



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA**

**Tesis**

**Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres parturientas en el CMI**

**José Gálvez, 2024**

**Para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano**

**Presentado por:**

**Autora:** Cueto Huamanciza, Betzy Valeria

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4652-0434>

**Autora:** Espinoza Valladares, Carla

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0223-9579>

**Asesora:** Dr. Contreras Pulache, Hans Lenin

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2450-9349>

**Lima – Perú**

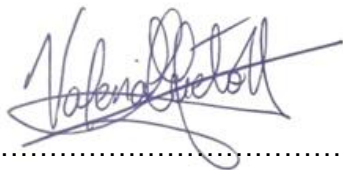
**2025**

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

Yo, **Betzy Valeria Cueto Huamanciza** egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “**Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres parturientas en el CMI José Gálvez, 2024.**” Asesorado por el docente: **MG. HANS LENIN CONTRERAS PULACHE.**, con, ORCID 0000-0003-2450-9349 tiene un índice de similitud de **8 (ocho) %** con código **oid: 14912:522943860** 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 1  
 Betzy Valeria Cueto Huamanciza  
 DNI: 73641959



.....  
 Firma  
 Hans Lenin Contreras Pulache  
 DNI: 40188271

Lima, 24 de julio de 2025

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

Yo, **Carla Espinoza Valladares** egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres parturientas en el CMI José Gálvez, 2024.”** Asesorado por el docente: **MG. HANS LENIN CONTRERAS PULACHE.**, con, ORCID 0000-0003-2450-9349 tiene un índice de similitud de **8 (ocho) %** con código **oid: 14912:522943860** 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 2  
 Carla Espinoza Valladares  
 DNI: 74834150



.....  
 Firma  
 Hans Lenin Contreras Pulache  
 DNI: 40188271

Lima, 30 de agosto de 2025

## DEDICATORIA

A mis ángeles que me acompañan desde el cielo y que en vida siempre creyeron en mí. A mi papá por ser ejemplo de perseverancia. A mi mamá por brindarme el más puro amor y enseñarme que la familia es lo más importante. A mis hermanas que las amo y siempre han estado conmigo. A mi mamá Melva y mi tía Lou por confiar en mí y brindarme consejos sabios para mejorar día a día. A mi fiel compañerita de vida, mi dulce Bonnie. A mí, porque he logrado amarme más de lo que soy, fui y lo que espero llegar a ser.

*Carla.*

A mi mami preciosa y mi papito querido, por apoyarme en las buenas y en las malas, por exhortarme con amor y nunca soltar mi mano, por animarme y aplaudir mis logros, por consolarme y aconsejarme en momentos de duda y tribulación. A ellos les dedico todos mis logros porque son ustedes quienes me sostienen y me dan las fuerzas para realizar todo lo que me propongo. Hoy me convierto en la primera médico de la familia en honor a ustedes.

*Betzy.*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido seguir de pie pese a todas las adversidades vividas. Gracias papi por permitirme hacer mi sueño realidad, gracias mami por jamás soltar mi mano en este camino llamado vida. Gracias hermanitas, nonas, tíos, madrinas, primos y amigos por siempre haber estado en las buenas y en las malas y formar parte de mi crecimiento día a día. Gracias Kev por ser paciente durante este proceso, permanecer a mi lado y darme ánimos cuando más lo necesitaba.

*Carla.*

Doy gracias a Dios por darme un propósito en la vida, por la fuerza, la salud y la sabiduría y, sobre todo, por darme unos valientes padres. Gracias mamá, por tus palabras de aliento, tu fuerza y perseverancia, por ser mi mejor ejemplo de superación. Gracias papá, por enseñarme la vida con amor y paciencia, por escucharme y darle paz a mi corazón en todo momento. Gracias a mi mamita Antonia, quien en vida fue mi consejera, mi cómplice y mi lugar seguro. Gracias a Marilyn y Clara por acompañarme en esta etapa y celebrar mis logros como si fueran suyos. Finalmente, quiero expresar gratitud a mi gran amor, mi Canelo. Por acompañarme en esas largas madrugadas de estudio, por esperar mi llegada todas las noches y por mostrarme la lealtad y el amor más puro que he podido conocer. Los amo.

*Betzy.*

# ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE GENERAL .....</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>x</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1.    Planteamiento del problema.....	1
1.2.    Formulación del problema .....	2
1.2.1.    Problema general .....	2
1.2.2.    Problemas específicos.....	2
1.3.    Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1.    Objetivo general.....	3
1.3.2.    Objetivos específicos .....	3
1.4.    Justificación de la investigación .....	3
1.4.1.    Teórica .....	4
1.4.2.    Metodológica .....	4
1.4.3.    Práctica.....	5

1.4.4.	Limitaciones de la investigación.....	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>		<b>5</b>
1.5.	Antecedentes .....	5
1.5.1.	Antecedentes Internacionales.....	5
1.5.2.	Antecedentes latinoamericanos.....	8
1.5.3.	Antecedentes nacionales .....	9
1.6.	Bases teóricas.....	11
1.6.1.	Depresión postparto .....	11
1.6.8.	Función familiar y su rol en el embarazo.....	17
1.7.	Formulación de la hipótesis .....	22
1.7.1.	Hipótesis general.....	22
1.7.2.	Hipótesis específicas .....	23
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....</b>		<b>24</b>
1.8.	Método de investigación .....	24
1.9.	Enfoque de la investigación .....	24
1.10.	Tipo de investigación .....	24
1.11.	Diseño de la investigación .....	25
1.12.	Población, muestra y muestreo .....	25
1.12.1.	Población.....	25
1.12.2.	Muestra .....	25
1.13.	Variables y operacionalización .....	26

1.14.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	27
1.14.1.	Técnica.....	27
1.14.2.	Descripción de instrumentos.....	27
1.14.3.	Validación.....	29
1.14.4.	Confiabilidad.....	29
1.15.	Plan de procesamiento y análisis de datos .....	30
1.16.	Aspectos éticos.....	31
<b>CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>		<b>32</b>
1.17.	RESULTADOS.....	32
1.17.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS.....	32
1.17.2.	Prueba de hipótesis .....	48
1.17.3.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	51
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>		<b>55</b>
1.18.	CONCLUSIONES.....	55
1.19.	RECOMENDACIONES.....	57
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>59</b>
<b>ANEXOS. Anexo 01: Matriz de consistencia .....</b>		<b>68</b>
<b>Anexo 02: Operacionalización de variables .....</b>		<b>70</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE JOSÉ GÁLVEZ – 2024. ....	<b>32</b>
TABLA 2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LAS PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE JOSÉ GÁLVEZ – 2024.....	<b>33</b>
TABLA 3. RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE LAS PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE JOSÉ GÁLVEZ – 2024.....	<b>35</b>
TABLA 4. RESULTADOS DEL TEST DE APGAR FAMILIAR DE LAS PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE JOSÉ GÁLVEZ – 2024. ....	<b>38</b>
TABLA 5. RESULTADOS GENERALES DE LAS PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE JOSÉ GÁLVEZ – 2024. ....	<b>42</b>
TABLA 6. RELACIÓN ENTRE ALGUNAS VARIABLES INTERVINIENTES Y LAS VARIABLES PRINCIPALES DE ESTUDIO DE LAS PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE JOSÉ GÁLVEZ – 2024. ....	<b>43</b>
TABLA 7. RELACIÓN ENTRE ALGUNAS VARIABLES INTERVINIENTES Y EL PUNTAJE OBTENIDO DE CADA INSTRUMENTO APLICADO A LAS PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DE JOSÉ GÁLVEZ – 2024. ....	<b>47</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión postparto es considerada como una de las principales afecciones psiquiátricas durante el periodo del puerperio. Reportes epidemiológicos dieron a conocer que alrededor del 40% de las parturientas padecen de esta condición. Asimismo, la importancia del apoyo de las personas que las rodea influye significativamente. **Objetivo:** Determinar la asociación de la probable depresión postparto y la funcionalidad familiar en parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil José Gálvez durante el 2024. **Metodología:** Estudio de diseño observacional, analítico y correlacional de corte transversal. Se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta, mediante dos instrumentos (Escala de Edimburgo y APGAR familiar). La muestra está constituida por 141 parturientas del CMI José Gálvez. **Resultados:** Se identificó que el 22.7% de las parturientas tienen una probable depresión postparto y el 77.3% no presenta ningún riesgo. Con respecto a la funcionalidad familiar, se encontró que el 63.1% presenta una funcionalidad normal, el 22.7% una disfuncionalidad leve, el 6.4% una disfuncionalidad moderada y el 7.8% una disfuncionalidad severa. Se halló que la funcionalidad familiar se relaciona con la depresión posparto ( $p < 0.001$ ), y los antecedentes psiquiátricos personales ( $p < 0.001$ ) y el apoyo familiar ( $p = 0.002$ ), mientras que la depresión postparto se asoció con los antecedentes psiquiátricos personales ( $p < 0.001$ ). **Conclusiones:** La depresión postparto y la funcionalidad familiar se encontraron asociadas en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**Palabras clave:** Depresión postparto, funcionalidad familiar, parturientas, salud mental, apoyo social.

## ABSTRACT

**Introduction:** Postpartum depression is considered one of the main psychiatric conditions during the puerperium period. Epidemiological reports have revealed that around 40% of parturients suffer from this condition. Likewise, the importance of support from the people around them has a significant influence. **Objective:** To determine the association between probable postpartum depression and family functioning in parturients treated at the José Galvez Maternal and Child Center during 2024. **Methodology:** A cross-sectional, observational, analytical, and correlational study was designed. The data collection technique used was a survey, using two instruments (the Edinburgh Scale and the family APGAR). The sample consisted of 141 parturients from the José Galvez CMI. **Results:** It was found that 22.7% of the parturients had probable postpartum depression, and 77.3% were not at risk. Regarding family functioning, it was found that 63.1% had normal functioning, 22.7% had mild dysfunction, 6.4% had moderate dysfunction, and 7.8% had severe dysfunction. Family functionality was found to be related to postpartum depression ( $p < 0.001$ ), maternal age ( $p = 0.015$ ), personal psychiatric history ( $p < 0.001$ ) and family support ( $p = 0.002$ ), while postpartum depression was associated with family support ( $p = 0.039$ ) and personal psychiatric history ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Postpartum depression and family functioning are associated in parturients treated at the José Galvez Maternal and Child Center during 2024.

**Keywords:** Postpartum depression, family functionality, parturients, mental health, social support.

## INTRODUCCIÓN

El puerperio se define como el periodo de tiempo que inicia desde la finalización del parto, con el nacimiento del bebé y la salida placentaria. Se caracteriza por la involución de los cambios fisiológicos en los aparatos y sistemas del organismo que trajo consigo el embarazo, mismo que a su vez, trae labilidad emocional a la mayoría de las mujeres puesto que se ven expuestas nuevamente a cambios físicos, hormonales, metabólicos y complicaciones médicas.

Concomitante a ello, surgen inseguridades sobre las responsabilidades o capacidad materna de enfrentar con éxito esta nueva situación. En consecuencia, la mujer se enfrenta a situaciones de vulnerabilidad, miedo y estrés, mismos que se encuentran vinculados principalmente a la depresión postparto. Si bien es cierto, el apoyo incondicional de la pareja brinda seguridad y minimiza el riesgo de desencadenar depresión postparto, se cuenta con poca información bibliográfica sobre el impacto de la red familiar sobre esta condición psicológica. Por tales motivos, esta investigación tiene como finalidad determinar la relación entre la probable depresión postparto y la funcionalidad familiar en parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil José Gálvez - 2024.

Para ello, la estructura del estudio está dividida en cinco grandes capítulos. El primer capítulo detalla el problema del estudio, además de los objetivos, justificación y limitaciones que se hallaron en el transcurso de la investigación. El segundo capítulo comprende el marco teórico, en el que se describe el contexto internacional y nacional que se asocian al tema, así como la generación de hipótesis. El tercer capítulo involucra la metodología que abarca distintos componentes como el método, enfoque, tipo y diseño de la investigación, así como la población y muestra, operacionalización de variables, técnicas para la obtención y procesamiento de datos y los aspectos éticos. En el cuarto capítulo se presentan los resultados y la discusión de los mismos. Finalmente, en el quinto capítulo se dan de manera concisa las conclusiones y las recomendaciones que brindan las investigadoras a raíz del estudio.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

El puerperio se cataloga como una fase con alta predisposición a situaciones de estrés psicológico debido a la aparición de responsabilidades y dudas sobre la capacidad en poder sobrellevar la situación a la cual se enfrentarán, en consecuencia, se evidencia la vulnerabilidad que puede estar relacionada a la aparición de cuadros depresivos y ansiedad (1).

Según la OMS, una de las morbilidades psiquiátricas durante la gestación y puerperio es la depresión. De acuerdo a las cifras epidemiológicas reportadas a nivel mundial, la tasa de población femenina afectada por esta patología se encuentra en rango del 20 al 40 %. La depresión postparto, que en adelante nos referiremos a ella por sus siglas DPP, es definida como aquel trastorno que se puede presentar desde la segunda semana luego del parto con sintomatología característica de irritabilidad, anhedonia, dificultad para entablar una relación con el neonato, alteraciones o cambios en el sueño, sentimiento de culpa o desesperanza, entre otras. Asimismo, cabe resaltar que dicho cuadro se evidencia por dos semanas consecutivas y cabe la posibilidad de presentarse hasta los 12 primeros meses luego del parto (2).

Según la epidemiología latinoamericana, muestra que la DPP oscila entre el 12 y el 32%. Estudios reportados indicaron que la prevalencia en Argentina es de 31% teniendo como factor principal asociado al estrato socioeconómico bajo (3). En Chile se reportó el 27,6% y que tenía asociación con el apoyo social (4). En Brasil se reportó el 19,8% (5). En un C.S. de México, se realizó el estudio a los seis meses luego del parto y se obtuvo como resultado el 13,3% (6). Con menor porcentaje, se encontró que en Colombia el 12,9% (7).

Si nos enfocamos en la epidemiología peruana, Masías y Arias nos demuestran que la prevalencia de DPP en Arequipa fue del 14,1% (8). Mientras que Ramos y Rivera encontraron

en Lima una prevalencia de 20,5% y que está asociado directamente a la ausencia del padre para con el bebé (9).

La función familiar, que llamaremos FF, es relevante para el desarrollo de todo ser humano, es por ello que es catalogado como uno de los pilares de sostén para la evolución satisfactoria de este mismo (10). Esto quiere decir que el bienestar del ser humano está ligado directamente con la relación familiar (11). Según estudios, indican que la funcionalidad familiar es relevante en el progreso y se relaciona positivamente con la satisfacción de vida, la reducción del estrés y el crecimiento personal. Lo que da a entender que sin el apoyo familiar no se puede generar lazos de fraternidad ni éxito en cualquier ámbito en el que el ser humano intente desenvolverse (12).

## **1.2. Formulación del problema**

Se han dispuesto las siguientes preguntas de investigación

### **1.2.1. Problema general**

¿Existe asociación entre la DPP y la FF en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la prevalencia de la DPP en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?
- ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes de la DPP según la EPDS en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?
- ¿Cuál es la situación de la función familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?
- ¿Cuál es la dimensión que mejor caracteriza la FF según el APGAR familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?

