

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
DEPRESIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL  
BELÉN DE TRUJILLO**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA:**

**DIANA LISSETE ALARCÓN SAMAMÉ**

**ASESOR:**

**DR. JOSÉ CHAMÁN CASTILLO**

**Trujillo – Perú**

**2016**

**MIEMBROS DEL JURADO:**

---

**Dra. Rosa Lozano Ibañez**

**PRESIDENTE**

---

**Dra. Mariela Alva Miranda**

**SECRETARIO**

---

**Dr. Carlos Cornejo Zavaleta**

**VOCAL**

**ASESOR:**

**Dr. José Chamán Castillo**

## DEDICATORIA

*A Dios, porque en Él encontré la paz, fortaleza y sabiduría para hallar mi vocación, vencer los obstáculos y continuar este arduo camino.*

*A mi padre Segundo Jorge, por su incansable apoyo, exigencia y preocupación en mi formación, demostrándome cada día que su gran amor de padre no tiene límites.*

*A mi madre María Elena, por cada una de sus palabras valiosas que han sido esenciales en cada etapa de mi vida y por ser la mejor mamá y amiga incondicional que he podido tener.*

*A mis hermanos Jorge y Flavio, quienes me inspiran a ser un ejemplo para ellos y que a pesar de nuestras diferencias, estoy dispuesta a darlo todo por ellos.*

*A todas las personas increíbles que conocí durante estos años y a los que se convirtieron en amigos, con quienes compartimos tantas experiencias que recordaré toda la vida.*

## **AGRADECIMIENTO ESPECIAL**

*A Dios, porque siempre está presente en mi vida, iluminándome y guiándome por el camino correcto y por mostrarme de tantas formas las cosas hermosas de la vida.*

*A mis padres, a quienes estaré eternamente agradecida por su inmenso amor, confianza y apoyo incondicional que hacen que hoy esté cumpliendo esta gran meta, que es de ellos también.*

*A mi asesor, José Chamán Castillo, por brindarme su apoyo y parte de su valioso tiempo para llevar a cabo este trabajo de investigación.*

*A cada una de las madres puérperas que colaboraron con su participación desinteresada en esta investigación.*

## INDICE

*Página*

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>MATERIAL Y METODO.....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>IV.</b>	<b>DISCUSION.....</b>	<b>20</b>
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
<b>VI.</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>VII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>24</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>29</b>

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio tipo analítico, observacional, prospectivo, de casos y controles en el Hospital Belén de Trujillo durante el período Enero – Febrero 2016, evaluando 90 púerperas quienes respondieron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para determinar su condición de caso o control para luego ser divididas en dos grupos de 45: Grupo casos (mujeres con depresión postparto) y Grupo controles (mujeres sin depresión postparto) y se cuantificó la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar en ambos grupos.

**Resultados:** Del total de púerperas, 57 presentaron 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 un valor de  $p < 0,001$ ) y el 29,8% al grupo sin depresión. De las 33 pacientes sin disfunción familiar, sólo el 15,2% presentaron depresión. Así mismo, del total de púerperas con disfunción leve, el 75% pertenece al grupo con depresión puerperal. Del grupo con disfunción moderada, el 66,7% tuvo depresión, mientras que aquellas con disfunción severa, el 63,6% presentó depresión. Se concluyó que la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo. La edad materna, edad gestacional, paridad y el destino del recién nacido no mostraron asociación significativa con el riesgo de depresión puerperal.

**Conclusiones:** La disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo. No existen diferencias significativas en relación a la edad materna, edad gestacional, destino del recién nacido y paridad en las púerperas de ambos grupos de estudio.

**Palabras clave:** Depresión Postparto, disfunción familiar.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate whether familiar dysfunction is a risk factor for depression in the immediate puerperium period at the Belen's Hospital of Tujillo.

**Material and methods:** Was conducted an analytic, observational, prospective, case-control study at the Belen's Hospital of Tujillo during the period January-February 2016 evaluating 90 puerperium women which answered Scale Edinburgh Postnatal Depression to determine its case or control status before being divided in two groups of 45: Cases group (women with postpartum depression) and controls group (women without postpartum depression) and family dysfunction was quantified with the APGAR family questionnaire in both groups.

