez por el Alfa de Crombac.

Validez por jueces: La confiabilidad se evaluó sometiendo el cuestionario a juicio de 5 expertos quienes evaluaron de manera independiente la claridad, objetividad, actualización, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de las 30 preguntas, cuyo informe final fue el siguiente:

Expertos	Puntaje de Valoración
Med.Moro Morey,Luis Felipe	85%
Med. Céspedes Urrutia,Blanca	83.50%
Psic.Puente Farje,Jhovana	94%
Med. Segama Fabian, Rolando	82%
Psic.Jesús Torroco,Jann	80%
Promedio de Valoración	85%

1. Cada experto recibió una determinada información escrita acerca del propósito del estudio, objetivos, hipótesis, operacionalización de las variables, entre otros.
2. Cada experto recibió cuatro fichas, las cuales incluyeron, hoja de instrucciones para la evaluación por jueces, hojas de respuesta de la

validación por jueces, juicio de expertos sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta y una constancia de validación junto con un oficio.

3. Se recogió la opinión de los expertos y se tomaron las suficientes decisiones: los ítems donde existieron observación o recomendaciones, fueron modificados, replanteados y nuevamente validados, de acuerdo con la opinión de los expertos.

Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos:

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del estudio, se realizó por conveniencia realizar la validez de consistencia interna para el cual emplearemos el KR 20 ya que conllevará respuesta de tipo dicotómica.

CAPITULO III

3. PRESENTACION DE RESULTADOS

3.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Características epidemiológicas de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

CARACTERISTICAS	F	%
ESTADO CIVIL		
Soltera	26	15,30
Casada	36	21,20
Conviviente	107	62,90
Separada	1	0,60
LACTANCIA MATERNA		
Lactancia materna exclusiva	150	88,20
Lactancia artificial	4	2,40
Lactancia Mixta	16	9,40
EDAD MATERNA X±DS	28,12 ± 7,12	
TIEMPO DE POST PARTO (meses) X±DS	8,07 ± 3,97	

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Tabla 2. Características de la disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

CARACTERISTICAS	F	%
DISFUNCION FAMILIAR		
No disfunción familiar	121	71,20
Si disfunción familiar	49	28,8
PARIDAD		
Primípara	86	50,60
Múltipara	84	49,40
TIPO DE AUTOESTIMA		
Positiva	146	85,90
Negativa	24	14,10
DEPRESION POST PARTO		
Si	31	18,20
No	139	81,80

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

3.2. Resultados inferenciales

Tabla 3. Análisis bivariado. Asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en el periodo del 2018.

CARACTERÍSTICA	DEPRESION POSTPARTO				P	RP	IC 95% RP	
	Si		No				Inf	Sup
	Número	%	Número	%				
DISFUNCION FAMILIAR								
No disfunción familiar	11	35,48	110	79,14	0,000 ^a	4,49	2,33	8,66
Si disfunción familiar	20	64,52	29	20,86				
PARIDAD								
Primípara	13	41,9	73	52,50	0,287 ^a	0,71	0,33	1,35
Múltipara	18	58,1	66	47,50				
TIPO DE AUTOESTIMA								
Positiva	11	35,5	135	97,10	0,000 ^a	11,06	6,09	20,07
Negativa	20	64,5	4	2,90				
EDAD MATERNA X±DS	28,12 ± 7,12			0,089 ^b				
TIEMPO DE POST PARTO (meses) X±DS	8,07 ± 3,97			0,017 ^b				

a: Prueba de Chi cuadrado

b: U de Mann-Whitney

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Resultados:

- ✓ Se presenta en la tabla 1 las características epidemiológicas de las madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco resaltando que la gran mayoría son convivientes (62,90%); así mismo podemos evidenciar que el total de las madres la mayoría dieron una lactancia materna exclusiva (88,20%).
- ✓ Se presenta en la tabla 2 de la disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, podemos expresar que la mayoría de las madres (71,20%) no presentaron disfunción familiar; de la misma forma la mayoría de ellas presentaron niveles positivos de autoestima (85,90%). Así mismo un porcentaje alto no presentaron depresión post parto (81,80%).
- ✓ Se presenta en la tabla 3 el Análisis bivariado Análisis bivariado. Asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en donde se encontró asociación con significancia estadística entre la disfunción familiar (X^2 P de 0,000), tipo de autoestima (X^2 P de 0,000) y tiempo de post parto (U de Mann-Whitney P de 0,017) con la depresión post parto.