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

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

Determinar la asociación de la DPP con la FF en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de DPP en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.
- Determinar los síntomas más frecuentes de la DPP según el EPDS en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.
- Determinar la situación de la función familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.
- Determinar la dimensión más característica de la FF según el APGAR familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

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

Generalmente, traer al mundo a un nuevo ser es un evento importante que trae consigo mucha ilusión, esperanza y oportunidades. Sin embargo, no todas las mujeres pueden disfrutar de esa dicha, para ese grupo puede significar el inicio de trastornos psicológicos como la DPP. Esto podría interferir no sólo en el lazo entre la mujer y su hijo, sino también en el lazo marital y los otros integrantes de la familia (13). En muchas ocasiones se piensa que la DPP es una enfermedad que no se considera como tal, puesto que se prefiere pensar que los sentimientos de tristeza, inferioridad o incapacidad son propios de una madre que no se siente capaz de poder llevar su embarazo de forma exitosa, por lo que se estigmatiza o minimiza esta enfermedad (14). Por tal motivo, es de gran relevancia detectar los aspectos que influyen en la función familiar como factor desencadenante o atenuante en la DPP.

En este estudio se propuso que la funcionalidad familiar adquiere un efecto significativo en la DPP. Por tal razón, se considera importante verificar esta asociación en el CMI José Gálvez.

#### **1.4.1. Teórica**

Tener conocimiento sobre la DPP es de suma importancia, ya que refleja un reto en la salud pública, puesto que se ven afectadas las áreas sociales, cognitivas y afectivas de la puérpera; lo que dificulta no solo el lazo de unión entre ella y su recién nacido, sino también en su cuidado, atención y alimentación. Realizar una pesquisa y diagnóstico temprano puede salvar la vida de la paciente, y, por ende, la del bebé.

Investigar en este campo es precisar de forma realista la situación de la paciente con DPP, permitiendo así identificar los factores que se ven asociados, principalmente enfocado al funcionamiento familiar y así reforzar esas áreas para que la integralidad de la paciente no se vea interrumpida.

#### **1.4.2. Metodológica**

Se emplea tanto el enfoque deductivo como el inductivo como métodos de investigación, ya que se puede sacar conclusiones específicas y generales. Además, es de tipo aplicada porque se busca a través del estudio la consolidación de los conocimientos mediante la resolución de desafíos, por lo que facilita la aplicación práctica de dichos conocimientos. Finalmente, es no experimental, transversal y correlacional, puesto que no se intervienen las dos variables del estudio, se hace la medición de cada variable en un solo lapso de tiempo y se determina la asociación que hay entre ellas. Todo lo mencionado anteriormente es importante porque los resultados aportan estrategias para la mejora de la situación de la paciente con DPP, tanto en prevenir, identificar la patología oportunamente y dar tratamiento adecuado en caso sea necesario, con el fin de evitar complicaciones severas. Finalmente, no hay informes previos

que estudien la asociación entre la DPP y la FF en las mujeres parturientas del CMI José Gálvez.

#### **1.4.3. Práctica**

Los resultados obtenidos permiten evidenciar la situación real de las pacientes que sufren DPP a través de la función familiar. Dichos resultados contribuyen significativamente en la ampliación de la limitada bibliografía existente y sirve para establecer estrategias de aprendizaje en las parturientas y en los familiares cercanos. Estas estrategias tienen como objetivo brindar el conocimiento sobre la enfermedad de manera clara y oportuna con el fin de empoderar a la paciente, minimizando el estigma hacia la enfermedad y fomentando la obtención del tipo de vida que merece y un mejor bienestar mental; lo que permite tener una mejor conexión con su hijo, con su pareja y con sus familiares más cercanos.

#### **1.4.4. Limitaciones de la investigación**

Las investigadoras no tuvieron ninguna limitación con respecto al lugar, el tiempo y la recolección de datos puesto a que la investigación fue ejecutada según lo proyectado.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **1.5. Antecedentes**

#### **1.5.1. Antecedentes Internacionales**

**Zangmo et al, (2024)**; tuvieron como objetivo tasar la existencia de la DPP y si tiene vinculación con otros factores. Realizaron un estudio transversal, en donde emplearon encuestas en 314 madres que fueron pacientes del Hospital de Thimpu de agosto a noviembre de 2023. Aplicaron dos instrumentos, uno para medir la presencia de DPP (Edimburgo) y otro para determinar los factores asociados o potenciales (regresión logística), en donde ambos instrumentos mostraron óptima validez y confiabilidad. Descubrieron una prevalencia en DPP

del 14.97%. Asimismo, dieron a conocer que existen factores que conducen al origen de los comportamientos típicos de dicha patología como es el cambio de la apariencia física en la mujer, el estrés percibido después del parto, la mala relación con los suegros y la experiencia negativa durante el parto. Se obtuvo como resolución que existe un riesgo menor de padecer dicha patología en embarazadas con mayores ingresos económicos mensuales y con una edad gestacional avanzada (15).

**Reshef et al, (2023);** tuvieron como objetivo “Determinar si la DPP, la sintomatología del estrés post trauma (TEPT) y el pavor al parto se relacionan con la patología del vínculo madre-neonato y la poca satisfacción con su pareja”. Realizaron un estudio transversal, mediante la técnica de cuestionario en línea, en 228 mujeres con menos de un año de haber parido y que tuvieran pareja. Se emplearon como tipos de muestreos al intencional y al de bola de nieve. Emplearon dos instrumentos y cada uno en condiciones óptimas. Dicho estudio reveló que el TEPT y la DPP produjeron daño en el bienestar mental de las participantes y por ende sus vínculos familiares también. Se concluyó que el TEPT se relacionaba significativamente con una mayor insatisfacción con sus parejas, de tal manera que las puntuaciones más elevadas de TEPT y DPP dieron a conocer la presencia de trastornos del vínculo madre-bebe, siendo esta mediado por la sintomatología de la DPP (16).

**Guan et al, (2021);** tuvieron como objetivo “Descubrir la cantidad de personas con sospecha o probabilidad de padecer DPP e indagar si se relacionaba con la función familiar o con los factores obstétricos". Realizaron un estudio de tipo transversal y encuestaron a 630 parturientas que asistieron a seis comunidades integradas de investigación científica y enseñanza en Changsha, China. Se aplicaron dos herramientas: la EPDS y la regresión logística multivariante, ambas debidamente validadas y confiables. Se encontró que la prevalencia en sospecha sintomatológica de DPP o la probabilidad en dichas mujeres fue alrededor del 37%

en dicha muestra. Asimismo, se concluyó que la DPP era influenciada por la comunicación, la capacidad de una respuesta efectiva, el rol y el funcionamiento general (Dimensiones del FAD) y del tipo de alimentación en el contexto de la cultura china. Dado que los autores recomiendan que se implementen estrategias para la educación en salud y realizar terapias de tipo cognitivo-conductual para reforzar el vínculo familiar entre el papá y la mamá antes y después de la gestación (17).

**Kara et al, (2008);** tuvieron como objetivos “Comparar la prevalencia de sintomatología depresiva en madres turcas que tuvieran entre 1 a 3 meses postparto, con la prevalencia en madres que no habían estado embarazadas durante menos de un año. Reconocer la presencia de diversas circunstancias coligadas con la depresión en ambos grupos y examinar el efecto de la DPP en la lactancia materna”. Realizaron una investigación transversal mediante la indagación en 326 mujeres atendidas en la Clínica de Bienestar Infantil durante enero del 2001. Se concretó que la prevalencia de DPP en los grupos posparto y no posparto fue de 17% (28/163) y 24,5% (40/163), respectivamente; por lo que esto no fue estadísticamente significativo. En el grupo no postparto se encontraron como factores añadidos al número de partos previos de tres o más y el antecedente de aborto inducido. Los resultados del efecto entre la DPP y la lactancia materna fueron no significativos. Finalmente infirieron que la prevalencia de sintomatología depresiva fue significativa en ambos grupos (18).

**Li et al, (2020);** tuvieron como objetivo “Explorar asociaciones de algunos factores sociales y clínicos con síntomas significativos de DPP”. Ejecutaron un estudio transversal, a través de un cuestionario aplicado en 556 mujeres seleccionadas de manera aleatoria en el servicio ambulatorio del Dpto. de GyO del H. Nanfang y que tenían de 18 a 45 años y con tiempo de gestación de 36 hasta las 40 semanas. Además, menciona que pasando el segundo mes y antes del cuarto mes de postparto, 522 participantes lograron responder la Evaluación de DPP. Se

aplicó un instrumento validado y confiable para estimar la presencia de DPP (Escala de Edimburgo). Se encontró que 90 parturientas (17.3%) presentaban sintomatología significativa propia de DPP. Se concluyó que dicha patología estaba relacionada con la preferencia de los suegros por el bebe de sexo masculino, la insatisfacción con el apoyo de su pareja, el parto por cesárea y la alimentación mixta (19).

### **1.5.2. Antecedentes latinoamericanos**

**Santiago Sanabria L et al, (2019)**; a través de un estudio transversal y observacional tenían el propósito de averiguar la prevalencia y las situaciones de peligro que se relacionan a la DPP en 4 instituciones de salud en diferentes estados de México. Se empleó la escala de Edimburgo en 717 púerperas, dando como resultado 106 mujeres con DPP, lo cual equivale a una prevalencia del 14%. Los resultados de la interacción de las variables indican que ser madre soltera es un indicador de protección, por el contrario, las casadas mostraron mayor disposición de generar esta psicopatología. Por otra parte, el nivel económico bajo y las dificultades en las relaciones familiares reflejaron de forma importante ser factores desencadenantes de esta patología. Finalmente, los antecedentes de condiciones psiquiátricas como cuadros de depresión, ansiedad, esquizofrenia y bipolaridad previa a la gestación, mostraron una predisposición significativa para DPP. Concluyó que dicho instrumento es el mejor para poner al descubierto esta patología de forma temprana y se sugiere tomar como referencia el puntaje 10, debido a que tiene valores muy aceptados de sensibilidad y especificidad (20).

**Araujo et al, (2019)**; tenían por objetivo conocer cuáles eran las características epidemiológicas y clínicas de las parturientas con riesgo de DPP. Realizaron un estudio transversal, recolectaron datos de junio a septiembre del 2017 y una medida de conveniencia. Aplicaron dos instrumentos debidamente validados y con buen índice de confiabilidad; siendo el primero Edimburgo que media la DPP y si presentaba puntuación elevada, se utilizaba el

segundo que era el cuestionario de variables clínicas, sociales y económicas. Evaluaron a 151 puérperas que su parto fue entre el mes de mayo y setiembre del 2017 en la Maternidad Climaterio de Oliveira, ya que los autores mencionaron que para tener una mejor confiabilidad del estudio se debió realizar la encuesta de cuatro a ocho semanas de postparto. Encontraron que el 19,8% de las puérperas tuvo sospecha de DPP, siendo los 46,7% menores de 24 años, un 43.3% madres solteras, el 50% con educación completa, el 46,7% con color de piel negra y el 40% con un ingreso mensual mínimo. Asimismo, un 46.7% con un solo embarazo, el 73.3% no presento abortos y el 80% que mencionaron haber tenido el embarazo de tipo no planificado. Además, el 80% mencionó que el padre del bebe estaba presente y lo había reconocido legalmente, y solo el 56.7% contaba con el apoyo de su familia. Concluyeron que en dicho estudio se evidenció una alta prevalencia de DPP, por lo que recomendaron tomar la debida importancia como una problemática de salud (21).

### **1.5.3. Antecedentes nacionales**

**Masías y Arias (2018)**; tuvieron como objetivo “Decretar el predominio de la DPP en puérperas residentes de Arequipa”. Realizaron una investigación de tipo descriptivo, a través de encuestas en 113 puérperas registradas en el área de continuadoras en un Puesto de Salud en la Ciudad Blanca. Emplearon la EPDS, la cual está debidamente validada y con índice de confiabilidad superior a 0,7. Se encontró que el 45% tuvo síntomas de DPP, el 41% no presentó riesgo de DPP y el 14% manifestó riesgo alguno. Asimismo, se evidencio que no existían diferencias significativas con los tipos de parto ni con la situación marital. Ultimaron que aproximadamente el 45% de las personas encuestadas tenían sintomatología de DPP y que el nivel formativo se vinculó de manera negativa con dicha variable (8).

**Ramos y Rivera (2022)**; se propusieron como objetivo “Establecer la asociación entre la DPP y la ayuda del cónyuge en un CMI de Lima Metropolitana”. Realizaron una investigación de

tipo observacional, descriptivo y correlacional de corte transversal mediante la técnica de encuesta en 122 mujeres que tuvieron un año postparto en el rango de noviembre a diciembre del 2020. Aplicaron dos instrumentos de tipo cuestionario, uno para medir la DPP (Edimburgo) y otro para determinar el apoyo de la pareja, en donde ambos instrumentos contaban con la validez y confiabilidad respectiva. Asimismo, emplearon el coeficiente de correlación Rho de Spearman para el análisis estadístico inferencial. Se encontró que el 20.5% dieron positivo para DPP y con respecto a la ayuda del cónyuge y su asociación, en el ítem emocional se obtuvo un Rho de vínculo moderado, en el ítem instrumental e informativo con un Rho de relación baja para ambos. Ultimaron que la ayuda de la pareja estuvo relacionada de manera inversa con la DPP. Además, los autores mencionaron que los cónyuges que cooperan más durante el periodo postparto hacen que esta patología no se presente durante el primer año (22).

**Leveau H et al, (2024)**; mediante un estudio observacional y transversal determinó los factores que se vinculan directamente con la DPP en puérperas del Hospital de Ica. Se aplicó una encuesta de información general para la obtención de las variables que se relacionan con la enfermedad, además de la Escala de Edimburgo. Fueron 1080 participantes, de los cuales 920 realizaron adecuadamente la encuesta y se tomó en cuenta  $\geq 13$  puntos como referencia para diagnosticar la posible DPP. Como resultados se obtuvo que, las puérperas menores de 20 años, ser solteras, tener educación superior, las que cuentan con un trabajo, las que tuvieron un parto distócico, las que consumen fármacos de uso psiquiátrico, que sufren maltrato familiar y tienen obstáculos en el vínculo de pareja, son condiciones que aumentan significativamente el riesgo de producir DPP. Finalmente, se hace énfasis en el diagnóstico oportuno de esta afección psicológica puesto que hacerlo disminuye grandemente las consecuencias negativas tanto en la mamá como en el bebé (23).

## **1.6. Bases teóricas**

### **1.6.1. Depresión postparto**

La DPP tiene por concepto ser el trastorno depresivo mayor que altera el estado anímico de la paciente durante el puerperio, interfiriendo con los campos cognitivos, afectivos y sociales.

Hay evidencia de que en promedio del 15% de mujeres padecen esta condición en los primeros 12 meses postparto y el 25% lo desarrollan después de ese tiempo.

En ocasiones, suele remitir de forma espontánea en las 12 a 24 semanas postparto. Este cuadro depresivo puede estar presente antes del parto y exacerbar después de éste (20).

### **1.6.2. Clasificación de la depresión postparto**

- **Tristeza postparto:** También llamado “baby blues”. Es una afectación del estado anímico y se manifiesta en los 10 primeros días postparto, puede remitir espontáneamente a los 14 días postparto. La paciente tiene sensación de irritabilidad con tristeza y sollozo. Estos síntomas tienen nexo con las modificaciones a las que está sometido el cuerpo femenino tras el término de la gestación; así mismo, está vinculado con los cambios psicosociales que atraviesa la madre. Lastimosamente no hay una etiología específica para esta condición, pero es importante detectarlo puesto que sirve como indicador diagnóstico de la DPP (14).
- **Depresión postparto:** Es el cuadro depresivo mayor que se le atribuye a la llegada del recién nacido. La presentación clínica suele ser pérdida o disminución del valor que le atribuía a situaciones que antes le generaban disfrute, alteraciones en el sueño y cambios en el peso, sentimientos de mi minusvalía, dificultad en la comunicación y en la capacidad de concentrarse, deseos de terminar con su vida o de hacerse algún tipo de daño físico; y por supuesto, la desconexión con el bebé, tales como la falta del deseo de cuidar, de

amamantar, y de acercarse al mismo, de tener un comportamiento obsesivo y pensamientos inapropiados para con el bebé (14, 24).

