



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Trabajo Académico**

Depresión materna y apego madre-hijo en puérperas de un Hospital  
Regional de Huancayo, 2023

**Para optar el Título de**

Especialista en Cuidado Enfermero en Neonatología

**Presentado Por:**

**Autora:** Gomez Miranda, Karina Eva

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-5142-7972>

**Asesora:** Dra. Cárdenas De Fernández, María Hilda

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7160-7585>

**Línea de Investigación General**

Salud, Enfermedad y Ambiente

**Lima – Perú**

**2023**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

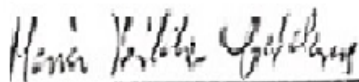
Yo, Gomez Miranda, Karina Eva, Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Neonatología de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado “Depresión materna y apego madre-hijo en púerperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023”, Asesorado por la asesora Docente Dra. Cardenas De Fernandez, Maria Hilda, CE N° 114238186, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7160-7585>, tiene un índice de similitud de 20 (Veinte) %, con código oid:14912:333755631, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor(a)  
 Gomez Miranda, Karina Eva  
 DNI N° 40913800



.....  
 Firma de la Asesora  
 Dra. Cardenas De Fernandez, Maria Hilda  
 CE N° 114238186

Lima, 12 de Octubre de 2023

## **DEDICATORIA**

A Dios a mis padres por darme el apoyo en mi superación personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

El presente proyecto de investigación primeramente agradezco a Dios por darme toda la sabiduría y fortaleza necesaria de poder culminar la especialidad.

Agradezco a mis padres por ser mi apoyo constante en mi vida, permitiéndome alcanzar éxitos personales profesionales y laborales.

Expreso mi agradecimiento a la UNIVERSIDAD NORBERT WIENER por el gran equipo de profesionales en mi formación como especialista neonatal y por el apoyo brindado y todas las bendiciones.

**Asesora: Dr. Cárdenas De Fernández, María Hilda**  
**Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7160-7585>**

## **JURADO**

**Presidente** : Dra. Gonzales Saldaña, Susan Haydee

**Secretario** : Dra. Uturunco Vera, Milagros Lizbeth

**Vocal** : Mg. Pretell Aguilar, Rosa Maria

## ÍNDICE GENERAL

<b>1.El Problema</b> .....	i
1.2. Planteamiento del problema.....	1
1.2.Formulacion del problema.....	3
1.2.1.Problema general.....	3
1.2.2.Problema específico.....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2.Objetivo especifico.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	4
1.4.1.Teórica.....	4
1.4.2.Metodologica.....	5
1.4.3.Práctica.....	5
1.5. Delimitación de la investigación.....	5
1.5.1.Temporal.....	5
1.5.2.Espacial.....	5
1.5.3.Población.....	5
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	6
2.1.Antecedentes.....	6
2.2. Bases teóricas.....	9
2.3.Formulación de hipótesis.....	16

2.3.1.Hipotesis general.....	16
2.3.2. Hipotesis específicas.....	16
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
3.1. Método de la investigación.....	18
3.2. Enfoque de la investigación.....	18
3.3. Tipo de investigación.....	18
3.4. Diseño de la investigación.....	19
3.5. Población, muestra y muestreo.....	19
3.6. Variable y operalización.....	22
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
3.7.1.Técnica.....	25
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	25
3.7.3 Validación.....	26
3.7.4. Confiabilidad.....	26
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	26
3.9.Aspectos éticos.....	27
<b>4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>28</b>
4.1.Cronograma de actividades.....	28
4.2. Presupuesto.....	29
<b>5. REFERENCIAS.....</b>	<b>30</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>38</b>
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	39
Anexo 2. Instrumentos.....	41



Anexo 3. Formato de consentimiento informado.....	44
Anexo 4. Informe de originalidad.....	45

## **RESUMEN**

La presente investigación titulado “Depresión materna y su relación con el apego madre - niño en puérperas de un hospital público de Huancayo, 2023, tuvo como objetivo principal determinar la relación existente de la depresión materna y el apego de la madre y el niño en puérperas hospitalizadas, su estudio es de un enfoque cuantitativo, aplicada, correlacional, de corte transversal, observacional. La población estará conformada por 150 puérperas. La técnica utilizada fue la encuesta. El instrumento que se utilizara fue “Escala de Depresión Materna” que es una adaptación del “Edinburgh Postnatal Depression Scale”, y para valorar el apego madre niño se utilizara Escala de Massie – Campbell respuesta del niño frente la madre. Los datos serán procesados en Excel y luego analizados en el SPSS, las hipótesis serán contrastadas con la prueba de Spearman. Durante todo el desarrollo de la investigación se mantendrá una conducta ética haciendo cumplir los principios bioéticos universales

**Palabras clave:** Depresión materna, apego madre-hijo, puérperas.

## **ABSTRACT**

The present research entitled “Maternal depression and its relationship with mother-child attachment in puerperal women from a public hospital in Huancayo, 2023, had as its main objective to determine the existing relationship between maternal depression and the attachment of mother and child in puerperal women. hospitalized, its study is a quantitative, applied, correlational, cross-sectional, observational approach. The population will be made up of 150 postpartum women. The technique used was the survey. The instrument used was the “Maternal Depression Scale”, which is an adaptation of the “Edinburgh Postnatal Depression Scale”, and to assess mother-child attachment, the Massie-Campbell Scale, the child's response to the mother, was used. The data will be processed in Excel and then analyzed in SPSS, the hypotheses will be contrasted with the Spearman test. Throughout the development of the research, ethical conduct will be maintained, enforcing universal bioethical principles.

**Keywords:** Maternal depression, mother-child attachment, puerperal women

# **1. EL PROBLEMA**

## **1.1. Planteamiento del problema**

Según la Organización mundial de la salud (OMS), los trastornos depresivos se caracterizan por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración (1). La promoción, la prevención y el tratamiento oportuno de la depresión materna puede ayudar a detectar oportunamente este problema (2). Por lo que La depresión puede ser duradera o recurrente, lo que afecta sustancialmente la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo o para hacer frente a la vida diaria (3). Siendo una de las patologías más comunes a nivel mundial, y que afecta aproximadamente a más de 300 millones de personas, y el grupo más vulnerable son mujeres (4).

Según estadísticas efectuadas, uno de los periodos donde es más frecuente y vulnerable la mujer es en el embarazo y puerperio, afectando principalmente a las embarazadas de bajos ingresos económicos (5). La depresión en madres de recién nacidos es un trastorno efectivo que se caracteriza por: un estado de ánimo abatido, interés o placer notablemente disminuido en una actividad, alteración del apetito, del sueño, agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad, disminución de la preocupación o incapacidad para realizar sus actividades de manera insidiosa (6).

Por lo que las madres con depresión experimentan sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y agotamiento que le impide establecer una relación cercana y protectora con su hijo recién nacidos (7). Las madres al sentirse tristes, desesperanzadas, vacías y abrumadas, se ven impedidas de reconocer las señales de sus hijos y no están interesadas en la interacción social; asimismo son

indiferentes ante los comportamientos de sus bebés como: sonreír, vocalizar y reír, incluso rechazan el acercamiento del niño (8).

Las mujeres experimentan una depresión postparto entre un 3% y 6% en el embarazo siendo los síntomas de ansiedad y desánimo durante este ciclo con incremento de riesgo para adquirir un episodio de esta enfermedad, aproximadamente tiene una duración de dos a tres semanas y presentándose en mujeres que han dado a luz entre un 50% y 80% (9).

Es importante resaltar que la depresión postparto ocasiona un trastorno afectivo después del nacimiento de su bebé ocasionando muchas veces rechazo, desánimo, culpa, ansiedad, sensación de no ser buena madre, sensación de infelicidad o melancolía. A nivel mundial se observa un 15%, y en Latinoamérica un 56 %, en el Perú se nota una incidencia de 24.1% de depresión post parto, su inicio ocurre las 6 primeras semanas después del parto y se caracteriza con ansiedad intensa y preocupación excesiva e incapacidad de alimentar y atender a su bebé (10).

En un estudio desarrollado en Toronto, EE.UU., Badovinac S, halla que los problemas depresivos en la madre vulneran la capacidad de forjar un óptimo apego con su hijo; las madres deprimidas se ven a sí mismas como deficientes en habilidades, desempeño, inteligencia y fuerza para reconocer y atender las necesidades de sus bebés, a la vez tienen dificultades para responder adecuadamente a sus señales. Las madres deprimidas con insensibles no pueden "leer" las señales de sus bebés, y tienden a interactuar de acuerdo con sus propios pensamientos y sentimientos, necesidades y deseos (11).

En una investigación desarrollada en nuestro país, en Arequipa, Masías M, Arias W, determina que el 45% de las puérperas presentan depresión post - parto que afecta al vínculo madre – niño; las madres deprimidas no sienten ninguna satisfacción al tener contacto físico con su hijo y les

disgusta tener que afrontar las necesidades del niño, no perciben afecto por su hijo y se muestran apáticas a sus necesidades; estas madres no aceptan a sus bebés ni reconocen que cuidar de los bebés conlleva responsabilidades; como siempre están de mal humor no dan muestras de afecto al niño (12).

En el Hospital Regional de Huancayo, en el servicio de neonatología se puede observar madres que presentan síntomas de problemas emocionales como: mal humor, pesimismo, autocrítica, dificultad para concentrarse, ansiedad, dolores de cabeza y mareos; las madres con estos problemas, tienen dificultades para atender a sus hijos; al estar permanentemente irritables no pueden interpretar la señales y comprender las necesidades de sus hijos; es notable el inadecuado apego que surge entre ellas y sus hijos; estas circunstancias no favorecen la recuperación de los niños, por todo lo anterior se formula el siguiente estudio de investigación

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general.**

¿Cómo Depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

¿Cómo la dimensión problemas emocionales de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?