CAPITULO IV

4. DISCUSION

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, que mediante Resolución Ministerial N°0644-93-S y a través de resolución Directoral 474-2005-GR-HCO-DRS-DG-DSP-DSS el cual resuelve que califica como categoría Hospital II-2 y su nivel de atención es de mediana complejidad; a su vez es un órgano desconcentrado de servicio público que depende de la Dirección de la Red de salud Huánuco. Presenta una Estructura Orgánica distribuida en Órganos de: Dirección, Control, Asesoramiento, Apoyo y de Línea los que contribuyen al logro de los objetivos, Misión y Visión de la región. En cuanto a su accesibilidad es un Hospital de referencia Local, Regional y Nacional, atendiendo a la población de menores recursos económicos sin restricción ya que cuentan con el Seguro integral de Salud (SIS). El estudio se realizó en el [Programa de CRED \(Crecimiento y Desarrollo Humano\)](#) del Servicio de Enfermería de Programas Estratégicos Preventivo y Promocionales, donde al año se reportaron 4,087 atenciones, un promedio de 14 atenciones por día y de 340 atenciones por mes. (48)

Nuestra investigación demuestra que existe Asociación entre disfuncionalidad familiar con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Para Louro Bernal en su revisión La familia en la determinación de la salud, “la familia es el elemento de la estructura de la sociedad, responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad

de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial” (49). La interacción entre los miembros es tan cercana que la modificación de uno de sus integrantes ejerce cambios en los otros y en consecuencia en toda la familia (50). La familia es para la púérpera un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad; las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud; la vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra la depresión post parto (49). Entonces la disfuncionalidad familiar empeora más las situaciones adversas que podrían suscitarse; esta alteración condiciona nula actitud negociadora, escasa atención a las opiniones y sentimientos de los demás miembros, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas, y los roles de los integrantes no son para nada claras (51) (52). En nuestro país los datos parecen menos concluyentes: [Miranda K.](#) (53) en su estudio titulado “Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en púérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega” encontró una asociación significativa entre la depresión puerperal y el poco apoyo afectivo familiar, de la misma forma [Alarcon D.](#) (51) en su tesis titulada “Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el hospital belén de Trujillo” manifestó que existe significancia entre ambas variables y por último la investigación llevada a cabo por [Urdaneta J.](#) también ratifica lo antes expuesto (54). Mientras que

[Sebastián](#) Romero et al (55); [Aumala T.](#), (56) y [Quispe Y](#) (57) obtienen resultados contrarios. Estos resultados talvez se deban al contexto socioeconómico ya que nuestro país que está en proceso de desarrollo aún existe pobreza y falta de educación por ende mayor violencia y disfuncionalidad familiar. Por lo tanto, se concluye que existe asociación entre depresión postparto y disfuncionalidad familiar.

Además, nuestra investigación demuestra que existe Asociación entre tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, ello puede explicarse que, hasta los primeros seis meses de embarazo, la autoestima parece aumentar, quizás por la idea de la maternidad y la oportunidad que esta ofrece de experimentar un sentido trascendental de la vida. Sin embargo, más allá de los seis meses, los diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales involucrados en la tarea de cuidar a un bebé podrían comenzar a tener un impacto adverso sobre cómo una mujer se ve a sí misma y a los demás, especialmente a su pareja. Dichos resultados concuerdan con los estudios llevados a cabo a nivel nacional por [Aramburú Pilar, Arellano Rosalyn, Jáuregui Sandra, Pari Lizbeth, Salazar Pablo, Sierra Oswaldo](#) en el estudio titulado “Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana” (58), así mismo también con el estudio llevado a cabo por [Huamán Cesar](#) titulado “Factores psicosociales predisponentes de depresión puerperal en el Hospital Tito Villar Cabeza. Bambamarca” (59). En el estudio llevado a cabo por [Beydoun et al.](#), se determinó que otro factor de riesgo menos estudiado, pero no por ello con menor importancia, es el

hecho de que la mujer sea víctima de violencia doméstica. Esto no solo afecta a la relación marital y familiar, sino que se perjudica la autoestima y la capacidad psicológica de la mujer para afrontar el nuevo rol como madre (60). Mientras que [Dois A](#) (61); [Sierra M](#) (62) y [Lorenzo A](#) (63) obtienen resultados contrarios. Los resultados que no coinciden tal vez se deban a que existe otro factor distinto al tipo de autoestima ya que empezar ser madre es una nueva etapa y con mayor responsabilidad.