- **Psicosis postparto (PP):** Es considerada como la presentación más seria de la DPP. Tiene como característica la variación en la percepción de los pensamientos, del comportamiento; también puede alucinar y delirar. Es de inicio agudo, por lo que representa un problema psiquiátrico que debe ser atendido inmediatamente puesto a que tanto la vida del bebé como de la mamá podrían estar en riesgo. Se ha visto en algunos países como México que los factores que se vinculan a la psicosis postparto o puerperio son la preexistencia de psicopatologías, tanto en la madre como en los miembros de la familia. Además, se conoce que es más común en aquellas madres con otros diagnósticos como trastorno de bipolaridad y esquizofrenia, así como haber presentado cuadros de psicosis postparto en gestaciones anteriores (14).

### **1.6.3. Etiología de la depresión postparto**

La DPP tiene una etiología muy florida. Por el lado fisiológico, químico y hormonal, la gestación es un periodo de muchos cambios, mismos que deben ser revertidos una vez salga el producto. Son estas variaciones las que dan las posibles explicaciones a este trastorno. Las modificaciones hormonales de progesterona y estradiol cumplen una función en la inestabilidad emocional y cambios en el ritmo del sueño.

Por otro lado, el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal está relacionado porque contribuye al incremento de secreción de cortisol, misma hormona que coincide como hallazgo en pacientes con diagnóstico de depresión mayor. La vasopresina es una hormona que se encuentra en niveles bajos, esto provoca una incapacidad funcional. Es por eso que hay una reducción sérica de esta hormona a nivel nutricional, dando pie al accionar de los ácidos grasos que son de larga

cadena, se activen a nivel cerebral y propicien una alteración en el estado anímico de la paciente (20).

Finalmente, hay evidencia de que un parto distócico aumenta el riesgo de desencadenar esta patología, puesto que no hay una secreción de oxitocina como lo hay en un parto vaginal. Sin embargo, hay otras investigaciones que informan que el tipo de parto no está relacionado, por lo que es una afirmación poco determinante (25).

#### **1.6.4. Factores que se asocian a la DPP**

Se ha evidenciado que, en nuestro continente, los factores que se encuentran fuertemente vinculados con la DPP son: (26)

- Tener la condición de soltera
- No contar con el apoyo de los familiares y del padre del bebé
- Una edad materna por debajo de los 20 y por encima de los 35 años.
- Dificil acceso al sistema sanitario
- Pobreza
- Ser multípara
- Disrupciones obstétricas
- Alteraciones patológicas en el RN
- No estar inscrita en el programa de planificación familiar
- Tabaquismo

Además de los citados anteriormente, los antecedentes psiquiátricos como la esquizofrenia, depresión, ansiedad, así como el uso de fármacos son circunstancias que se vinculan fuertemente con la DPP (23).

### **1.6.5. Diagnóstico de la DPP**

Según el DSM-5, hace el diagnóstico definitivo para el trastorno depresivo mayor que tiene inicio en el puerperio se cumplen con 5 de los siguientes criterios que además se manifiestan en un tiempo de 14 días:

- Sentimiento de tristeza notable durante el día, puede ser afirmado por la misma paciente o referido por algún familiar de forma objetiva.
- Anhedonia.
- Ganancia o pérdida del peso corporal, así como el incremento o reducción de la apetencia.
- Alteración significativa del sueño, puede haber insomnio o somnolencia excesiva.
- Excitación o ralentización de los movimientos corporales.
- Cansancio inexplicable la mayor parte de días.
- Autopercepción de culpabilidad.
- Dificultad para concentrarse o decidir apropiadamente la mayor parte del tiempo.
- Ideación de muerte en repetidas ocasiones, pensamientos e intento de suicidio.

Adicionalmente, todos los criterios anteriores deben causar pesadumbre significativa en todas las áreas sociales de la vida de la paciente. Tampoco deben tener relación con alguna otra patología orgánica o elemento nocivo, así como atribuírsele a otra condición psiquiátrica.

El instrumento que mejor realiza la pesquisa de la enfermedad es la Escala de Edimburgo (EPDS), ésta debe ser aplicada por el equipo multidisciplinario conformado por el Ginecólogo, el Pediatra, la Obstetra y el Psicólogo (27).

Finalmente, algunos estudios mencionan que la función tiroidea alterada y la anemia ferropénica pueden ser causantes de la sintomatología muy similar a la de la DPP, siendo algunos de los diagnósticos diferenciales. Por tal motivo, es importante descartar cualquier condición médica antes de realizar el diagnóstico (14, 28).

### **1.6.6. Consecuencias de la depresión postparto**

La DPP trae consigo muchas consecuencias, donde no solo la afectada es la madre, sino su bebé y su entorno más cercano. Al tener sentimientos de tristeza, incapacidad y en ocasiones rechazo hacia su hijo, pierde interés en su autocuidado y en el de éste. Quitando las necesidades básicas que requiere el recién nacido como la limpieza, el brindar calor, el contacto piel con piel, la alimentación, entre otros. Esto puede traer consecuencias en el bebé como desnutrición, infecciones, entre otros (14).

El suicidio, la consecuencia más grave del trastorno depresivo perinatal, está relacionado con el filicidio y es una de las razones más destacadas de desenlaces maternos en el tiempo perinatal. Esto se debe a que este grupo de pacientes, estigmatizado y carente de conocimientos sobre esta patología, no buscan el apoyo de los profesionales sanitarios. Para someterlas al tratamiento adecuado y prevenir estas consecuencias, que en ciertos casos pueden ser fatales, es necesario que los ginecólogos, pediatras, obstetras se encarguen de realizar el cribado durante los periodos gestacional y postparto (29).

### **1.6.7. Tratamiento de la DPP**

La complicación que más se repite durante el periodo periparto es la depresión postparto. La evidencia refleja que la prevalencia va en incremento y que las graves repercusiones en la madre y el hijo se pueden prevenir dando un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento. El profesional debe estar completamente capacitado para lograr observar los factores de riesgo y tener una conducta expectante y preventiva. Cuando se confirma la sintomatología y el diagnóstico, ya sea "baby blues", DPP y psicosis postparto; se determina el tratamiento según sea el caso.

El pilar en el manejo de la DPP es la farmacoterapia. Concomitante a ésta, se somete a la paciente a psicoterapia como la cognitivo-conductual, interpersonal y psicodinámica.

La presentación clínica de las pacientes con "baby blues" es poco marcada y fluctuante. No hay ideas de muerte y su duración no va más allá de los 14 días, por lo que se determina que no es necesario el manejo farmacológico, solo asesoramiento. Lo que se busca es acompañar a las mujeres y ayudarlas a conocer, entender y aceptar su condición, así como a los familiares para que comprendan que son el apoyo de las parturientas. El rol de los terapeutas es facilitar herramientas de apoyo que sirvan para que las pacientes puedan hablar.

En muchas ocasiones la paciente no es capaz de detectar o reconocer la enfermedad, sin embargo, los familiares pueden hacerlo de manera objetiva. Es así como el profesional de la salud verifica el tiempo de enfermedad y la intensidad de la sintomatología para replantear el diagnóstico y encontrar un mejor tratamiento.

En el caso del trastorno depresivo mayor perinatal, por ser de mayor complejidad dado al tiempo de enfermedad y las posibles letales consecuencias, se emplean las terapias cognitivo conductual, interpersonal y psicodinámica como complemento al uso de psicofármacos.

Los psicofármacos más empleados son los fármacos que inhiben selectivamente la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos (14).

Existe cierta incertidumbre sobre la seguridad de emplear estos medicamentos en la lactancia. Todos los fármacos antidepresivos tienen salida a través de la leche materna, ya sea en gran o menor cantidad. Los fármacos que tienen una menor excreción son la sertralina, la paroxetina y la nortriptilina (30).

No se recomienda la fluoxetina por tener efectos de irritabilidad y alteración en el ritmo del sueño. El escitalopram es un fármaco que puede ser usado en caso no haya tolerancia a la sertralina y paroxetina.

La prescripción de los fármacos debe ser hasta que se remitan los síntomas y se tiene que mantener durante 26 semanas para prevenir las recaídas.

Si la paciente ya presentó DPP en su gestación anterior, se prefiere usar un ISRS como profiláctico u otro fármaco que haya controlado y resuelto el cuadro depresivo anterior. Es importante iniciar con un tratamiento rápida y precozmente para evitar la cronicidad y letales consecuencias (14).

Durante la gestación, no se recomienda utilizar psicofármacos en los primeros 3 meses puesto que está fuertemente vinculado con malformaciones. La FDA indica que ningún psicofármaco está recomendado para usarse en ningún momento de la gestación, por lo que el médico tratante tendrá que evaluar el riesgo-beneficio para iniciar el tratamiento. Sin embargo, existen guías de práctica clínica mencionan que la sertralina se puede usar como fármaco de primera línea para la DPP. Los psicofármacos deben ser utilizados siempre y cuando se tengan en consideración situaciones como la gestación, lactancia, además del consentimiento de la mujer. Finalmente, la PP, que es la complicación más severa de la DPP, además es una emergencia, se ha visto que hasta un 69% de las pacientes cuenta con el antecedente de bipolaridad. Las pacientes cursan con alucinaciones olfativas y auditivas, además de delirios que se relacionan con el niño. Hay un alto riesgo de autolisis y filicidio (31).

El tratamiento inicial está constituido por estabilizadores del ánimo, benzodicepinas y neurolépticos. Otra alternativa de manejo rápido es La Terapia Electroconvulsiva (TEC), no sin antes descartar etiología de daño orgánico, intoxicación por sustancias nocivas y síndrome de abstinencia (31).

#### **1.6.8. Función familiar y su rol en el embarazo**

La familia es la agrupación de personas que se vinculan a través del parentesco, pueden ser denominadas nucleares o extensas. La funcionalidad familiar, por otro lado, es la forma organizada en la que se desenvuelve un hogar, se caracterizan por ser fuente de apoyo económico, educativo, emocional y cultural; proporciona amor, límites sanos, designación de roles, práctica de la comunicación positiva y efectiva, por lo tanto, resolución de cualquier

conflicto. Por lo que la disfunción familiar se ve relacionada directamente en todas las esferas de vida de cada integrante familiar, siendo el lado emotivo el más afectado, lo que propicia la aparición de trastornos mentales y adicción a sustancias (32).

Es conocido que la función familiar es importante para el crecimiento y progreso de cada humano en todos los momentos de su vida, y por supuesto, en la gestación. Cuando existe una relación afectivamente positiva con el entorno familiar, se ven reducidos los riesgos obstétricos y las alteraciones en el estado de ánimo como cuadros depresivos. Por lo que tener una familia disfuncional se traduce en tener inestabilidad emocional que puede llevar a complicaciones obstétricas.

La gestación trae cambios radicales e irremediables en la vida de cada fémica, por lo que debe ser capaz de afrontar y adaptarse a ellos mediante un plan estratégico; el amor, el entusiasmo y acompañamiento de la familia permite que la gestante aumente su confianza en la toma de decisiones y, por supuesto, mejora la impresión que tiene de su familia. En conclusión, la funcionalidad familiar y acompañamiento en el embarazo reducen las complicaciones obstétricas y emocionales (33).

En el caso de las adolescentes, en México se estudió a 360 adolescentes para conocer la función familiar. Se encontró que había disfunción familiar en más del 30%. Dentro de las características se halló que las embarazadas no cuentan con ayuda ni afecto de sus familiares, además de ser inmaduras emocionalmente. Adicionalmente, cerca del 80% eran de padres casados y no más del 10% eran solteros y divorciados.

Los autores sugieren que las adolescentes que cuentan con una familia disfuncional están más propensas al desarrollo de patologías psicológicas (34).

Por otro lado, en Colombia se analizó a 240 adolescentes gestantes para plasmar el vínculo que hay entre la depresión y la funcionalidad familiar. Un 14% de ellas cuentan con historia familiar de patologías psiquiátricas, 24% refirió contar con algún familiar que realizó intento de

autolisis y el 10% de las adolescentes indicó que algún familiar se suicidó. Además, el 11% de las adolescentes tienen conflictos dentro de su familia y el 46% siente que su familia es disfuncional. Toda esta información concluye en que la depresión y la funcionalidad familiar tienen una relación fuertemente importante, haciendo más probable la aparición del trastorno depresivo mayor en una familia disfuncional (35).

#### **1.6.9. Factores asociados a la funcionalidad familiar**

Existen muchos factores que se vinculan con la funcionalidad familiar, tanto aspectos abstractos como el sentimiento de amor, de comprensión, de apoyo, de solidaridad, resiliencia, felicidad; así como aspectos tangibles como lo son el dinero, el acceso a servicios básicos, paso a una educación digna y a la salud (36).

Estudios concluyen que la funcionalidad familiar participa como fuente de protección frente a los trastornos psicológicos en todos los ámbitos del ciclo vital del ser humano, puesto que permite al individuo desarrollarse y desenvolverse con libertad y confianza hasta ser una persona autónoma. Sin embargo, hay evidencia de que la disfunción familiar se caracteriza por presentar agresividad entre sus miembros, conductas sexuales de riesgo, falta de comunicación y confianza, problemas económicos, entre otros factores negativos. Éstas se ven relacionadas con conductas agresivas en los niños, embarazos no deseados en adolescentes, conductas delictivas, y por supuesto, los trastornos mentales (37).

#### **1.6.10. Importancia de los antecedentes psiquiátricos familiares y personales**

Los antecedentes dentro de la familia proporcionan información importante, debido a que hay patologías que tienen componentes genéticos y hereditarios que pueden indicar un riesgo elevado de desencadenar patologías y trastornos. En el caso de las enfermedades mentales, las

probabilidades aumentan de 2 a 3 veces si hay historia de patologías psiquiátricas en la familia (38)

Además, los antecedentes personales de patologías psiquiátricas también incrementan la predisposición de desencadenar nuevos trastornos mentales como la DPP en el caso de las gestantes que previamente manifestaron padecer de esquizofrenia, bipolaridad, ansiedad y depresión (20).

#### **1.6.11. Planificación familiar y control prenatal**

Conforme a la OMS, la planificación familiar es la libertad que tiene cada ser humano que le permite tomar decisiones responsables sobre la cantidad de hijos que deseen y en qué periodo de sus vidas tenerlos, además de obtener información sobre métodos contraceptivos y la terapia de afecciones de fertilidad. En cambio, los métodos contraceptivos son sustancias, objetos o técnicas que impiden que las mujeres se embaracen y contraigan enfermedades transmitidas por las relaciones sexuales (39).

En un estudio que se realizó en El Salvador, se planteó investigar cuáles son los factores que se relacionan con la DPP en púerperas que no tengan riesgo obstétrico. Tras encuestar a 180 púerperas, se determinó que el 50% de las pacientes no hacen uso de ningún método anticonceptivo y que el 70% no planificaron su gestación. Siendo grandes factores de predisposición que se vinculan directamente con la DPP en esa población (40).

Por otro lado, el control prenatal es la atención que reciben las gestantes con el propósito de evitar o disminuir probables complicaciones y disminuir la morbimortalidad materno perinatal (41).

Se considera que el número de controles prenatales deben ser  $\geq 7$ , menos de esa cantidad se determina como deficiente o incompleto. Éstos deben incluir una atención integral y multidisciplinaria (42).

En un estudio realizado en Loreto, Perú, se buscó descubrir la asociación que hay entre el control prenatal y la DPP. En una muestra de 186 puérperas se determinó que 106 pacientes desarrollaron DPP y que 64 de ellas no tenían control prenatal. Por lo que se concluyó que no contar con controles prenatales incrementó en cinco veces el riesgo de desarrollar DPP.