¿Cómo la dimensión problemas cognitivos de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?

¿Cómo la dimensión problemas motivacionales de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?

¿Cómo la dimensión problemas físicos de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la Depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar la dimensión problemas emocionales de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional

Describir la dimensión problemas cognitivos de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional.

Identificar la dimensión problemas motivacionales de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional.

Describir la dimensión problemas físicos de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

La investigación será un aporte de alto valor teórico que servirá para llenar el vacío de conocimiento que existe sobre los problemas emocionales en el postparto y como este afecta el vínculo de apego madre-hijo, este marco teórico será actualizado y podrá servir de consulta para realizar estrategias basadas en la teoría que ayude a mejorar el cuidado en las salas de puerperio y de neonatología con el fin de fortalecer el vínculo madre-hijo y prevenir los problemas depresivos que suelen aparecer en el postparto, la investigación se fundamentara en la teoría del apego, por el Psicólogo John Bowlby y en el modelo conceptual de enfermería basado en el rol maternal creado por Ramona Mercer para ser aplicado en esta investigación .

### **1.4.2. Metodológica**

El aporte metodológico del estudio será de importancia para la línea de investigación salud y bienestar al identificar la relación entre las variables en estudio por otra parte los resultados podrán servir de referencia para realizar el diseño de protocolos para el cuidado de la puérpera y de esta manera controlar los problemas emocionales que pueden desencadenar complicaciones que interfieran el vínculo madre-hijo, asimismo servirá de antecedente a otras investigaciones relacionadas con estas variables

### **1.4.3. Práctica**

Después de finalizada la investigación y de acuerdo a sus resultados será posible sugerir la creación de un programa que controle y reduzca la depresión materna; se implementarán acciones que den consejería y ofrezcan terapia psicológica oportuna a las madres para que puedan superar

sus problema depresivos y alcancen un adecuado apego con sus hijos; la intervenciones entrenaran a la madre en el uso de diversas estrategias para superar los episodios depresivos; de esta manera se podrá alcanzar un mejor apego madre – niño que favorecerá el desarrollo infantil y la adaptación exitosa del niño a su entorno familiar y social. Todo esto incidirá en el incremento del bienestar de la madre y el niño atendidos en el Hospital Regional de Huancayo

## **1.5. Delimitación de la investigación**

### **1.5.1. Temporal.**

El estudio se ejecutará entre los meses de mayo a diciembre del 2023.

### **1.5.2. Espacial.**

Unidad de neonatología del Hospital Regional de Huancayo -Perú.

### **1.5.3. Población o unidad de análisis**

Puérperas con Recién nacidos en el área de neonatología



## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **Internacional**

Lutkiewicz, et al., (14) desarrollaron una investigación con el objetivo de “Determinar la relación entre el vínculo materno y el estado psicológico materno, incluidos la ansiedad, el estrés y los síntomas depresivos maternos”; el estudio fue de analítico de cohortes y empleo una muestra de 150 mujeres que dieron a luz después de 37 semanas de embarazo a las que se les administró el Cuestionario de vínculo posparto (PBQ) y la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS); entre los resultados se destaca que los síntomas depresivos posparto y el estrés materno se asocian significativamente con el proceso de vinculación materno-infantil en el período posparto temprano. Asimismo, demuestran que: el estado de ánimo bajo, la falta de alegría, poca energía, baja autoestima, trastornos del sueño, cambios de humor, cambios en el apetito, miedo a lesionarse, preocupaciones serias sobre el bebé, tristeza, llanto, sensación de duda, dificultad para concentrarse, falta de interés en las actividades diarias, los pensamientos de muerte y suicidio dificultan las interacciones madre-hijo y reduce el nivel de sensibilidad hacia el niño.

Leahy, et al., (15) realizan una investigación con el objetivo de “Establecer las relaciones entre el apoyo social, el apego de la madre al bebé y los síntomas depresivos de las madres con bebés prematuros dentro de los primeros 12 meses posteriores al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”; el estudio fue correlacional de corte transversal; se empleó una muestra de 140 madres de bebés prematuros, los datos se recopilaban mediante una encuesta en línea de cuatro partes que incluyó el Cuestionario de apoyo social perinatal (PICSS), la Escala de apego maternal postnatal (MPAS) y la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS); entre los resultados

se remarca que la depresión materna se asoció con un menor apego materno general y un menor apoyo social funcional general; asimismo en la madres deprimidas son frecuentes los pensamientos obsesivos sobre el cuidado y la salud del bebé; la sintomatología comienza en las primeras semanas o meses después del nacimiento; las responsabilidades de cuidado del niño se tornan en abrumadoras, hay separación emocional y física.

Sugishita, *et al.*, (16) ejecutan una investigación con el objetivo de “Verificar el impacto de una intervención del apego de madre a hijo en la depresión posparto”; el estudio fue correlacional múltiple, se empleó una muestra de 157 madres de donde se dividió en un agrupo experimental y otro grupo control; el grupo de intervención se implementaron diversos procedimientos de afianzamiento del apego, se utilizó la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) y la Escala de vinculación madre-bebé (MIBS); entre los resultados se destaca que la invención de fortalecimiento del apego reduce la sintomatología depresiva en la madre; asimismo, las madres deprimidas se ven imposibilitadas de consolar el llanto del niño y no pueden aliviar de forma efectiva la angustia de su hijos porque no posee la disposición emocional para esto, la madre también duda de su capacidad para cuidar a su bebe. La calidad del apego que un bebé desarrolla con su madre está determinada por la respuesta de la madre al bebé cuando el sistema de apego del bebé se activa, cuando los sentimientos de seguridad y protección del bebé se ven amenazados; como cuando está enfermo, emocionalmente alterado o asustado, los bebés pueden anticipar las respuestas específicas de sus madres a su angustia y moldean sus comportamientos a la posible respuesta esperada.

**Nacional:**

Castro (16) 2021 en Perú realizó un estudio y su objetivo fue “conocer la relación entre la depresión perinatal y el vínculo madre-bebé”, un estudio exploratorio aplicado a los trabajos que relacionan dichas variables. Se utilizó como método la revisión documental utilizando el lineamiento de PRISMA (Urrutia y Bonfill, 2010) en las bases de datos electrónicas APA PsycNet, PsycDoc, Scopus, ProQuest, Scielo, Springer Psychology y ScienceDirect ahí se seleccionaron los artículos y/o investigaciones que midieron la depresión perinatal y el vínculo madre-bebé. Según las evidencias se pudo observar que la depresión perinatal genera un impacto negativo en el vínculo madre-bebé y en el desarrollo socioemocional del niño. Se concluyó que existe una relación entre la depresión perinatal y el vínculo madre-bebé. Además, las investigaciones consultadas señalan que el vínculo madre-bebé se ve igualmente afectado cuando la depresión se manifiesta en la etapa prenatal y/o postparto.

Zeballos (17) 2020 en Arequipa Perú, su objetivo: “Analizar la asociación entre la depresión postparto y la violencia doméstica en mujeres de la ciudad de Arequipa, Perú”. Fue una investigación observacional de corte transversal se estudiaron a 288 puérperas. Se aplicó la escala de Edimburgo y el índice de violencia de pareja, se pudo observar que el 27,8 % de estas mujeres presentaron depresión postparto y que los factores asociados fueron las discusiones de pareja y la violencia física y no física. Se concluye que las discusiones de pareja y la violencia física se asocian a una mayor probabilidad de que las puérperas presenten depresión postparto.

Murillo (18) 2020 su objetivo fue “determinar el vínculo afectivo entre la madre primeriza y recién nacido en el servicio de puerperio en un Hospital de Lima, 2020”. Fue una investigación descriptiva se estudiaron 40 puérperas, se recolectó la información a través de la escala de evaluación relacional madres-recién nacido de Kimelman. Según el resultado se evidencia que el 74% de las madres primerizas tienen un vínculo de bajo riesgo relacional, el 26% de alto riesgo.

En la dimensión contacto visual el 70% tuvo un vínculo de bajo riesgo relacional, en vocalización el 80% bajo riesgo relacional, en tacto el 79% bajo riesgo relacional, sostén el 72% bajo riesgo relacional, en afecto el 71% bajo riesgo relacional y en proximidad el 76% bajo riesgo relacional. Se concluye que el vínculo afectivo entre la madre primeriza y recién nacido es de bajo riesgo relacional.

## **2.2. Bases teóricas**

### **Depresión materna**

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después del parto. Las madres con depresión posparto experimentan sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y agotamiento que pueden dificultarles completar las actividades de cuidado diario para ellas mismas y para su hijo recién nacido (19).

La depresión posparto no tiene una sola causa, pero probablemente sea el resultado de una combinación de factores físicos y emocionales. La depresión posparto no ocurre por algo que la madre hace o deja de hacer después del parto, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en el cuerpo de la mujer descienden rápidamente. Esto conduce a cambios químicos en su cerebro que pueden desencadenar cambios de humor. Además, muchas madres no pueden descansar el tiempo que necesitan para recuperarse por completo del parto. La privación constante del sueño puede provocar malestar físico y agotamiento, lo que puede contribuir a los síntomas de la depresión posparto (20).

### **Síntomas de la depresión materna**

Las más comunes que una mujer puede experimentar incluyen: sentirse triste, desesperanzado, vacío o abrumado, llorar con más frecuencia de lo habitual o sin motivo aparente, preocuparse o

sentirse demasiado ansiosa, sentirse de mal humor, irritable o inquieto, dormir demasiado o no poder dormir incluso cuando su bebé está dormido, tener problemas para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones, experimentar enojo o rabia perder interés en actividades que generalmente son agradables, sufrir dolores y molestias físicas, incluidos dolores de cabeza frecuentes, problemas de estómago y dolor muscular, comer muy poco o demasiado mucho, alejarse o evitar amigos y familiares, tener problemas para establecer vínculos afectivos o formar un vínculo emocional con su bebé, dudar persistentemente de su capacidad para cuidar a su bebé, pensar en hacerse daño a sí misma o a su bebé (21).

