

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“Grados de disfuncionalidad familiar asociado a depresión
postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue
durante el año 2019”**

PRESENTADO POR:

Bachiller: Arauco Lozano César

DIRECTOR:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, PhD, MCR, MD

ASESORES:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas

PROYECTO

Dr. Víctor E. Loza Becerra

ICO

LIMA – PERÚ

2020

Agradecimiento

Agradezco a mi madre por mostrarme su apoyo incondicional, por siempre estar dispuestos a ayudarme en todo momento.

A mis asesores Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, Dr. Víctor E. Loza Becerra por toda la ayuda, asesoramiento y tiempo invertido en este proyecto.

Al comité de investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue por generarme las facilidades de poder realizar este trabajo de investigación en sus instalaciones.

Dedicatoria

A mi madre, qué gracias a su apoyo, paciencia y generosidad estoy logrando culminar lo que empezó como un anhelo.

RESUMEN

Introducción: La depresión postnatal es un problema común de salud mental que está asociado con el sufrimiento materno y con resultados adversos en sí mismas, sus parejas, bebés, familiares e incluso pueden llegar a autolesionarse e intentar suicidarse. Esto trae consigo repercusiones a nivel sistemático del eje familiar y viceversa. Por otra parte, las bases de esta asociación son poco conocidas, y existen pocos estudios que se encargan de enfocarse en estos temas en particular por lo que trae especial atención a tratarlos en nuestro medio. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico, para ello se contó con una población de 250 puérperas del Servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, a las cuales se les brindó información detallada del estudio y previo consentimiento informado, se procedió a la entrega de una ficha de recolección de datos, la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, y el Test de APGAR familiar para que sea llenado debidamente. **Resultados:** Se encontró que la frecuencia de Depresión postnatal fue de 23,6% y de Disfuncionalidad familiar de 67,2%, de lo cual el 88,1% de las pacientes con depresión postnatal, poseían algún grado de disfunción familiar. El análisis de regresión logística reveló que las puérperas que padecían algún grado de disfunción familiar tenían 3 veces más riesgo de presentar Depresión postnatal, con un OR de 3,092 (IC del 95%: 1,133-8,437), en cuanto a sus grados de disfuncionalidad tenemos un OR de 3,512 (IC del 95%: 1,458-8,459) para disfunción familiar leve, OR de 4,134 (IC del 95%: 1,503-11,370) para moderada y un OR de 19,714 (IC del 95%: 4,718-82,383) para severa. Otros factores para la depresión postnatal fueron: Paridad con un OR de 5,344 (IC del 95%: 2,507-11,391), Gestación con un OR de 3,932 (IC del 95%: 1,656-9,332), Tipo de lactancia con un OR de 3,833 (IC del 95%: 1,067-13,777). **Conclusiones:** Todos los grados de disfuncionalidad familiar son un factor de riesgo para desarrollar la depresión postnatal y en el análisis multivariado se evidenció asociación significativa en las variables paridad, gestación y disfunción familiar, las cuales son altamente predictores independientes de depresión postnatal, mientras que las demás variables frente al análisis multivariado se comportan como variables confusoras.

Palabras clave: Disfuncionalidad familiar, Depresión postnatal.

ABSTRACT

Introduction: Postnatal depression is a common mental health problem that is associated with maternal suffering and with adverse outcomes in themselves, their partners, babies, relatives and may even become self-injured and attempt suicide. This brings about repercussions at the systematic level of the family axis and vice versa. On the other hand, the foundations of this association are little known, and there are few studies that focus on these issues in particular, so it brings special attention to treating them in our environment. **Objective:** To determine the association between the degrees of family dysfunctionality and postnatal depression in postpartum patients of the Hipólito Unanue National Hospital during the year 2019. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and analytical study was carried out, for this there was a population of 250 postpartum women from the Service of gynecology at the Hipólito Unanue National Hospital, which was given detailed information on the study and with prior informed consent, a data collection sheet, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and the Family APGAR Test were delivered to be filled properly. **Results:** It was found that the frequency of postnatal depression was 23.6% and family dysfunctional 67.2%, of which 88.1% of patients with postnatal depression had some degree of family dysfunction. The logistic regression analysis revealed that women who suffered from some degree of family dysfunction were 3 times more at risk of presenting postnatal depression, with an OR of 3,092 (95% CI: 1,133-8,437), in terms of their degrees of dysfunctionality we have an OR of 3,512 (95% CI: 1,458-8,459) for mild family dysfunction, OR of 4,134 (95% CI: 1,503-11,370) for moderate and an OR of 19,714 (95% CI: 4,718-82,383) for severe Other factors for postnatal depression were: Parity with an OR of 5,344 (95% CI: 2,507-11,391), Gestation with an OR of 3,932 (95% CI: 1,656-9,332), Type of lactation with an OR of 3,833 (95% CI: 1,067-13,777). **Conclusions:** All degrees of family dysfunctionality are a risk factor for developing postnatal depression and in the multivariate analysis there was a significant association in the variables parity, pregnancy and family dysfunction, which are highly independent predictors of postnatal depression, while the Other variables versus multivariate analysis behave as confusing variables.

Keywords: Family dysfunctionality, Postnatal depression.

INDICE

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Línea de investigación.....	10
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2 Objetivos específicos	10
1.5 Justificación de la investigación.....	10
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2 Objetivos específicos	10
1.5 Justificación de la investigación.....	10
1.6 Delimitación	11
1.7 Viabilidad	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1 ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	12
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	12
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	16
2.2 BASES TEÓRICAS	17
2.3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	26
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.2 POBLACIÓN.....	26
3.3 MUESTRA	26
3.3.1 TAMAÑO MUESTRAL	26
3.3.2 TIPO DE MUESTREO	27
3.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	27
3.4 VARIABLES DEL ESTUDIO.....	27
3.4.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES	28
3.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.6 PROCEDIMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS	29
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.8 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1 RESULTADOS	30

4.2 DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1 CONCLUSIONES.....	45
5.2 RECOMENDACIONES.....	46
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	46
4.1 FUENTE FINANCIERA DEL PROYECTO:	46
4.2 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES:.....	46
4.2 CRONOGRAMA	46
ANEXOS	40
1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
2. MATRIZ DE CONSISTENCIA	42
3. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	40
4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	45
5. CRONOGRAMA.....	46

INTRODUCCIÓN

La depresión postnatal es una problemática de salud mental común y grave en las puérperas, que se encuentra asociado con el sufrimiento a nivel materno y múltiples consecuencias negativas para la descendencia. En el DSM-5 la depresión postnatal se encuentra descrita como un episodio de depresión mayor que puede iniciar en el proceso del parto, si es que los síntomas suceden durante de éste, o bien dentro de las cuatro primeras semanas posterior al parto. Las pacientes que padecen de depresión postnatal podrían aumentar el riesgo de resultados como autolesionarse, causar ansiedad o depresión de la pareja e incluso influir en el comportamiento, cognitivo, físico y desarrollo socioemocional sus bebés.¹ Según estudios anteriores, la prevalencia de la depresión postnatal se encuentra en el rango entre el 0,9% y el 25,5% en los países desarrollados, y entre el 8,2% y el 38,2% en los países que se encuentran en vías de desarrollo.²

En cuanto al Perú, se estima que aproximadamente se cuenta con una prevalencia del 24% de depresión postnatal en la región de Lima Metropolitana en contraste con una prevalencia del 66,7% en el área regional descrito por Aramburú, et al (Perú, 2004) en un trabajo titulado “Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004”.³

Hasta ahora, la etiología de la depresión postnatal sigue sin estar clara, aunque se han detectado diversos factores de riesgo, como antecedentes de depresión, hereditario, hormonal, falta de apoyo social, parto por cesárea y tabaquismo prenatal.⁴

La OMS define a la familia como “la unidad básica de la organización social y es donde se sientan las bases del comportamiento y las decisiones inherentes a la salud, por ello es importante tenerla en consideración para el diseño, el análisis y la planificación en el ámbito de la salud familiar.”⁵ Por lo que se debe tener especial atención en la depresión postnatal ya que esta patología trae consigo repercusiones a nivel sistemático del eje familiar y viceversa.

Por otra parte, las bases de esta asociación son poco conocidas, y existen pocos estudios que se encargan de enfocarse en estos temas en particular por lo que trae especial atención a tratarlos en nuestro medio.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El estadio postnatal es un periodo con características tales como vulnerabilidad emocional y posibilidad de desarrollar afecciones emocionales, cerca del 50 al 90% de las puérperas desarrollan varios grados de afecciones afectivas, entre los cuales está inmersa la depresión postnatal.⁶

En el mundo podemos encontrar diversas variedades de prevalencias con respecto a la depresión postnatal, en Inglaterra la incidencia se encuentra dentro de los rangos de 10 a 15% y la prevalencia oscila entre el rango de 8.2 a 14.9%. En Estados Unidos encontramos una prevalencia de 8 a 26%, en España de 25.8% y en Brasil del 12%.⁷

Algunos estudios hechos en Sudamérica han propugnado rangos que van entre un 10 % a 15 %, otros estudios de carácter multicéntrico en Latinoamérica se reportan entre 3 a 20 casos por cada 100 nacimientos. En cuanto al Perú, se estima que aproximadamente se cuenta con una prevalencia del 24% de depresión postnatal en la región de Lima Metropolitana en contraste con una prevalencia del 66,7%.^{3,8}

Además, debido a que este problema trae consigo efectos deletéreos en la puérpera, el neonato, su entorno social y familia, cada vez viene alcanzando mayor importancia y atención en el entorno de la salud. Ya que la característica principal que debe poseer la familia funcional es que promueva un desarrollo a la salud para todos sus individuos, para lo cual es necesario que posea: límites claros, jerarquías claras, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y la capacidad de adaptación al cambio. Por lo que requiere especial interés en ésta asociación.

1.2 Formulación del problema

Se formula el problema con la siguiente pregunta: ¿Existe asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019?

1.3 Línea de investigación

Se tiene como línea de investigación la salud materna perinatal y neonatal, la cual es la primera prioridad nacional 2016-2021, este trabajo se orienta dentro del aspecto de problemas sociales, ya que la repercusión familiar tiene amplia

importancia en el desarrollo de la salud de los miembros, sea el caso de la madre peruana.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre la disfuncionalidad familiar leve y depresión postnatal en puérperas.
- Determinar la asociación entre la disfuncionalidad familiar moderada y depresión postnatal en puérperas.
- Determinar la asociación entre la disfuncionalidad familiar severa y depresión postnatal en puérperas.

1.5 Justificación de la investigación

Esta investigación tiene como sustento que la mujer durante el periodo puerperal está inmersa en una mayor vulnerabilidad debido a que ocurre diversos cambios a nivel psicológico, bioquímicos y sociales, los cuales tienen gran implicancia en aparición de trastornos psíquicos, como lo es la depresión.