Además, casi el 70% de las mujeres empezó su control prenatal en las primeras 12 semanas y el 30% lo hicieron después (43).

### **1.6.12. Puerperio**

El puerperio es un periodo de tiempo que inicia desde la finalización del parto, con el nacimiento del bebé y la salida placentaria. Se caracteriza por la involución de los cambios fisiológicos en los aparatos y sistemas del organismo que trajo consigo el embarazo, mismo que a su vez, trae labilidad emocional a la mayoría de las mujeres puesto que se ven expuestas nuevamente a cambios físicos, hormonales, metabólicos y complicaciones médicas postparto como hemorragias, infecciones e incluso muerte materna.

Suele mencionarse que este periodo tiene una duración de cuarenta días, sin embargo, su clasificación es la siguiente:

#### **1.6.12.1. Fases del puerperio:**

- **Fase aguda:** Es el tiempo que transcurre desde el parto hasta las 24 horas postparto.
- **Fase temprana:** Inicia en el segundo día y termina en el séptimo.
- **P. tardía:** Desde las seis semanas hasta los seis meses postparto (44, 45, 46).

### **1.6.13. Apoyo social**

Es el conjunto de cuidados que percibe un individuo a través de su entorno. Tiene como función brindar soporte en situaciones de adversidad como el estrés, enfermedad, altercados familiares,

amicales y amorosos, problemas laborales y económicos, etc.; de tal manera, el apoyo social cumple un rol atenuante en los malos momentos del individuo y mejor aún, potencia la seguridad y enfrenta la situación a modo que sea más fácil superar cualquier aflicción.

Las redes de apoyo social son: la familia, los amigos, los compañeros de estudio y/o trabajo, vecinos, amigos espirituales (47).

El nivel de apoyo social es directamente proporcional a la cercanía afectiva que existe previamente entre el individuo y estas redes de apoyo. Podemos decir entonces que, una persona independiente, sin familiares cerca y que no tenga ninguna relación positiva con sus vecinos o compañeros de trabajo, no cuenta con este soporte, lo que puede propiciar un precario enfrentamiento a las adversidades.

Dado que el ser humano es social por naturaleza, el apoyo social se vuelve una necesidad ya que requiere de acompañamiento y afecto de otras personas que cumplen el propósito de lograr bienestar. Por otro lado, cumple un papel importante en la salud mental del individuo (48).

Bajo el contexto de esta investigación, las parturientas al enfrentar un cambio drástico en sus vidas se ven expuestas a cambios fisiológicos que traen consigo principalmente labilidad emocional, misma que podría desencadenar DPP. Por lo tanto, el apoyo social es un indicador importante que disminuye la DPP (49).

## **1.7. Formulación de la hipótesis**

### **1.7.1. Hipótesis general**

**H1:** La funcionalidad familiar se asocia significativamente con la probable depresión postparto en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** La funcionalidad familiar no se asocia significativamente con la probable depresión postparto en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

### **1.7.2. Hipótesis específicas**

#### **1.7.2.1. Hipótesis específica 1:**

**H1:** La edad materna se relaciona con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** La edad materna no se relaciona con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

#### **1.7.2.2. Hipótesis específica 2:**

**H1:** El apoyo familiar se relaciona con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** El apoyo familiar no se relaciona con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

#### **1.7.2.3. Hipótesis específica 3:**

**H1:** Los antecedentes psiquiátricos personales se relacionan con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** Los antecedentes psiquiátricos no se relacionan con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

#### **1.7.2.4. Hipótesis específica 4:**

**H1:** Los antecedentes psiquiátricos personales se relacionan con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** Los antecedentes psiquiátricos no se relacionan con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**1.7.2.5. Hipótesis específica 5:**

**H1:** El apoyo familiar se relaciona con la puntuación obtenida de Apgar total en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** El apoyo familiar no se relaciona con la puntuación obtenida de Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

**1.8. Método de investigación**

Se emplea el método deductivo porque permite obtener conclusiones generales que surgen de las premisas particulares; y el método inductivo porque utiliza las conclusiones particulares que surgen de las premisas generales.

**1.9. Enfoque de la investigación**

El estudio adopta un enfoque cuantitativo y tiene como objetivo determinar el grado de relación entre las variables establecidas. Asimismo, se busca objetivar y generalizar los resultados obtenidos, sin establecer relaciones causales directas.

**1.10. Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo aplicada, dado que se orienta a resolver una problemática concreta observada en la práctica clínica y comunitaria: el desconocimiento sobre la depresión posparto y la limitada valoración del papel de la funcionalidad familiar como factor protector en la salud mental materna. A diferencia de los estudios de carácter teórico, este trabajo no

busca únicamente ampliar el conocimiento existente, sino intervenir directamente sobre una población específica, promoviendo cambios significativos mediante una estrategia educativa.

### **1.11. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, puesto que no se intervienen las variables del estudio, sino que se observan tal como ocurren en su contexto natural. Se utiliza el corte transversal, dado que la recolección de datos se realiza en un solo momento del tiempo. Asimismo, el diseño es correlacional, puesto que se busca analizar el grado de relación entre las variables estudiadas, sin establecer relaciones causales.

### **1.12. Población, muestra y muestreo**

#### **1.12.1. Población**

Parturientas atendidas en el CMI José Gálvez que, según los registros históricos obtenidos en el año 2024, son 221 partos.

#### **a) Criterios de inclusión**

- Parturientas que deseen intervenir de manera voluntaria.
- Parturientas que tengan datos registrados de manera completa.
- Parturientas que tienen hasta un periodo de 12 meses de postparto.
- Pacientes menores y mayores de edad.

#### **b) Criterios de exclusión**

- Parturientas que no hayan dado a luz en el CMI José Gálvez.
- Parturientas que no continúen sus controles en CMI José Gálvez.

#### **1.12.2. Muestra**

El presente estudio estuvo conformado por un total de 221 parturientas que acudieron al Centro Materno Infantil José Gálvez durante el periodo de recolección de datos. Debido a que el

tamaño poblacional es finito y conocido, se optó por utilizar la fórmula de muestreo probabilístico para poblaciones finitas, lo que permitió calcular con mayor precisión el número de participantes necesarios para obtener resultados representativos y estadísticamente válidos.

La fórmula aplicada fue la siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- n = tamaño de muestra
- N = 221 = tamaño de la población
- Z = 1.96 = valor correspondiente a un nivel de confianza del 95%
- p = 0.5
- q = 1 - p = 0.5
- E = 0.05 = margen de error aceptado (5%)

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{221 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (221 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{221 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * 220 + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{212.2484}{0.55 + 0.9604} = \frac{212.2484}{1.5104} \approx \mathbf{140.52}$$

Por lo tanto, el tamaño de muestra determinado fue de 141 parturientas.

### **1.13. Variables y operacionalización**

Ver anexo 2.

## **1.14. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **1.14.1. Técnica**

- Para medir la variable 1 “DPP” se empleará la encuesta como técnica.
- Para medir la variable 2 “FF” se empleará la encuesta como técnica.

### **1.14.2. Descripción de instrumentos**

#### **- Escala de funcionalidad familiar APGAR familiar**

Fue creado en 1978 por el doctor Smilkstein, en Washington. Nos da a conocer cómo un integrante de la familia percibe la función de su entorno familiar con la finalidad de plasmar si se encuentran satisfechos o no en cuanto a los parámetros del instrumento (50).

Evalúa 05 áreas específicas que son la adaptación, la participación, los recursos de crecimiento, el afecto, y la resolución; ámbitos que se consideran básicos en la funcionalidad familiar.

El test consta de 5 preguntas en donde el puntaje va de 0 a 4 puntos por cada una de las preguntas. Se interpreta como normal si el puntaje tiene un rango de 17 y 20, disfunción leve si oscila entre 16 y 13, disfunción moderada está entre 12 y 10 y disfunción severa si es  $\leq$  a 9.

Estos resultados nos dan una visión general acerca de la función o disfunción familiar. Se recomienda tener entendimiento sobre el ciclo o fases vitales de la familia con el fin de poder entrar en contexto de cada familia y tener un mejor y preciso resultado (51).

En el año 1994, el test obtuvo una modificación por la Dra. Liliana Arias, quien añadió la esfera social mediante dos preguntas que hacen referencia a las amistades como método compensatorio en casos en los que se evidencie disfunción familiar severa o cuando los miembros de la familia se encuentran lejos del individuo. Lo que busca esta aplicación del test es dar a conocer si el paciente tiene una persona a la que pueda recurrir en cualquier momento (52).

La esfera social equivale a las 2 últimas preguntas en donde el puntaje tiene un rango de 0 a 8 puntos, los cuales se interpretan como apoyo social si es  $>$  a 4 puntos y sin apoyo social si es  $<$  a 4 puntos (53).

#### - **Escala de depresión postparto Edimburgo**

Existen varias escalas que son empleadas en la pesquisa de la depresión en los pacientes en general. Sin embargo, las gestantes pertenecen a un grupo especial puesto que son sometidas fisiológicamente a cambios no solo durante la gestación, sino en el puerperio. Por tal motivo, no pueden emplearse las escalas comúnmente utilizadas. Fue en 1987 que Cox et al, diseñaron y desarrollaron la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) que se utiliza exclusivamente en puérperas. Su estructura evalúa distintos ítems como el disfrute, el entusiasmo con respecto al futuro, sentir culpabilidad, inquietud o excitación, episodios de pánico, resiliencia, cambios en el sueño, melancolía, lloro, comportamiento autoagresivo; mismos que reflejan y abarcan toda la sintomatología depresiva. Esta escala nos permite saber si la paciente presenta estos síntomas desde hace 7 días. Cada respuesta da una puntuación de 0 a 3, a mayor puntaje, mayor acercamiento al diagnóstico, cabe resaltar que solo identifica la patología, más no determina la magnitud de la gravedad. La puntuación total va de 0 a 30.

Los resultados que superan los 10 puntos, sugieren realizar otras evaluaciones diagnósticas. Cada respuesta tiene un puntaje establecido según la letra que se marque, siendo a, b, c, y d, con el valor de 0, 1, 2 y 3 puntos respectivamente. Una puntuación  $\geq$  de 10 hace alusión a un probable cuadro de DPP, por otro lado, cuando se superan los 13 puntos se sugiere un trastorno depresivo mayor. Cuando el puntaje es de 0 a 9, no hay indicios de morbilidades psiquiátricas (54, 55).

### **1.14.3. Validación**

#### **1.14.3.1. Instrumento de funcionalidad familiar**

El APGAR Familiar es un instrumento de resolución propia que no demanda la presencia de algún profesional especializado. La primera versión de su validación que se realizó con Pless-Satterwhite Family Function Index demostró que era de 0.80. Sin embargo, en su última exposición que se desarrolló y en numerosas investigaciones mantuvieron un rango de 0.71 hasta 0.83 (56).

#### **1.14.3.2. Instrumento de depresión postparto**

La Escala de Edimburgo se enfoca en cuestionar el sentimiento percibido por la parturienta. Asimismo, no tiene dificultad para su resolución ni necesita de un profesional especializado. En un estudio realizado en Lima, se determinó que en 321 mujeres existía el 84.21 % de sensibilidad y el 79.47 % de especificidad. Se concluyó que dicho test estaba validado adecuadamente y funcionaba de la misma manera (54).

### **1.14.4. Confiabilidad**

#### **1.14.4.1. Instrumento de funcionalidad familiar**

Uno de los métodos para medir la fiabilidad en un estudio es a través del Alfa de Cronbach. Este tiene como interpretación de 0.70 para un mínimo aceptable y un 0.90 para un máximo esperado. Siendo la primera vez con un 0.84, lo que indico que era fiable. (56) En recientes indagaciones se evidencia que el valor de fiabilidad está dentro de los parámetros apropiados. Tal es así que en un estudio planteado recientemente en Bucaramanga durante el 2023 se reafirmó la fiabilidad de dicho instrumento. Grimaldos, J, resalta que el APGAR familiar obtuvo valores en el rango de 0.89 hasta 0.91 (57).

#### **1.14.4.2. Instrumento de depresión postparto**

Tal como se describió acerca de la fiabilidad en un instrumento, en el 2017 mediante un estudio que buscaba determinar la estructura factorial de la Escala de Edimburgo, los autores evidenciaron que dicho test presentaba un Alfa de Cronbach en rango de 0.73 hasta 0.78. En otras palabras, dicha escala era catalogada como fiable (58).

#### **1.15. Plan de procesamiento y análisis de datos**

En primer lugar, se gestionará el permiso al CMI José Gálvez para llevar a cabo la investigación con las parturientas que allí se atienden. Las participantes darán su autorización a través del consentimiento informado (anexo 4). El tiempo estimado en el que se responderán la Ficha General de Información, la EPDS y la Escala de APGAR familiar serán en promedio 10 minutos.

Finalizada la obtención de información, las investigadoras realizarán el control de calidad de éstos y la exclusión de las participantes de acuerdo con los criterios propuestos, posteriormente se procederá a registrarlos en una plantilla del programa Excel 2021, luego serán exportados para su evaluación y análisis en el programa IBM SPSS Statistics 31.0 Se realizará la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, ya que se cuenta con una muestra mayor de cincuenta. Como se busca conocer el vínculo existente entre las variables tratadas, se utilizará el coeficiente respectivo de Correlación de Spearman. En el caso de la prueba de hipótesis se utilizarán estadísticos no paramétricos (Chi cuadrado, Kruskal-Wallis y U Mann Whitney).

## **1.16. Aspectos éticos**

### **1.16.1. Principio de Justicia**

Se buscará que todas las participantes sean beneficiadas con los resultados del estudio sin discriminación alguna.

### **1.16.2. Principio de Autonomía**

Se le proporcionará información a las pacientes que participarán sobre el presente trabajo de estudio y se les hará saber que están en la capacidad de elegir y determinar su propia norma aplicando sus propios criterios, por lo tanto, se garantizará el respeto a la voluntad de las participantes durante la aplicación del trabajo.

### **1.16.3. Principio de Beneficencia**

Se buscará llevar al máximo los beneficios y reducir los daños. Al obtener los resultados del estudio, se colocarán a beneficio del CMI José Gálvez con la finalidad de diseñar o esquematizar estrategias que permitan minimizar la DPP en parturientas y fortalecer la función familiar.

### **1.16.4. Principio de no maleficencia**

Se buscará no quebrantar la integridad de las participantes de forma intencional o negligente. A cada participante se le hará saber que no se verá en riesgo su integridad individual debido a que sus datos personales se mantendrán de manera confidencial, además de absolver al detalle todas las dudas o inquietudes por parte de los participantes, con el fin de darles seguridad y tranquilidad.

## CAPITULO

### O IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 1.17. RESULTADOS

##### 1.17.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADOS

*Tabla 1. Datos sociodemográficos de las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez – 2024.*

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>	< 20 años	14	9.9 %
	20 - 30 años	67	47.5 %
	> 30 años	60	42.6 %
<b>Estado civil</b>	Soltera	24	17%
	Casada	23	16.3 %
	Conviviente	94	66.7 %
<b>Ocupación</b>	Trabaja	31	22%
	No trabaja	110	78%
<b>Nivel socioeconómico</b>	Menor al sueldo mínimo	22	15.6 %
	Igual al sueldo mínimo	55	39%
	Mayor al sueldo mínimo	64	45.4 %
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	12	8.5 %
	Secundaria	76	53.9 %
	Técnico	29	20.6 %
	Superior	24	17%
<b>Procedencia</b>	Urbano	141	100%

Rural	0	0%
-------	---	----

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

En la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de las 141 pacientes. Se halló que las mujeres menores de 20 años representan en 9.9%, las que tienen entre 20 y 30 años representan el 47.5% y las que superan los 30 años representan el 42.6%. Se evidenció que el 17 % de las mujeres son solteras, el 16.3% son casadas y el 66.7% son convivientes. Por otro lado, el 22% refirieron contar con un trabajo mientras el 78% se dedican al hogar. Con respecto al ingreso económico mensual, el 15.6% de las mujeres manifestaron recibir cifras inferiores al salario mínimo, el 39% reciben un monto igual al salario mínimo y el 45% lo superan. Se evidenció que solo el 8.5% tuvo como grado de instrucción la Primaria, el 53.9% cursó la Secundaria completa, el 20.6% completó estudios técnicos y el 17% mantienen estudios superiores. Finalmente, el 100% de las pacientes pertenecen a un área urbana.

**Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos y psiquiátricos de las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez – 2024.**

Tipo	Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
<b>Antecedentes gineco-obstétricos</b>	Edad gestacional	Pretérmino	11	7.8 %
		A término	121	85.8 %
		Post término	9	6.4 %
	Paridad	Primípara	42	29.8 %
		Múltipara	99	70.2 %
	Tipo de parto	Vaginal		141
Cesárea			0	0%
		Sí	71	50.4 %

	Planificación familiar	No	70	49.6 %
	Controles prenatales	Sí	140	99.3 %
		No	1	0.7 %
	Malformaciones congénitas	Sí	2	1.4 %
		No	139	98.6 %
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>	Personales	Sí	14	9.9 %
		No	127	90.1 %
	Familiares	Sí	27	19.1 %
		No	114	80.9 %

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

En la tabla 2 se contempla tanto los antecedentes gineco-obstétricos como los psiquiátricos. En primer lugar, se observa la edad gestacional, donde el 7.8% de las mujeres tuvieron un parto pretérmino, el 85% fue a término y el 9% fue posttérmino. Con respecto a la paridad, el 29.8% manifestaron tener un solo hijo, mientras que el 70.2% tenían dos o más hijos. El 100% de los partos fueron vaginales. En cuanto a la planificación familiar, se encontró que el 50.4% usaba método anticonceptivo, mientras que el 49.6% no lo usaba. Por otro lado, el 99.3% de las mujeres indicaron haber acudido a los controles prenatales, mientras que solo el 0.7% indicó no haber acudido a ningún control. Por último, el 1.4% de las mujeres mencionaron que sus hijos desarrollaron malformaciones congénitas, mientras que el 98.6% están libres de éstas. Sobre los antecedentes psiquiátricos, se encontró que el 9.9% de las mujeres afirmó tener antecedentes psiquiátricos personales y el 90.1% lo negó. Finalmente, el 19.1% indicó tener antecedentes psiquiátricos familiares, mientras que el 80.9% no los presenta.

**Tabla 3. Resultados de la Escala de Depresión Postparto de las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez – 2024.**

ÍTEM		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>E1</b>	Tanto como siempre	111	78.7
	No tanto ahora	28	19.9
	Mucho menos ahora	2	1.4
	<b>Total</b>	141	100
<b>E2</b>	Tanto como siempre	101	71.6
	Algo menos de lo que solía hacer	32	22.7
	Definitivamente menos	5	3.5
	No, nada	3	2.1
	<b>Total</b>	141	100
<b>E3</b>	Sí, la mayoría de las veces	24	17
	Sí, algunas veces	58	41.1
	No muy a menudo	17	12.1
	No, nunca	42	29.8
	<b>Total</b>	141	100
<b>E4</b>	No, nunca	43	30.5
	Casi nunca	19	13.5
	Sí, a veces	58	41.1
	Sí, con mucha frecuencia	21	14.9
	<b>Total</b>	141	100
<b>E5</b>	Sí, bastante	6	4.3
	Sí, a veces	35	24.8
	No, no mucho	22	15.6

	No, nunca	78	55.3
	<b>Total</b>	141	100
<hr/>			
<b>E6</b>	Sí, la mayor parte de las veces	27	19.1
	Sí, a veces	51	36.2
	No, casi nunca	12	8.5
	No, nada	51	36.2
	<b>Total</b>	141	100
<hr/>			
<b>E7</b>	Sí, casi siempre	14	9.9
	Sí, bastante a menudo	16	11.3
	No muy a menudo	35	24.8
	No, nunca	76	53.9
	<b>Total</b>	141	100
<hr/>			
<b>E8</b>	Sí, la mayor parte del tiempo	12	8.5
	Sí, a veces	25	17.7
	No, no mucho	10	7.1
	No, nunca	94	66.7
	<b>Total</b>	141	100
<hr/>			
<b>E9</b>	Sí, casi siempre	6	4.3
	Sí, bastante a menudo	18	12.8
	Solo en ocasiones	38	27
	No, nunca	79	56
	<b>Total</b>	141	100
<hr/>			
<b>E10</b>	A veces	3	2.1
	Casi nunca	4	2.8

No, nunca	134	95
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

---

Nota: Elaboración por SPSS

En la tabla 3 se observan los resultados de la Escala de depresión postparto de Edimburgo, donde el 78.7% ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas y el 1.4% lo ha hecho mucho menos ahora. Sobre mirar el futuro con placer, el 71.6% lo hace tanto como siempre y el 2.1% no lo hace para nada. Respecto a echarse la culpa sin motivos cuando algo sale mal, el 17% refiere que lo hace la mayoría de veces, el 41.1% lo hace algunas veces, el 12.1% lo hace algunas veces y el 29.8% no lo hace nunca. El 30.5% manifestó no sentir nunca miedo o preocupación sin motivos, pero el 14.9% lo hace con mucha frecuencia. El 55.3% menciona que nunca ha sentido miedo o pánico pero el 24.8% lo hace a veces y el 4.3% lo hace bastante. En relación a sentir opresión o agobio, el 19.1% lo siente la mayor parte de las veces mientras que el 36.2% no lo siente. El 53.9% de las mujeres refirió no tener dificultad para conciliar el sueño debido a la tristeza, mientras que el 9.9% lo ha tenido casi siempre. El 66.7% mencionó que nunca ha sentido tristeza y desgracia, mientras que el 17.7% lo ha sentido a veces y el 8.5% lo ha sentido la mayor parte del tiempo. El 56% nunca ha sido infeliz, el 12.8% bastante a menudo se siente tan infeliz que ha estado llorando y el 4.3% casi siempre se siente tan infeliz que ha estado llorando. Finalmente, el 95% nunca ha tenido el deseo de hacerse daño a sí misma, el 2.8% casi nunca tiene ese deseo y el 2.1% lo tiene a veces.

**Tabla 4. Resultados del Test de Apgar familiar de las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez – 2024.**

ÍTEM		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>A1</b>	Nunca	1	0.7
	Casi nunca	4	2.8
	Algunas veces	23	16.3
	Casi siempre	23	16.3
	Siempre	90	63.8
	<b>Total</b>		141
<b>A2</b>	Nunca	5	3.5
	Casi nunca	7	5
	Algunas veces	29	20.6
	Casi siempre	22	15.6
	Siempre	78	55.3
	<b>Total</b>		141
<b>A3</b>	Nunca	1	0.7
	Casi nunca	8	5.7
	Algunas veces	16	11.3
	Casi siempre	17	12.1
	Siempre	99	70.2
	<b>Total</b>		141
<b>A4</b>	Nunca	3	2.1
	Casi nunca	6	4.3
	Algunas veces	21	14.9
	Casi siempre	28	19.9
	Siempre	83	58.9

	<b>Total</b>	141	100
	Nunca	2	1.4
	Casi nunca	2	1.4
<b>A5</b>	Algunas veces	17	12.1
	Casi siempre	26	18.4
	Siempre	94	66.7
	<b>Total</b>	141	100
	Nunca	2	1.4
	Casi nunca	3	2.1
<b>A6</b>	Algunas veces	25	17.7
	Casi siempre	22	15.6
	Siempre	89	63.1
	<b>Total</b>	141	100
	Nunca	4	2.8
	Casi nunca	5	3.5
<b>A7</b>	Algunas veces	17	12.1
	Casi siempre	30	21.3
	Siempre	85	60.3
	<b>Total</b>	141	100
	Nunca	40	28.4
	Casi nunca	5	3.5
<b>A8</b>	Algunas veces	11	7.8
	Casi siempre	10	7.1
	Siempre	75	53.2
	<b>Total</b>	141	100

	Nunca	39	27.7
	Casi nunca	3	2.1
<b>A9</b>	Algunas veces	7	5
	Casi siempre	10	7.1
	Siempre	82	58.2
	<b>Total</b>	141	100

Nota: Elaboración por SPSS.

En la tabla 4 se presentan los resultados del Test de APGAR familiar, se evaluó según sus dimensiones de adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos. En primer lugar, en la dimensión de adaptación (A1) con respecto a la satisfacción sobre la ayuda que reciben de sus familias cuando tienen algún problema y/o necesidad el 0.7% menciona que nunca está satisfecha, el 2.8% que casi nunca está satisfecha, el 16.3% que algunas veces está satisfecha, el 16.3% que casi siempre está satisfecha y que el 63.8% siempre está satisfecha. En relación a la dimensión de participación (A2) sobre la satisfacción de cómo su familia habla y comparten sus problemas el 3.5% indicó nunca estar satisfecha, el 5% casi nunca está satisfecha, el 20.6% algunas veces está satisfecha, el 15.6% casi siempre está satisfecha y el 55.3% siempre lo está. Por otro lado, en la dimensión de gradiente de recurso personal (A3) sobre la satisfacción de cómo su familia acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades el 0.7% manifestó que nunca está satisfecha, el 5.7% casi nunca está satisfecha, el 11.3% algunas veces está satisfecha, el 12.1% casi siempre está satisfecha y el 70.2% siempre está satisfecha. Con respecto a la dimensión de afecto (A4) sobre la satisfacción de cómo su familia expresa afecto y responde a sus emociones tales como rabia, tristeza y amor el 2.1% nunca está satisfecha, el 4.3% casi nunca está satisfecha, el 14.9% algunas veces está satisfecha, el 19.9% casi siempre está satisfecha y el 58.9% siempre está satisfecha.

En cuanto a la dimensión de recursos se subdividen en tres áreas que miden la satisfacción sobre el tiempo que pasan juntos (A5), los espacios en casa (A6) y el dinero (A7); donde en A5 el 1.4% refiere que nunca está satisfecha, el 1.4% casi nunca está satisfecha, el 12.1 algunas veces está satisfecha, el 18.4% casi siempre está satisfecha y el 66.7% siempre está satisfecha. En A6 el 1.4% nunca está satisfecha, el 2.1% casi nunca está satisfecha, el 17.7% algunas veces está satisfecha, el 15.6% casi siempre está satisfecha y el 63.1% siempre está satisfecha. En A7 el 2.8% nunca está satisfecha, el 3.5% casi nunca está satisfecha, el 12.1% algunas veces está satisfecha, el 21.3% casi siempre está satisfecha y el 60.3% siempre está satisfecha.

Finalmente, el Test de APGAR familiar incluyó dos ítems que engloban al área social. El primer ítem (A8) pregunta si cuenta con un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda y el 28.4% refiere que nunca cuenta con alguien cercano, el 3.5% casi nunca cuenta con alguien cercano, el 7.8% algunas veces cuenta con alguien cercano, el 7.1% casi siempre cuenta con alguien cercano y el 53.2% siempre cuenta con alguien cercano. El segundo ítem (A9) busca saber el grado de satisfacción sobre el soporte que reciben de sus amigos (as) y el 27.7% menciona que nunca está satisfecha, el 2.1% casi nunca está satisfecha, el 5% algunas veces está satisfecha, el 7.1% casi siempre está satisfecha y el 58.2% siempre está satisfecha.

**Tabla 5. Resultados generales de las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez – 2024.**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Posible depresión postparto</b>	Sí	32	22.7 %
	No	109	77.3 %
<b>Funcionalidad familiar</b>	Funcionalidad normal	89	63.1 %
	Disfuncionalidad leve	32	22.7 %
	Disfuncionalidad moderada	9	6.4 %
	Disfuncionalidad severa	11	7.8 %
<b>Apoyo social</b>	Sí	97	68.8 %
	No	44	31.2 %

Fuente: Elaboración SPSS

En la tabla 5 se muestran los resultados generales. En primer lugar, tenemos a la depresión postparto, donde el 22.7% presenta una posible depresión postparto, mientras que el 77.3% no presenta ningún riesgo. En segundo lugar, se encuentra la funcionalidad familiar, se encontró que el 63.1% presenta una funcionalidad normal, el 22.7% una disfuncionalidad leve, el 6.4% una disfuncionalidad moderada y el 7.8% una disfuncionalidad severa. Finalmente, se encuentra el apoyo social, donde el 68.8% de las mujeres mencionaron contar con apoyo social y el 31.2% negaron contar con este tipo de apoyo.

*Tabla 6. Relación entre algunas variables intervinientes y las variables principales de estudio de las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez – 2024.*

Variables	Posible depresión postparto		Chi cuadrado	p - valor	Funcionalidad familiar				Chi cuadrado	p - valor		
	No	Sí			F. normal	D. leve	D. moderada	D. severa				
		Recuento										
<b>Edad</b>	< 20 años	Recuento	12	2								
		% del total	11.02	6.25								
	20-30 años	Recuento	51	16	0.632	0.729						
		% del total	46.78	50							8.384	0.211
	> 30 años	Recuento	46	14								
		% del total	42.20	43.75								
<b>Apoyo familiar</b>	Sí	Recuento	99	27	1.083	0.298						
		% del total	90.82	84.37							24.722	< 0.001
	No	Recuento	10	5								
		% del total	9.18	15.63								
<b>Antecedentes psiquiátricos personales</b>	No	Recuento	103	24	10.513	0.001						
		% del total	94.49	75							20.978	< 0.001
	Sí	Recuento	6	8								
		% del total	5.51	25								

En la tabla 6 se contempla la asociación entre las variables principales y algunas variables intervinientes. En primer lugar, se buscó la asociación entre la edad, el apoyo familiar y los antecedentes psiquiátricos personales con la posible depresión postparto. Respecto a la edad, quienes tienen menos de 20 años, 12 mujeres representan el 11.02% del total de las mujeres que no tienen riesgo de presentar depresión postparto y solo 2 representan el 6.25% del total de las que sí lo tienen; las mujeres que tienen entre 20 y 30 años, 51 pacientes equivale al 46.78% del total que no tienen riesgo de presentar depresión postparto y 16 mujeres corresponde al 50% del total de las que sí lo tienen; quienes superan los 30 años, 46 mujeres representan el 42.20% del total de las que no manifestaron tener riesgo de padecer depresión postparto y 14 que refleja el 43.75% del total de las que sí tienen posible depresión postparto. Se halló una asociación no significativa ( $p=0.729$ ) entre la edad y la posible depresión postparto. En relación al apoyo familiar, aquellas mujeres que manifestaron de forma subjetiva tener apoyo por parte de su familia, 99 mujeres conforman el 90.82% del total de las que presentan bajo riesgo de presentar depresión postparto, mientras que 27 mujeres conforman el 84.37% del total de las que sí presentan posible depresión postparto; por el contrario, de las que refirieron subjetivamente no contar con apoyo familiar, 10 mujeres representan el 9.18% del total de las que no presentan riesgos de desarrollar depresión postparto y solo 5 mujeres pertenecen al 15.63% del total de las que presentan dicho riesgo. Se encontró una asociación no significativa ( $p=0.298$ ) entre el apoyo familiar y la posible depresión postparto. Por otro lado tenemos a los antecedentes psiquiátricos personales, aquellas que negaron tener dichos antecedentes, 103 mujeres representan el 94.49% del total de las que no presentan riesgos de generar depresión postparto, mientras que 24 mujeres conforman el 75% del total de aquellas que sí podrían generar posible depresión postparto; pero aquellas que aceptaron tener antecedentes psiquiátricos personales, 6 mujeres representan el 5.51% del total de las que tienen riesgo de depresión postparto y 8 mujeres conforman el 25 % del total de las que sí

tienen dicho riesgo. Existe una asociación significativa ( $p=0.001$ ) entre los antecedentes psiquiátricos personales y la posible depresión postparto.