Los síntomas de esta afección son amplios y pueden variar de una mujer a otra. La “tristeza posparto” es un término que se usa para describir los sentimientos de preocupación, infelicidad y fatiga que muchas mujeres experimentan después de tener un bebé. Los bebés requieren mucho cuidado, por lo que es normal que las madres se preocupen o se cansen de brindar ese cuidado. La tristeza posparto, que afecta hasta al 80% por ciento de las madres, incluye sentimientos que son algo leves, duran una semana o dos y desaparecen por sí solos. Con la depresión posparto, los sentimientos de tristeza y ansiedad pueden ser extremos y pueden interferir con la capacidad de la mujer para cuidar de sí misma o de su familia (22).

Algunas mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto porque tienen uno o más factores de riesgo, como: síntomas de depresión durante o después de un embarazo anterior, experiencia previa con depresión o trastorno bipolar en otro momento de su vida un miembro de la familia que ha sido diagnosticado con depresión u otra enfermedad mental un evento de vida estresante durante el embarazo o poco después de dar a luz, como pérdida del trabajo, muerte de un ser querido, violencia doméstica o enfermedad personal, complicaciones médicas durante el parto, incluido el parto prematuro o tener un bebé con problemas médicos problemas, sentimientos encontrados sobre el embarazo, ya sea planeado o no planeado, la falta de un fuerte apoyo emocional de su cónyuge, pareja, familia o amigos, problemas de abuso de alcohol u otras drogas (23).

Sin tratamiento, la depresión posparto puede durar meses o años. Además de afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad para conectarse con su bebé y cuidarlo y puede causar que el bebé tenga problemas para dormir, comer y comportarse a medida que crece. Los familiares y amigos pueden ser los primeros en reconocer los síntomas de la depresión posparto en la madre. Pueden alentarla a hablar con un proveedor de atención médica, ofrecerle apoyo emocional y ayudarla con las tareas diarias, como el cuidado del bebé o el hogar (24).

Los signos y síntomas centrales como el mal humor, el pesimismo, la autocrítica y el retraso o la agitación parecen haber sido universalmente aceptados. Otros signos y síntomas que se han considerado intrínsecos al síndrome depresivo incluyen síntomas autonómicos, estreñimiento, dificultad para concentrarse, pensamiento lento y ansiedad. Las manifestaciones médicas de alteración autonómica, más comunes son: sofocos, taquicardia, disnea, debilidad, dolores de cabeza, frialdad y entumecimiento de las extremidades, dolores de cabeza frontales y mareos (25).

La queja principal puede tomar una variedad de formas: un estado emocional desagradable; un cambio de actitud hacia la vida; síntomas somáticos de naturaleza específicamente depresiva; o síntomas somáticos no típicos de la depresión. son "me siento miserable", "me siento desesperado", "estoy desesperado", "estoy preocupado por todo" (26).

A veces, la queja principal tiene la forma de un cambio en las acciones, reacciones o actitudes hacia la vida. Por ejemplo, un paciente puede decir: "ya no tengo metas", "ya no me importa lo que me suceda", "no veo ningún sentido para vivir". A veces, la principal queja es la sensación de inutilidad de la vida. A menudo, la queja principal del paciente deprimido se centra en algún síntoma físico característico de la depresión. El paciente puede quejarse de fatiga, falta de ánimo o pérdida de apetito. A veces, los pacientes se quejan de alguna alteración en la apariencia o las funciones corporales, o que comienzan a verse viejos o se ponen feos. Otros se quejan de algún síntoma físico dramático como, "mis intestinos están bloqueados" (27).

## **Factores que influyen en la depresión materna**

Aunque muchas teorías intentan explicar la causa de la depresión, la combinación de variables psicológicas, biológicas y culturales dificulta la identificación de cualquier causa. Además, es poco probable que haya una sola causa de depresión. La gran variabilidad en la manifestación de los síntomas, la respuesta al tratamiento y el curso de la enfermedad apoya la suposición de que la depresión puede resultar de una interacción compleja de causas. Por ejemplo, la predisposición genética a la enfermedad combinada con el estrés infantil puede provocar cambios significativos en el sistema nervioso central (SNC) que provocan depresión (28).

Es probable que estén involucrados múltiples genes, cada uno de los cuales tiene un papel pequeño pero sustancial en el desarrollo y la gravedad de la depresión. Por ejemplo, ciertos marcadores genéticos parecen estar relacionados con la depresión cuando se acompañan de maltrato en la primera infancia o antecedentes de acontecimientos vitales estresantes. En este caso, no existe ningún gen directamente relacionado con el desarrollo del trastorno del estado de ánimo. Existe un marcador genético asociado con la depresión en el contexto de eventos vitales estresantes. Uno de los aspectos más importantes para comprender el papel de la genética en relación con la enfermedad mental, como la depresión mayor, puede estar en los tratamientos farmacológicos (29).

Dos de los principales neurotransmisores implicados en el estado de ánimo son la serotonina (5-hidroxitriptamina [5HT]) y la norepinefrina. La serotonina es un importante regulador del sueño, el apetito y la libido. Por lo tanto, la disfunción del circuito de serotonina puede provocar alteraciones del sueño, disminución del apetito, disminución del deseo sexual, control deficiente de los impulsos e irritabilidad. La noradrenalina modula la atención y el comportamiento. Es estimulado por situaciones estresantes, que pueden resultar en un uso excesivo y una deficiencia de norepinefrina. Una deficiencia, un desequilibrio en comparación con otros neurotransmisores o una capacidad alterada para usar la norepinefrina disponible pueden resultar en apatía, capacidad de respuesta reducida o actividad psicomotora más lenta (30).

La característica neuroendocrina más estudiada en relación con la depresión ha sido la hiperactividad del eje cortical hipotalámico-pituitario-adrenal. Las personas con depresión tienen niveles aumentados de cortisol en orina y hormona liberadora de corticotropina elevada. El estradiol, una forma de estrógeno, afecta los receptores sensibles a la serotonina en las áreas del cerebro responsables del estado de ánimo (31).

En la teoría cognitiva, la suposición subyacente es que los pensamientos de una persona resultarán en emociones. Si una persona ve la vida de manera positiva, experimentará emociones positivas, pero la interpretación negativa de los eventos de la vida puede resultar en tristeza, enojo y desesperanza. Los teóricos cognitivos creen que las personas pueden adquirir una predisposición psicológica a la depresión debido a experiencias tempranas de la vida. Estas experiencias contribuyen a procesos de pensamiento negativo, ilógico e irracional que pueden permanecer inactivos hasta que se activan durante momentos de estrés; las personas con depresión procesan la información de manera negativa y tienden a ignorar los aspectos positivos de sus vidas. Los pensamientos automáticos, negativos, repetitivos, no intencionados y no fácilmente controlables perpetúan la depresión (32).

### **Intervenciones de enfermería en la depresión materna**

La enfermera y el paciente identifican criterios de resultados realistas y formulan metas concretas, medibles, a corto y largo plazo. La planificación de la atención de los pacientes con depresión está orientada hacia los síntomas particulares y las metas personales. En todo momento, deben ser conscientes de la posibilidad de suicidio. La evaluación del riesgo de autolesión (o daño a otros) está en curso. Una combinación de terapia (cognitiva, conductual o interpersonal) y psicofarmacología es un enfoque eficaz para el tratamiento de la depresión materna. La seguridad es siempre la máxima prioridad (33).

Hay tres fases en el tratamiento y la recuperación de la depresión materna: La fase aguda está dirigida a la reducción de los síntomas depresivos y la restauración de la función psicosocial y



laboral. Es posible que se requiera hospitalización y se pueden iniciar medicamentos u otros tratamientos biológicos. La fase de continuación está dirigida a la prevención de recaídas mediante farmacoterapia, educación y psicoterapia específica para la depresión. La fase de mantenimiento está dirigida a la prevención de nuevos episodios de depresión. Dependiendo de los factores de riesgo de recaída, la medicación se puede eliminar o continuar (34).

Las enfermeras a menudo tienen dificultades para comunicarse con los pacientes sin hablar. Sin embargo, algunos pacientes con depresión son tan retraídos que no quieren o no pueden hablar y simplemente sentarse con ellos en silencio puede parecer una pérdida de tiempo o ser notablemente incómodos. A medida que aumenta su ansiedad, puede comenzar a soñar despierto, sentirse aburrido y creer que debería estar haciendo algo. Es importante estar consciente de que este tiempo puede ser significativo, especialmente si tiene un interés genuino en aprender y apoyar al paciente con depresión (35).

A nivel celular, los trastornos del estado de ánimo son causados por problemas con neurotransmisores. De ello se deduce que los medicamentos que alteran la química del cerebro son un componente importante en su tratamiento. La terapia con antidepresivos es una estrategia eficaz para la mayoría de los casos de trastorno depresivo mayor, especialmente en los casos graves. Una combinación de psicoterapias y terapia antidepresiva es superior a la psicoterapia o al tratamiento psicofarmacológico solo (36).

El ejercicio tiene efectos biológicos, sociales y psicológicos sobre los síntomas de la depresión. Las investigaciones muestran que el ejercicio aumenta la disponibilidad de serotonina en el cerebro. También se ha demostrado que reduce la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenocorticoide (HPA), que se cree que es demasiado activo en la depresión. Las personas con depresión que hacen ejercicio regularmente informan que sienten un estado de ánimo elevado y una mayor felicidad, y se involucran más socialmente (37).