Con respecto a los factores sociales que posibilitan el desarrollo de la depresión postnatal, está inmersa la disfunción familiar esta podría generar una gama de alteraciones estructurales dentro de la estabilidad familiar, la cual es el núcleo de la estabilidad social y podría generar ya no solo una alteración en la madre sino en todo su entorno familiar, lo cual trae la atención del investigador para evaluar con un enfoque más holístico la implicación de esta relación la cual genera daño en ambos sentidos, lo que quiere decir que la disfunción puede generar depresión postnatal y a su vez la depresión postnatal generar mayor inestabilidad en la estructura familiar.

1.6 Delimitación

La presente investigación sobre la asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y depresión postnatal en puérperas se realizará en todos los pacientes

femeninos adultos en estado de puerperio atendidos en el servicio de ginecología del HNHU en el año 2019.

1.7 Viabilidad

La investigación es considerada viable porque se dispone de todos los recursos necesarios, así como también la autorización previa de parte del Servicio de Ginecología, además del acceso al centro de estadística y autorización del HNHU.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

1) Zhang S, Wang L, Yang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. China. 2019

Este es un estudio tipo metanálisis de estudios cohorte que tiene como finalidad, evaluar la asociación entre la violencia materna y el riesgo de padecer depresión postparto, para ello se realizaron búsquedas en PubMed, Google Scholar, Cochrane Libraries y bases de datos chinas hasta diciembre de 2017 para identificar los estudios que evaluaron la asociación entre la depresión postparto y la violencia materna.

Se obtuvo que en general, las mujeres que experimentaron eventos de violencia en comparación con el grupo de referencia tenían un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto (OR = 2.04; IC del 95%: 1.72-2.41).

Además, diferentes tipos de eventos de violencia como sexual (Odds ratio = 1.56; IC 95%: 1.35-1.81), emocional (Odds ratio = 1.75; IC 95%: 1.61-1.89) y violencia física (Odds ratio = 1.90; IC 95% : 1.36-2.67), así como la violencia doméstica (Odds ratio = 2.05; IC 95%: 1.50-2.80) o infantil (Odds ratio = 1.59; IC 95%: 1.34-1.88) también aumentaron el riesgo de desarrollar depresión postparto. Por lo que Las experiencias de violencia materna se asocian significativamente con el riesgo de desarrollar depresión postparto.⁹

2) Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. Turquía. 2019

Es un estudio transversal el cual pretende determinar la frecuencia y los factores que afectan a la depresión posparto, para ello se contó con 100 mujeres en el tercer trimestre de embarazo en Family Health Centers en Edirne, Turquía. Se les aplicó la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) en el primer y segundo mes después del parto.

Teniendo como resultado que la prevalencia de depresión postparto fue del 14% (n = 14) en el primer mes y del 17% (n = 17) en el segundo mes de entrega. Así, se determinó que 24 de cada 100 madres diferentes tenían depresión postparto en los primeros dos meses después del parto. La probabilidad de depresión postparto, medida con EPDS, fue significativamente mayor entre las madres más jóvenes, las madres con esposos desempleados, las madres con ingresos más bajos, las madres con un problema de salud del niño y las madres que no amamantan. No hubo una relación significativa entre la depresión postparto y el estado educativo de la madre, la edad de matrimonio, la edad del primer parto, la depresión postparto después del parto anterior, los trastornos psiquiátricos en los familiares de primer grado, el mayor número de hijos, el método de parto y los embarazos no deseados.¹⁰

3) Ahmad NA, Silim UA, Rosman A, et al. Postnatal depression and intimate partner violence: a nationwide clinic-based cross-sectional study in Malaysia. Malasia. 2018

Es un estudio transversal el cual pretende determinar cuál es la relación entre la depresión postnatal y la violencia de pareja, para ellos se encuestó a las mujeres que estuvieron entre 6 y 16 semanas después del parto y que se registraron en una clínica de atención primaria del gobierno de Malasia, donde se usó la EPDS.

Se obtuvo que, de 6669 mujeres, 5727 encuestadas fueron exitosamente entrevistadas con una tasa de respuesta del 85.9%. La prevalencia de una depresión postnatal probable fue del 4,4% (IC del 95%: 2,9 a 6,7). La prevalencia general de la violencia familiar fue del 4,9% (IC del 95%: 3,8 a 6,4). Entre las mujeres en este grupo, 3.7% (IC 95%: 2.7 a 5.0), 2.6% (IC 95%: 1.9 a 3.5) y 1.2% (IC 95%: 0.9 a 1.7) experimentaron violencia emocional, física y sexual, respectivamente.

El análisis de regresión logística reveló que las mujeres que estaban expuestas a violencia familiar tenían 2,3 veces más riesgo de una posible Depresión postnatal, con un OR ajustado (AOR) de 2,34 (IC del 95%: 1,12 a 4,87). Otros factores para la depresión postnatal fueron: violencia emocional (aOR 3.79, IC del 95%: 1.93 a 7.45), embarazo no planificado (aOR 3.32, IC del 95%: 2.35 a 4.69), falta de apoyo familiar durante el parto (aOR 1.79, IC del 95%: 1.12 a 2.87), uso de alcohol por parte de la

pareja (aOR 1.59, IC del 95%: 1.07 a 2). Así que la violencia de pareja se asoció significativamente con una posible depresión postnatal.¹¹

4) Haga TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. Vietnam. 2018

Estudio de tipo transversal que trata de identificar la prevalencia de la depresión postparto y los factores de riesgo que contribuyen a la depresión postparto. Para ello se evaluaron 116 puérperas utilizando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Un mayor riesgo de síntomas depresivos maternos se asoció notablemente con el nivel de educación (OR 0,4, $p = 0,036$). Esto indica que las madres con un menor nivel de educación tenían menos probabilidades de experimentar depresión postparto. Las enfermedades durante el embarazo contraídas por la madre también son un predictor significativo, de acuerdo con sig. valor ($p = 0,009$). Se encontró que estaban asociados con los síntomas de depresión postparto si eran madres primerizas. Esto indicó que las madres primerizas tenían 2 veces más riesgo de sufrir depresión postnatal que las que ya tenían hijos.¹²

5) Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, He Q. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. China. 2017

He aquí un estudio transversal que se dispuso a señalar los factores de riesgo para la depresión postnatal en mujeres chinas, para ello contó con puérperas de 1 mes del distrito de Kaifu de Changsha, en la provincia de Hunan, a las cuales se les administro el test de La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

Se obtuvo que la prevalencia de depresión postnatal fue del 6,7%. El análisis univariado mostró significancia (todos los valores de $p < 0,05$) por parte de la edad materna, paridad, exposición frecuente a teléfonos móviles durante el embarazo, trastornos de la hipertensión gestacional, número de fetos, parto prematuro, peso al nacer, inicio de la lactancia materna, modo de alimentación, enfermedad infantil posteriores al parto y peso infantil.¹³

6) Stellenberg EL, Abrahams JM. Prevalence of and factors influencing postnatal depression in a rural community in South Africa. Sudáfrica. 2015

Un estudio transversal con un enfoque cuantitativo, que tuvo por objetivo determinar la prevalencia de la depresión postnatal e identificar los factores de riesgo contribuyentes asociados con la depresión postnatal. Para ello se utilizó un método de muestreo por conveniencia para seleccionar una muestra de 159 (10%) de una población de 1605 nacidos vivos. Se aplicaron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), dos cuestionarios validados de autoevaluación, incluido un cuestionario basado en datos demográficos, psicosociales y obstétricos.

En cuanto a los resultados se obtuvo que los participantes que tenían depresión postnatal, 28.8% era grave, 48.8% moderado y 22.5% leve. Los factores que influyeron en el desarrollo de la depresión postnatal incluyeron a la mayoría de los participantes (63.5%) no estaban casados, 61.3% estaban desempleados y la mayoría (53.8%) tenía antecedentes de una enfermedad psiquiátrica.¹⁴

7) Shivalli S, Gururaj N. Postnatal depression among rural women in South India: do socio-demographic, obstetric and pregnancy outcome have a role to play? India. 2015

Estudio analítico transversal que pretende denotar la relación entre la depresión postnatal y los resultados sociodemográficos, obstétricos y del embarazo, para ello se trabajó con una población de 102 mujeres que acudieron para el seguimiento postnatal de la 4ª a la 10ª semana de lactancia. A los cuales se le aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Se usó un puntaje de corte de ≥ 13 como alto riesgo de PND. Se estimó el porcentaje de mujeres con riesgo de DNP y se describieron las diferencias según los resultados sociodemográficos, obstétricos y de embarazo.

Se encontró que la prevalencia de depresión postnatal se encontraba en los valores del 31,4% (IC 95%: 22,7-41,4%). Ésta mostró una asociación significativa ($P < 0.05$) con la familia conjunta, las mujeres trabajadoras, los esposos no agricultores, la pobreza, las complicaciones del embarazo y la maternidad o la enfermedad médica conocida.

En la regresión logística binomial, la pobreza (adjOR: 11.95, IC 95%: 1.36-105), el nacimiento del bebé femenino (adjOR: 3.6, IC 95%: 1.26-10.23) y las complicaciones del embarazo o enfermedad médica conocida (adjOR: 17.4, 95% CI:

2.5-121.2) se mantuvieron como predictores independientes de depresión postnatal.¹⁵

2.1.2 Antecedentes nacionales

8) Miranda Cárdena K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017. Perú. 2017

Estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal, el cual tuvo por objetivo determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto, para ello se tomó una muestra, la cual estaba conformada por 117 puérperas cuyas edades estaban dentro de un rango de 18 a 50 años. Los pacientes fueron evaluados a través del test de APGAR familiar y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, previo consentimiento informado.

En cuanto a los resultados se obtuvo que la prevalencia de depresión postnatal fue alrededor del 27.4% y la prevalencia de disfunción familiar del 70%, el tipo de disfunción más frecuente fue la disfunción leve en un 44.4%. La asociación entre las variables disfuncionalidad familiar y depresión posparto resultó significativa con un p valor <0.001, por lo que se llegó a la conclusión de que la disfunción familiar se asocia significativamente a la depresión postparto.¹⁶

9) Alarcón Samamé D. Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el hospital belén de Trujillo. Perú. 2016

Estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles, el cual pretende determinar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato, para ello evaluó cerca de 90 puérperas las cuales tuvieron que responder a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, para luego ser divididas en dos grupos: 45 para el grupo de los casos y 45 para el grupo de los controles para luego cuantificar la disfuncionalidad familiar a través del APGAR familiar.

En cuanto a los resultados se obtuvo que, del total de puérperas, 57 tuvieron disfunción familiar de las cuales: el 70,2% pertenece al grupo con depresión puerperal (OR= 13,176; IC al 95%= 4,35-39,89) y el 29.8% al otro grupo sin

depresión. El 75% del grupo perteneciente a depresión puerperal tenían disfunción familiar leve, 66,7% de los pacientes pertenecientes a disfunción familiar moderada tuvo depresión y el 63,6% del grupo de disfunción severa, también cursaron con depresión, por lo que se concluyó que la disfunción familiar si es un factor de riesgo ligado a la depresión puerperal inmediata.¹⁷

10) Vásquez G, Rodríguez D, Correa A, Alvarado V, Llaque M. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú. 2014.