En segundo lugar, se buscó asociación entre la edad, el apoyo familiar y los antecedentes psiquiátricos personales con la funcionalidad familiar, En relación a la edad materna, entre las menores de 20 años, 7 mujeres representan el 7.86% del total de las que cuentan con una familia funcional, 3 son parte del 9.38% del total de las que cuentan con disfuncionalidad familiar leve, 1 representa el 11.2% del total de las mujeres que tienen disfuncionalidad familiar moderada y 3 conforman el 27.28% del total de aquellas que tienen disfuncionalidad familiar severa. Con respecto a las mujeres que tienen entre 20 y 30 años, 40 de ellas representan el 44.49% del total de las que cuentan con familia funcional, 20 conforman el 62.5% del total de las que cuentan con disfuncionalidad familiar leve, 4 representan el 44.44% del total de aquellas que tienen disfuncionalidad familiar moderada y 3 forman parte del 27.27% del total de las que tienen disfuncionalidad familiar severa. Las mujeres que son mayores de 30 años, 42 representan el 47.2% del total de las que cuentan con una familia funcional, 9 conforman el 28.12% del total de aquellas que tienen disfuncionalidad familiar leve, 4 representan el 44.44% del total de las que tienen disfuncionalidad familiar moderada y 5 conforman el 45.45% del total de las que tienen disfuncionalidad familiar severa. Existe una asociación no significativa ( $p=0.211$ ) entre la edad materna y la funcionalidad familiar. En cuanto a las mujeres que refirieron de forma subjetiva contar con apoyo familiar, 84 de ellas representan el 94.38% del total de las que cuentan con funcionalidad familiar normal, 29 conforman el 90.62% del total de las que tienen disfuncionalidad familiar leve, 8 conforman el 88.88% del total de aquellas que tienen disfuncionalidad familiar moderada y 5 forman parte del 45.45% del total de las que tienen disfuncionalidad familiar severa; por el contrario, de las que refirieron subjetivamente no contar con apoyo familiar, 5 representan el 5.62% del total de las que cuentan con una familia funcional, 3 representan el 9.38% del total de las que tienen una disfunción familiar leve, solo

1 representa el 11.12% del total de las que tienen disfuncionalidad familiar moderada y 6 forman parte del 54.55% del total que tienen disfuncionalidad familiar severa. Se encontró una asociación significativa ( $p < 0.001$ ) entre el apoyo familiar y la funcionalidad familiar. Finalmente, tenemos a los antecedentes psiquiátricos personales, aquellas que negaron tener dichos antecedentes, 86 conforman el 96.62% del total de las que cuentan con una familia funcional, 27 representa el 84.37% del total de aquellas que cuentan con disfunción familiar leve, 8 conforman el 88.88% del total de quienes tienen disfunción familiar moderada y solo 6 forman parte del 54.55% del total de las que tienen disfunción familiar severa; pero aquellas que aceptaron tener antecedentes psiquiátricos personales, 3 mujeres forman parte del 3.38% del total de aquellas que cuentan con una familia funcional, 5 representan el 15.63% del total de aquellas que tienen disfunción familiar leve, solo 1 conforma el 11.12% del total de quienes tienen disfunción familiar severa y 5 representan el 45.45% del total de aquellas que tienen disfunción familiar severa. Se encontró una relación significativa ( $p < 0.001$ ) entre los antecedentes psiquiátricos personales y la funcionalidad familiar.

**Tabla 7. Relación entre algunas variables intervinientes y el puntaje obtenido de cada instrumento aplicado a las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez – 2024.**

Variable	EPDS total			APGAR total			
	N	Rango promedio	p - valor	N	Rango promedio	p - valor	
<b>Edad</b>	< 20 años	14	81.39		14	51.79	
	20-30 años	67	72.78	0.418**	67	65.74	<b>0.015**</b>
	> 30 años	60	66.58		60	81.36	
<b>Apoyo familiar</b>	Sí	126	68.55	<b>0.039*</b>	126	74.61	<b>0.002*</b>
	No	15	91.57		15	40.70	
<b>Antecedentes psiquiátricos personales</b>	No	127	67.22	<b>&lt;0.001*</b>	127	75.31	<b>&lt; 0.001*</b>
	Sí	14	105.29		14	31.86	

\*Prueba U de Mann-Whitney

\*\*Prueba H de Kruskal Wallis

En la tabla 7 observamos la asociación entre las variables intervinientes como edad, apoyo familiar y antecedentes psiquiátricos personales con el total del puntaje obtenido en los instrumentos aplicados en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez. En primer lugar, se relacionó la edad materna con el puntaje total de la EPDS, dando como resultado una asociación no significativa ( $p=0.418$ ), por el contrario, se encontró una asociación significativa ( $p=0.015$ ) con el puntaje total del APGAR familiar. Por otro lado, se relacionó el apoyo familiar con el puntaje total de la EPDS, encontrándose una asociación significativa ( $p=0.039$ ), así

como también se asoció significativamente ( $p=0.002$ ) con el puntaje total del APGAR familiar. Por último, se relacionó los antecedentes psiquiátricos personales con el puntaje total de la EPDS, donde se halló una asociación significativa ( $p<0.001$ ), de igual manera se asoció significativamente ( $p<0.001$ ), con el puntaje total del APGAR familiar.

## 1.17.2. Prueba de hipótesis

### 1.17.2.1. Hipótesis general

**H1:** La funcionalidad familiar se asocia significativamente con la posible depresión postparto.

**H0:** La funcionalidad familiar no se asocia significativamente con la posible depresión postparto.

- Nivel de significancia:  $<0,001$
- Estadístico de prueba: Rho de Spearman

**Tabla 8. Contrastación de hipótesis general**

		Possible depresión postparto	Funcionalidad familiar
<b>Rho de Spearman</b>	Coefficiente de correlación	1,000	,331**
	Possible depresión postparto		
	Sig. (bilateral)		$<0,001$
	N	141	141
<b>Rho de Spearman</b>	Coefficiente de correlación	,331**	1,000
	Funcionalidad familiar		
	Sig. (bilateral)	$<0,001$	
	N	141	141

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: IBM SPSS Statistics

El análisis de correlación de Spearman nos muestra un coeficiente de 0,331 y un p-valor  $<0.001$ , lo que nos da a entender que existe una tendencia positiva menor que es estadísticamente significativo de tipo bilateral entre la funcionalidad familiar y la probable depresión postparto en las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez. Este hallazgo nos sugiere que, con un incremento de la funcionalidad familiar, la posible depresión postparto tienda a disminuir. Por lo tanto, al obtener la significancia menor a 0.05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.

#### **1.17.2.2. Hipótesis específica 1:**

**H1:** La edad materna se relaciona con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** La edad materna no se relaciona con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

- **Nivel de significancia:** 0.015
- **Estadístico de prueba:** Kruskal Wallis

#### **1.17.2.3. Hipótesis específica 2:**

**H1:** El apoyo familiar se relaciona con la puntuación obtenida de EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** El apoyo familiar no se relaciona con la puntuación obtenida de EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

- **Nivel de significancia:** 0.039
- **Estadístico de prueba:** U de Mann-Whitney

#### **1.17.2.4. Hipótesis específica 3:**

**H1:** Los antecedentes psiquiátricos personales se relacionan con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** Los antecedentes psiquiátricos no se relacionan con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

- **Nivel de significancia:** < 0.001
- **Estadístico de prueba:** U de Mann-Whitney

#### **1.17.2.5. Hipótesis específica 4:**

**H1:** Los antecedentes psiquiátricos personales se relacionan con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** Los antecedentes psiquiátricos no se relacionan con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

- **Nivel de significancia:** < 0.001
- **Estadístico de prueba:** U de Mann-Whitney

#### **1.17.2.6. Hipótesis específica 5:**

**H1:** El apoyo familiar se relaciona con la puntuación obtenida de Apgar total en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

**H0:** El apoyo familiar no se relaciona con la puntuación obtenida de Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.

- **Nivel de significancia:** 0.002
- **Estadístico de prueba:** U de Mann-Whitney

### 1.17.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a los datos sociodemográficos de la presente tesis, la edad más frecuente oscila entre 20 y 30 años, el 47.5% son convivientes, el 78% no laboraban a la hora de resolver la encuesta, el 45.4% manifestó que el ingreso económico era mayor al sueldo base, el 53.9% logró terminar la educación secundaria y en su totalidad eran procedentes de zona urbana (Tabla 1). Dichos datos que coinciden con los hallazgos de Araujo et al (2019), donde más del 50% logró culminar la etapa escolar, más del 40% refirió que el ingreso monetario era similar al salario mínimo y coincidieron en un rango similar de edad, puesto que en su mayoría eran menores de 24 años. Sin embargo, difiere con el estado civil, puesto que el 43.3% eran solteras (21). Asimismo, diferimos con los datos que reportaron Leveau H et al (2024), ya que obtuvieron como resultado que la mayoría eran solteras y menores de 20 años, que se encontraban en educación superior, con trabajo y parto por cesárea (23).

En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos, el 85.8% obtuvo un producto a término, el 70.2 % eran multíparas, el 50.4 % se había atendido por el servicio de planificación familiar, el 99.3 % paso por sus respectivos controles prenatales y el 98.6 % refirió que su menor hija o hijo no padecía de alguna malformación o condición genética. En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, el 90.1 % menciona no padecer de alguna condición mental personal y solo el 19.1 % refirió que algún familiar tiene alguna condición mental (Tabla 2). Mismos datos que coinciden con Kara et al (2008), donde las mujeres encuestadas manifestaron ser multíparas (18). A nivel de Latinoamérica se coincide con Santiago Sanabria L et al (2023) al evidenciar parturientas con antecedentes psiquiátricos en su minoría (20). Sin embargo, se difiere con Araujo et al (2019), en el que mencionan que la mayoría de encuestadas eran primíparas (21). También se difiere con la investigación de Leveau H (2024) puesto que afirman que las féminas entrevistadas consumen fármacos de índole psiquiátrico (23).

Según la epidemiología de DPP a nivel mundial existen personas del sexo femenino entre el 20 y 40% que padece de esta condición (2). A nivel de LATAM el porcentaje oscila entre 12 y 32% (3). En esta tesis, la prevalencia del posible diagnóstico de DPP en parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez es del 22.7% (Tabla 5). Tal resultado supera a Ramos y Rivera (2022) quienes realizaron un estudio en Lima Metropolitana y obtuvieron como resultado al 20.5% (9) y al de Masías y Arias (2018) que evidenciaron en Arequipa alrededor del 14% con dicha patología (8). Lo que nos da a entender que conforme pasan los años el porcentaje ha ido incrementando poco a poco, de tal manera que debería considerarse como alguna señal de alarma en donde podamos crear alguna estrategia para impedir que esta condición siga avanzando cada día más y más. Además, es importante mencionar que casi el 80% de las parturientas respondió que había sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas en todo momento de su vida hasta el día que se resolvió el cuestionario, el 41.1% afirmó que algunas veces siente culpabilidad de forma innecesaria, el 41.1% afirmó sentir ansiedad y preocupación sin motivo alguno, el 36.2% indicó sentirse a veces abrumada y agobiada (Tabla 3), determinando así la culpabilidad, ansiedad y preocupación y agobio como la sintomatología más frecuente relacionada a la posible depresión postparto en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez.

En esta investigación se encontró que el 63.1% presentaba una funcionalidad familiar normal, el 22.7% una disfuncionalidad leve, el 7.8% una disfuncionalidad severa y el 6.4% una disfunción moderada (Tabla 5). Dichos resultados se interpretan que en el CMI José Gálvez existe un porcentaje menor al 50% que requiere atención especial del ámbito familiar. Tal hallazgo se asemeja al de Araujo et al (2019), quienes mencionan que más del 55% de la población encuestada refirieron contar con el apoyo de su familia. Sin embargo, diferimos con Santiago Sanabria L et al (2023), que encontraron en su investigación que los problemas familiares eran considerados un hallazgo significativo en las pacientes con DPP (20). Por otro

lado, se halló que dentro del cuestionario APGAR familiar la pregunta con mayor aporte positivo fue la dimensión que engloba a la gradiente de recurso personal en donde existe satisfacción respecto a la aceptación y el apoyo por parte de la familia ante nuevos deseos de emprender nuevas actividades (Tabla 4).

En la presente indagación se decidió incluir dos interrogantes enfocadas al entorno social, debido a que se encontraron parturientas que radicaban solas en la capital y algunas no contaban con parientes vivos, tal y como lo recomendó la Dra. Liliana Arias (52). Se descubrió afortunadamente que casi el 70% de las parturientas contaba con el soporte social respectivo (Tabla 5). Además, se encontró que casi el 55% de las pacientes contaban con alguna amistad cercana con quien podía recurrir en caso de padecer de algún tipo de problemática y que casi el 60% estaba satisfecha con el soporte que le proporcionaban sus amistades (Tabla 4).

La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, que fue seleccionada debido a que la muestra era superior a cincuenta personas encuestadas, demostró un resultado significativo ( $p < 0.001$ ) que indicaba utilizar pruebas estadísticas de tipo no paramétricas. Dentro de las hipótesis planteadas en esta tesis, la general se pudo comprobar mediante la correlación de spearman con un coeficiente de 0,335 y una significancia  $< 0.001$ , dando a entender que mientras se evidencie una funcionalidad familiar normal, los signos de una probable depresión postparto serán casi nulos (Tabla 8). Dentro de las hipótesis específicas se utilizaron los estadísticos de Chi cuadrado, H de Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney. Con el análisis de la primera prueba se pudo demostrar que los antecedentes psiquiátricos personales se asocian significativamente a una probable depresión postparto ( $p = 0.001$ ) y a una funcionalidad familiar ( $p < 0.001$ ). Asimismo, que la percepción de cada parturienta con respecto al apoyo familiar también se asocia significativamente a su funcionalidad familiar ( $p < 0.001$ ). Lo que nos da a entender que una paciente con antecedentes psiquiátricos personales es más probable que padezca de depresión después de culminar su gestación; sin embargo, si cuenta con el apoyo

de su familia esta patología se verá atenuada. Con el análisis de la segunda prueba se obtuvo como resultado que la edad no se asocia significativamente al puntaje obtenido de la EPDS ( $p=0.418$ ), pero si se relaciona significativamente con el puntaje obtenido del APGAR familiar ( $p=0.015$ ) (Tabla 7), lo que sugiere que la edad materna tiene influencia en la percepción de apoyo y la funcionalidad familiar.

Con el análisis de la tercera prueba se demostró que la percepción del apoyo familiar de las parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil de José Gálvez se vincula significativamente al puntaje obtenido en la EPDS ( $p=0.039$ ) y al puntaje obtenido en el APGAR total ( $p=0.002$ ), lo que sugiere que aquellas mujeres que perciben subjetivamente el apoyo familiar obtienen menor puntuación en la EPDS que se interpreta como una menor probabilidad de padecer de depresión postparto; así como también obtienen mayor puntuación en el APGAR familiar que se traduce en una mayor funcionalidad familiar.

Asimismo, se demostró que los antecedentes psiquiátricos personales se asociaban al puntaje obtenido de la EPDS ( $p<0.001$ ) y al puntaje obtenido del APGAR familiar total ( $p<0.001$ ) (Tabla 7), lo que significa que aquellas parturientas que presentan antecedentes psiquiátricos personales presentaron mayor puntaje en la EPDS, lo que sugiere mayor probabilidad de desarrollar depresión postparto; por otro lado, obtuvieron puntajes bajos del APGAR familiar lo que se traduce en una percepción de disfunción familiar.