Así mismo Nuestra investigación demostró que No existe Asociación entre la paridad con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. El mismo resultado es coincidente con [Latorre-Latorre, José](#) (64), [Moreno Zaconeta](#) (65) y [Cordova J](#) (66) que manifestaron que no hubo significancia. En contraste con los estudios de [Meléndez, Marianna; Díaz, Mardorys; Bohorjas, Lía; Cabaña, Alberto; Casas, Jeannette; Castrillo, Marlyn; Corbino, Johnny](#) en el estudio titulado Depresión posparto y los factores de riesgo que observó que las mujeres que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo de depresión posparto (67); [Belen V](#) (68) donde también encontró asociación entre ambas y el de [Choque V.](#) que señaló que la multiparidad es un factor asociado a la depresión posparto, con un número de hijos de 3 a 4. (69).

Entre las variables intervinientes encontramos que existe asociación entre el tiempo de post parto y Depresión Postparto. [Sheeder J, Kabir K, and Stafford B.](#) manifiesta la ratificación de dicha asociación, es así que no se debe olvidar que la salud mental materna durante los primeros meses de vida del niño es un componente primordial

para el logro de un buen un vínculo madre-hijo, donde se asentarán las bases de esta relación y la primera aproximación del niño a la vida (70), al tener la Depresión puerperal existen consecuencias negativas tanto a nivel del vínculo madre-hijo como en el desarrollo infantil, bien sea en términos emocionales, conductuales o cognitivos (71). Mientras [Romero Daniela](#) en su investigación titulada “Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados” encontró que las mujeres que se encontraron en un rango postparto de 9 a 12 meses presentaron mayores síntomas depresivos, sin embargo estos resultados no fueron estadísticamente significativos quizá porque la mayor parte de la muestra se encontraba en un rango postparto de 0 a 3 meses. (72)

CONCLUSION

- ✓ Existe Asociación entre disfuncionalidad familiar con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

- ✓ No existe Asociación entre paridad con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

- ✓ Existe Asociación entre el tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

RECOMENDACIONES

- ✓ Es en el primer nivel de atención donde los casos de disfunción familiar deben ser identificados y abordados según el esquema de 5 niveles de intervención familiar de acuerdo a la severidad de los problemas familiares (73), y con el objetivo de prevenir la aparición de síntomas depresivos en el posparto debe iniciar desde el embarazo en los controles prenatales.
- ✓ Si bien en nuestro estudio no existió Asociación entre paridad con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Se recomienda que estos hallazgos deben ser extrapolados con prudencia a otras poblaciones, dado que las diferencias culturales y sociales pueden influir en los resultados de cada región.
- ✓ Al existir Asociación entre el tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco los profesionales de salud encargados de la atención prenatal identificar la baja autoestima en las gestantes y dar el tratamiento oportuno, y así se pueda evidenciar síntomas depresivos en el puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarraigota I. Depresión generalidades y particularidades. Editorial Ciencias Médicas abril 2010. La Habana ;82(2): 63-73.127.
2. Organización Panamericana de la Salud. PAHO/NMH/17-005 Depresión y otros trastornos mentales comunes-Estimaciones sanitarias mundiales. Disponible en: <http://iris.paho.org>.
3. Jadresic E. Depresion post en el contexto del hospital. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017 Junio; 28(6): p. 10-12.
4. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum 2013; 27 (3). 2014 Junio; 27(3): p. 15-19.
5. Flores C, Milagros K. Factores socio familiares y violencia escolar en adolescentes de educación secundaria en la Institución Educativa N° 7096 Príncipe de Asturias de Villa el Salvador, noviembre 2016. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/ha>.
6. Zenteno D, María Elena. La Autoestima y como mejorarla. Rev. Vent. Cient. [internet]. 2017, vol.8, n.13, pp. 43-46. ISSN 2305-6010. Disponible en <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php>.
7. Gil C, Mariñelarena C. Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. Medicina naturista [Internet]. 2016 [citado 01 diciembre 2018];(10(1):30-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5302216.pdf>.