Estudio prospectivo, seccional, transversal, que tuvo por objetivo determinar si la disfunción familiar y la violencia familiar estaban asociados a la depresión puerperal. Para ello contó con 144 puérperas de las cuales 48 eran casos y 96 eran controles. Los instrumentos los cuales se les pidió llenar a las puérperas fueron la Escala de Edimburgo y el APGAR Familiar.

En este estudio se obtuvo que la frecuencia de disfuncionalidad familiar en las pacientes con depresión puerperal fue cerca de 72,9 % y en las puérperas sin depresión puerperal de 25 % (OR = 8,1; valor $p=0,000$; IC: 95 %: 3,7 – 17,7).

La prevalencia de disfuncionalidad familiar y violencia familiar en las pacientes que desarrollaron y no desarrollaron depresión puerperal fue 39,5 % y 10,4 % (Odds ratio = 5,6; $P= 0,000$; IC: 95 %: 2,3 – 13,5). Por lo tanto, se concluyó que la violencia familiar y la disfuncionalidad familiar, son factores de riesgo para la expresión de depresión puerperal.¹⁸

2.2 BASES TEÓRICAS

DEPRESIÓN POSTNATAL

La depresión puerperal es una enfermedad que produce trastornos de conducta, tales como el deterioro del propio cuidado puerperal, la inapropiada adherencia a las indicaciones médicas y hasta el abuso de sustancias como, el alcohol, el tabaco y las drogas. Incluso en algunas circunstancias en donde la depresión alcanza las formas más extremas podrían llegar al intento de suicidio o al suicidio como tal.¹⁹

La depresión postnatal es considerada la complicación psiquiátrica más frecuente de la maternidad, tiene una ocurrencia cerca del 13% de las puérperas. Esta patología tiene un amplio rango de expresión ya que puede ocurrir entre los primeros días del puerperio hasta un año después de éste, pero con mayor frecuencia este se expresa los tres primeros meses. La depresión puerperal puede darse en cualquier momento después del parto, con frecuencia luego que la paciente vuelve a su hogar.²⁰

La depresión postparto puede cursar con alteraciones no solo en la madre, sino también con alteraciones emocionales y cognitivas en el menor, poca interacción madre-hijo. Algunos estudios muestran que las madres con depresión postparto además de presentan resultados adversos tanto psicológicos como conductuales, se acompaña de bajo peso al nacer y dificultades en el aprendizaje, para el menor.²¹

Etiopatogenia de la depresión postnatal:

En cuanto a la etiopatogenia, se encuentran diversos factores que interactuarían factores como susceptibilidad genética, desordenes neuroendocrinas y factores estresantes mayores. Se sabe que los factores ambientales, como las experiencias de vida adversas anteriores, antecedentes de depresión y trastornos de ansiedad, roles socioculturales, atributos psicológicos y habilidades de afrontamiento, influyen

en el riesgo de trastorno depresivo, ya que se encontró que las mujeres que experimentaron múltiples eventos adversos de la vida, incluido el abuso sexual infantil o el abuso sexual en la edad adulta, tenían un mayor riesgo de depresión posparto, y tenían tres veces más probabilidades de tener depresión posparto en comparación con aquellas que no experimentaron ningún evento adverso en la vida.²²

Entre algunas causas de la depresión posparto existen depresión postnatal hereditaria. En un estudio del Hospital Cayetano Heredia con una población de 425 mujeres en la cual se evidencio una prevalencia de depresión puerperal de 5.9% con los siguientes factores de riesgo asociados: menor de edad, trastorno obsesivo compulsivo y menor grado de instrucción.²³

Mecanismos neuroendocrinos de la depresión postnatal:

Se ha llegado a demostrar que el estrógeno y la progesterona, además de sus cualidades reproductivas, son causantes de potentes efectos neuroreguladores, entre ellos incluidos el estado anímico y la cognición.²⁴

Al momento del parto, el estrógeno y la progesterona caen rápidamente y se ha visto que, en modelos animales experimentales, está bien establecido que la retirada de estradiol induce comportamientos similares a la depresión. Las ratas ovariectomizadas exhiben comportamientos similares a la depresión que se revierten con el tratamiento con estradiol. En los experimentos de pseudoembarazo, diseñados para imitar las fluctuaciones hormonales del período periparto con administración exógena de progesterona y estradiol, la retirada de hormonas en ratones pseudopreñantes aumentó los comportamientos similares a la depresión que se redujeron con el tratamiento continuo de estradiol. Estos experimentos demuestran que, en un sistema controlado, la retirada de las hormonas reproductivas es suficiente para inducir comportamientos similares a la depresión y el tratamiento con estrógenos es capaz de ejercer efectos antidepresivos en modelos animales de depresión posparto.²⁵ A diferencia de los efectos antidepresivos del estrógeno, se ha demostrado que el tratamiento con progesterona aumenta el riesgo y empeora las puntuaciones de depresión en mujeres posparto.²⁶

Las mujeres con depresión postnatal tienen una respuesta anormal a los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona ya que estos tienen interacciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y, por lo tanto, pueden desencadenar las anomalías en dicho eje. El eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ha sido un punto para intentar identificar un biomarcador para aquellas mujeres en riesgo de depresión perinatal o posparto. Se dice, que la hormona liberadora de corticotropina hipotalámica placentaria elevada ha sido un marcador potencial, el aumento de la producción de esta hormona durante el embarazo puede ser medida en la sangre periférica materna y al cabo de algunas horas posteriores al parto, los niveles de la hormona liberadora de corticotropina hipotalámica placentaria bajan rápidamente y se vuelven indetectables, sin embargo, ésta no parece ser de utilidad clínica, y en el estudio más reciente no se pudo demostrar una asociación entre el aumento de la hormona liberadora de corticotropina hipotalámica placentaria en el embarazo y el aumento del riesgo de la depresión posparto.²⁷

Si bien el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal tiene ligación por la depresión posparto, las alteraciones en otros sistemas endocrinos también profesan un papel en la etiología de la depresión posparto. Por ejemplo, un estudio ha demostrado que las mujeres con concentraciones prenatales de tiroxina total y libre en el rango más bajo de lo normal pueden tener un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos posparto. Además, aunque pueda ser que el desencadenante de la Depresión posparto sea la herencia, los estudios en humanos y animales propugna que el inicio de la depresión posparto está delimitado por las causas tanto de la hereditarias como de los episodios de la vida.²⁸

Presentación Clínica:

Los síntomas relacionados con los cambios anímicos suelen estar presentes durante el embarazo, así como en los primeros días o semanas después del alumbramiento. En cuanto al postnatal temprano, existen síntomas leves del estado anímico, los cuales pueden durar más o menos 2 semanas a menudo a este periodo se denominan "baby blues" y los síntomas generalmente se pueden resolver de manera espontánea sin alguna secuela.

Pero, los hallazgos de síntomas más severos y continuos del estado anímico deberían hacer sospechas de depresión postnatal. La aparición de la depresión postnatal generalmente se establece dentro de los primeros meses posparto,

aunque algunas mujeres detallan la existencia de síntomas durante el embarazo, entre sus características podemos incluir: pensamientos suicidas, ansiedad severa, agitación y falta de interés en el recién nacido.²⁹

Tratamiento y uso de antidepresivos durante la lactancia.

La literatura señala que las mujeres con depresión postparto probablemente respondan a la terapia antidepresiva estándar, y no se ha demostrado que una clase de medicamentos antidepresivos sea mejor que la otra, además la lactancia materna restringida está asociada con la depresión materna, y las vías neuroendocrinas que subyacen tanto a la lactancia como a la regulación del estado de ánimo materno pueden jugar un papel central.³⁰

Guías prácticas y recomendaciones clínicas.

El tratamiento debe ser con un enfoque colaborativo y multidisciplinario con el psiquiatra, el obstetra y el pediatra para educar al paciente sobre los riesgos de la depresión no tratada y los posibles efectos secundarios para la madre y el bebé. Los riesgos de la exposición al tratamiento con antidepresivos en el período postnatal se centran principalmente en la exposición del bebé al antidepresivo en la leche materna. La literatura ha encontrado tasas bajas de eventos adversos en los bebés expuestos a los antidepresivos, incluidos los tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

En particular, la mayoría de los estudios muestran pocos eventos adversos y niveles plasmáticos bajos o no detectables con sertralina, paroxetina y fluvoxamina. La sertralina, en particular, parece tener la menor concentración de transmisión a la leche materna y debe considerarse como un uso de primera línea para la lactancia. Por lo tanto, como recomendación general, tomar medicamentos inmediatamente después de amamantar minimiza la cantidad presente en la leche y maximiza el aclaramiento antes de la siguiente alimentación.³¹

Para asesorar al paciente con el fin de garantizar resultados óptimos, se incluye lo siguiente:

- Siempre se debe obtener un historial psiquiátrico ya que influirá en la selección de la modalidad de tratamiento.

- Minimice el número de exposiciones para el bebé. Es importante minimizar el número de medicamentos psicotrópicos utilizados, pero también considerar la exposición a enfermedades psiquiátricas como una exposición.
- Considere si la madre planea amamantar y discuta si el medicamento puede usarse de manera segura durante la lactancia y cuál sería el plan para monitorear el medicamento durante la lactancia.

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

La Escala de Edimburgo para depresión de Postparto (EPDS) fue creada en centros de salud de Livingston y Edimburgo, servía para la detección oportuna de las madres puérperas que padecían de depresión, la cual es una entidad con grandes repercusiones psicológicas afectivas y sociales. Ésta posee diez cortas declaraciones, dentro de las cuales la puérpera escoge cuál de las cuatro respuestas posibles es la que más oportuna considera.

Por lo general gran parte de las puérperas pueden contestar las preguntas sin mayor altercado en menos de 5 minutos. Se demostró que las puérperas que obtuvieron resultados por encima del 92.3% fue de mayor probabilidad que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes grados severidad.

Instrucciones de uso:

- Se explica a la madre que tiene que escoger la respuesta que más se acerque a la forma en que se sintió en los últimos siete días.
- Las madres deben contestar todas las preguntas.
- Se debe tener cuidado y evitar que la madre comente sus respuestas con otras personas ajenas durante la encuesta.
- La madre debe contestar la escala por sí sola, a no ser que tenga problemas para leer.
- A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el incremento de la gravedad de los síntomas. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman

todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de más de 10 muestra la probabilidad de una depresión, sin embargo, no su gravedad. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

En el Perú, se ejecutó un trabajo de validación para la EPDS, la cual tuvo una consistencia interna medida con el coeficiente alfa de Cronbach el cual tuvo el valor de 0,7043. La puntuación promedio fue 10,59; en este estudio sugiere que el punto de corte óptimo es de 13,5, con este valor se obtiene una sensibilidad de 84,21% y una especificidad del 79,47%, tal como lo señala Vega JM, et al (Perú 2002).³²

FAMILIA

Es aquel núcleo social que une a individuos vinculados por rasgos sanguíneos, nacimiento o por elección. La OMS tiene definida a la familia como aquella unidad base de la organización, ésta se encarga de brindar un ambiente social para el desarrollo personal de todos los que la conforman. Entonces la institución familiar es el lugar donde se inculcan los cimientos del comportamiento y las decisiones avocadas a la salud, por ello se le debe dar la consideración adecuada para el diseño, el análisis y la planificación en el ámbito de la salud familiar.³³

La familia debe cumplir con tres funciones básicas tales como: la función biológica, la función económica, y la función educativa, cultural, espiritual y son estos los que nos sirven como indicadores para catalogar el funcionamiento familiar.³⁴

Para brindar a la familia el concepto de sistema, debe ser requisito que ésta constituya una integridad, por ello no solo podemos considerarla como la adición de sus miembros, sino como el conjunto de las interacciones de sus miembros.³⁵

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Algunos autores proponen que a la familia se le atribuye el concepto de disfuncionalidad cuando ésta no tiene la suficiente capacidad adaptativa.^{36,37}

Mientras que otros autores consideran como características disfuncionales: la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.³⁸

Por otra parte, ésta se podría definir como el patrón de conductas desadaptativas que presenta una familia, de manera constante, uno o varios miembros de una familia y que, al interrelacionarse genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.³⁹

Y ésta tiene las siguientes características: No hay bienestar, no hay autonomía, rigidez en las reglas y roles, se comunican de manera poco clara y hasta incoherente y hay una total incapacidad para adaptarse a nuevas situaciones.