**Results:** Of all postpartum women, 57 have family dysfunction of which: 70.2% belongs to the group with postpartum depression and 29.8% to the group without depression. Of the 33 patients without family dysfunction, only 15.2% had depression. Also, of all postpartum women with mild dysfunction, 75% belongs to the group with postpartum depression. The group with moderate dysfunction, 66.7% had depression, while those with severe dysfunction, 63.6% had depression. It was concluded that family dysfunction is a risk factor for depression in the immediate postpartum period at the Belen's Hospital of Tujillo. Maternal age, gestational age, parity and the fate of the newborn showed no significant association with the risk of postpartum depression.

**Conclusions:** The familiar disfunction is a risk factor for depression in the immediate puerperium period at the Belen's Hospital of Tujillo. There aren't significant differences in maternal age, gestational age, fate of the newborn and parity in postpartum women in both study groups.

**Key words:** Postpartum Depression, familiar dysfunction.

## **I. INTRODUCCION**

### **1.1 Marco Teórico**

El postparto es un periodo de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, así un gran porcentaje de las mujeres experimentan, en esta etapa, diferentes grados de desórdenes afectivos, de los cuales la depresión posparto es la complicación psiquiátrica más común de la maternidad<sup>1</sup>.

La depresión posparto (DP) es una condición estrictamente definida en la nomenclatura psiquiátrica como un episodio depresivo mayor que comienza dentro de los primeras 4 semanas después del parto. Sin embargo, debido a que muchas mujeres pueden experimentar síntomas después de este período, la definición se extiende incluyendo todo el primer año de postparto<sup>2</sup>.

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren en cuanto a metodología empleada y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial fluctúa entre un 10 a 20% según algunos autores<sup>3,4</sup> o de un 10 a 15% según otros<sup>5</sup>; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%<sup>6</sup>. En Europa se encontró una tasa de 9,3% en púerperas adultas y en un 25,9% en púerperas adolescentes. En Estados Unidos el reporte en adolescentes oscila entre 20 y 57%. En México, los estudios reportan una prevalencia que va desde 13.9 hasta 32.6%<sup>7</sup>. En el Perú, se obtuvo una prevalencia de 24% para la población de Lima Metropolitana en el 2004 mientras que en el ámbito regional se ha descrito una frecuencia de depresión posparto de hasta 66,7%<sup>1,8</sup>.

La etiología de la depresión posparto no está clara. Algunas mujeres pueden ser sensibles a cambios hormonales durante eventos reproductivos como la menstruación, el embarazo y menopausia. La caída de los niveles hormonales después del parto puede

jugar un rol. Ha sido reportada una asociación entre los niveles de cortisol y síntomas depresivos durante el embarazo y el postparto<sup>9,10,11</sup>.

La DP se caracteriza por pensamientos de autculpa, culpa, ansiedad, llanto, estado de ánimo depresivo, fatiga excesiva, irritabilidad y a veces trastornos del sueño. Las madres se muestran preocupadas, ansiosas y asustadas, y tienen la sensación de que todo a su alrededor es abrumador. Los factores de riesgo más importantes para DP son: historia de depresión, edades extremas de las puérperas, embarazo no deseado, conflictos maritales o familiares, percepción de falta de redes de apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja durante el embarazo, violencia basada en género, bajo nivel socioeconómico, paridad, patología ginecoobstétrica, así mismo, conductas no saludables como falta de atención prenatal o consumo de sustancias nocivas<sup>12,13,14</sup>.

La herramienta de detección validada más utilizada para la DP es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, la cual cuenta con 10 preguntas, incluyendo una pregunta sobre ideación suicida. Cada pregunta se califica en una escala de cero a tres. En las mujeres sin antecedentes de depresión mayor postparto, una puntuación por encima de 12 tiene una sensibilidad del 86% y una especificidad del 78% para la depresión mayor postparto<sup>15,16</sup>.