La terapia interpersonal ayuda a las personas a reconstruir sus patrones de pensamiento y comportamientos negativos, lo que lleva a mejoras duraderas del estado de ánimo, también se centra en trabajar a través de las relaciones personales que pueden contribuir a la depresión. Las terapias de grupo ofrecen a los pacientes la oportunidad de socializar y compartir sentimientos y preocupaciones comunes, lo que disminuye los sentimientos de aislamiento, desesperanza, desamparo y alienación. Los grupos de terapia también proporcionan un entorno controlado en el que los pacientes pueden explorar sus patrones de interacción y respuesta a los demás, lo que puede contribuir o agravar su depresión (38).

### **Rechazo materno**

La madre que rechaza es aquella cuyo comportamiento hacia su hijo es tal que consciente o inconscientemente tiene el deseo de liberarse del niño y lo considera una carga, muestra una abierta aversión por el niño y definitivamente lo descuida (39).

La madre expresa aversión, resentimiento u odio por su hijo, expresado en términos como "Ojalá no hubiera nacido todavía" o "Me ha arruinado la vida"; ella ha expresado el deseo de una renuncia permanente al cuidado; ella ha experimentado el deseo de que el niño desaparezca - ocasionalmente sea robado, generalmente muere por síndrome de muerte súbita del lactante. Si una madre siente aversión por el bebé y traiciona un deseo de transferencia temporal de cuidados, se hace un diagnóstico de amenaza de rechazo; esto es útil como indicación clínica para tratamiento urgente (40).

En el niño rechazado existe maltrato emocional "Descuido emocional" significa una maternidad emocionalmente distante, que no responde a la necesidad del niño de consuelo y ayuda. El "abuso emocional" incluye el menosprecio y la humillación persistentes (comentarios hostiles, críticos o sarcásticos que transmiten a los niños que no valen nada y que no los aman, que los utilizan como chivos expiatorios, los aíslan, los ignoran, los explotan o los "aterrorizan") (41).

### **Depresión materna y secreción láctea**

La lactancia materna es menos común entre las madres deprimidas. Cuando las mujeres están deprimidas tienen menos probabilidades de iniciar o mantener la lactancia materna, la depresión posparto surge en la secuencia y puede resultar de la interrupción de la lactancia. La lactancia materna promueve condiciones y procesos hormonales y psicológicos que están inversamente asociados con la depresión posparto (42).

Las hormonas lactogénicas, oxitocina y prolactina, están asociadas con efectos antidepresivos y ansiolíticos, la lactancia materna puede tener un efecto protector sobre la salud psicológica materna porque atenúa las respuestas al estrés. La lactancia se ha asociado con respuestas de estrés atenuadas, especialmente la del cortisol. Sin embargo, el efecto antidepresivo de la lactancia es débil cuando la depresión se halla bien acentuada (43).

Las mujeres con depresión posparto experimentaron un sueño más deficiente que las mujeres sin depresión posparto, y la calidad del sueño empeoró con el aumento de la gravedad de los síntomas de depresión posparto. Los patrones de sueño materno se mejoran con la lactancia, mientras que esta desregulación puede causar depresión posparto. Las madres que amamantaban deprimidas tienen menos probabilidades de tener bebés con temperamentos altamente reactivos, la lactancia materna puede actuar como un protector contra el maltrato materno-infantil, especialmente la negligencia infantil, ya que la depresión es el mejor predictor de maltrato y negligencia infantil (44).

**Dimensión de problemas emocionales:** Cuando sentimos que las circunstancias sobrepasan nuestras posibilidades de hacerles frente exitosamente al problema, es cuando empiezan a aparecer sensaciones de tensión, ansiedad, tristeza, irritabilidad, enfado, e incluso miedo.

**Dimensión de problemas cognitivos:** Los signos del deterioro cognitivo es perder cosas con frecuencia, olvidar asistir a actividades o citas importantes y tener más dificultad para expresar palabras que otras personas de la misma edad. Es común que los familiares y los amigos de la persona se den cuenta de estos cambios.

**Dimensión de problemas motivacionales:** labilidad emocional, irritabilidad, llanto fácil, ansiedad generalizada, trastornos del sueño y del apetito.

**Dimensión de problemas físicos:** Es posible que la madre deje de amamantar, tenga problemas para relacionarse con el bebé y para cuidarlo, y corra un mayor riesgo de suicidarse, presenta una sensación de agitación, fatiga rápida, pérdida de apetito, problemas en el sueño.

### **Teorías de enfermería afines a la depresión materna**

Según la teoría de Peplau, las relaciones interpersonales son fundamentales para que los pacientes y las enfermeras crezcan y se desarrollen juntos, por lo que es un proceso dinámico que debe tener lugar durante el proceso de atención de enfermería. Otros agentes importantes en este proceso son la familia, la cultura, la sociedad y el lugar donde ocurren estos cambios. Para que exista esta relación interpersonal, Peplau propone un proceso de cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución. La primera fase, la orientación, es el momento de la primera interacción en la que la enfermera identificará las necesidades de los pacientes y la información sobre el problema que están experimentando. Una vez obtenida esta información, la enfermera y el resto de los miembros del equipo podrán orientar al paciente sobre el problema, teniendo en cuenta sentimientos como la ansiedad. En la segunda fase, la identificación, la enfermera ayudará al paciente a identificar las principales estrategias para satisfacer sus necesidades. La tercera fase, la explotación, es el momento en el que la relación enfermera-paciente debe fortalecerse y explotarse en la mayor medida posible para lograr los mejores resultados, como ser más independientes y hacer un uso completo de los servicios. En este momento, la enfermera continúa ayudando al paciente a satisfacer sus necesidades y establecer nuevas metas de vida. La cuarta y última fase, la resolución, es el momento en el que los pacientes se desvían gradualmente y rompen vínculos con quienes los ayudaron y se sienten empoderados para resolver sus problemas por sí mismos. Esta fase se alcanza después de que las fases restantes se hayan completado con éxito (45).

## **Separar o disminuir**

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender proporciona herramientas para comprender los problemas biopsicosociales asociados con la decisión de las personas de adoptar un comportamiento saludable. Los conceptos clave en el modelo de Pender son la persona, que es un organismo biopsicosocial que está parcialmente moldeado por el entorno y busca entornos donde sus características se expresen fácilmente; el medio ambiente, que es un contexto social, cultural y físico en el que se desarrolla la vida y que puede moldearse para facilitar comportamientos más saludables; enfermería, que colabora con la comunidad, las personas y las familias para crear un entorno que promueva la salud y el bienestar; salud, como comportamientos que involucran autocuidado, relaciones satisfactorias y actitudes que promueven un ambiente sano y estructurado; y enfermedades, agudas o crónicas, que pueden dificultar o facilitar la adopción de actitudes saludables. Por tanto, el modelo de promoción de la salud de Pender se suma a la teoría de Peplau en el fenómeno de la promoción de la salud mental porque ayuda a la enfermera a comprender los factores subyacentes al proceso biopsicosocial que influyen en la adopción del individuo de un estilo de vida saludable para que las enfermeras puedan proponer las herramientas necesarias para cambiar este comportamiento (46).

La teoría de las transiciones de Meleis sostiene que los individuos deben incorporar nuevos temas en sus vidas para adoptar un nuevo estilo de vida. Este proceso requiere la adquisición de nuevos conocimientos, así como el cambio de comportamientos y de cómo uno se define, es decir, presenta herramientas importantes para transiciones más saludables en diversos aspectos de la vida. Por tanto, existen diferentes tipos de transiciones porque este proceso es muy complejo y único. Pueden estar relacionados con un cambio en la fase de desarrollo, una situación de vida, un proceso de salud/enfermedad o problemas que involucran el entorno social, político o económico

de los individuos. Además, también existen diferentes patrones, es decir, las transiciones pueden ocurrir en un solo momento, de manera simultánea o secuencial, y pueden estar relacionadas o no. Finalmente, estas transiciones tienen propiedades, incluyendo puntos críticos y eventos, cambio y diferencia, lapso de tiempo, conciencia y compromiso. Para que el enfermero pueda comprender por lo que atraviesa el paciente durante los procesos de transición, primero debe identificar sus características personales y las características de la sociedad y comunidad donde vive, ya que estos factores pueden facilitar o dificultar el proceso de transición que implica la reconstrucción de su identidad, cambiando comportamientos y aplicando nuevas habilidades en su vida (47).

El modelo de adaptación de Roy, plantea los modos de adaptación del individuo como persona única o como grupo, y cómo las enfermeras pueden ayudarlos a lograr una adaptación más saludable. Roy identifica cuatro modos adaptativos. El primero se denomina modo fisiológico-físico, que incluye las necesidades básicas como nutrición, oxigenación, actividad y descanso, eliminación y protección. Otro modo adaptativo es el autoconcepto, que es la necesidad de identificarse como un ser único, con la propia identidad, incluyendo el yo físico (sensación e imagen corporales) y el yo personal (autoconsistencia, auto ideal y yo moral-ético-espiritual). La función de rol es un modo adaptativo relacionado con cómo el individuo integra un rol social y la necesidad de conocer el rol de uno en la sociedad para poder actuar de una manera específica. El último modo adaptativo, la interdependencia, está relacionado con el papel de la enfermera en dar y recibir afecto, respeto, amor y motivación, que también puede involucrar a otras personas importantes, sistemas de apoyo, la infraestructura y los recursos. Puede estar influenciado tanto por factores externos, como la cultura y la política, como por factores internos, como los principios y las visiones (48).

## **Apego madre-hijo**

El comportamiento de apego es cualquier comportamiento diseñado para que los niños tengan una relación cercana y protectora con sus figuras de apego cada vez que experimentan ansiedad. Para la mayoría de los niños, su principal figura de apego suele ser su madre o su cuidador principal. Sin embargo, ahora se acepta que los niños también pueden tener un número pequeño, pero limitado, de relaciones de apego con otras personas, incluidos padres, abuelos y hermanos mayores. Estas figuras de apego no son todas tratadas de la misma manera, siendo la madre la preferida en general, aunque no necesariamente, en momentos de estrés (49).