TEST DE APGAR FAMILIAR

El Test de APGAR familiar es aquel instrumento que muestra la percepción subjetiva de los individuos de una familia con respecto a su nivel de funcionamiento familiar de manera global. El APGAR familiar ha sido de mucha utilidad en la evaluación de la función familiar, en distintos ámbitos como las condiciones alérgicas, la hipertensión arterial, el embarazo y depresión postnatal, además este instrumento ha sido de mucha utilidad y de fácil aplicación en todos estos casos. El APGAR familiar ha demostrado ser útil, siendo puesta a prueba en muchas investigaciones, con índices de correlación que están entre los rangos 0.71 y 0.83.⁴⁰

En el Perú, se llevó a cabo un trabajo de validación para el test de APGAR familiar, el cual tuvo una consistencia interna medida con el coeficiente alfa de Cronbach el cual fue de 0,785. Además de un coeficiente de mitades de Spearman-Brown $r=0.749$, lo que respalda al estudio, tal como lo señala Castilla H, et al (Perú 2014).⁴¹

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, Recursos.

Son 5 ítems cuyas opciones de respuesta se presentan de la siguiente manera: 0 para nunca, 1 para casi nunca, 2 para algunas veces, 3 para casi siempre, y 4 para siempre.

Los puntajes se pueden estratificar de la siguiente manera: con un puntaje entre 18-20, significa que no hay disfunción familiar; con un puntaje entre 14-17, significa que hay disfunción familiar leve; con un puntaje entre 10-13, significa que hay disfunción familiar moderada y por último un puntaje menos de 9, significa disfunción familiar severa.

2.3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

2.3.1 HIPÓTESIS CONCEPTUAL GENERAL

Los grados de disfuncionalidad familiar están asociados a la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.

2.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existe asociación entre la disfuncionalidad familiar leve y depresión postnatal en puérperas.
- Existe asociación entre la disfuncionalidad familiar moderada y depresión postnatal puérperas.
- Existe asociación entre la disfuncionalidad familiar severa y depresión postnatal en puérperas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Éste estudio se llevó a cabo en el contexto del V curso – taller de titulación por tesis según enfoque y metodología publicada.⁴²

Se realizó un estudio con un diseño de tipo descriptivo, transversal y analítico en el HNHU durante el año 2019.

3.2 POBLACIÓN

La población universo estuvo conformada por pacientes puérperas que tuvieron un parto atendido en el servicio de ginecología del HNHU y puérperas que acudían al CRED (Control de Crecimiento y Desarrollo) durante el año 2019

3.3 MUESTRA

Este estudio trabajará con una población de 250 pacientes puérperas cuyo parto fue atendido en el Servicio de Ginecología del HNHU y puérperas que acudían al CRED (Control de Crecimiento y Desarrollo) durante el año 2019 las cuales cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.1 TAMAÑO MUESTRAL

Se realizó una fórmula de tamaño de muestra haciendo uso del programa estadístico brindado por el curso de tesis. Se trabajó con una proporción esperada en la población de 0.2, con un nivel de confianza de 0,95, con un valor de Z para Alfa de 1.96 resultando así el tamaño de muestra de 146 casos, sin embargo se tomó 250 casos.

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN POBLACIONAL CON UNA PRECISIÓN ABSOLUTA ESPECIFICADA	
PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN	0.2
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
ERROR O PRECISIÓN	0.05
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	10000
TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	246
TAMAÑO DE MUESTRA FINAL	241

3.3.2 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo será probabilístico aleatorio simple.

3.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Puérperas con un tiempo menor igual a 3 meses.
- Puérperas que cuyos partos fueron atendidos en el HNHU.
- Puérperas que estaban de acuerdo con el consentimiento informado.

3.3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Puérperas cuyos partos no fueron atendidos en el HNHU
- Puérperas que no estaban de acuerdo con el consentimiento informado
- Puérperas las cuales tenían afecciones emocionales de otra estirpe no relacionado con el estudio.
- Puérperas previamente diagnosticadas con depresión antes del parto con o sin

tratamiento.

3.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable dependiente: Depresión postnatal

Variables independientes: Disfuncionalidad familiar, edad, nivel educativo, estado civil, procedencia, paridad, controles prenatales, edad gestacional, tipo de parto, fecha de parto, tipo de lactancia y tiempo de puerperio.

3.4.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES

Depresión postnatal: Entidad psiquiátrica materna de carácter afectiva que se establece después del parto.

Disfuncionalidad familiar: Condición familiar donde ésta no puede suplir sus funciones básicas y trae malestar a sus miembros.

Edad: Años de vida, desde el nacimiento.

Procedencia: Origen geográfico del cual se proviene.

Nivel educativo: Grado de instrucción académica.

Estado civil: Estado de unión social.

Paridad: Número de partos con anterioridad.

Controles prenatales: Número de controles por un personal de salud antes del parto.

Edad gestacional: Medición de la progresión del embarazo en semanas hasta el momento del parto.

Tipo de parto: Modo en el cual se dio se atendió el parto por el personal de salud.

Fecha del parto: Fecha en la cual nació el menor.

Tipo de lactancia: Tipo de lactancia administrada al menor.

Tiempo de puerperio: Tiempo del cual transcurrió desde el nacimiento del menor hasta el momento de la entrevista.

53.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver en anexo 1

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó permiso al Comité de ética e investigación del HNHU.
- Se solicitó la autorización a la Jefatura del Servicio de Ginecología del HNHU.
- Se realizó entrega de una ficha de recolección de datos, la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, y el test de APGAR familiar para que sea llenado debidamente a las pacientes, las cuales debieron cumplir con los criterios de inclusión en el Servicio de Ginecología del HNHU.

INSTRUMENTO

Se utilizó los siguientes instrumentos: Formato de recolección de datos, la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, y el test de APGAR familiar.

3.6 PROCEDIMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS

Los datos fueron registrados en la hoja de cálculo del programa *IBM SPSS 25* tomados en cuenta todas las variables e indicadores.

El análisis descriptivo y analítico se realizó con el apoyo de paquetes estadísticos como el programa *IBM SPSS 25*.

También se utilizó la prueba de OR (odds ratio) como prueba de independencia para comparar la asociación entre las variables, con intervalo de confianza del 95%, así como también Chi cuadrado para describir si existe significancia estadística.

PROGRAMA A UTILIZAR PARA ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se usó el software estadístico *IBM SPSS v.25* (Statistical Package for Social and Sciences) y para la elaboración de figuras, en éste caso gráficos se utilizó *Microsoft Excel*.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se tomaron en cuenta los principios de bioética. Se asegura la confidencialidad y anonimato de los pacientes en estudio.

Se respetará el principio de la no maleficencia ya que no se realizarán intervenciones clínicas ni psicológicas y no se hará daño a ningún paciente.

Para la ejecución de éste estudio, los instrumentos de investigación serán la ficha de recolección de datos, la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, y el test de APGAR familiar, los cuales tienen validación en el ámbito de la investigación y al ser éstas encuestas no se realizará intervenciones clínicas.

3.8 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio no proporciona una estimación exacta de los valores de las variables ya que ciertamente se utilizan escalas validadas con un alto nivel de correlación con la realidad sin embargo aún no es al 100% de la realidad pertinente. Por otro lado, este trabajo es de tipo observacional y transversal, por lo que los datos fueron tomados una vez y no se hizo seguimiento de estos, además que el proyecto se dio de manera unicéntrica, ya que solo se aplicó al área confinada del HNHU y no fue ejecutada en otros hospitales.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Se entrevistó una población total de 263 puérperas del HNHU, a las cuales se les aplicó el cuestionario de Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y el de APGAR familiar, para precisar la existencia de depresión postnatal y disfuncionalidad familiar respectivamente, de esta muestra se excluyeron 13 encuestas por no cumplir los criterios de inclusión al estudio, por lo que se contó con 250 encuestas las cuales fueron analizadas estadísticamente.

En la Tabla 01 se describe la distribución del grupo de estudio según características generales, siendo la edad materna promedio de 28 años, la procedencia era mayor de la zona urbana en el 95% de los casos, en cuanto al estado civil el 85,2%

manifestó ser conviviente, en el nivel educativo la mayor parte de la población de estudio tenía secundaria completa en un 76,4%, el número de partos anteriores fue en promedio 1,3, de estos el 33,2% era primípara y el 66,8% multípara, con respecto a los controles prenatales fueron en promedio 7, de los cuales el 18,4% de nuestra población poseía menos de 6 controles prenatales y el 81,6% poseía mayor igual de 6 controles prenatales, al momento del parto la edad gestacional promedió las 38 semanas, de éstas 27,2% eran menor de 37 semana, 65,2% entre las 37 y 41 semanas y el 7,6% mayor de las 41 semanas . Además, el tipo de parto fue un 57,2% para los eutócicos y 42,8% para las cesáreas. Luego del parto, se halló que 49,6% recibieron lactancia materna exclusiva, 8,4% fórmula maternizada y un 42% lactancia mixta. Por último, el tiempo de puerperio en promedio fue de alrededor 12 días, de los cuales 43,6% pertenecían al puerperio inmediato, 30,4% al mediato, 15,6% al lejano y 10,4% al tardío.