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes<sup>17</sup>. La funcionalidad familiar es el conjunto de relaciones familiares que se establecen entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para solucionar conflictos y existe comunicación clara que permite la espontaneidad, apreciándose empatía y apoyo emocional, por consiguiente la funcionalidad familiar es la capacidad de resolver problemas y de ayudar a sus miembros a desarrollar sus potencialidades<sup>18,19</sup>.

La Familia funcional se caracteriza por mantener relaciones familiares bien establecidas, que son de tipo positivo para todos sus miembros, mostrándose satisfacción de estar

juntos reconociendo que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad<sup>20,21</sup>.

La disfunción familiar es aquella situación en la que la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo; esta alteración condiciona límites intergeneracionales borrosos, falta de actitud negociadora, poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. Existen una serie de características que afectan el funcionamiento familiar, el desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros, la flexibilidad de reglas y roles, comunicación clara y afectiva que permite compartir problemas y capacidad de adaptarse a los cambios<sup>22,23</sup>.

Una forma de establecer una posible disfunción familiar, es aplicando el APGAR Familiar, que es un instrumento que establece cinco componentes básicos de la función familiar, como es la adaptabilidad al medir la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver problemas, cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis). Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos<sup>24,25,26</sup>.

## **1.2 Antecedentes**

**Pérez M, et al** (Colombia, 2013); determinaron la prevalencia de factores de riesgo para la depresión en puérperas; a través de un estudio transversal en una muestra de 151 mujeres. Se halló entre los resultados que la depresión post parto fue 19,2%. La edad media fue 24,78 años ( $\pm$  5,35), el 72.6% fueron amas de casa 72,6% y el 88.7% vivían con sus parejas, el 25% de las mujeres con depresión tenían una historia previa de esta

condición. Entre los factores de riesgo, se halló que el grado de disfunción familiar se relaciona con la depresión postparto con un OR= 2,78 (IC 95%: 1,08 a 7, 1)<sup>27</sup>.

**Paolini C, et al** (Argentina, 2012); evaluaron factores psicosociales asociados a síntomas depresivos en el puerperio inmediato. Se entrevistó a 45 puérperas de un hospital público, entre el 1er y el 3er día posparto, inmediato La prevalencia para el grupo de estudio fue: sin depresión 24,4%; riesgo medio de depresión 48,9% y riesgo elevado de depresión 26,7%. Del total de variables psicosociales analizadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para: disfunción familiar ( $p < 0.05$ )<sup>28</sup>.

**Dois A et al** (Chile 2012); analizaron los factores asociados con la incidencia de síntomas depresivos en embarazadas, mediante estudio analítico transversal en una muestra de 105 puérperas con bajo riesgo obstétrico. Se halló a través del coeficiente de Spearman una correlación significativa sólo entre el puntaje de la Escala de Edimburgo y el puntaje del APGAR familiar ( $r = -0,38$  y  $p < 0,01$ ) es decir a medida que aumentó el puntaje de la escala de Edimburgo, disminuyó el grado de funcionalidad familiar<sup>29</sup>.

**Urdaneta J, et al** (Venezuela, 2011); estudiaron los factores de riesgo de depresión posparto en 100 puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Se halló que existe una alta prevalencia de depresión posparto (91%), con diversos factores de riesgo que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad. Se determinó como factor de riesgo de depresión posparto a la disfunción familiar valorada por medio del test de Apgar (OR= 12,15; IC 95%: 1,19 – 123,49;  $p < 0,001$ )<sup>30</sup>.

**Vargas R.** (Cuba, 2011); llevó a cabo un estudio para determinar la asociación entre el grado de funcionalidad familiar y depresión postparto. Se usó un diseño, transversal y descriptivo. Se aplicó el cuestionario Escala de Edimburgo así como el test de Apgar familiar. Las pacientes puérperas con depresión fueron 14%. En el 50% de las

encuestadas la funcionalidad familiar fue moderada en 29%; en 21% la funcionalidad familiar fue buena y en el 40% se registró disfunción familiar. La relación entre depresión y disfunción familiar fue significativa ( $p < 0.01$ )<sup>31</sup>.