Se han reconocido tres tipos generales de conducta de apego: conductas de señalización del niño que le indican a la madre que el niño está interesado en la interacción social, tales comportamientos incluyen sonreír, vocalizar y reír, estos acercan a la madre al niño para que ambos puedan disfrutar de la interacción madre – niño; comportamientos aversivos del niño, incluido el llanto, que acercan a la madre al niño, el objetivo de la madre es poner fin al comportamiento que encuentra aversivo; conductas activas que llevan al niño a la madre, el niño puede gatear hacia la madre o intentar seguirla. Estos tres tipos de comportamiento de apego, aunque se expresan de diversas formas con diferentes personas, pueden reconocerse a lo largo de la vida (50).

Cuando las personas desean cercanía emocional o experimentan angustia, ellos: se comportarán de una manera socialmente atractiva, enviarán señales de angustia diseñadas para invitar la atención y la preocupación, se acercarán y buscarán activamente a otros por las cosas que creen que las relaciones cercanas podrían o deberían proporcionar. Los principales beneficios para el niño de poder acercarse a la madre son: protección contra el peligro, suministro de alimentos, interacción social que brinda oportunidades para aprender sobre las personas, las relaciones y el yo. En términos de biología y evolución, el más básico de ellos es la protección contra el peligro. Si el niño no sobrevive, los otros dos beneficios son redundantes (51).

## **Importancia del apego madre-hijo**

El comportamiento de apego es un producto del sistema de control biológico. La evolución ha asegurado que los comportamientos que aumentan la supervivencia se hereden genéticamente. Por tanto, la relación padre-hijo suele ser tanto instintiva como recíproca. Una mayor separación de la madre ya sea en el espacio (demasiado lejos) o en el tiempo (demasiado tiempo), aumenta la ansiedad. La ansiedad activa el sistema de apego, lo que aumenta la conducta de apego, cuyo propósito es que el niño vuelva a tener una relación cercana con la madre. Una vez cerca de la madre, la ansiedad del niño disminuye y, con ella, disminuye su comportamiento de apego (52).

Los comportamientos y emociones asociados con el apego se ven más claramente en situaciones de ansiedad y angustia, incluidas aquellas que involucran miedo, peligro, conflicto, desafíos sociales y amenazas a la disponibilidad y capacidad de respuesta física y emocional del cuidador. Estos estímulos que provocan ansiedad pueden ubicarse en una variedad de sitios: dentro del niño, por ejemplo, sentirse enfermo, cansado, hambriento o herido; dentro del entorno, por ejemplo, un evento aterrador, amenazante o confuso; dentro del apego figura, por ejemplo, incertidumbres sobre la ubicación o el comportamiento de la figura de apego, incluida una madre que falta, no responde, rechaza, se pierde, es abusiva u hostil. Cuando se activa el comportamiento de apego, el niño no puede participar en otras experiencias útiles de desarrollo como la exploración, el juego y el trato con los demás por razones distintas a la protección (53).

Los sistemas de apego y los sistemas exploratorios son completamente complementarios, aunque se inhiben mutuamente. Cuando la conducta de apego es alta, la conducta exploratoria, que anima al niño a aprender sobre el entorno, es baja y viceversa. En esta observación aparentemente inocua radica un punto importante. Los niños que experimentan niveles de ansiedad continuos, regulares o altos, por cualquier motivo, tendrán menos tiempo y energía para disfrutar de los beneficios de la exploración, la indagación y la curiosidad natural. Es probable que la supresión de la conducta exploratoria tenga consecuencias adversas para el desarrollo. La exploración promueve la supervivencia al ayudar a los niños a aprender y adaptarse a su entorno psicosocial a



través del desarrollo cognitivo. El vínculo entre estos dos sistemas, apego y exploración podría capturarse reconociendo que el infante usa la figura de apego como una base segura desde la cual explorar (54).

### **Dimensiones del apego madre-hijo**

**Dimensión de Apoyo emocional:** Para poder dedicarse enteramente a su bebé, la madre necesita un sostén emocional. Puede ser, una persona cercana a ella que le acompañe, le cuide, le anime, que confíe en ella y en su capacidad maternal y refuerce su confianza en sí misma. Esta persona que sostenga emocionalmente a la madre puede ser su pareja.

**Dimensión Unión – interacción:** la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño es influida por el patrón de apego o el vínculo que los individuos desarrollan durante el primer año de vida.

**Dimensión Importancia:** Durante su desarrollo, el apego brinda a niñas y niños seguridad, confianza, refuerza su autoestima, promueve su autonomía progresiva y efectividad para enfrentar el mundo. Es decir, el apego se convierte en ese espacio seguro y reconfortante para el crecimiento de todas las niñas y los niños.

**Dimensión Aceptación:** se comportan de un modo maternalmente irresponsable, con un sentimiento de rechazo al hijo, son opositoras a los deseos de sus hijos y expresan aversión al contacto corporal cercano.

### **Labor de enfermería en el apego madre niño**

El período del recién nacido se distingue únicamente por la relación inseparable que una madre tiene con su bebé. Para permitir que se forme un apego, los bebés deben estar cerca de sus madres para indicar sus necesidades y las madres deben estar cerca para responder a ellas. El apego es la formación de una relación entre una madre y su bebé a través de un proceso de interacciones físicas y emocionales. Comienza antes del nacimiento, durante el período prenatal donde tiene lugar la

aceptación y la crianza del feto que crece dentro del cuerpo de la madre. El proceso de reciprocidad es adaptativo a medida que la madre aprende a reconocer las señales de su bebé, adaptarse a sus comportamientos y respuestas y satisfacer las necesidades de su bebé. Muchos factores pueden interrumpir la relación madre-hijo. Las enfermeras desempeñan un papel vital en el apoyo a las interacciones entre el bebé y la madre en el entorno de la unidad de cuidados intensivos neonatales (55).

Las enfermeras neonatales juegan un papel crucial en ayudar al proceso de apego promoviendo y alentando la interacción temprana entre la madre y el bebé. Las formas en las que la enfermera puede ayudar a la madre y al bebé a interactuar directamente se presentan dentro de los siguientes tres subtemas de atención canguro, lactancia materna y participación en la atención de rutina (56).

El cuidado canguro proporciona contacto piel con piel colocando al bebé desnudo o usando un pañal, boca abajo y erguido sobre el pecho desnudo de la madre. Las madres sintieron que el cuidado canguro era una "experiencia de vinculación afectiva cálida, relajante y reconfortante", que brindó tanto a la madre como al bebé la oportunidad de conocerse de una manera profunda y beneficiosa. El cuidado canguro fue expresada por las madres como un método que les permitía acercarse a su bebé, potenciar un placer recíproco, estimular y fortalecer el apego con su bebé en un ambiente que inhibe este proceso, las madres sintieron una intensa sensación de conexión durante el cuidado canguro, lo que les proporcionó la sensación de que estaban alimentando a su bebé. Esto, a su vez, mejoró la confianza materna (57).

La lactancia materna es un aspecto crítico para que las madres logren algún tipo de apego con su bebé. Las madres describieron la cercanía física de la lactancia materna como una sensación de importancia y normalidad a través de la vitalidad del bebé. Esta interacción fue expresada por las madres como un paso en la curación que mejoró el apego entre la madre y su bebé. La lactancia materna se describió como "realmente no considerada como "alimentación", sino más como una forma de estar juntos, donde el propósito principal era el placer recíproco, la comodidad y el apego" (58).

La enfermera es un facilitador importante del apego en la unidad de cuidados intensivos neonatales al alentar el contacto entre la madre y el bebé para aumentar el apego físico y psicológico; el apego inmediato es más probable cuando la madre pudo ver y tener contacto físico con su bebé después del nacimiento; las enfermeras que fomentaban las acciones de crianza y el contacto, como tocar, hablar, cantar, consolar, cambiar pañales, alimentar, dar vuelta a su bebé y responder a las señales conductuales, eran fundamentales en el establecimiento del apego madre-hijo. Si las mujeres estaban informadas y podían participar en el cuidado de sus bebés, se establecían sentimientos de participación, confianza y conexión, las enfermeras son profesionales clave en la educación de los padres sobre los métodos de atención materna, especialmente relacionados con la alimentación (59).

Las enfermeras que son sensibles y apoyan las necesidades de las nuevas madres pueden ayudar a guiar y fortalecer las respuestas de las madres a sus bebés. Por lo tanto, es más probable que las madres que reciben cuidados de las enfermeras construyan una relación positiva y conectada con su bebé (60).

### **Factores que promueven el apego madre-hijo**

La experiencia de una madre de tener a su bebé ingresado en una unidad de cuidados intensivos neonatales a menudo se describe como un "caos emocional". El entorno desconocido puede provocar sentimientos de ansiedad, aprensión y exclusión y limitar la capacidad de las madres para expresar verbalmente sus necesidades individuales; el apoyo psicosocial positivo ayuda a facilitar el apego madre-hijo dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales. El apoyo social, asistencia, privacidad y actitud positiva y alentadora hacia las madres a lo largo de su experiencia ayudaron a aliviar la ansiedad materna (54).

Las madres que obtienen satisfacción y confianza con la atención; le brindaron educación, orientación, aliento y apoyo emocional a través de nuevas experiencias. Esto se convirtió en su fuente de fortaleza y conocimiento, ayudando a aliviar el estrés y estar cerca de su bebé; las madres

que se sienten alentadas y empoderadas para participar en los cuidados de sus bebés tienen mayor apego. Cuando obtienen apoyo y no las juzgaron fueron capaces de desarrollar relaciones de confianza, cuando las madres experimentaron vínculos de confianza, su autoestima mejoró, el grado de intimidad que las madres logran con su bebé también favorece al apego (61).