TABLA N° 01: Características generales de puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Media/DS
Edad				28,8 (±7,2)
Procedencia	Urbano	239	95,6%	
	Rural	11	4,4%	
Estado civil	Soltera	22	8,8%	
	Conviviente	213	85,2%	
	Casada	13	5,2%	
	Separada	2	0,8%	
	Viuda	0	0%	
Nivel educativo	Ninguno	1	0,4%	
	Primaria	53	21,2%	
	Secundaria	191	76,4%	
	Superior	5	2%	
Partos anteriores				1,3(±1,3)
Paridad	Primípara	83	33,2%	
	Múltipara	167	66,8%	
Número de controles prenatales				7(±1,9)
Controles prenatales	<6 CPN	46	18,4%	
	≥6 CPN	204	81,6%	
Semanas de gestación al momento del parto				38,2(±2,4)
Gestación	Pretérmino	68	27,2%	
	A término	163	65,2%	
	Postérmino	19	7,6%	
Tipo de parto	Eutócico	143	57,2%	
	Cesárea	107	42,8%	
Tipo de lactancia	Lactancia materna exclusiva	124	49,6%	
	Fórmula maternizada	21	8,4%	
	Lactancia mixta	105	42%	
Tiempo de Puerperio				12,3(±22)
Etapa de puerperio	Puerperio inmediato	109	43,6%	
	Puerperio mediato	76	30,4%	
	Puerperio lejano	39	15,6%	
	Puerperio tardío	26	10,4%	

Fuente: Encuestas realizadas en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

En la Tabla 02 se muestra la prevalencia de depresión postnatal y disfunción familiar en nuestra población, así como también en el Gráfico 1 y 2 respectivamente; en cuanto a la disfunción familiar se aprecia que el 69,6% del total de la población

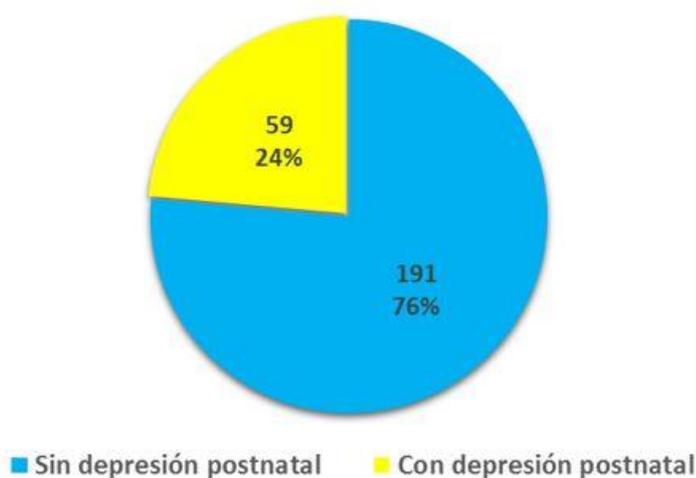
presentó algún grado de disfunción familiar y el 32,8% no presentó disfunción familiar. Con respecto a la depresión postnatal se aprecia que 23,6% presentó ésta, con respecto a un 76,4% que no la presentó.

TABLA N° 02: Prevalencia de disfunción familiar y depresión postnatal en púérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

		Frecuencia	Porcentaje	
Disfunción familiar	No	76	30,4%	
	Si	Leve	118	47,2%
		Moderada	44	17,6%
		Severa	12	4,8%
		TOTAL	174	69,6%
Depresión postnatal	No	191	76,4%	
	Si	59	23,6%	

Fuente: Encuestas realizadas en púérperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

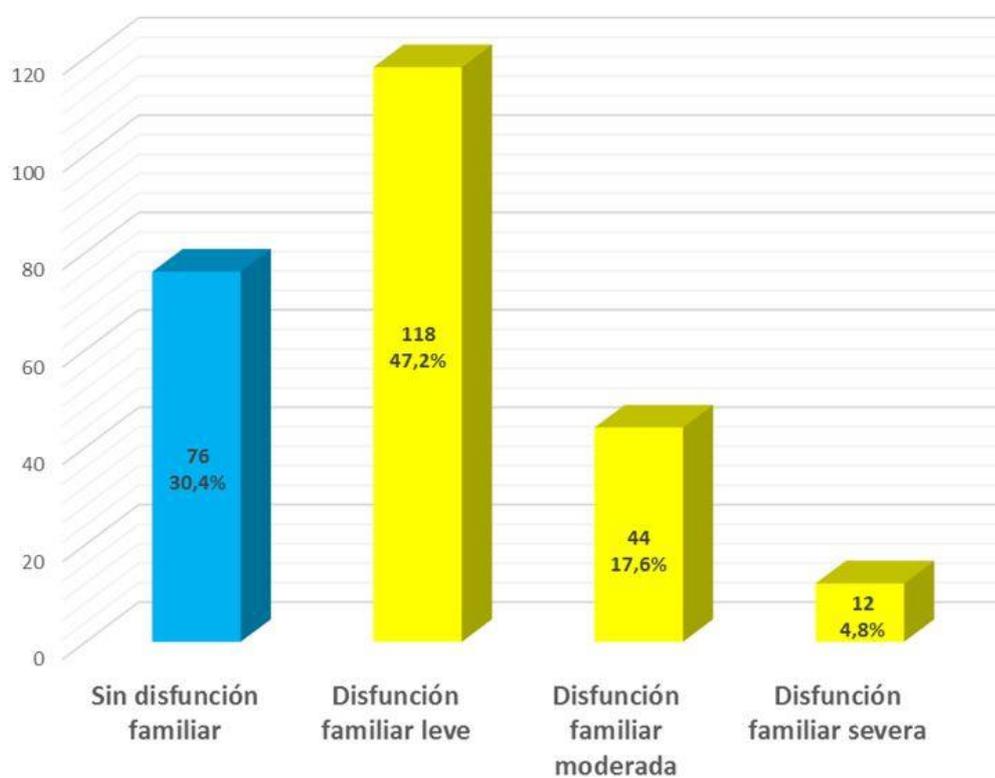
Depresión postnatal



Fuente: Encuestas realizadas en púérperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

GRÁFICO N°1: Distribución de depresión postnatal en púérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

Disfunción familiar



Fuente: Encuestas realizadas en púerperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

GRÁFICO N°2: Distribución de disfunción familiar en púerperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

TABLA N° 02: Prevalencia de disfunción familiar y depresión postnatal en púerperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

	Depresión postnatal		
	SI (n=59)	NO (n=191)	
	Media/DS	Media/DS	P
Edad	28,83(±7,3)	28,79(±7,2)	0,476
Partos anteriores	0,53(±0,9)	1,64(±1,3)	0,000
Número de controles prenatales	6,22(±2,2)	7,3(±1,7)	0,000
Semanas de gestación al momento del parto	37,5(±2,9)	38,4(±2,2)	0,000
Tiempo de Puerperio	9,9(±22,4)	13(±21,9)	0,013

Fuente: Encuestas realizadas en púerperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

En la Tabla 03 se describe un análisis bivariado de las características generales cuantitativas con respecto a la depresión postnatal, en la cual se aprecia que todas las variables poseen significancia estadística exceptuando la variable edad.

En la tabla 04 se aprecia el análisis bivariado de las distintas características generales con respecto a la depresión postnatal, donde se aprecia que en cuanto al estado civil evidenciamos asociación significativa ($p < 0,007$), teniendo como mayor riesgo la característica de “Sin pareja” con un $OR = 3,138$; en cuanto a la variable Nivel educativo, se aprecia asociación significativa ($p < 0,000$), presentándose un $OR = 3,680$ en la condición de “Primaria o inferior”, por otro lado la Paridad se evidencio asociación significativa ($p < 0,000$) y con un valor $OR = 9,039$, lo que evidencia que las primíparas tienen 9 veces más riesgo de presentar depresión postnatal con respecto a las multíparas; con respecto a los controles prenatales contamos un $p < 0,000$ y un $OR = 5,268$, siendo factor protector tener mayor igual 06 controles prenatales; en cuenta con la gestación se presentó un $p < 0,000$, teniendo como factor protector la cualidad de gestación a término; con respecto al tipo de parto se contó con un $p < 0,020$ y un $OR = 2,007$; en el tipo de lactancia postnatal, se obtuvo un $p < 0,000$ y como mayor riesgo a la característica de otros tipos de lactancia que no sean lactancia materna exclusiva con un $OR = 3,497$, por último contamos con la variable Etapa de puerperio dónde se cuenta con un $p < 0,013$, teniendo como mayor riesgo el puerperio inmediato y el puerperio mediato, con un

OR=2,712. En cuanto a las variables Edad y Procedencia no se evidenciaron asociación significativa.

TABLA N° 04: Análisis bivariado de características generales cualitativas con respecto a la depresión postnatal en púerperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

		Depresión postnatal						
		SI (n=59)		NO (n=191)		OR	IC 95%	P
Factores de riesgo		N°	%	N°	%			
Edad	≤ 29 años	29	49,2%	104	54,5%	1,237	0,689-2,219	0,476
	>29 años	30	50,8%	87	45,0%			
Procedencia	Urbano	57	96,6%	182	95,3%	1,409	0,296-6,712	0,665
	Rural	2	3,4%	9	4,7%			
Estado civil	Sin pareja	11	18,6%	13	6,8%	3,138	1,323-7,444	0,007
	Con pareja	48	81,4%	178	93,2%			
Nivel educativo	Primaria o inferior	24	40,7%	30	15,7%	3,680	1,922-7,045	0,000
	Secundaria o superior	35	59,3%	161	84,3%			
Paridad	Primípara	42	71,2%	41	21,5%	9,039	4,668-17,503	0,000
	Múltipara	17	28,8%	150	78,5%			
Controles prenatales	<6 CPN	24	40,7%	22	11,5%	5,268	2,659-10,434	0,000
	≥6 CPN	35	59,3%	169	88,5%			
Gestación	No a término	41	69,5%	46	24,1%	7,180	3,764-13,696	0,000
	A término	18	30,5%	145	75,9%			
Tipo de parto	Cesárea	33	55,9%	74	38,7%	2,007	1,112-3,623	0,020
	Eutócico	26	44,1%	117	61,3%			
Tipo de lactancia	Otros tipos de lactancia	43	72,9%	83	43,5%	3,497	1,842-6,641	0,000
	Lactancia materna exclusiva	16	27,1%	108	56,5%			
Etapa de puerperio	Puerperio mediato o menor	51	86,4%	134	70,2%	2,712	1,210-6,079	0,013
	Puerperio lejano o mayor	8	13,6%	57	29,8%			