### **1.3 Justificación**

La depresión puerperal es un tema que cada vez alcanza mayor atención por parte de los profesionales de la salud, debido a su prevalencia constante en nuestro medio sanitario; ello obedece, probablemente, a que numerosos estudios están demostrando que, además de ocasionar sufrimiento y limitaciones a la mujer, la depresión materna perinatal puede tener efectos negativos en la descendencia, ya sea en la etapa in útero y lactante o en épocas más tardías de la vida.

En este sentido habiéndose documentado evidencia que reconoce a la funcionalidad familiar como un factor que puede estar asociado a su ocurrencia, por otro lado se reconoce que la depresión puerperal implica la aparición de una disfuncionalidad en la relación madre-hijo. Creemos que los resultados del estudio brindarán información que permitirá cuantificar el riesgo de desarrollar depresión en el periodo puerperal al pertenecer a una familia disfuncional, lo que permitirá establecer un abordaje multidisciplinario como medida de prevención primaria, resaltando la necesidad de un trabajo conjunto por parte del personal asistencial, puérperas adolescentes y familiares.

### **1.4 Problema**

¿Es la disfunción familiar un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo?

## **1.5 Objetivos**

### **Objetivo General:**

- Evaluar si la disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con depresión en el puerperio inmediato.
- Determinar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes sin depresión en el puerperio inmediato.
- Comparar la frecuencia de disfunción familiar entre pacientes con y sin depresión en el puerperio inmediato.
- Comparar la proporción de pacientes con depresión en el puerperio inmediato según grados de disfunción familiar.

## **1.6 Hipótesis**

**H<sub>0</sub>:** La disfunción familiar no es factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo.

**H<sub>1</sub>:** La disfunción familiar es factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1 Población diana**

El presente estudio tendrá como población diana al total de puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período Enero – Febrero 2016.

### **2.2 Población de estudio**

Es aquella parte de la población diana que cumplan con los siguientes criterios de selección según los cuales se distribuirán en 2 grupos.

### **2.3 Criterios de selección:**

#### **Criterios de inclusión (Casos):**

- Puérpera con depresión en el puerperio inmediato.
- Puérpera con edades entre 20 a 35 años.
- Puérpera con gestación única.
- Puérpera que brinde la información necesaria para poder identificar las variables de interés.

#### **Criterios de inclusión (Controles):**

- Puérpera sin depresión en el puerperio inmediato.
- Puérpera con edades entre 20 a 35 años.
- Puérpera con gestación única.
- Puérpera que brinde la información necesaria para poder identificar las variables de interés.

**Criterios de exclusión:**

- Puérpera que se encuentre con tratamiento para la depresión.
- Puérpera que haya sufrido la pérdida de un familiar directo o cercano en las últimas 4 semanas antes de la encuesta.
- Puérpera sin control prenatal.
- Puérpera con óbito fetal.
- Puérpera con historia de violencia familiar

**2.4 Muestra:**

**Unidad de Análisis:**

Es cada una de las puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero – Febrero 2016 y que cumplan con los criterios de selección.

**Unidad de Muestreo:**

Es la historia clínica de cada una de las puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero – Febrero 2016 y que cumplan con los criterios de selección.

**Tamaño muestral:**

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula estadística para 2 grupos de estudio<sup>38</sup>.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P ( 1 - P ) ( r + 1 )}{d^2r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

$p_1$  = Proporción de casos que presentan disfunción familiar

$p_2$  = Proporción de controles que presentan disfunción familiar

$r$  = Razón de número de controles por caso

$n$  = Número de casos

$d$  = Valor nulo de las diferencias en proporciones =  $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$  para  $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$  para  $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.65$  (Ref. 30)

$P_2 = 0.35$  (Ref. 30)

$R: 1$

**Pérez M, et al** en Colombia en el 2013 encontraron que la frecuencia de disfunción familiar en el grupo con depresión puerperal fue de 65% mientras que en el grupo sin depresión puerperal fue de 35%

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 45$$

CASOS : (Puérperas con depresión.) = 45 pacientes

CONTROLES : (Puérperas sin depresión) = 45 pacientes.