La importancia de la comunicación entre la madre y los profesionales de salud para ayudar a la madre en el apego es importante; proporcionar información constante y actualizaciones sobre el estado de salud del bebé, ayuda a las madres a comprender sus necesidades de salud, lo que aliviaba la ansiedad, la comunicación en forma de "charla" es una forma de facilitar la maternidad en la unidad neonatal. Cuando las madres se sienten relajadas y establecen relaciones de confianza les facilita un sentido de control y conexión con su bebé (52).

### **Teorías de enfermería afines al apego**

Según la teoría de Jean Watson, la atención de enfermería a los niños debe adaptarse para ayudarlos a realizar los ajustes necesarios para la atención hospitalaria. Esto ayudará a los niños a poder cooperar mejor con la lactancia y con las actividades médicas que mejoran la recuperación rápida. Una buena comprensión de los comportamientos de cuidado de la enfermera que son importantes para el niño hospitalizado capacitará a la enfermera sobre cómo satisfacer estas necesidades. Por lo tanto, ayudar al niño enfermo a hacer los ajustes necesarios en relación con su cuidado a medida que atraviesa la experiencia del hospital. Los diez comportamientos de cuidado principales son; escucha atenta, reconfortante, honestidad, paciencia, responsabilidad, brindar información para que el paciente pueda tomar una decisión informada, tacto, sensibilidad, respeto, llamar al paciente por su nombre (62).

Según la teoría de Travelbee, cuidar al neonato de manera integral, un interés activo en los neonatos puede basarse en la relación de persona a persona. La participación de la enfermera requiere perspicacia y conocimiento, pero también requiere que las enfermeras posean la apertura y la autodeterminación para exponerse como seres humanos a otros seres humanos, los neonatos,

la enfermería es un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera ayuda a un neonato/familia a prevenir o hacer frente a experiencias o enfermedades y sufrimientos, el enfermero debe percibir y reconocer la singularidad de cada individuo y tener un deseo sincero de comprender a los neonatos y sus familias y aliviar su sufrimiento, la relación enfermera-neonato que se debe de caracterizar por la compasión y la simpatía (63).

Según la teoría transcultural de Madeleine Leininger, la capacidad de reconocer y abrazar la diversidad cultural es de suma importancia para poder atender de forma adecuada al niño recién nacido y su madre, las enfermeras inevitablemente entran en contacto muy íntimo con personas de todos los ámbitos de la vida. Las enfermeras representan la mayor proporción de cuidadores, y al aprender sobre extraños culturales y ayudar a los pacientes con sus formas de vida particulares y en sus contextos ambientales. Todas las enfermeras tienen la capacidad de retener nociones preconcebidas de la madre sobre sus necesidades culturales, y la forma en que cree que debe de cuidar a su hijo, la enfermera debe de tener una sensibilidad transcultural (64).

## **2.4. Formulación de Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión materna y el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

**HO:** No existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión materna y el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

### **Hipótesis específicas**

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas emocionales de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas cognitivos de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas motivacionales de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas físicos de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

La investigación sigue el método hipotético deductivo ya que su proceso se basa en comprobar las hipótesis planteadas para darle respuesta al problema de investigación (65)

#### **3.2. Enfoque de la investigación**

Sigue los parámetros del enfoque cuantitativo porque sus resultados serán abordados desde el análisis estadístico, estos podrán ser replicados y comprobados directamente en el campo, la ventaja de este enfoque es la objetividad de los resultados (66)

#### **3.3. Tipo de investigación.**

La investigación es de tipo aplicada esta plantea soluciones prácticas al problema en estudio a través de la recolección de información directamente del campo donde tiene lugar el fenómeno (67)

#### **3.4. Diseño de la investigación.**

El diseño de investigación es no experimental, porque en el transcurso de la investigación no se manipularán las variables de manera voluntaria o deliberada (68) asimismo es descriptiva porque solo se presentarán los hechos tal y como están pasando por otro lado será de corte transversal ya que se tomara la información una sola vez de acuerdo al corte que se haga en el tiempo y de alcance correlacional porque se busca identificar la relación entre las variables en estudio

### 3.5. Población muestra y muestra

La población sobre la cual se realizará la investigación, serán 150 puérperas y sus niños recién nacidos que están en la unidad de neonatología del hospital regional de Huancayo en el último trimestre del año 2023 .

#### Muestra

La magnitud muestral fue estimada por medio de la ecuación de tamaño muestral para un solo grupo por proporciones. Seguidamente, se muestran los términos matemáticos de la ecuación del tamaño muestral para un solo grupo por proporciones.

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2 (N - 1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots \dots \dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$  : Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de puérperas con depresión materna y con bajo apego madre - niño (78 % Sliwerski A, Kossakowska K, Switalska J, 2020)
- Q : Proporción de puérperas con depresión materna y adecuado apego madre - niño (12 %)
- E : Error de estimación será de 0.05.

Resolviendo:

$$n = \frac{150 * 0.78 * 0.22 * (1.96)^2}{0.05^2 * (150 - 1) + 0.78 * 0.22 * (1.96)^2}$$
$$n = \frac{150 * 0.1716 * 3.84}{0.0025 * (149) + 0.1716 * 3.84}$$
$$n = \frac{98.88}{0.372 + 0.659}$$



$$n = \frac{98.88}{1.032}$$

$$n = 95.84$$

$$n = 96$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideraremos a 96 puérperas y sus hijos recién nacidos, hospitalizadas en la unidad de neonatología del hospital regional de Huancayo en el último trimestre del año 2023

### **Muestreo**

Los integrantes de la muestra serán elegidos de la población a través del procedimiento del muestreo aleatorio simple (cierto miembro de la población tiene la misma probabilidad de ser escogido para la muestra).

### **Criterios de inclusión**

- Madres que están de acuerdo en participar en el estudio y dejan constancia al firmar tanto el consentimiento informado.
- Madres sin complicaciones que les impidan tener contacto con su hijo.
- Madres hospitalizadas cuyos hijos no tengan complicaciones.

### **Criterios de exclusión**

- Madres que no estén de acuerdo en participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.
- Madres con complicaciones que les impidan tener contacto con su hijo.
- Madres hospitalizadas cuyos hijos tengan complicaciones.

### 3.6.- Variables y operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición	Escala valorativa (niveles y rangos)
<b>Variable 1</b> Depresión materna	Es un trastorno mental de la madre, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (20)	Son los cambios en los sentimientos y en los estados emocionales de la puérpera que dificulta la realización de actividades diarias	Problemas emocionales  Problemas cognitivos  Problemas motivacionales  Problemas físicos	Tristeza Problemas de animo Baja autoestima Pérdida de interés  Autoconcepto negativo Creencias, magnificación de problemas autoculpa, indecisión  Fuerza de voluntad  Aislamiento  Deseo de hacerse daño	Nominal	Más de 10 sospecha de depresión Postparto  10 a menos indica ausencia de depresión postparto y

<b>Variable 2</b>	Son impulsos emocionales que inducen el contacto, cuidado y protección del niño por parte de su madre con un elevado sentido de importancia y prioridad (50)	Es la tendencia de la madre en hacer que el niño se sienta amado, cuidado y protegido	Apoyo emocional	Contacto Visual (mirada).	Nominal	22 a 28 es: Apego seguro.
Apego madre-hijo			Unión – interacción	Vocalización. Tocando.		Mayor a 29 puntos es:
			Importancia	Sosteniendo. Afecto.		Apego inseguro
			Aceptación	Proximidad o cercanía		ambivalente
						Menos a 21 puntos es: Apego inseguro evitante.

---

### **3.7.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos. –**

#### **3.7.1.- Técnica**

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la encuesta para la variable conocimiento y para la práctica se usará la observación en la aplicación.

#### **3.7.2.- Descripción de los instrumentos**

El cuestionario de Depresión Post Parto de Edimburgo fue elaborado y validado por Cox en Livingston y Edimburgo, con la finalidad de ser útil en el diagnóstico de esta afección por lo médicos de primer nivel de atención en salud, tiene una buena sensibilidad para detectar los casos y consta de 10 ítems con opciones de respuesta de 0 a 3 por lo que los rangos de puntaje van de 0 a 30. El presente instrumento ha sido validado en nuestro país Cordova-Alva, J (69).

Para medir el apego madre-hijo se usará la escala de Massie Campbell fue elaborada por Henry Massie y Kay Campbell en el año 1983 y fue adaptada y validada por las Dras. Claudia López y Maritza Ramírez en el año 2005. Esta escala evalúa los indicadores de apego en la interacción Madre-hijo, desde el nacimiento hasta antes de los 2 años. Esta escala fue elaborada para que se pueda usar en condiciones en que las madres y sus hijos estén en una situación de estrés, estas situaciones donde se separan madre e hijo que finalmente van a generar estrés. Nos va a permitir detectar precozmente algún trastorno del apego, este instrumento es importante para el personal de enfermería y profesionales de la salud en general ya que se podrá realizar intervenciones con carácter preventivo temprano y oportuno y así corregir conductas de apego inadecuados. Está organizada en 6 dimensiones donde presenta 5 alternativas de respuesta que va del 1 al 5; es una escala de observación que entrega indicadores de la calidad de apego (normal y perturbado). Este instrumento fue tomado de la investigación de Sánchez (70)

### **3.7.3. Validación.**

El presente instrumento de escala de depresión materna ha sido validado en Perú Cordova-Alva, J (69). por Con una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 79,47%. La escala de apego fue validada por expertos y un análisis factorial de 095% de concordancia (70)

### **3.7.4. Confiabilidad**

A través de una prueba piloto se obtuvo la confiabilidad de la escala de depresión materna obteniendo una consistencia interna alfa de Cronbach= 0,86 (69); asimismo para la escala del apego madre-hijo se midió la confiabilidad con el Alpha de Cronbach de 0.93 siendo altamente confiable (70)

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos. -**

Para el procesamiento y análisis de los datos primero se realizará la limpieza de los datos y luego la selección clasificando datos cuantitativos y datos cualitativos posteriormente se realizará la codificación para luego realizar la tabulación de acuerdo a los objetivos de estudio cada tabla dará respuesta a los objetivos, se hará el análisis descriptivo y posteriormente se harán tablas cruzadas para realizar el análisis inferencial y contrastar las hipótesis con el Rho de Spearman y de ahí construir las conclusiones .