Esta investigación presentó ciertas limitaciones durante la fase de ejecución de esta misma. En primer lugar, cabe la posibilidad de un sesgo de selección debido a que solo se encuestó a parturientas del CMI JG. En segundo lugar, durante el proceso de recolección de datos algunas de las mujeres entrevistadas presentaron dudas con respecto a su participación puesto que desconocían del tema, desconfiaban de que su anonimato se respetara o temían perder su cita en el servicio de CRED/Pediatría, ya que se encontraban en la sala de espera. En tercer lugar, se utilizó como instrumento al APGAR Familiar compuesto de siete preguntas, a diferencia de

la original que constaba de cinco interrogantes. No obstante, esta versión se encuentra debidamente validada y es confiable, ya que se aplica en caso de que la encuestada no cuente con los integrantes de su familia de manera física. Finalmente, se infirió el uso de la prueba T de Student o Anova; empero, debido a los resultados de la prueba de normalidad se cambió a H de Kruskall Wallis y U de Mann-Whitney. A pesar de lo ya mencionado, esta tesis es una de las primeras en determinar que ante una funcionalidad familiar normal existe la posibilidad de que no se evidencie una probable depresión postparto.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **1.18. CONCLUSIONES**

- 1) Con respecto al objetivo principal del presente estudio, se pudo demostrar que la depresión postparto y la funcionalidad familiar están asociados de forma significativa ( $p < 0.001$ ) en las parturientas atendidas del CMI José Gálvez – 2024; esto significa que, ante una mayor disfuncionalidad familiar la probabilidad de depresión postparto se incrementa.
- 2) La prevalencia de la posible depresión postparto en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez – 2025 es del 22.7%.
- 3) La sintomatología más frecuente de la posible depresión postparto según la EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez – 2024 es la siguiente: culpabilidad de forma innecesaria (41.1%), el ansiedad y preocupación sin motivo alguno (41.1%) y abrumación o agobio (36.2%).

- 4) La situación actual de la funcionalidad familiar de las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez – 2024 es la siguiente: el 63.1% presenta una funcionalidad normal, el 22.7% una disfuncionalidad leve, el 6.4% una disfuncionalidad moderada y el 7.8% una disfuncionalidad severa.
  
- 5) La dimensión que mejor caracteriza la funcionalidad familiar según el APGAR familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez – 2024 es la gradiente de recurso personal, que consiste en la satisfacción de la paciente sobre cómo su familia acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades, donde el 70.2% manifestó estar siempre satisfecha.

### 1.19. RECOMENDACIONES

- Implementar el tamizaje temprano de DPP con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) durante el tercer trimestre de gestación y en controles posteriores al parto, ya que algunas manifestaciones pueden evidenciarse desde el embarazo. Además, los antecedentes psiquiátricos constituyen un factor de riesgo significativo; es por ello que se recomienda clasificar como población de alto riesgo a las gestantes con historia psiquiátrica, adolescentes y aquellas en situación de abandono o vulnerabilidad social.
- Capacitar a los profesionales de medicina general, ginecología, obstetricia, pediatría y psicología del primer nivel de atención con el objetivo que puedan identificar los signos de DPP, reforzar la aplicación de las escalas de tamizaje, reconocer factores de riesgo y referir oportunamente a la unidad de salud mental. Además, establecer protocolos multidisciplinarios para el abordaje integral de las pacientes con sospecha o diagnóstico de DPP.
- Implementar la atención familiar integral en el servicio de psicología, evaluando las dimensiones de la funcionalidad familiar mediante el APGAR familiar y otras herramientas complementarias. Asimismo, se promover estrategias psicoterapéuticas y psicoeducativas para fortalecer componentes esenciales como la comunicación, afectividad, adaptabilidad, participación y resolución de conflictos.
- Desarrollar intervenciones comunitarias y sesiones educativas dirigidas a gestantes, puérperas, sus familias y la comunidad en general, enfocadas en la prevención de la DPP, el reconocimiento de sus síntomas y el rol protector de una familia funcional. Estas actividades deben formar parte de los programas regulares de atención prenatal y de salud mental comunitaria.

- Organizar visitas domiciliarias multidisciplinarias en gestantes o puérperas identificadas con factores de riesgo para DPP o con signos de disfuncionalidad familiar, de tal manera que se permita un seguimiento más personalizado y contextualizado, favoreciendo la detección de necesidades específicas y la articulación de redes de apoyo.
- Se sugiere realizar estudios adicionales con muestras más amplias, que incluyan distintas regiones geográficas y niveles socioeconómicos, con el fin de obtener resultados más representativos y generalizables. Asimismo, se recomienda incorporar variables adicionales, como violencia de pareja, apoyo social externo, nivel educativo y satisfacción con el parto.
- Se alienta el desarrollo de investigaciones con diseños longitudinales o de cohorte que permitan analizar la evolución de la funcionalidad familiar y su relación temporal con la DPP, lo cual facilitaría el esclarecimiento de mecanismos causales y la planificación de intervenciones preventivas de mayor impacto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González B, López V, Merino M, Fernández P, Alonso V, Fernández M. Actualización en depresión postparto. *Rev Ofi Asoc Esp Enfermería y Salud*. 2o semestre. 2017; vol 1 (3).
2. Villegas N, Paniagua A, Vargas J. Generalidades y diagnóstico de la depresión postparto. *Revista médica Sinergia*. Vol 4 (7), Jul 2019
3. Pham D, Cormick G, Amyx MM, Gibbons L, Doty M, Brown A, et al. Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *J Affect Disord*. 2018; 227:731-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.091>.
4. Contreras García Y, Sobarzo Rodríguez P, Manríquez Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2017;43(1).
5. Araújo I de S, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet*. 2019;41(03):155-63. DOI: 10.1055/s-0038-1676861.
6. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Barba Martín JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord*. 2015; 175:18-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>.
7. Rincón-Pabón David, Ramírez-Vélez Robinson. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev. salud pública* [Internet]. 2014 July; 16(4): 534-546. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642014000400006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000400006&lng=en). <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>.

8. Masías Salinas M, Arias Gallegos W. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. Rev Medica Hered. 2018; 29(4):226-226. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>.
9. Ramos Cárdenas Mayra Alejandra, Rivera Felix Lauro Marcoantonio. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. An. Fac. med. [Internet]. 2022 Ene
10. Matei, A., Maricuțoiu, L. P., & Vîrgă, D. (2021). For better or for worse family-related well-being: A meta-analysis of crossover effects in dyadic studies. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 13(2), 357-376. <https://doi.org/10.1111/aphw.12253>
11. Orellana, L., Schnettler, B., Miranda-Zapata, E., Lobos, G., Lapo-Maza, M., Adasme-Berrios, C., & Hueche, C. (2021). Resource Transmission is not Reciprocal: A Dyadic Analysis of Family Support, Work-Life Balance, and Life Satisfaction in Dual-Earner Parents with Adolescent Children. *Sex Roles*, 85(1), 88-99. <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01207-0>
12. Cortez, N., & Velásquez, L. (2017). Apoyo social y estrés en estudiantes universitarios Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán). <https://cutt.ly/1C5FZVn>
13. Reshef S, et al. Childbirth, trauma and family relationships. EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY. 2023, VOL. 14, NO. 1, 2157481 <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2157481>
14. Santiago Sanabria L, et al. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en Internet]. 2022 Jun; 20(2): 173-177. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032022000200173&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032022000200173&lng=es).
15. Zangmo S, et al. Prevalence and factors associated with postpartum depression among Bhutanese mothers: a cross-sectional study. *Womens Health Nurs*. 2024 Sep;30(3):238-249.

doi: 10.4069/whn.2024.09.02. Epub 2024 Sep 30. PMID: 39385550; PMCID: PMC11467251.

16. Reshef S, Mouadeb D, Sela Y, Weiniger FC, Freedman SA. Childbirth, trauma and family relationships. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;14(1):2157481. doi: 10.1080/20008066.2022.2157481. PMID: 37052080; PMCID: PMC9848292.
17. Guan Z, Wang Y, Hu X, Chen J, Qin C, Tang S, Sun M. Postpartum depression and family function in Chinese women within 1 year after childbirth: A cross-sectional study. *Res Nurs Health.* 2021 Aug;44(4):633-642. doi: 10.1002/nur.22159. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34101868
18. Kara B, Unalan P, Cifçili S, Cebeci DS, Sarper N. Is there a role for the family and close community to help reduce the risk of postpartum depression in new mothers? A cross-sectional study of Turkish women. *Matern Child Health J.* 2008 Mar;12(2):155-61. doi: 10.1007/s10995-007-0232-1. Epub 2007 Jun 6. PMID: 17551819.
19. Li, Q., et al. Impacto de algunos factores sociales y clínicos en el desarrollo de la depresión posparto en mujeres chinas. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 226 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02906-y>
20. Santiago Sanabria L, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet].2023;91(4):227-240. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412023000400002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000400002&lng=es).
21. Araújo IS, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev*

Bras Ginecol Obstet. 2019 Mar;41(3):155-163. doi: 10.1055/s-0038-1676861. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30822806; PMCID: PMC10309280.

22. Ramos Cárdenas M, et al. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. An. Fac. med. [Internet]. 2022 Ene;83(1):19-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832022000100019&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000100019&lng=es).
23. Leveau H, et al. Factores asociados a la depresión posparto en púerperas de un hospital peruano, Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Volumen 51, Issue 4, 2024, 100986, ISSN 0210-573X. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X24000492>
24. Ceriani Cernadas JM. Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección. Arch Argent Pediatr 2020;118(3):154-155. Disponible en <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a01.pdf>
25. Herrero Vicent R, Herrero Vicent C. Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente el parto vaginal en mujeres con depresión posparto:revisión sistemática cualitativa. Clínica Investigación en Ginecología y Obstetricia 48(2021)100684. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2021.100684>
26. Vega-Dienstmaier J. Depresión postparto en el Perú. Rev Med Hered. 2018; 29:207-210. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3444>
27. Cafiero PJ, Justich Zabala P. Depresión puerperal: impacto en la madre gestante y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo posnatal de sus hijas/os. Una mirada ecológica. Arch Argent Pediatr 2024;122(3):e202310217. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2024/v122n3a17.pdf>
28. Solis Solano M, et al. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia Vol.4 Núm: 6 - Junio 2019 pp: 90 - 99. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.2478>

29. Caparros-Gonzalez R, et al. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:97 doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>  
Disponibile en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
30. Manual del Residente en Psiquiatría. 3o. Vol. 1. 2017. 289 p.
31. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. REV. MED. CLIN. CONDES - 2020; 31(2) 139-149.  
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
32. Valladares M, et al. Prevalencia y factores asociados a disfunción familiar en pacientes atendidos en el primer nivel de atención. Revista Cubana de Medicina Militar. 2023;52(1): e02302470. Disponible en:  
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2470/1853>
33. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2470/1853>
34. Lotero H, et al. Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes: un Análisis Comparativo. Revista Colombiana de Psicología, 27, 85-101. doi: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
35. Rangel J, et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
36. Serna Arbeláez D, et al. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020; 19(5): e3153. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3153>
37. Saldaña, S. (2023) Funcionalidad familiar en el Perú, 2015 - 2020. Una revisión teórica. Universidad Señor de Sipán. Disponible en:

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10884/Salda%C3%B1a%20Herrera%20Sara%20Maritsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. Cargua N, Gaibor I. Funcionalidad familiar y bienestar psicológico en adultos. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 4(2), 2314–2325. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.759>
39. Caraveo J, et al. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. Salud Pública de México [revista en Internet]. 2005 Feb; 47( 1): 23-29. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342005000100005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100005&lng=es).
40. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2023. Planificación familiar - métodos anticonceptivos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception>
41. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. Crea Ciencia [Internet]. 2 de febrero de 2022; 14(1): 12-24. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/13200>
42. Aguilera S, Soothill P. Control prenatal. REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 880-886. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>
43. Guzmán León N. (2022) Asociación del control prenatal de calidad y la depresión postparto en púerperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, 2022. Universidad Nacional De La Amazonia Peruana. Disponible en: [https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/9189/Nataly\\_Tesis\\_Titulo\\_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/9189/Nataly_Tesis_Titulo_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

44. UNICEF Uruguay. Qué es el puerperio y las etapas del posparto [Internet]. 2023. Disponible:<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-es-el-puerperio-y-las-etapas-del-posparto#:~:text=El%20puerperio%20es%20la%20etapa,se%20produjeron%20durante%20el%20embarazo.>
45. Chauhan G, Tadi P. Fisiología, Cambios Posparto. [Noviembre de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
46. Galicia A, et al. Complicaciones Maternas Durante el Parto y Puerperio en la Unidad de Primer Nivel de Atención. Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina . 2024;8(5).. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14824>
47. Ortego M, et al. Tema 13: Apoyo Social. Ciencias Psicosociales I. Universidad de Cantabria. 2020; Pág 2 - 4. Disponible en: [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/424/course/section/214/tema\\_13.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/424/course/section/214/tema_13.pdf)
48. Nicho-Almonacid, T., et al. (2023). Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS): propiedades psicométricas en universitarios peruanos. Propósitos y Representaciones, 11(3), e1874. <https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n3.1874>
49. Cárdenas M., Rivera F. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. An. Fac. med. [Internet]. 2022 Ene; 83(1): 19-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832022000100019&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000100019&lng=es.)
50. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by Physicians. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE, VOL. 6, NO. 6, 1978

[https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume\\_6-7/JFP\\_1978-06\\_v6\\_i6\\_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-apgar-a-proposal-for-a-family.pdf)

51. Suarez Cuba M., Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014; 20( 1 ): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es).
52. Arias L. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. Vol. 25 No. 1 (1994). Disponible en: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/download/1776/2831?inline=1>
53. Suarez M., Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz, 20(1); Enero - Junio 2014. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)
54. Vega-Dienstmaier JM, et al. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30:106-111.
55. Cox J., Holden J., Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150. Disponible en: [https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
56. Bellón J, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Rev Aten prim Vol. 18. Núm. 6. Páginas 289-296 (octubre 1996) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-18-num-6-X0212656796X10929>
57. Jaimes-Grimaldos, J. 2023 Confiabilidad. Validez del APGAR Familiar Como Instrumento de Evaluación de la Funcionalidad Familiar en Usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga. Colombia: Universidad de Santander, 83 p. Disponible en:

<https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/bae7e015-236c-42f4-97de-47a4ae7cdd60/content>

58. Coates R, et al. Factor structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a population-based sample. *Psychol Assess.* 2017 Aug; 29(8): 1016-1027. doi: 10.1037/pas0000397. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27736124/>

**ANEXOS. Anexo 01: Matriz de consistencia**

<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>	<b>VARIABLE 1</b>	<b>TIPO</b>
¿Existe asociación entre la funcionalidad familiar y la depresión postparto en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?	Determinar la asociación de la depresión postparto con la funcionalidad familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.	La funcionalidad familiar se asocia significativamente con la depresión postparto.	Depresión postparto	Investigación aplicada
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICO</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b>	<b>VARIABLE 2</b>	<b>NIVEL</b>
- ¿Cuál es la prevalencia de la DPP en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?	- Estimar la prevalencia de DPP en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.	1. La edad materna se relaciona con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.	Funcionalidad familiar	Correlacional
- ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes de la DPP según el EPDS en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?	- Describir los síntomas más frecuentes de la DPP según el EPDS en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.	2. El apoyo familiar se relaciona con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.	<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<b>MÉTODO</b>
- ¿Cuál es la situación de la función familiar en parturientas atendidas en	- Identificar la situación de la función familiar en parturientas atendidas		- Edad	Deductivo e inductivo
			- Estado civil	<b>DISEÑO</b>
			- Ocupación	No experimental
			- Nivel económico	<b>CORTE</b>
			- Grado de instrucción	transversal
			- Procedencia	<b>POBLACIÓN</b>
			- Edad gestacional	221 parturientas
			- Paridad	<b>MUESTRA</b>
			- Tipo de parto	141 parturientas
				<b>NUESTREO</b>