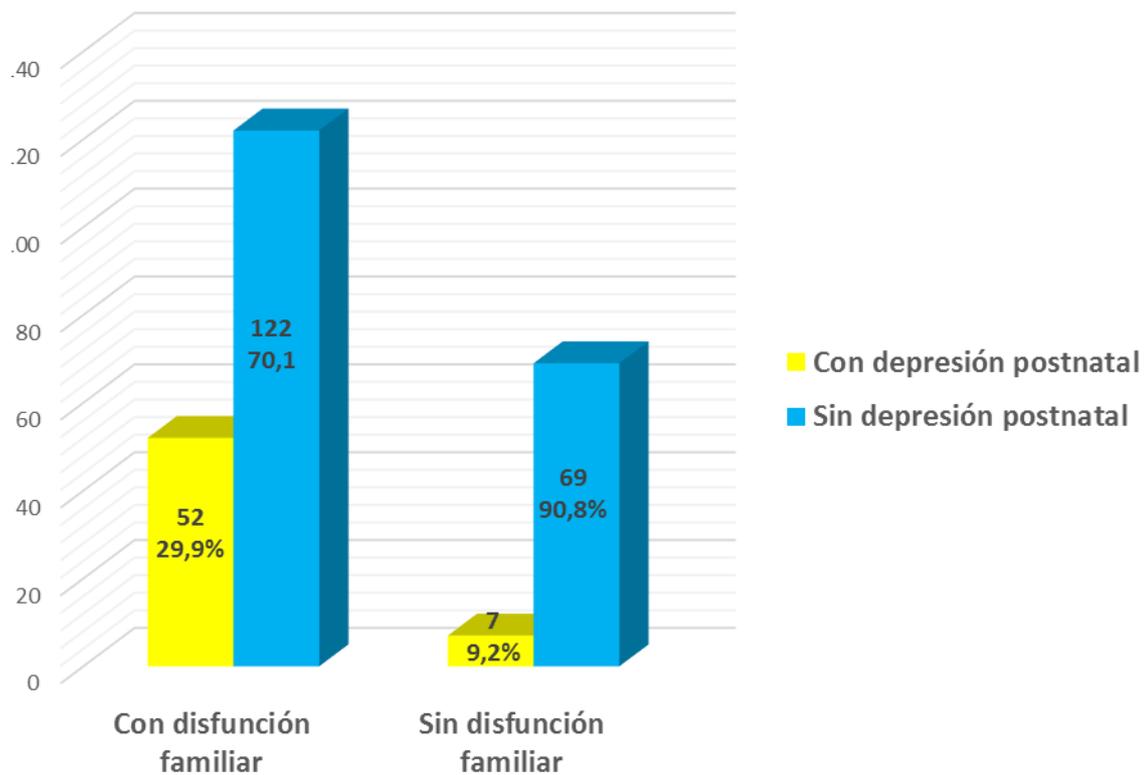
Fuente: Encuestas realizadas en púerperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

En la Tabla 05 y el Gráfico 03 se pone en manifiesto la interrelación entre la presencia de disfunción familiar con la depresión postnatal donde se evidencia que las pacientes con depresión postnatal fueron en total 59 y las que no presentaban depresión 191, el 88,1% de las pacientes con depresión postnatal tenían algún grado de disfunción familiar; en la Tabla 06 y el Gráfico 04 de igual manera se describirá la distribución de la disfunción familiar en ambos grupos, pero ésta en sus distintos grados, donde se pone se evidencia que existe asociación estadísticamente significativa ($p < 0.000$) entre los grados de disfuncionalidad familiar y la depresión posparto, con un OR que resultó 4,201 (IC 95%: 1,809-9,756). Por otra parte, se observa que el riesgo incrementa consecuentemente al incremento del grado de severidad de la disfunción familiar, para disfunción leve un OR=3,512, para disfunción moderada OR=4,134 y para una disfunción severa un OR=19,714.

TABLA N° 05: Análisis bivariado de disfunción familiar con respecto a depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

		Depresión postnatal						
		SI (n=59)		NO (n=191)		OR	IC 95%	P
		N°	%	N°	%			
Disfunción familiar	SI	52	88,1%	122	63,9%	4,201	1,809-9,757	0,001
	NO	7	11,9%	69	36,1%			

Fuente: Encuestas realizadas en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019



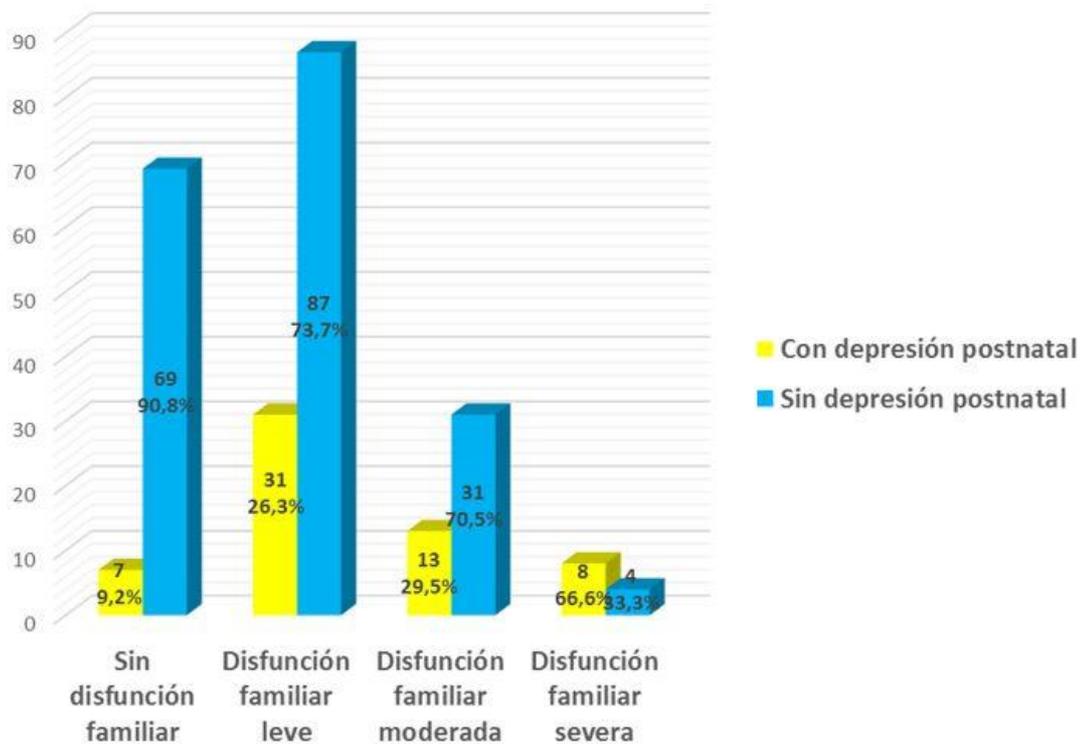
Fuente: Encuestas realizadas en púerperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

GRÁFICO N°3: Análisis de disfunción familiar con respecto a depresión postnatal en púerperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

TABLA N° 06: Análisis bivariado de grados de disfunción familiar con respecto a depresión postnatal en púerperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

		Depresión postnatal						
		SI (n=59)		NO (n=191)		OR	IC 95%	P
		N°	%	N°	%			
Disfunción familiar	Leve	31	52,5%	87	45,5%	3,512	1,458 - 8,459	0,000
	Moderada	13	22%	31	16,2%	4,134	1,503 - 11,370	
	Severa	8	13,6%	4	2,1%	19,714	4,718 - 82,383	
	NO	7	11,9%	69	36,1%	1 (Referencia)		

Fuente: Encuestas realizadas en púerperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019



Fuente: Encuestas realizadas en púerperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

GRÁFICO N°4: Análisis de disfunción familiar en sus respectivos grados con respecto a depresión postnatal en púerperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

En la Tabla 06 se muestra el resumen del análisis multivariado de los factores involucrados en el desarrollo de la depresión postnatal; para disfunción familiar, paridad, gestación y tipo de lactancia se encontró asociación estadísticamente significativa.

TABLA N° 06: Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

FACTORES	OR	IC 95%	P
Paridad (Primípara-Multípara)	5,267	2,465-11,254	0,000
Gestación (No a término-A término)	3,903	1,658-9,188	0,002
Tipo de lactancia(Lactancia materna exclusiva-Otros)	3,857	1,085-13,708	0,037
Disfunción Familiar (Sí-No)	3199	1,162-8,807	0,024
Etapas de puerperio (Mediato o menos-Lejano o mayor)	2362	0,884-6,311	0,870
Estado civil (Con pareja-Sin pareja)	1383	0,450-4,250	0,572
Controles prenatales (<6 CPN -≥6 CPN)	1368	0,534-3,507	0,514
Nivel educativo (Primaria o inferior-Secundaria o superior)	1,191	0,495-2,862	0,696
Tipo de parto (Cesárea-Eutócico)	0,445	0,131-1,512	0,194

Fuente: Encuestas realizadas en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019

4.2 DISCUSIÓN

La depresión postnatal es un problema de salud mental común y grave que está asociado con el sufrimiento materno y con resultados adversos en sí mismas, sus parejas, bebés, familiares e incluso pueden llegar a autolesionarse e intentar suicidarse. Esto trae consigo repercusiones a nivel sistemático del eje familiar y viceversa.²¹

Según estudios anteriores, la prevalencia de la depresión postnatal oscila entre el 0,9% y el 25,5% en los países desarrollados, y entre el 8,2% y el 38,2% en los países en vías de desarrollo.² En cuanto al Perú, se estima que aproximadamente se cuenta con una prevalencia del 24% de depresión postnatal en la región de Lima Metropolitana en contraste con una prevalencia del 66,7% en el área regional descrito por Aramburú, et al (Perú, 2004) en un trabajo titulado “Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004”.³ para éste estudio se evidencio una prevalencia del 23,6%, y en cuanto a disfunción familiar se obtuvo una prevalencia del 67,2.

El estado civil se dividió en dos grupos los cuales eran “Sin pareja” y “Con pareja”, de lo cual se encontró asociación significativa ($p < 0,007$) y un $OR = 3,138$, lo que quiere decir que las puérperas que no poseen pareja tienen 3,1 veces más riesgo de desarrollar depresión postnatal que aquellas que si tienen pareja, tal como es señalado por Vega JM, et al (2007), en una revisión de estudios realizados en Latinoamérica, donde menciona que ser soltera, separada o viuda estaba asociado a depresión postparto.⁴³

En cuanto al nivel educativo, éste se dividió en primario o inferior y en secundaria o superior, de donde se desprende que hubo asociación significativa ($p < 0,000$) y un $OR = 3,680$, lo que conlleva a decir que aquellas puérperas que poseen en nivel educativo de primaria o inferior tienen 3,6 veces más riesgo de padecer depresión postnatal, comparado con aquellas que poseen el nivel de educación superior. Sin embargo, Oztora, et al (Turquía, 2019) menciona en su estudio que no hubo una relación significativa entre la depresión postnatal y el estado educativo de la madre.¹⁰

Por otro lado, en cuanto a la paridad se contó con un 33,2% de población primípara frente a un 66,8% de multíparas, en donde se evidenció asociación significativa ($p < 0,000$) con un riesgo de 9 veces más de presentar depresión postnatal en primíparas con respecto a las multíparas, tal como lo menciona Haga, et al (Vietnam, 2018) dónde menciona en su estudio que las que aquellas que eran madres primerizas tenían más probabilidad de sufrir depresión postparto que las que ya tenían hijos.¹¹

En cuanto a los controles prenatales se dividieron en menor de 06 controles prenatales ($n^\circ=46$) y mayor igual de 06 controles prenatales ($n^\circ=204$), en donde se evidenció asociación significativa ($p < 0,000$) con un riesgo de 5 veces más de presentar depresión postnatal en pacientes con menos de 06 controles prenatales en comparación a las que cumplían los mínimos controle prenatales necesarios.

En cuanto a la gestación, se contaron con el 27,2% en estadio pretérmino, 65,2% en estadio a término y 7,6% en posttérmino, donde se dividieron en púerperas con gestación a término y no a término dónde se evidencio asociación significativa ($p < 0,000$) con un OR=7,180, lo que quiere decir que aquellas púerperas que tenían una edad gestacional que no fuese a término tenían 7,1 veces más riesgo de padecer depresión postnatal que aquellas que si tenían gestación a término, tal como es señalado por Vega JM, et al (2007), donde menciona en su revisión que la prematuridad está asociada a la depresión postparto.