8. Arcela, C., Pierre, J., Vásquez, M., & Nicol, L. Frecuencia y características de la Depresión Postparto en el Distrito de Lambayeque. [tesis de pregrado]. [Lambayeque, Perú]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo;2017. Disponible en: <http://repositorio.unp>.
9. Frida, L. Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de Salud I-3 José Antonio Encinas, Puno 2014. [tesis de pregrado, Facultad de enfermería]. [Puno, Perú]: Universidad Nacional del Altiplano;2014.
10. Paloma, M., & Viviana, N. Necesidades de apoyo más frecuentes en lactancia materna que presentan las puérperas primigestantes los primeros 15 días posparto en una institución de salud de Bogotá en el segundo semestre del 2009. [tesis Bachiller, Facultad de Enfermería).
11. Sefogah PE, Samba A. Prevalencia y predictores claves de depresión perinatal entre mujeres posparto en Ghana. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Febrero; 1(2).
12. Izquierdo S. Factores favorecedores de la depresión postparto en primíparas. 2019. Tesina para optar el grado de enfermera.
13. D R. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2017 Junio; 82(2): p. 72-75.
14. Contreras Y. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2017 Mayo; 43(1): p. 45.
15. Loor N. Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades

- Mariana de Jesús en el periodo del 1 Marzo al 15 Abril del 2016. 2016. [Tesis de fin de grado] Guayaquil, Ecuador.
16. Simbaña JM, Tatamues O. Protocolo de actuación ante la depresión postparto en madres de recién nacidos hospitalizados. Hospital de Tulcan. Durante el periodo agosto a octubre 2016. 2017. [Tesis Doctoral]. [Quito, Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
 17. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? Anales de la Facultad de Medicina. 2012 Marzo; 70(2): p. 115-120.
 18. Almanza J, Salas CL, Olivares ÁS. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. Rev.Sanid Milit Mex. 2012 Abril; 65(33): p. 78-86.
 19. Quispe Huanca EL. Depresión postparto y factores gineco-obstétricos y sociodemográficos asociadas a puérperas en edad fértil ideal y edades extremas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Emergencia Grau. 2019. Tesis para optar el grado de cirujano médico. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
 20. Delgado SJ. Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión post parto en puerperas atendidas en el Hospital II EsSalud Cajamarca. 2019. Tesis para optar el título profesional de obstetra. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA.

21. Alarcon DL. Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo. 2016. Tesis para optar el título de cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO.
22. Moreno LN, Carrión JP. Frecuencia y características de la depresión postparto en el distrito de Lambayeque. 2016. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
23. Aguilar E. Medina K. Prevalencia y factores que influyen en la depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el hospital regional Honorio delgado Espinoza de Arequipa. 2014. Tesis de pregrado. Universidad Católica de Santa María.
24. Toro ML. Frecuencia y niveles de depresión post parto en madres atendidas en el Hospital Goyeneche marzo 2014. 2014. Tesis de pregrado. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
25. Cárdenas M, Arnold K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017. Tesis para optar el grado de médico cirujano.
26. Condori E, Medina C. Prevalencia y factores que influyen en la depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el hospital regional honorio delgado espinoza de arequipa, en enero y febrero de 2013. 2014. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Católica.

27. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200: 357-64.
28. Enrique RMG. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas de la clínica good hope noviembre de 2015. [Tesis Doctoral]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma.
29. Navas W. Depresión postparto. *Revista médica de Costa rica y Centroamérica.* 2013 Junio; 70(608): p. 2-7.
30. OMS. Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto. 2016. Catalogación por la Biblioteca de la OMS.
31. Herrera DK. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia.* 2018 Junio; 3(1): p. 6-8.
32. Frida LT. Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno 2014. Universidad Nacional del Altiplano. 2014. Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería. Universidad del Altiplano.
33. De Paz Lozano J. Depresión postparto. 2015. [Trabajo de Fin de Grado en Enfermería]. [Madrid, España]: Universidad Francisco de Vitoria.
34. Arrebola A. La depresión postparto como problema de salud en la mujer. 2015. [Tesis de fin de grado] Enfermería. Universidad de Jaén.
35. Borrero I, Castro S. Frecuencia de depresión postparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2015. [Tesis de fin de grado]. Universidad de Cuenca Facultad de ciencias médicas Escuela de medicina.