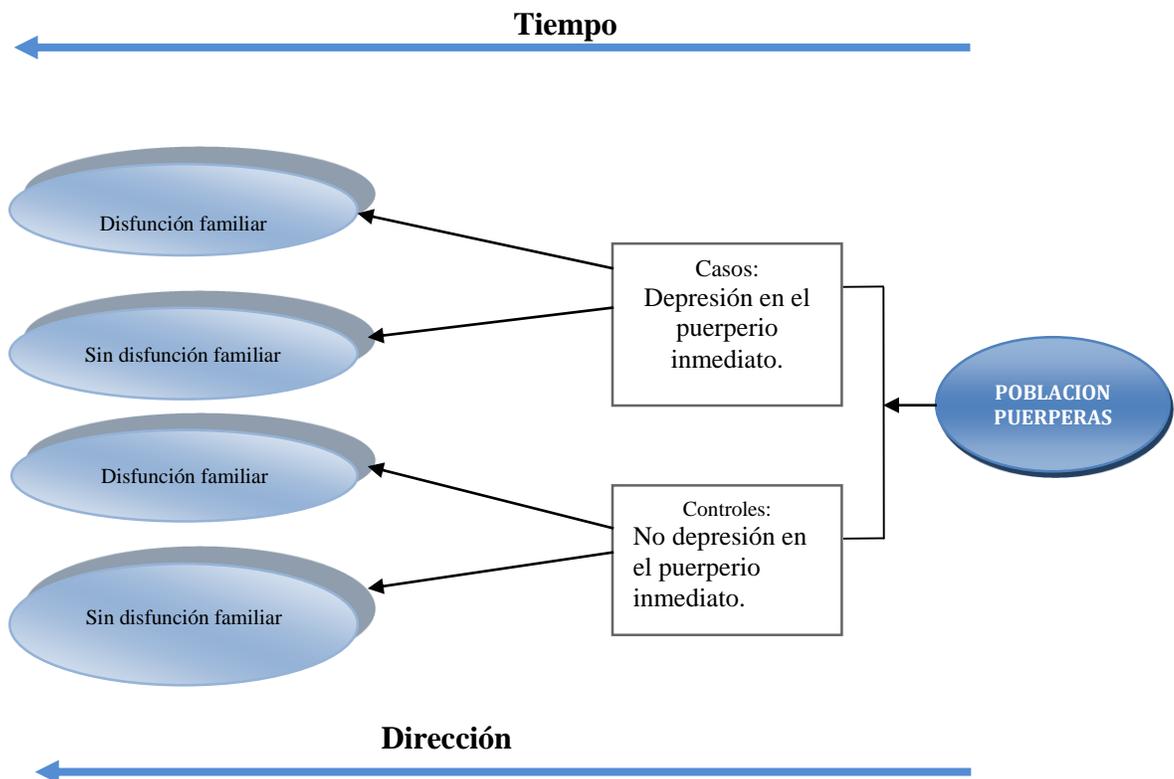
## 2.5 Diseño del estudio:

### Diseño específico:

Este estudio corresponde a un diseño analítico, observacional, prospectivo de casos y controles.

P	NR	G1	X1
		G2	X1

- P: Población
- NR: No randomización
- G1: Puérperas con depresión
- G2: Puérperas sin depresión
- X1: Disfunción familiar



## 2.6 Variables y escalas de medición:

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDIDA	INDICADORES	INDICES
<b>DEPENDIENTE</b>  <b>Depresión en el puerperio inmediato.</b>	Cualitativa	Nominal	Escala de Edimburgo >10 puntos <=10 puntos	( Si ) (No)
<b>INDEPENDIENTE</b>  <b>Disfunción familiar</b>	Cualitativa	Nominal	Test de Apgar familiar: 18 a 20 14 a 17 10 a 13 < 9	No Leve Moderada Severa
<b>INTERVINIENTES</b>  <b>Edad materna</b>	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Años
<b>Edad gestacional</b>	Cuantitativa	Nominal	Carnet de control prenatal	Semanas
<b>Paridad</b>	Cuantitativa	Nominal	Carnet de control prenatal	Nº de Partos
<b>Destino del recién nacido</b>	Cualitativa	Nominal	Historia neonatal	Alojamiento conjunto ( Si ) (No)