<p>el CMI José Gálvez - 2024?</p> <p>- ¿Cuál es la dimensión que mejor caracteriza la FF según el APGAR familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024?</p>	<p>en el CMI José Gálvez - 2024.</p> <p>- Describir la dimensión más característica de la FF según el APGAR familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.</p>	<p>3. Los antecedentes psiquiátricos personales se relacionan con la puntuación obtenida del EPDS en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.</p> <p>4. Los antecedentes psiquiátricos personales se relacionan con la puntuación obtenida del Apgar familiar en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.</p> <p>5. El apoyo familiar se relaciona con la puntuación obtenida de Apgar total en las parturientas atendidas en el CMI José Gálvez - 2024.</p>	<p>- Planificación del embarazo</p> <p>- Controles prenatales</p> <p>- Enfermedades prenatales / malformaciones genéticas</p> <p>- Antecedentes psiquiátricos personales</p> <p>- Antecedentes psiquiátricos familiares</p> <p>- Apoyo social</p>	<p>No probabilístico</p> <p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b></p> <p><b>Variable 1:</b> Depresión postparto Técnica: Encuesta Instrumento: Escala de Edimburgo</p> <p><b>Variable 2:</b> Funcionalidad familiar Técnica: Encuesta Instrumento: Escala APGAR familiar</p> <p><b>Variables intervinientes:</b> Se empleó una ficha de recolección de datos generales.</p>
--	--	--	---	--

## Anexo 02: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	ESCALA VALORATIVA
<i>VARIABLE 1</i>						
Depresión postparto	Cuadro depresivo mayor en una mujer a las dos semanas postparto.	Cuadro que se caracteriza por tristeza, ansiedad intensa y preocupación excesiva por la salud y alimentación del recién nacido.	Depresión postparto	Nominal	Escala de Edimburgo	1 = Sí 0 = No
<i>VARIABLE 2</i>						
Funcionalidad familiar	Vínculo de confianza, comunicación, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia.	Acciones que se realizan en el contexto familiar.	Funcionalidad familiar	Nominal	APGAR familiar	0 = Familia Funcional 1 = Disf. leve 2 = Disf. moderada 3 = Disf. severa
<i>VARIABLES INTERVINIENTES</i>						
Edad	Tiempo de vida de una persona.	Edad en años referidos por el individuo en la entrevista.		Razón		0 = Menor de 20 1 = Entre 20 y 30 2 = Mayor de 30
Estado civil	Condición de un individuo según el registro civil que señala si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición civil del individuo al momento de realizar la encuesta.		Nominal		0 = Casada 1 = Conviviente 2 = Soltera
Ocupación	Actividad laboral con o sin remuneración económica.	Actividad laboral que pudiera influir en el cuidado del paciente.	Características sociodemográficas	Nominal	Ficha de recolección de datos	1 = Trabaja 0 = No trabaja

Nivel económico	Situación de una persona según el ámbito económico.	Ingresos económicos mensuales.		Nominal	0 = Mayor al sueldo mínimo 1 = Igual al sueldo mínimo 2 = Menor al sueldo mínimo
Grado de instrucción	Nivel más alto de educación que una persona ha recibido.	Número de años de escolaridad, diplomas o títulos universitarios.		Nominal	0 = Superior 1 = Técnico 2 = Secundaria 3 = Primaria
Procedencia	Lugar de residencia habitual del individuo	Lugar de residencia habitual del individuo en el momento de la entrevista.		Nominal	0 = Urbano 1 = Rural
Edad gestacional	Edad del embrión o feto desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento.	Tiempo que transcurre desde el inicio de la gestación.		Nominal	0= Pretérmino 1= Término 2= Postérmino
Paridad	Número de partos que se dan antes o después de las 20 semanas de gestación.	Cantidad de partos.		Ordinal	0= Primípara 1= Multípara
Tipo de parto	Acción médica que implica el proceso del parto	Tipo de parto.	Antecedentes gineco-obstétricos	Nominal	0 = Eutócico 1= Distócico
Planificación del embarazo	Derecho del ser humano que le permite decidir de manera libre y responsable sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá.	Uso de método anticonceptivo.		Nominal	0 = Sí 1 = No
Controles prenatales	Cuidado que se le brinda a la madre a través de procedimientos y actividades	Número de controles prenatales que tuvo desde		Razón	0 = Mayor a 7 1= Menor a 7

	con la finalidad de prevenir y/o detectar patologías de origen embrionario y materno.	el conocimiento del embarazo.			
Enfermedades prenatales / malformaciones genéticas	Enfermedades que tienen origen embrionario y fetal desde la concepción hasta el parto.	Screening de enfermedades prenatales y malformaciones congénitas en las consultas pediátricas.		Nominal	1 = Sí 0 = No
Antecedentes psiquiátricos personales	Grupo de trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y comportamiento del ser humano.	Enfermedades mentales preexistentes del individuo.	Antecedentes psiquiátricos	Nominal	1 = Sí 0 = No
Antecedentes psiquiátricos familiares	Enfermedades psiquiátricas que presenta una o más personas dentro de la misma familia.	Enfermedades mentales preexistentes en familiares.		Nominal	1 = Sí 0 = No
Apoyo social	Conjunto de cuidados que recibe un individuo a través de su entorno que sirve de soporte en situaciones de adversidad	Percepción de apoyo social según el individuo.	Esfera social	Nominal	APGAR familiar 0 = Sí 1 = No

## Anexo 03. INSTRUMENTOS

### FICHA DE INFORMACIÓN GENERAL

- 1. Edad:** \_\_\_\_\_
- 2. Estado civil:**
- a) Soltera
  - b) Conviviente
  - c) Casada
- 3. Ocupación:**
- a) Ama de casa
  - b) Empleada
  - c) Estudiante
- 4. Nivel socioeconómico:**
- a) Menor al sueldo mínimo
  - b) Igual que el sueldo mínimo
  - c) Mayor al sueldo mínimo
- 5. ¿Tiene el apoyo de su pareja?**
- a) Sí
  - b) No
- 6. Edad gestacional:**
- a) Prematuro
  - b) Término
  - c) Postérmino
- 7. Antecedentes psiquiátricos:**
- a) Personales
  - b) Familiares
- Especificar: \_\_\_\_\_
- 8. Número de gestaciones:** \_\_\_\_\_
- 9. ¿Cuenta con apoyo de su familia?**
- a) Sí
  - b) No
- 10. Grado de instrucción:**
- a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Técnico
  - d) Superior
- 11. Tipo de parto:**
- a) Parto vaginal
  - b) Cesárea
- 12. ¿Participó en el programa de planificación familiar?**
- a) Sí
  - b) No
- 13. ¿Tuvo controles prenatales?**
- a) Sí
  - b) No
- Número de controles: \_\_\_\_\_
- 14. ¿Su menor hijo parece de alguna enfermedad o malformación genética?**
- a) Sí
  - b) No

## ESCALA DE APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
4. Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					
5. Me satisface cómo compartimos en mi familia:					
- El tiempo para estar juntos					
- Los espacios en casa					
- El dinero					
6. ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
7. Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

## ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO (EPDS)

**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 ahora
- 3** No, no he podido

- 3** Sí, la mayor parte de las veces
- 2** Sí, a veces
- 1** No, casi nunca
- 0** No, nada

**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

**7. ¿Me he sentido triste y desgraciada?**

- 3** Sí, casi siempre
- 2** Sí, bastante a menudo
- 1** No muy a menudo
- 0** No, nunca

**3. ¿Me he culpado a mí misma innecesariamente cuando las cosas salían mal?**

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

**8. ¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir?**

- 3** Sí, la mayor parte del tiempo
- 2** Sí, a veces
- 1** No, no mucho
- 0** No, nunca

**4. ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo?**

- 0** No, nunca
- 1** Casi nunca
- 2** Sí, a veces
- 3** Sí, con mucha frecuencia

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

- 3** Sí, casi siempre
- 2** Sí, bastante a menudo
- 1** Solo en ocasiones
- 0** No, nunca

**5. ¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno?**

- 3** Sí, bastante
- 2** Sí, a veces
- 1** No, no mucho
- 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

## Anexo 04: Solicitud de investigación



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”



Lima, 21 de Marzo de 2025

### **CARTA N° 0122-2025-GYT-UPNW-CP**

**Dr. Miguel Matos Arroyo**  
Médico jefe del CMI José Gálvez  
Infantil Centro Materno José Gálvez  
Calle Arica 191 – Villa María del Triunfo  
Lima.-

ASUNTO: Autorización para aplicación de estudio de campo

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez **presentar** a los BACHILLERES de la carrera profesional de Medicina Humana; **Carla Espinoza Valladares; Betzy Valeria Cueto Huamanciza**, con código de matrícula N° **2016100799; 2017100756**, con la finalidad de solicitar se brinde todas las facilidades pertinentes para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos en Pacientes Mujeres parturientas que tengan más de 2 meses y menos de 2 años de postparto.

Toda la información que solicite la tesista **Carla Espinoza Valladares; Betzy Valeria Cueto Huamanciza** es para la elaboración de su proyecto de investigación denominado: **“Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres parturientas en el CMI José Gálvez, 2024”** dirigido por la asesora de tesis, Dr. Felipe Alonso Suasnabar Zumaita para la obtención del título profesional de Médico Cirujano.

Agradeciendo por anticipado su autorización a la tesista para que logre su propósito, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



**Mg. Eduardo Falcón Puicón**  
Jefe de Grados y Títulos  
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

CM

## Anexo 05: Aprobación del Comité de Ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 20 de marzo de 2025

Investigador(a)  
Carla Espinoza Valladares  
Betzy Valeria Cueto Huamanciza  
Exp. N°: 0464-2025

---

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres parturientas en el CMI José Gálvez, 2024.”** con fecha 10/03/2025.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Carla Espinoza Valladares y Sr(a) Betzy Valeria Cueto Huamanciza

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años (24 meses)** a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

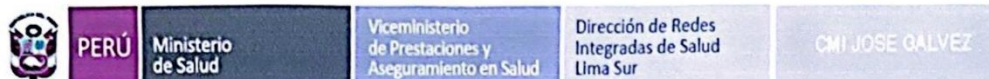
Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega  
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
UPNW



## Anexo 06: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

José Gálvez, 26 de marzo del 2025

**CARTA N° 009-2025-JEF-CMI JG-RIS VMT-DIRIS LS/MINSA**

Señorita:  
**CARLA ESPINOZA VALLADARES**  
**BETZY VALERIA CUETO HUAMANCIZA**

Presente. -

**Asunto: RESPUESTA A LA SOLICITUD "AUTORIZACION PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN".**

De mi consideración.

Mediante la presente, me dirijo a Ud. para saludarle cordialmente y dar respuesta a la solicitud con el asunto mencionado líneas arriba, ingresado a mesa de parte de esta jefatura, con fecha del 22 de marzo del 2025, dando la siguiente respuesta:

Esta jefatura le informa que su solicitud ha sido **ACEPTADA**, para la ejecución de su proyecto de investigación titulado: "DEPRESION POSTPARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES PARTURIENTAS EN EL CMI JOSÉ GÁLVEZ, 2024", para optar el grado Profesional de Médico Cirujano.

Sin otro particular, quedo de Usted

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA-SUR  
C.M.I. JOSÉ GÁLVEZ  
M.C. MIGUEL A. MATOS ARROYO  
C.M.P. 28264  
MÉDICO JEFES

MMA/oth  
c.c: Archivo

cmijosegalvez@gmail.com

Av. Agricultura S/N cruce con  
Av. Arica - José Gálvez  
Villa María del Triunfo  
Teléfono 01293-2609 - 01293-1744

## **Anexo 07: Formato de consentimiento informado**

**Título del proyecto de investigación:** Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres parturientas en el Centro Materno Infantil José Gálvez, 2024.

**Investigadoras** : Betzy Valeria Cueto Huamanciza y Carla Espinoza Valladares

**Institución** : Universidad Privada Norbert Wiener

---

Usted está siendo invitada a participar en el presente estudio que lleva por título “Depresión postparto y funcionalidad familiar en mujeres parturientas en el Centro Materno Infantil José Gálvez, 2024”. Este es un estudio desarrollado por las investigadoras Betzy Valeria Cueto Huamanciza y Carla Espinoza Valladares de la Universidad Norbert Wiener.

El propósito de este estudio es determinar la asociación entre la depresión postparto y la funcionalidad familiar en parturientas atendidas en el CMI José Gálvez, 2024.

La realización de de las encuestas se ejecutará durante la atención en el área de CRED del CMI José Gálvez. Se estima que puede demorar como máximo unos 10 minutos para el desarrollo de las encuestas.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato. Su participación en el estudio no le proporcionará ningún riesgo, por el contrario, traerá beneficios no solo para concretar la investigación, sino para que, según la información adquirida, se tomen las medidas necesarias para mejorar la educación y concientización en la salud mental para fortalecer los lazos familiares y evitar aquellas situaciones que desencadenan la depresión postparto.

Usted no se encuentra en la obligación de realizar ningún tipo de pago para participar del estudio, así como tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación. Su información como participante será completamente confidencial y permanecerá en el anonimato con el fin de proteger su identidad cuando los resultados del estudio sean publicados. Su participación en el presente estudio es libre y voluntaria. Si usted lo decide, puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene

como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Si tiene alguna inquietud, duda, molestia, contáctese con las investigadoras Carla Espinoza Valladares, teléfono +51 981175669, correo [vera3798@gmail.com](mailto:vera3798@gmail.com) y Betzy Cueto Huamanciza, teléfono +51 902213624, correo [valeria.cueto.9@gmail.com](mailto:valeria.cueto.9@gmail.com). Asimismo, puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, Email: [comite.etica@uwiener.edu.pe](mailto:comite.etica@uwiener.edu.pe)

## I. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirarme en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante:

DNI:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la investigadora:

Betzy Cueto Huamanciza

DNI: 73641959

\_\_\_\_\_  
Nombre testigo o representante legal:

DNI:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la investigadora:

Carla Espinoza Valladares

DNI: 74834150

*Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria sólo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en caso de no saber leer y escribir.*

## Anexo 08: Informe del asesor de Turnitin

---

RECuento DE PALABRAS

**17830 Words**

RECuento DE CARACTERES

**97397 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**91 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.7MB**

FECHA DE ENTREGA

**Aug 30, 2025 10:56 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Aug 30, 2025 11:00 AM GMT-5**

---

### ● 8% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

### ● 8% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 2% 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.uwiener.edu.pe</b> Internet	2%
2	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
3	<b>uwiener on 2023-02-21</b> Submitted works	<1%
4	<b>Universidad Wiener on 2024-02-26</b> Submitted works	<1%
5	<b>dspace-uh-tmp.igniteonline.la</b> Internet	<1%
6	<b>repositorio.upla.edu.pe</b> Internet	<1%
7	<b>es.scribd.com</b> Internet	<1%




# 8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	hdl.handle.net	<1%
3	Trabajos entregados	uwiener on 2023-02-21	<1%
4	Trabajos entregados	uwiener on 2023-04-25	<1%
5	Internet	dspace-uh-tmp.igniteonline.la	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2025-10-27	<1%
7	Internet	es.scribd.com	<1%
8	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
9	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-06-16	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad San Ignacio de Loyola on 2021-11-02	<1%