36. Condori E, Medina C. Prevalencia y factores que influyen en la depresión post parto, en primíparas y multíparas atendidas en el hospital regional Honorio delgado Espinoza de Arequipa, en enero y febrero de 2013. 2014. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2013.
37. Atencia SM. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrion. 2015. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 22 de julio de 2018].
38. Sparisci M. Representación de la autoestima y la personalidad. 2013.
39. Latorre JF, Contreras LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Atención Primaria. 2006 Junio; 37(6): p. 332-8.
40. Molero KL, Urdaneta Machado JR, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2014 junio; 79(4): p. 294-304.
41. Córdova M. Funcionalidad familiar asociada a depresión en los adolescentes del Colegio Nacional Mixto 8 de diciembre de la parroquia san Pedro de la Bendita. 2016. [Tesis de fin de grado]. Universidad Nacional de Loja Facultad Medicina Humana.
42. Ortiz RA, Gallego Betancourt CX, Buitron EL, Meneses YD, Muñoz Fernandez NF. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un

- Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016 Mayo; 45(4): p. 253-61.
43. Suarez M. Apgar Familiar: Una Herramienta para detectar Disfunción Familiar. *Revista Médica La Paz*. 2014 Julio; 20(1): p. 54-56.
 44. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco* 2005. *Salud en Tabasco*. 2005 enero; 11(2): p. 333-338.
 45. Supo J. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. 2012 junio; 11(1).
 46. Fonseca Livias A. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Unheval, editor. Huanuco: Unheval; 2012.
 47. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev Mex Pediatr*. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
 48. Huanuco MHHVd. Plan operativo. [Online].; 2017 [cited 2018 Diciembre 01. Disponible en:
http://ftp.regionhuanuco.gob.pe/regulations/2015/1020000162015_1436536006.pdf.
 49. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003;29(1):48-51.
 50. Graza S. Relación entre funcionalidad familiar y nivel de violencia escolar en los adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes n°2053 Independencia 2012. Tesis de Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima-Perú. 2013.

51. Alarcon D. disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el hospital belén de Trujillo. 2016. Tesis para optar el grado de médico cirujano. UPAO.
52. Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Medicina Gen Integr.1997;13(6):591-5.
53. Miranda K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. 2018. Tesis para optar el grado de médico cirujano. UNMSM.
54. Urdaneta J. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2011 Junio; 76(2): p. 102-112.
55. Sebastián E, Mas N, Martín M, Raja Casillas MI, Izquierdo MJ, Valles Fernández N, et al. Depresión posparto en el Área de Salud de Toledo. Aten Primaria. 2000 Junio; 24(1): p. 215-9.
56. Aumala T. La depresión posparto y su asociación a estrés materno a causa de disfunción familiar en mujeres que cursan el puerperio posparto inmediato atendidas en la maternidad de corta estancia del centro de salud de Conocoto y el hospital san Francisco. 2016. Tesis para optar el grado de Ginecologo.
57. Quispe Y. Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresion postparto en el instituto nacional materno perinatal, enero a marzo del 2014. Tesis para optar el grado de obstetra.

58. Aramburú P, Arellano R. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2010 junio; 12(3): p. 1-5.
59. Huamán C. Factores psicosociales predisponentes de depresión puerperal en el Hospital Tito Villar Cabeza. Bambamarca. 2016. Tesis para optar el título de obstetra.
60. Veigas L. Factores de riesgo para depresión post parto. *Fisioterapia*. 2014 Junio; 6(2): p. 87-94.
61. Dois A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile*. 2012 Junio; 140(1): p. 719-725.
62. Sierra M. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. *Rev. med*. 2012 Junio; 1(1).
63. Lorenzo A. Factores de riesgo de la depresión posparto. *Fisioterapia*. 2014 Junio; 36(2): p. 87---94.
64. Latorre JF, Contreras LM, Herrán-Falla OF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. *Atención Primaria*. 2016 Junio; 37(6): p. 332-8..
65. A M. Depresión post parto. 2014. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2004; 69(3).
66. Cordova J. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉPERAS. 2017.