## 2.7 Definiciones operacionales:

**Depresión en el puerperio inmediato:** Trastorno afectivo que comienza insidiosamente y se establece clínicamente después del parto. Se considerará cuando tras la entrevista a la paciente, usando la Escala de Edimburgo, obtenga un puntaje superior a 10 puntos en el puerperio; para fines de la presente investigación se realizará la valoración sólo durante el puerperio inmediato<sup>32,33</sup>.

**Disfunción familiar:** Es aquella condición por la cual la familia tiene límites intergeneracionales borrosos, falta de actitud negociadora, poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, límites familiares imprecisos, pautas de interacción fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. Para la presente investigación esta variable se categorizará por medio del test de Apgar familiar, el cual mide las siguientes características familiares: Adaptación, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. A través de 5 preguntas; cada respuesta tiene un puntaje entre 0 y 4 puntos; por lo que el puntaje oscila de 0 a 20 puntos<sup>36</sup>. Se definirá disfunción familiar cuando el puntaje es menor a 18 y sin disfunción familiar cuando el puntaje sea de 18 a 20<sup>34</sup>. Validación: El análisis factorial de la validación española reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems. El índice de Kaiser-Mayer-Olkin fue de 0.82 y el test de esfericidad de Bartlett de 1,315.2 ( $p < 0.000050$ ). Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010).

**Edad materna al momento del parto:** Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto, pudiendo clasificarla dentro de los siguientes intervalos: - Menos de quince años.

- Entre quince y veinte años.

- Entre 20 y 35 años.

- Más de 35 años.

**Edad gestacional:** Semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del parto. De lo cual se concluye: Recién nacido pretérmino (RNPT): Menos de 37 semanas de gestación al momento del parto. Recién nacido a término (RNT): 38 a 40 semanas de gestación al momento del parto. Recién nacido post término (RN Post término): más de 40 semanas de gestación al momento del parto.

**Paridad:** Número de partos previos a la gestación actual que incluye al número total de recién nacidos a término, pretérmino, abortos y número de hijos vivos actualmente.

## **2.8 Proceso de captación de información:**

- 1) Ingresarán al estudio todas aquellas puérperas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero – Febrero 2016 y que cumplan con los criterios de selección.
- 2) Se solicitará autorización al Director del Hospital para aplicar la presente investigación.
- 3) Se entrevistará a la puérpera para definir su condición de caso o control aplicando la Escala de Edimburgo (Anexo 1), a través del muestreo aleatorio simple.
- 4) Se aplicará luego el Test de Apgar familiar para precisar el grado de disfunción familiar de las puérperas (Anexo 2).
- 5) Se recogerán los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio, las cuales se incorporarán en la hoja de registro de datos (Anexo 3).
- 6) Se continuará con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar el 100% de la población de estudio.

- 7) Se recogerá la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos y proceder a realizar el análisis respectivo.

## **2.9 Análisis e interpretación de la información:**

El registro de datos que estarán consignados en las correspondientes hojas de recolección serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 22, los que luego serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

### **Estadística Descriptiva:**

Se emplearán medidas de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión: media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

### **Estadística Analítica:**

Se aplicará el test de Chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas. La asociación será considerada significativa si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ( $p < 0.05$ ). En caso de variables cualitativas se aplicará prueba de T de student.

### **Estadígrafo de estudio:**

Dado que el estudio evalúa asociación a través de un diseño de casos y controles entre las variables cualitativas se calculará el Odds ratio (OR) para cada grado de la disfunción familiar en relación a depresión en el puerperio inmediato. Se procederá al cálculo del intervalo de confianza al 95%.

$$\text{ODSS RATIO: } a \times d / c \times b$$

## **2.10 Consideraciones éticas:**

La presente investigación se realizará sobre la base de la entrevista de las puérperas durante su estancia en Hospitalización. Se solicitará la autorización del comité de ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. No requerirá consentimiento informado específico y se mantendrá plena confidencialidad del paciente a través del estudio; tomando en cuenta la Declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)<sup>41</sup> y la Ley General de Salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)<sup>42</sup>.