### **3.9.- Aspectos éticos. –**

Durante el transitar de la investigación se cumplirán los aspectos éticos ya que son fundamentales. Se tomo en cuenta obtener el consentimiento informado de los participantes, proteger su privacidad y confidencialidad, evitar el daño físico o psicológico y asegurar la integridad de los datos recopilados.

1. Consentimiento informado: se obtendrá el acuerdo voluntario y consciente de los participantes, brindándoles información clara sobre el propósito, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación antes de que decidan participar.

2. Privacidad y confidencialidad: se cuidará y protegerá la identidad y los datos personales de los participantes, asegurando que no sean revelados sin su consentimiento y que se utilicen medidas de seguridad adecuadas para proteger su información.

3. Evitar el daño: los participantes se mantendrán protegidos ya que se tomarán precauciones para evitar cualquier forma de daño físico, psicológico o emocional a los participantes durante el proceso de investigación.

4. Integridad de los datos: se garantizará que los datos recopilados sean precisos, confiables y se manejen de manera ética, evitando la manipulación o falsificación de resultados.

#### 4.- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS. –

##### 4.1.- Cronograma de actividades. –

Actividades	Abril 2023	May	Jun	Jul.	Agt	Set.	Oct	Nov	Dic.
Revisión bibliográfica	x	x							
Situación problemática	x	x							
Formulación del problema			x						
Justificación de la investigación			x						
Objetivos de la investigación			x						
Antecedentes del problema		x	x						
Bases teóricas		x	x						
Operacionalización de variables			x	x					
Diseño metodológico				x					
Validación de instrumentos			x	x	x				
Aprobación del Proyecto						x			
Recolección de datos						x	x		
Análisis e interpretación							x	x	
Conclusiones y recomendaciones									X
Corrección del informe								x	X
Presentación del informe final									X

Actividades Realizadas 

Actividades por Realizar 

**4.2.- Presupuesto. –**

<b>BIENES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b>
Papel bond	03 millares	60.00
Lapiceros	100 unidades.	39.00
Tinta para impresora	04 unidades	160.00
Fotocopias		200.00
Anillados		35.00
Impresiones		100.00
Movilidad/trámites		100.00
USB	02 Unidades	40.00
Material informatico		200.00
Correctores/Resaltadores		30.00
Tipeos/copia color		400.00
<b>SUB-TOTAL</b>		<b>1,364.00</b>
<b>SERVICIOS</b>		
Asesoría de Estadística	5 sesiones	1,000.00
Movilidad		300.00
Subtotal		1,300.00
<b>TOTAL</b>		<b>2,664.00</b>



## 5. REFERENCIAS

1. Cox J, Holden M, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 150(1): p. 782 - 786.
2. Müller M. A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*. 1994; 2(2): p. 129 - 141.
3. OMS. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. [Informe Técnico]. Geneva: World Health Organization, Public Health Department; 2017
4. Anokye R, Acheampong E, Budu A, Obeng E, Akwasi A. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of General Psychiatry*. 2018; 17(1): p.1-8.
5. Phuma E, Welcome F. Supporting mothers to bond with their newborn babies: Strategies used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in Malawi. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016; 11(3): p. 362-366
6. Nonnenmacher N, Noe D, Ehrenthal J, Reck C. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(5): p. 927–935
7. Høifødt R, Nordahl D, Landsem I. Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*. 2020; 20(3): p.1-14.
8. Badovinac S. Associations between early childhood attachment and maternal depression and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. [Tesis]. York University, Program in Psychology; 2018.

9. Malpartida M. Depression post parto en la atencion primaria. revista medica sinergia. 2020 febrero; 5(2).
10. Yoldaş T, Çelik H, Özdemir G. Do early parental postnatal depression, attachment style and perceived social support affect neurodevelopmental outcomes of premature infants? *Infant Behavior and Development*. 2020; 59(1): p.1-11.
11. Zambonino S. El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas. [Tesis]. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2019
12. Masías M, Arias W. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered*. 2018; 29(1): p.226-231.
13. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*. 1958; 39(1): p. 350-371.
14. Lutkiewicz K, Bieleninik L, Cieslak M. Maternal–Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(5): p.1-12.
15. Leahy P, Coleman C, Bradley R, Mulcahy H. The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1): p.1-10.
16. Sugishita K, Kitagawa M. Promoting Mother-to-Baby Attachment to Prevent Postpartum Depression: An Intervention Study. *Women Health Open J*. 2019; 4(1): p. 15 - 20.

16. Castro R, M F. Depresión perinatal y vínculo madre-bebé. [Tesis]. Universidad de Lima. 2021.

Disponible:

[https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13191/Castro\\_Rey.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13191/Castro_Rey.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

17. Zeballos GEP, Arias GWL, Muñoz CTÁ, et al. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2020;46(1):1-16.

18. Murillo P, K E. Vínculo afectivo entre la madre primeriza y recién nacido en el servicio de puerperio en un Hospital de Lima, 2020. [Tesis]. Universidad Cesar Vallejo. 2021. Disponible:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74062/Murillo\\_PKESD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74062/Murillo_PKESD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

19. Barker E, Copeland W, Maughan B, Jaffee S. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. British Journal of Psychiatry. 2012; 200(2): p. 124-129.

20. Goodman J. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. Journal of Advanced Nursing. 2004; 45(1): p. 26-35

21. Kinsella M, Monk C. Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2009; 52(3): p. 425-440.

22. Paulson J, Bazemore S. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. JAMA. 2010; 303(19): p. 1961-1969.

23. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. A cohort study. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(9): p. 946-952.
24. Petterson S, Albers A. Effects of Poverty and Maternal Depression on Early Child Development. *Child Development*. 2001; 72(6): p. 1794-1813.
25. Weissman M, Wickramaratne P, Pilowsky D. Treatment of maternal depression in a medication clinical trial and its effect on children. *American Journal of Psychiatry*. 2015; 172(5): p. 450-459.
26. Casey P, Goolsby S, Berkowitz C, Frank D. Maternal depression, changing public assistance, food security, and child health status. *Pediatrics*. 2004; 113(2): p. 298-304
27. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 24(2): p. 237-245.
28. Goodman S, Rouse M, Connell A, Broth M. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011; 14(1): p. 1-27.
29. Dietz P, Williams S, Callaghan W, Bachman D. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(10): p. 1515-1520.
30. Kiernan K, Huerta M. Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *British Journal of Sociology*. 2008; 59(4): p. 783-806.

31. Lovejoy M, Graczyk P, O'Hare E. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2000; 20(5): p. 561-592.
32. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*. 2015; 28(3): p. 179-193.
33. Bicking C, Moore G. Maternal perinatal depression in the neonatal intensive care unit: the role of the neonatal nurse. *Neonatal network*. 2012; 31(5): p. 295-304.
34. Karl D. The consequence of maternal depression for early mother-infant interaction: a nursing issue. *Journal of Pediatric Nursing*. 1991; 6(6): p. 384-390.
35. Olin S, McCord M, Stein R, Kerker B. Beyond Screening: A Stepped Care Pathway for Managing Postpartum Depression in Pediatric Settings. *Journal of Womens Health*. 2017; 26(9): p. 966-975.
36. Sheppard M. An Evaluation of Social Support Intervention with Depressed Mothers in Child and Family Care. *British Journal of Social Work*. 2004; 34(7): p. 939-960.
37. Sofronas M, Feeley N, Zelkowitz P, Sabbagh M. Obstetric and neonatology nurses' attitudes, beliefs, and practices related to the management of symptoms of maternal depression. *Issues in Mental Health Nursing*. 2011; 32(12): p. 735-744.
38. Xiao W. The impact of psychological nursing on depression of early maternal postpartum. *Chinese Journal of Clinical Rational Drug Use*. 2012; 32(4): p. 235 - 341.
39. Brockington I. Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*. 2011; 44(5): p. 329-336.

40. Hein S, Stone L, Tan M, Barbot B. Child internalizing problems and mother-child discrepancies in maternal rejection: Evidence for bidirectional associations. *Journal of Family Psychology*. 2018; 32(2): p. 229-239.
41. Papadaki E, Giovazolias T. The Protective Role of Father Acceptance in the Relationship Between Maternal Rejection and Bullying: A Moderated-mediation Model. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 24(2): p. 330-340.
42. Galler J, Harrison R, Ramsey F. Postpartum feeding attitudes, maternal depression, and breastfeeding in Barbados. *Infant Behavior & Development*. 2006; 29(2): p. 189-203
43. Grigoriadis S, Vonder E, Mamisashvili L. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2013; 74(4): p. 321-341.
44. Verpe H, Kjellevold M, Moe V, Smith L. Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019; 33(1): p. 85-92.
45. Peplau H. Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*. 1997; 10(4): p. 162-167.
46. Gama G. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Consulta de Enfermagem à gestante. *Nursing Science Quarterly*. 2017; 21(2): p. 97 - 106.
47. Schumacher K, Meleis A. Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 1994; 26(2): p. 119-127.