67. Meléndez, Marianna; Díaz, Mardorys; Bohorjas, Lía; Cabaña, Alberto; Casas, Jeannette; Castrillo, Marlyn; Corbino, Johnny. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, vol. 21, núm. 3, septiembre-diciembre, 2017, pp. 7-12 Universidad de Carabobo Bár.
68. Belen V. Depresion post parto. 2015.
69. Choque V. Factores relacionados con la depresión post -parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora [Tesis de pregrado] Lima, 2013.
70. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics* 2009; 123(6); e982-e988.
71. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48(4):269-78.
72. Romero D. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2017 Junio; 82(2).



ANEXOS
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
E.P MEDICINA HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ASOCIACION ENTRE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, PARIDAD Y TIPO DE AUTOESTIMA CON LA DEPRESION POSTPARTO EN MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO EN EL PERIODO DEL 2018.

INVESTIGADORES:
Matos Guzmán, Lincoln Edgar
Palomino Chávez, Gloria Aydée

A usted se le ha solicitado participar en este estudio. Antes que decida participar usted necesita tener información para que decida su participación voluntaria en el mismo. Su decisión de participar o no en este estudio, no afectará el servicio (atención médica) que se le brinde.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La depresión postparto preocupa a los organismos sanitarios por las negativas repercusiones en la salud materna e infantil como suicidio e infanticidio en la madre y pobre desarrollo psicomotor en el niño.

El objetivo de esta investigación es estudiar si la Disfuncionalidad familiar, Paridad y Nivel de autoestima están asociados con la Depresión Postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, al conocer la cifra de mujeres con depresión postparto y cuántas viven en familias disfuncionales,

nos brinda una idea de la magnitud del problema y permitirá tomar medidas no solo para su detección y tratamiento, sino también para la prevención y promoción desde el primer nivel de atención en salud; sirviendo de base para estudios posteriores.

PARTICIPACIÓN:

Si usted accede participar en este estudio, únicamente contestará una encuesta anónima que se le proporcionará en físico.

RIESGOS Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO: No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El beneficio es que la información será enviada al servicio de Psicología. Así mismo nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional, implementando programas de educación en salud mental dirigida al grupo de riesgo (entorno familiar) y poder prevenir posteriores depresiones post parto.

COSTO DE LA PARTICIPACION

La participación en este estudio no tiene ningún costo para usted, puesto que todos los materiales a utilizar serán brindados por parte del investigador. El cuestionario es tomado previa autorización del Director del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco y el permiso del servicio de CRED y se realizará durante los periodos de espera a la cita programada sin interrumpir sus controles de su menor hijo(a).

CONFIDENCIALIDAD

Toda información obtenida en el estudio será completamente confidencial, solo el investigador conocerá los resultados y la información. En ninguna publicación se mencionará su nombre, pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que puedan identificarla serán manejados confidencialmente asignándole un número a cada participante y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc.

REQUISITOS DE LA PARTICIPACIÓN

Las candidatas que se incluirán en la población de estudio son mujeres que se encuentran dentro de los 12 primeros meses de postparto y las que firmaron el consentimiento informado la cual indica que su participación en el estudio es voluntariamente.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO

Usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad o que represente alguna consecuencia negativa. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Su firma en este documento significa que usted ha decidido participar, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento informado.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA

Yo he sido informada de los objetivos del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación del estudio es gratuita. He sido informada de la forma como se realizará el estudio y de cómo se tomará os cuestionarios.

Estoy enterada también que puedo o no participar del estudio, y estando participando puedo retirarme del estudio en el momento en el que lo considere necesario sin que esto represente alguna penalidad o consecuencia negativa.

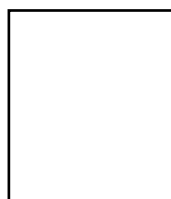
Por lo anterior acepto participar en la investigación, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Apellidos y Nombres:

.....

DNI:

Firma:



DECLARACIÓN DEL ENCUESTADOR

Yo,.....con

DNI número.....

Certifico que este estudio ha sido explicado a la paciente arriba mencionada, quién ha comprendido el propósito del mismo, los posibles riesgos y beneficios y que en el momento que lo desee puede comunicarse conmigo.

FIRMA

FECHA:/...../2018

ANEXO 2:

ENCUESTA ANÓNIMA

Instrucciones: El objetivo de esta encuesta es estudiar la disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima asociada a la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Los datos que proporciones serán confidenciales. No hay respuestas correctas ni equivocadas.