### III. RESULTADOS

Durante el período comprendido entre Enero y Febrero del 2016 se entrevistó a pacientes puérperas del Hospital Belén de Trujillo, las cuales respondieron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para determinar su condición de caso o control para luego ser distribuidas en dos grupos: 45 pacientes con depresión puerperal (casos) y 45 pacientes sin depresión puerperal (controles). A ambos grupos se les aplicó el cuestionario de Apgar familiar para precisar el grado de disfunción familiar de las puérperas, cuyos resultados fueron analizados estadísticamente con las pruebas correspondientes.

En la Tabla 01 se describe la distribución de ambos grupos de estudio según características generales, siendo la edad materna promedio de 26 años, la edad gestacional al momento del parto, con medias entre 37 – 38 semanas. A su vez la paridad fue en promedio 2 hijos y en cuanto al destino postparto del recién nacido se encontró que de todos aquellos llevados a alojamiento conjunto, el 66,7% son hijos de madres con depresión. Concluimos que no existe relación estadísticamente significativa y también observamos uniformidad en relación a estas variables intervinientes; condicionando un contexto apropiado para realizar comparaciones y minimizar sesgos.

En la Tabla 02 se muestra la distribución de disfunción familiar en ambos grupos, donde se observa que del total de pacientes puérperas, 57 presentaron disfunción familiar de las cuales el 70,2% pertenece al grupo con depresión puerperal mientras que el 29,8% al grupo sin depresión. Así mismo, 33 pacientes no presentaron disfunción familiar, de las cuales sólo el 15,2% presentaron depresión a comparación del 84,8% que no presentaron depresión. En el análisis, con la prueba Chi cuadrado se obtuvo un valor de  $X^2 = 25,31$  y un valor de  $p < 0,001$ , lo cual indica una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. El valor del odds ratio= 13,176 nos permite interpretar que las pacientes que presentaron algún grado de disfunción familiar tuvieron 13 veces más riesgo de presentar depresión puerperal que las pacientes sin disfunción familiar. Por lo

tanto, concluimos que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo para depresión puerperal.

En la Tabla 03 describimos la distribución de los grados de disfunción familiar en ambos grupos de estudio. Observamos que del total de puérperas con disfunción leve, el 75% pertenece al grupo con depresión puerperal y el 25% al grupo sin depresión. Del grupo con disfunción moderada, el 66,7% tuvo depresión a comparación del 33,3% que no la tuvo, mientras que de aquellas con disfunción severa, el 63,6% presentó depresión comparado con el 36,4% que no presentó.

**TABLA N° 01: Distribución de pacientes según características generales y grupos de estudio en el Hospital Belén de Trujillo, Enero – Febrero 2016**

<b>DEPRESION PUERPERAL</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Valor de p</b>
<b>EDAD MATERNA</b>	26,73 ± 4,29	26,51 ± 4,33	0,808
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	37,82 ± 1,72	38,02 ± 2,06	0,619
<b>PARIDAD</b>	2,18 ± 0,77	2,18 ± 0,96	1,000
<b>DESTINO RECIEN NACIDO</b>			
<b>Alojamiento</b>	10 (66,7%)	5 (33,3%)	0,157
<b>No Alojamiento</b>	35 (46,7%)	40 (53,3%)	

FUENTE: Datos obtenidos de las entrevistas a pacientes puérperas del Hospital Belén de Trujillo durante Enero – Febrero 2016