48. Clarke P, Barone S. Roy's Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(4): p. 337-344.
49. Britton J, Britton H, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*. 2006; 118(5): p. 1436 - 1443.
50. Bernier A, Beauchamp M, Carlson S. M, Lalonde G. A secure base from which to regulate: Attachment security in toddlerhood as a predictor of executive functioning at school entry. *Developmental Psychology*. 2015; 51(9): p. 1177 – 1189.
51. Britton J, Britton H, Gronwaldt V. Breastfeeding sensitivity, and attachment. *Pediatrics*. 2006; 118(1): p. 1436 – 1443.
- [52.](#) Corriveau K, Harris P, Meins E. Young children's trust in their mother's claims: Longitudinal links with attachment security in infancy. *Child Development*. 2009; 80(3): p. 750 – 761.
53. Groh A, Narayan A, Bakermans-Kranenburg M. Attachment and temperament in the early life course: A meta-analytic review. *Child Development*. 2016; 88(1): p. 770 – 795.
54. Kim P., Feldman, R., Mayes, L. C., et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011; 52(8): p. 907 – 915.
55. Bae S, Lee I. The Effect of Child's Mother and Nurse Partnership on the Anxiety and Perceived Quality of Nursing Care of Hospitalized Child's Mother. *The Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2017; 18(7): p. 516-528.
56. Davy K, Bergh A, Rooyen E. The neonatal nurse's role in kangaroo mother care : mother and child health. *Professional Nursing Today*. 2011; 15(3): p. 32-37.

57. Rodrigues D, Dodou H, Lago P, Mesquita N. Care for both mother and child immediately after childbirth: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2014; 13(2): p. 227-238
58. Scochi C, Kokuday M, Riul M, Rossanez L. Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto Clinical Hospital. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2003; 11(4): p. 539-543.
59. Semíramis R, Simpionato E. Mother-child bonding: comparative study of mothers after normal delivery and cesarean section. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2003; 56(2): p. 125 – 132
60. Yuebao Z. Study the Nursing for Mother and Child Interaction in Premature Children. *Hebei Medicine*. 2010; 31(2): p. 125 - 136.
61. Wan M, Green J. The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Archives of Womens Mental Health*. 2009; 12(3): p. 123-134.
62. Watson J, Smith M. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 37(5): p. 452-461.
63. Cook L. Nurses in crisis: a support group based on Travelbee's nursing theory. *Nursing & health care: official publication of the National League for Nursing*. 1989; 10(4): p. 203 - 211.
64. Leininger M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002; 13(3): p. 189-192.
65. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGraw; 2014. 850 p. ISBN: 9789701057537
66. Técnicas de investigación. Investigación correlacional. [Internet]. [citado el 25 de octubre de



2023]. Disponible en: <https://tecnicasdeinvestigacion.com/investigacion-correlacional/>

67. QuestionPro. Diseño de investigación. Elementos y características. [Internet]. [citado el 25 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/disenode-investigacion/>

68. Editorial Etecé. Técnicas de investigación. [Internet]. [citado el 25 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://concepto.de/tecnicas-de-investigacion/>

69. Cordova-Alva, J. Factores asociados a depresión postparto en puéperas atendidas en Hospital II-2 Santa Rosa durante septiembre-diciembre, 2017. URI: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1175>

70. Sánchez T, R K. Estilos de apego y nivel de desarrollo Psicomotor en niños menores de 2 años. servicio de Niño Sano del C.S. Francisco Bolognesi Cayma. [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2019. Disponible: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/ea915780-1429-4cc0-af8a-3685b2755964>

## **ANEXOS**

## Anexo 1:

### Título: Depresión materna y apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general</b> ¿Cómo Depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la Depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional.</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión materna y el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023 HO: No existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión materna y el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023</p>	<p><b>Variable 1:</b> Depresión materna</p>	<p>Tipo de investigación correlacional</p>
<p><b>Problemas específicos.</b> ¿Cómo la dimensión problemas emocionales de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?</p>	<p><b>Objetivos específicos</b> Identificar la dimensión problemas emocionales de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional</p>	<p><b>Hipótesis específicas</b> <b>Hi:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas emocionales de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023</p>	<p><b>Dimensiones:</b> Problemas emocionales Problemas cognitivos Problemas motivacionales Problemas físicos</p>	<p>Método Hipotético deductivo y diseño de investigación es sin intervención descriptiva</p>
<p>¿Cómo la dimensión problemas cognitivos de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?</p>	<p>Describir la dimensión problemas cognitivos de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional.</p>	<p><b>Hi:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas cognitivos de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023</p>	<p><b>Variable 2:</b> Apego madre-hijo</p>	<p>La población sobre la cual se realizará la investigación, serán 150 puérperas y sus niños recién nacidos que están en la unidad de neonatología del hospital regional de Huancayo en el ultimo trimestre del año 2023 y la muestra 96</p>
<p>¿Cómo la dimensión problemas motivacionales de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?</p>	<p>Identificar la dimensión problemas motivacionales de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional.</p>	<p><b>Hi:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas motivacionales de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023</p>	<p><b>Dimensiones:</b> Apoyo emocional Unión – interacción Importancia Aceptación</p>	
<p>¿Cómo la dimensión problemas físicos de la depresión materna se relaciona apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional?</p>	<p>Describir la dimensión problemas físicos de la depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional</p>	<p><b>Hi:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión problemas físicos de la depresión materna y su relación con el apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023</p>		

## **Anexo 2: Instrumentos**

En los últimos siete días marca con un aspa (X) como te sentiste:

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

0=Tanto como siempre

1=No tanto ahora

2=Mucho menos

3=No, no he podido

### **2. He mirado el futuro con placer**

0=Tanto como siempre

1=Algo menos de lo que solía hacer

2=Definitivamente menos

3=No, nada

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

3=Sí, la mayoría de las veces

2=Sí, algunas veces

1=No muy a menudo 0=No, nunca

### **4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**

0=No, para nada

1=Casi nada

2=Sí, a veces

3=Sí, a menudo

### **5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

3=Sí, bastante

2=Sí, a veces

1=No, no mucho

0=No, nada

### **6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban**

3=Sí, la mayor parte de las veces

2=Sí, a veces

1=No, casi nunca 0=No, nada

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

3=Sí, la mayoría de las veces

2=Sí, a veces

1=No muy a menudo

0=No, nada

**8. Me he sentido triste y desgraciada**

3=Sí, casi siempre

2=Sí, bastante a menudo

1=No muy a menudo

0=No, nada

**9. He sido tan infeliz que he estado llorando**

3=Sí, casi siempre

2=Sí, bastante a menudo

1=Sólo en ocasiones

0=No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma**

3=Sí, bastante a menudo

2=A veces

1=Casi nunca

0=No, nunca

Puntuaciones que sean más de 10 significa sospecha de depresión Postparto y puntajes de 10 a menos indica ausencia de depresión postparto y cualquier puntaje distinto de 0 en el ítem 10 necesita de una evaluación por especialista o profesionales de la salud.

Edad:

Fecha:

**ESCALA DE MASSIE – CAMPBELL RESPUESTA DEL NIÑO FRENTE LA MADRE**

	CONDUCTA A OBSERVAR	1	2	3	4	5	X
MIRADA	Siempre evita la cara de la madre.						
	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.						
	Ocasionalmente mira la cara de la madre.						
	Frecuentemente mira a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.						
	Fija la mirada a la madre por periodos largos de tiempo.						
	No observado						
	VOCALIZACIÓN	Callado, nunca visualiza.					
Rara vez vocaliza o lloriquea.							
Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.							
Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.							
Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.							
No observado							
TOCANDO	Nunca toca o tiende hacia la madre.						
	Rara vez toca a la madre.						
	Ocasionalmente toca a la madre.						
	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.						
	Si están cerca, siempre toca a la madre.						
	No observado						
TOCADO	Siempre evita ser tocado por la madre.						
	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.						
	Generalmente evita ser tocado por la madre.						
	Rara vez evita ser tocado por la madre.						
	Nunca evita ser tocado por la madre.						
	No observado						
SOSTENIENDO	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.						
	No se aleja en manos de la madre; la empuja.						
	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.						

	Moldea su cuerpo al de la madre, rara vez la empuja.							
	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.							
	No observado							
AFECTO	Siempre esta inmensamente angustiado y temeroso.							
	Frecuentemente irritable. Temeroso o apático.							
	Ansiedad moderada y /o placer intermitente o poco claro.							
	Tensión ocasional. En general sonrío.							
	Siempre sonriente.							
	No observado							
PROXIMIDAD O CERCANIA	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.							
	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón							
	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.							
	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.							
	Siempre sigue a la madre con el cuerpo con la mirada.							
	No observado.							

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

**Título del proyecto:** Depresión materna y apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional de Huancayo, 2023

**Nombre del investigador principal:**

**Propósito del estudio:** Determinar la Depresión materna y su relación apego madre-hijo en puérperas de un Hospital Regional.

**Participantes:** Madres de la unidad de neonatología

**Participación voluntaria:** Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

**Beneficios por participar:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

**Costo por participar:** Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

**Remuneración por participar:** Ninguna es voluntaria.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

**Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

**Consultas:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a la coordinadora de equipo.

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al presidente del Comité de Ética de la ..... ubicada en el correo electrónico: .....



## **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer pregunta; y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa su aceptación de participar voluntariamente en el estudio. En mentó a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad: .....

Correo electrónico personal o institucional: .....

---

Firma

## Reporte de Similitud Turnitin

### ● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

#### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>repositorio.unsa.edu.pe</b> Internet	2%
2	<b>uwiener on 2023-11-18</b> Submitted works	2%
3	<b>uwiener on 2024-01-03</b> Submitted works	2%
4	<b>Componente CRESCO Proyecto Título Cooperativo RCM-UCC on 2020-...</b> Submitted works	1%
5	<b>nimh.nih.gov</b> Internet	<1%
6	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
7	<b>Universidad Wiener on 2022-10-19</b> Submitted works	<1%
8	<b>Componente CRESCO Proyecto Título Cooperativo RCM-UCC on 2018-...</b> Submitted works	<1%