Con respecto al tipo de lactancia, se contó con un 49,6% correspondiente a lactancia materna exclusiva, un 8,4% a fórmula maternizada y un 42% a lactancia mixta, donde se evidencia asociación significativa ($p < 0,000$) con un riesgo de 3,4 veces de desarrollar depresión postnatal en pacientes que no brindan lactancia materna exclusiva a sus recién nacidos con respecto a las que si brindan lactancia materna exclusiva, tal como señala Oztora, et al (Turquía, 2019) dónde señala que la probabilidad de desarrollar depresión postparto, fue significativamente mayor entre las madres que no amamantan.¹⁰

Con respecto a la etapa de puerperio se contó con 43,6% pertenecientes al puerperio inmediato, 30,4% al mediato, 15,6% al lejano y 10,4% al tardío, donde se dividió al grupo en “puerperio mediato o menor” y “puerperio lejano o mayor” dónde se evidenció asociación significativa ($p < 0,013$) con un riesgo de 2,7 veces de padecer depresión postnatal en pacientes que cursaban con etapas de puerperio

correspondientes a puerperio inmediato y mediato con respecto a puerperio lejano y tardío.

Miranda (Perú, 2017) en un estudio con una población conformada por 117 puérperas las cuales fueron evaluadas a través del test de APGAR familiar y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, se obtuvo que la prevalencia de depresión postnatal fue alrededor del 27.4% y la prevalencia de disfunción familiar del 70%, el tipo de disfunción más frecuente fue la disfunción leve en un 44.4%. La asociación entre las variables disfuncionalidad familiar y depresión posparto resultó significativa con un p valor <0.001, por lo que se llegó a la conclusión de que la disfunción familiar se asocia significativamente a la depresión postparto.¹⁶

Alarcón (Perú 2016) en un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles, con un grupo de 90 puérperas que respondieron a la EPDS, para luego ser divididas en dos grupos: 45 para el grupo de los casos y 45 para el grupo de los controles para luego cuantificar la disfuncionalidad familiar a través del APGAR familiar se obtuvo que del total de puérperas, 57 tuvieron disfunción familiar de las cuales: el 70,2% pertenece al grupo con depresión puerperal (OR= 13,176; IC al 95%= 4,35-39,89) y el 29.8% al otro grupo sin depresión, por lo que se concluyó que la disfunción familiar si es un factor de riesgo ligado a la depresión puerperal inmediata.¹⁷

Vásquez, et al (Perú 2014) en un estudio prospectivo, transversal con un grupo de 144 puérperas de las cuales 48 eran casos y 96 eran controles. Los instrumentos los cuales se les pidió llenar a las puérperas fueron la EPDS y el Test de APGAR Familiar, en este estudio se obtuvo que la frecuencia de disfuncionalidad familiar en las pacientes con depresión puerperal fue cerca de 72,9 % y en las puérperas sin depresión puerperal de 25 % (OR = 8,1; valor p=0,000; IC: 95 %: 3,7 – 17,7). Por lo tanto, se concluyó que la disfuncionalidad familiar, es factores de riesgo para la expresión de depresión puerperal.¹⁸

En nuestro estudio se puede corroborar lo que detallan estos autores acerca de ésta entidad en la que hay relación de asociación entre la depresión postnatal y la disfunción familiar y de ésta con sus respectivos grados, ya que en el presente estudio se evidencio asociación significativa (p<0,000) con un OR=4,201 (IC 95% 1,809-9,756) lo que quiere decir que las personas que tienes la cualidad de disfunción familiar tienen 4,2 veces más riesgo de desarrollar depresión postnatal

que las personas que no poseen disfunción familiar, en cuanto a los grados de disfunción familiar se puede apreciar que conforme los grados de disfuncionalidad familiar son más severo también aumenta el riesgo siendo un OR=3,512 para disfunción leve, OR=4,134 para disfunción moderada y un OR=19,714 para disfunción severa. Con respecto a las variables procedencia y edad no se encontró significancia.

Por otra parte, en el análisis multivariado se desprende que las variables: disfunción familiar, paridad, gestación y tipo de lactancia son estadísticamente significativas, mientras que las demás variables frente al análisis multivariado se comportan como variables confusoras al interactuar con las demás variables. Por lo que se puede manifestar que las variables paridad, gestación y disfunción familiar son altamente predictores independientes de depresión postnatal, siendo esta última nuestra variable principal en este estudio.

Con respecto las limitaciones de éste trabajo, el presente estudio no proporciona una estimación exacta de los valores de las variables ya que ciertamente se utilizan escalas validadas con un alto nivel de correlación con la realidad sin embargo aún no es al 100% de la realidad pertinente. Por otro lado, este trabajo es de tipo observacional y transversal, por lo que los datos fueron tomados una vez y no se hizo seguimiento de estos, además que el proyecto se dio de manera unicéntrica, ya que solo se aplicó al área confinada del Hospital Nacional Hipólito Unanue y no fue ejecutada en otros hospitales. Por otra parte, tuvimos que solo el 4,4%(n°=11) de las puérperas solo fueron del área rural, lo que no nos da una data lo suficientemente amplia para extrapolar acerca de los resultados en cuanto a la variable Procedencia urbano-rural.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES DEL PROYECTO

1. Todos los grados de disfuncionalidad familiar están asociados a la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.
2. Se evidenció asociación entre la disfuncionalidad familiar leve y depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.
3. Se evidenció asociación entre la disfuncionalidad familiar moderada y depresión postnatal puérperas del HNHU durante el año 2019.
4. Se evidenció asociación entre la disfuncionalidad familiar severa y depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.
5. La prevalencia de depresión postnatal fue de 23,6% y de disfunción familiar de 69,6% en puérperas del HNHU durante el año 2019.
6. El 88,1% de las pacientes con depresión postnatal, poseían algún grado de disfunción familiar, 52,5% para disfunción leve, 22%, para moderada y 13,6% para depresión severa.
7. En el análisis bivariado se encontró asociación significativa para las variables: Estado civil, Nivel educativo, Paridad, Controles prenatales, Gestación, Tipo de parto, Tipo de lactancia y Etapa de puerperio, sin embargo, no se encontró asociación significativa para la edad ni la procedencia.
8. Por último, en el análisis multivariado se evidencio asociación significativa en las variables paridad, gestación y disfunción familiar, las cuales son altamente predictores independientes de depresión postnatal, mientras que las demás variables frente al análisis multivariado se comportan como variables confusoras.

5.2 RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados del estudio es necesario sugerir lo siguiente:

1. Hacer un tamizaje temprano de depresión postnatal a las puérperas con la escala de depresión postparto de Edimburgo ya que ésta tiene fácil aplicación y está validada en nuestro país, lo cual ayudaría más a brindar un manejo oportuno. En especial a las puérperas que reúnen un perfil especial tal es el caso de aquellas que sean primíparas, que tengan un embarazo no a término, ya sea pretérmino o postérmino, y a aquellas puérperas que no brinden lactancia materna exclusiva a sus menores.
2. En este estudio se captó pacientes en hospitalización y del Control de Crecimiento y Desarrollo, se podría hacer una evaluación conjunta de la madre a la vez que se evalúa al recién nacido, con respecto al tamizaje de depresión postnatal y de disfunción familiar en todos los niveles de atención siendo de prioridad el primer nivel de atención.
3. Por último, se recomienda realizar un estudio con una población más amplia incluyendo más a las puérperas de las zonas rurales y en conjunto con otras características socioeconómicas como el ingreso familiar, índice de riqueza y violencia familiar.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 FUENTE FINANCIERA DEL PROYECTO:

La investigación se realiza con financiamiento propio

4.2 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES:

Ver anexos

4.2 CRONOGRAMA

Ver anexos

BIBLIOGRAFÍA:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
2. Norhayati, M.N., Nik Hazlina, N.H., Asrenee, A.R., and Wan Emilin, W.M.A. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015; 175: 34–52
3. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, June 2004. *Rev. Perú Epidemiol.* 2008;12:1–5.
4. Palumbo, G., Mirabella, F., and Gigantesco, A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. *Eur Psychiatry.* 2017; 42: 77–85
5. OMS/OPS. La Familia y la Salud [Internet]. Washington D.C. (USA): Oficina Regional para las Américas. 2003.
6. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet.* 2004;363(9405):303-10.
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987 Jun;150:782-86
8. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, et al. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007; 67(3): 187 – 91
9. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, Chen L, Zhao L, Ye Z, Zheng Z, Qin J. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *Eur Psychiatry.* 2019 Jan;55:90-101.
10. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract.* 2019 Jan;22(1):85-91.
11. Ahmad NA, Silim UA, Rosman A, Mohamed M, Chan YY, Mohd Kasim N, Yusof M, Abd Razak MA, Omar M, Abdul Aziz FA, Jamaluddin R, Ismail F, Ibrahim N, Aris T. Postnatal depression and intimate partner violence: a nationwide clinic-based cross-sectional study in Malaysia. *BMJ Open.* 2018 May 14;8(5): e020649.
12. Haga TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *Biomed Res Int.* 2018 Sep 18;2018:4028913.
13. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, He Q. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17: 133.

14. Stellenberg EL, Abrahams JM. Prevalence of and factors influencing postnatal depression in a rural community in South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2015 Nov 24;7(1):874.
15. Shivalli S, Gururaj N. Postnatal depression among rural women in South India: do socio-demographic, obstetric and pregnancy outcome have a role to play? *PLoS One*. 2015 Apr 7;10(4):e0122079.
16. Miranda Cárdena K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017
17. Alarcón Samamé D. Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el hospital belén de Trujillo. Perú. 2016
18. Vásquez G, Rodríguez D, Correa A, Alvarado V, Llaque M. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú. 2014.
19. Toranzo G. Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas. *Rev Cultura* 2009; 23: 102 – 20.
20. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord*. 2004 Feb;78(2):163-9. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/14706728>
21. Stein A, Gath DH, Bucher J et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry*. 1991 Jan;158:46-52.
22. Eberhard M, Eskild A, Tambs K and cols. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 243 – 9.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987 Jun;150:782-86
24. Rubinow DR. Reproductive steroids in context. *Arch Women's Ment Health*. 2005;8:1–5.
25. Greenwood J., Parker G. The dexamethasone suppression test in the puerperium. *Aust N Z J Psychiatry*. 1984;18:282–284
26. Gold PW., Gabry KE., Yasuda MR., Chrousos GP. Divergent endocrine abnormalities in melancholic and atypical depression: clinical and pathophysiologic implications. *Endocrinol Metabol Clin N Am*. 2002;31:37–62, vi.
27. Meltzer-Brody S., Stuebe AM., Dole N., Savitz DA., Rubinow DR., Thorp JM. Elevated corticotropin releasing hormone (CRH) during pregnancy and risk of postpartum depression (PPD). *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:E40–E47

28. Pedersen CA., Johnson JL., Silva S., et al. Antenatal thyroid correlates of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*.2007;32:235–245
29. Abramowitz JS., Meltzer-Brody S., Leserman J., et al. Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13:523–530
30. Payne JL. Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1329–1332.
31. Eberhard-Gran M., Eskild A., Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation: practical recommendations. *CNS Drugs*. 2006;20:187–298.
32. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr*.2002;30:106–111.
33. OMS/OPS. La Familia y la Salud [Internet]. Washington D.C. (USA): Oficina Regional para las Américas. 2003.
34. Ruiz Rodríguez G. La familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1990;6(1).
35. Ares P. Mi familia es así. La Habana: Ed. Ciencias Sociales, 1990.
36. Molina A. La familia como sistema. Un enfoque dialéctico. Facultad Psicología. UNAM.
37. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
38. Gutiérrez D. Dinámica familiar y patología. México, DF: Prensa Médica, 1985:53-66.
39. Larroca F. "La familia disfuncional, la dinamica de los grupos y sus aplicaciones prácticas", Madrid España (2010)
40. Suarez Cuba, M. and Alcalá Espinoza, M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz* 2014;20(1): 53-57.
41. Castilla H, Caycho T, Midori S, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar: Análisi psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2014;2(1): 49-78.
42. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrística-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica* [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 29 de enero de 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>.
43. Vega-Dienstmaier J, Zapata-Vega MI. Postpartum depression: Latin-American perspectives. In: Rosenfield AI, editor. *New Research on Postpartum Depression*. 2007. pp. 29–46.