Responde de acuerdo a tu opinión sincera y de antemano se le agradece su colaboración.

I. CUESTIONARIO

Instrucciones: Llene o Marque con X cada una de las preguntas mostradas a continuación:

1) Edad actual:años

2) ¿Cuál es su estado civil actual?

- 0: Soltera
- 1: Casada
- 2: Conviviente
- 3: Separada
- 4: Divorciada
- 5: Viuda

3) ¿Cuántos meses y/o años de vida tiene su menor hijo (a)?

.....

4) ¿Durante los primeros 6 meses de vida de su menor hijo (a) la lactancia fue:

- () 1: Lactancia materna exclusiva
- () 2: Lactancia artificial (fórmula maternizada), especificar por qué motivo:

() 3: Lactancia mixta

5) Ud. es madre por primera vez? SI () NO ()

0: SI (primigesta)

1: NO (multípara)

II. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

APGAR familiar

Te presentamos unas frases que expresan tu percepción acerca de la familia. Responde las preguntas, marcando (X) sobre los casilleros que representen tu opinión.

APGAR FAMILIAR

	NUNCA	CASINUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
ESCALA 0: Nunca					
6. Estoy satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa					
7. Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo.					
8. Mi familia acepta mi opinión para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.					
9. Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza.					
10. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos.					

- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

III. DEPRESIÓN POSPARTO

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE)

Instrucciones: Queremos saber cómo se siente; por favor marque con una X la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

11) He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre (0)
- No tanto ahora (1)
- Mucho menos (2)
- No, no he podido (3)

12) He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre (0)
- Algo menos de lo que solía hacer (1)
- Definitivamente menos (2)
- No, nada (3)

13) Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- Sí, la mayoría de las veces (3)
- Sí, algunas veces (2)
- No muy a menudo (1)
- No, nunca (0)

14) He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada (0)
- Casi nada (1)

Sí, a veces (2)

Sí, a menudo (3)

15) He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante (3)

Sí, a veces (2)

No, no mucho (1)

No, nada (0)

16) Las cosas me superaban, me sobrepasaban (me siento agobiada)

Sí, la mayor parte de las veces (3)

Sí, a veces (2)

No, casi nunca (1)

No, nada (0)

17) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces (3)

Sí, a veces (2)

No muy a menudo (1)

No, nada (0)

18) Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre (3)

Sí, bastante a menudo (2)

No muy a menudo (1)

No, nada (0)

19) He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre (3)

Sí, bastante a menudo (2)

Sólo en ocasiones (1)

No, nunca (0)

20) He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo (3)
 A veces (2)
 Casi nunca (1)
 No, nunca (0)

IV. NIVEL DE AUTOESTIMA

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
21	Me siento una persona tan valiosa como las otras.	1	2	3	4
22	Generalmente me inclino a pensar que soy una fracasada.	1	2	3	4
23	Creo que tengo algunas cualidades buenas.	1	2	3	4
24	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	1	2	3	4
25	Creo que no tengo mucho de qué estar orgullosa.	1	2	3	4
26	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.	1	2	3	4
27	En general me siento satisfecha conmigo misma.	1	2	3	4
28	Me gustaría tener más respeto por mí misma.	1	2	3	4
29	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.	1	2	3	4
30	A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 3
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	FUENTE
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿La disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima están asociados a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>-¿La disfuncionalidad familiar, esta asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco?</p> <p>-¿La paridad está asociado a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>-Evaluar la asociación entre disfuncionalidad familiar con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.</p> <p>-Estimar la asociación entre paridad con la depresión posparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>La disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima están asociados a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>-La disfuncionalidad familiar, está asociada a la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Depresión postparto</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTE S</p> <p>-Disfuncionalidad familiar</p> <p>-Paridad</p> <p>-Tipo de autoestima</p>	<p>Depresión Postparto Indicador: Nivel de sintomatología depresiva en la escala de Edimburgo mayor o igual a 13 puntos</p> <p>Disfuncionalidad familiar Indicador: Nivel de sintomatología de disfunción familiar en la escala de APGAR. No D.Familiar:18-20puntos DF leve:14-17 puntos DFmoderada:10-13 puntos DF severa: menor o igual a 9 puntos</p>	ENCUESTA