ANEXOS

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
Depresión postnatal	Entidad psiquiátrica materna de carácter afectiva que se establece después del parto medida con la Escala de depresión postnatal de Edimburgo.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Escala de depresión postnatal de Edimburgo	0= <13 = No 1= ≥13 = Sí
Disfuncionalidad familiar	Condición familiar donde ésta no puede suplir sus funciones básicas y trae malestar a sus miembros medido con el Test de APGAR Familiar.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Test de APGAR Familiar	0= 18 - 20 = No disfunción familiar 1= 17 - 14 = Disfunción familiar leve 2= 13 - 10 = Disfunción familiar moderada 3= ≤ 9 = Disfunción familiar severa
Edad	Número de años indicado en la ficha de recolección de datos	Independiente	Cuantitativa	De razón	Número de años	
Procedencia	Origen geográfico del cual proviene el paciente.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Lugar de dónde proviene	0=Urbano 1=Rural
Nivel educativo	Grado de instrucción educativa del paciente.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Grado de instrucción	0=Ninguno 1=Primaria 2=Secundaria 3= Superior

Estado civil	Estado de unión social señalado en la historia clínica	Independiente	Cualitativa	Nominal	Estado de unión social	0=Soltera 1=Conviviente 2=Casada 3= Separada 4=Viuda
Paridad	Número de partos previos indicado en la ficha de	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Número de partos previos	0= Sí 1= No
Controles prenatales	Número de controles prenatales indicado en la ficha de	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Número de controles prenatales	0= Sí 1= No
Edad gestacional	Edad gestacional al momento del parto	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Edad gestacional en semanas	
Tipo de parto	Modo en el cual se atendió el parto	Independiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de parto	0=Eutócico 1=Cesárea
Fecha del parto	Fecha en la cual se dio el parto	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Fecha en la cual se dio el parto	
Tipo de lactancia	Tipo de lactancia recibida por el recién nacido	Independiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de alimentación del recién nacido	0=Lactancia materna exclusiva 1=Lactancia mixta 2=Formula maternizada
Tiempo de puerperio	Tiempo del cuál transcurrió desde el parto hasta el momento de la entrevista	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Días postnatales	

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL Los grados de disfuncionalidad familiar están asociados a la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019</p>	<p>Variable dependiente: Depresión posparto</p> <p>Variables independientes: Disfuncionalidad familiar Edad Procedencia Nivel educativo Estado civil Paridad Controles prenatales Edad gestacional Tipo de parto Fecha del parto Tipo de lactancia Tiempo de puerperio</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal y analítico.</p>	<p>La población universo son todos los casos conformados por pacientes puérperas cuyo parto fue atendido en el servicio de ginecología del HNHU durante el año 2019 y el tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia.</p> <p>Se realizó una fórmula de tamaño de muestra haciendo uso del programa estadístico brindado por el curso de tesis, se trabajó con una proporción esperada en la población de 0,2, con un nivel de confianza de 0,95, con un valor de Z para Alfa de 1.96 resultando así el tamaño de muestra de 250 casos.</p> <p>Por lo tanto el presente estudio se trabajará con una población de 250 pacientes puérperas cuyo parto fue atendido en el servicio de ginecología del HNHU durante el año 2019 las cuales cumplan los criterios de inclusión y exclusión.</p>	<p>Ficha de recolección de datos. Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Test de APGAR familiar.</p>	<p>Los datos recolectados serán registrados en una Hoja de Cálculo de Microsoft Excel Respecto al plan de análisis, las variables cualitativas serán descritas mediante frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas serán analizadas según su Normalidad y posteriormente descritas con medidas de tendencia central y dispersión según sea el caso. En el análisis bivariado para determinar las diferencias significativas entre los grupos de categorías, se utilizarán en el caso de variables cualitativas pruebas de chi cuadrado o test exacto de Fisher, y para variables cuantitativas las pruebas de t de student o U de Mann Whitney según sea el caso con un Intervalo de confianza del 95% y un $p < 0.05$ significativo. Posteriormente aquellas variables que resultaron significativas del análisis bivariado serán analizadas con modelos lineales generalizados (GLM) con distribución binomial o poisson y función de enlace logístico.</p>
<p>PROBLEMA ESPECÍFICO ¿Cuál es la asociación entre la disfuncionalidad familiar leve y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019?</p>	<p>OBJETIVO ESPECÍFICO Determinar la asociación entre la disfuncionalidad familiar leve y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA La disfuncionalidad familiar leve está asociada a la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.</p>					

<p>¿Cuál es la asociación entre la disfuncionalidad familiar moderada y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019?</p>	<p>Determinar la asociación entre la disfuncionalidad familiar moderada y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.</p>	<p>La disfuncionalidad familiar moderada está asociada a la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.</p>					<p>El análisis de datos será realizado utilizando el programa estadístico SPSS versión 20.2 con licencia adquirida por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma.</p>
<p>¿Cuál es la asociación entre la disfuncionalidad familiar severa y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019?</p>	<p>Determinar la asociación entre la disfuncionalidad familiar severa y la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.</p>	<p>La disfuncionalidad familiar severa está asociada a la depresión postnatal en puérperas del HNHU durante el año 2019.</p>					

3. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“GRADOS DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADO A DEPRESIÓN POSTNATAL EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2019”

1. Se invita a usted a participar del proyecto de investigación “Grados de disfuncionalidad familiar asociado a depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019”.
2. El investigador del estudio es: Arauco Lozano César, quien se encuentra desarrollando la presente tesis para optar el título de Médico Cirujano en la Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.
3. La presente investigación busca determinar la asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019.
4. Esta investigación consiste en encuestas personales validada por un grupo de expertos. El cuestionario evalúa datos sociodemográficos, presencia de depresión postnatal y presencia de disfunción familiar.
5. Los beneficios de participar en el estudio permitirá evaluar si existe asociación entre los grados de disfuncionalidad familiar y depresión postnatal en puérperas lo cual brinda datos de gran importancia al campo de la salud.
6. No existe riesgo alguno si usted decide participar en el estudio.
7. Los datos obtenidos serán procesados en conjunto y en el informe final del presente estudio no figurarán sus datos personales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

He leído la presente hoja informativa que me ha sido entregada, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio. Entiendo que la participación es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a participar del estudio.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los mantengo expresamente. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en el estudio de investigación sobre “ Grados de disfuncionalidad familiar asociado a depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019”, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Lima - El agustino: de.....del 2019.

PARTICIPANTE

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“GRADOS DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADO A DEPRESIÓN POSTNATAL EN PUERPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2019”

N° DE CASO: _____

FECHA: ___/___/___

I. DATOS GENERALES:

1) INICIALES DEL PACIENTE: _____

2) PROCEDENCIA: _____ 3) EDAD: _____

4) ESTADO CIVIL: (SOLTERA) (CONVIVIENTE) (CASADA) (SEPARADA) (VIUDA)

5) NIVEL EDUCATIVO: (NINGUNO) (PRIMARIA) (SECUNDARIA) (SUPERIOR)

II. DATOS RELACIONADOS CON EL PUERPERIO:

6) ¿PARTOS ANTERIORES? (SÍ) ¿CUÁNTOS? _____ (NO)

7) ¿CONTROLES PRENATALES? (SÍ) ¿CUÁNTOS? _____ (NO)

8) SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL PARTO: _____

9) TIPO DE PARTO: (EUTÓCICO) (CESÁREA)

10) FECHA DE PARTO: _____

11) LACTANCIA ADMINISTRADA AL RECIÉN NACIDO: (LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA) (LACTANCIA MIXTA) (FORMULA MATERNIZADA)

12) TIEMPO DE PUERPERIO: _____

APGAR Familiar

Instrucciones: Aquí le vamos a presentar unas frases que le permitirán pensar acerca de cómo percibe la relación entre usted y su familia.

Deseamos que conteste a cada una de las siguientes preguntas con una **X** la casilla que mejor represente la frecuencia con que actúa, de acuerdo con la siguiente escala:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Estoy satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa.					
2. Estoy satisfecha con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo.					
3. Estoy satisfecha cómo mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.					
4. Estoy satisfecha con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza.					
5. Estoy satisfecha cómo mi familia comparte el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero.					

Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPE)

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

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

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

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

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- a. Sí, bastante
- b. Sí, a veces
- c. No, no mucho
- d. No, nada

6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban

- a. Sí, la mayor parte de las veces
- b. Sí, a veces
- c. No, casi nunca
- d. No, nada

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

- a. Sí, la mayoría de las veces
- b. Sí, a veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Descripción	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)
			Total
Curso de tesis	unidad	1	5000
Papel bond A-4	millares	4	100
Lapiceros	Unidad	3	3
Lápiz	Unidad	2	1.6
Corrector	Unidad	1	3.5
Resaltador	Unidad	2	7
Perforador	Unidad	1	11
Grapas	Paquete	1	6.5
CD	Unidad	1	1.5
USB	Unidad	1	45
Anillado	Ejemplar	2	3
Internet	Hora		180
Fotocopias	Unidad		150
Movilidad	Veces	25	50
Costo total		5562,1	

5. CRONOGRAMA

MES		AGOSTO				OCTUBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Planteamiento del problema, formulación de problema				X																
2	Objetivos, justificación y limitaciones.						X														
3	Marco teórico							X													
4	Metodología								X												
	Variables																				
5	Recursos y cronograma										X										
6	Presentación del trabajo de investigación														X						
7	Revisión y aprobación del trabajo de investigación															X					
8	Recolección de datos y de análisis estadístico																X	X			
9	Elaboración del informe final																	X	X	X	
10	Presentación del informe final																				X