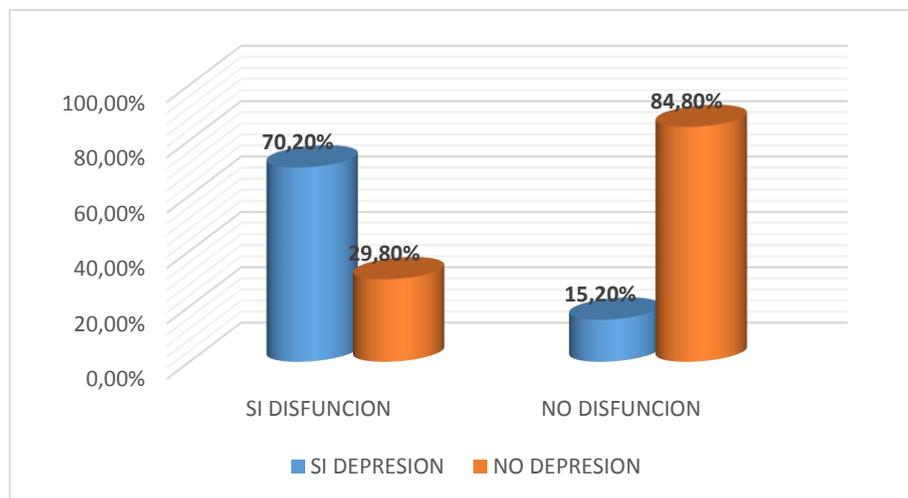
**TABLA N° 02: Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, Enero – Febrero 2016**

DEPRESION PUERPERAL			
DISFUNCION FAMILIAR	SI	NO	TOTAL
SI	40 (70,2%)	17 (29,8%)	57 (100,0%)
NO	5 (15,2%)	28 (84,8%)	33 (100,0%)
TOTAL	45 (50,0%)	45 (50,0%)	90 (100,0%)

$X^2 = 25,31$   $p < 0,001$   $OR = 13,176$   $IC$  al 95% = 4,35-39,89

FUENTE: Datos obtenidos de las entrevistas a pacientes puérperas del Hospital Belén de Trujillo durante Enero – Febrero 2016

**GRÁFICO N° 02: Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, Enero – Febrero 2016**

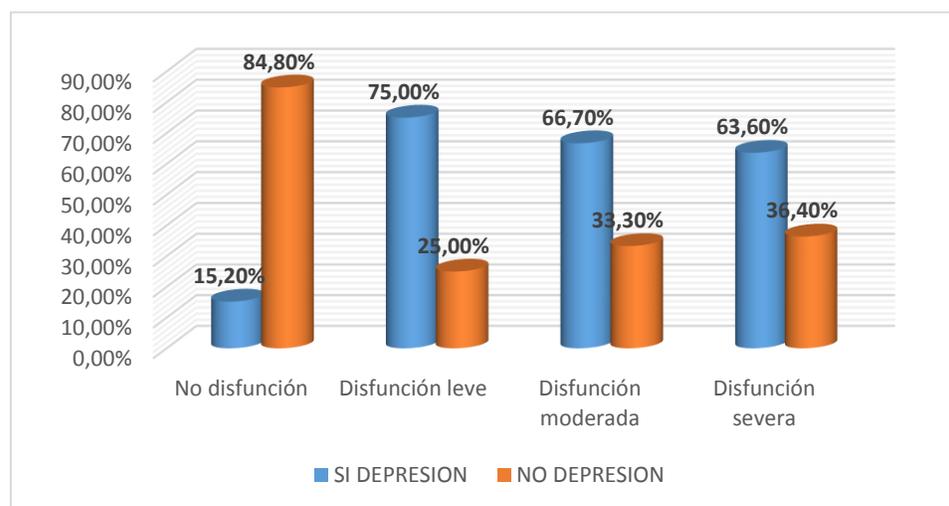


**TABLA N° 03: Distribución de pacientes según grados de disfunción familiar y depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, Enero – Febrero 2016**

DISFUNCION FAMILIAR	DEPRESION PUERPERAL				TOTAL
	SI		NO		
	Nº	%	Nº	%	
No disfunción	5	15.2%	28	84.8%	33 (100%)
Disfunción leve	21	75.0%	7	25.0%	28 (100%)
Disfunción moderada	12	66.7%	6	33.3%	18 (100%)
Disfunción severa	7	63.6%	4	36.4%	11 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>50%</b>	<b>45</b>	<b>50%</b>	<b>90 (100%)</b>

FUENTE: Datos obtenidos de las entrevistas a pacientes puérperas del Hospital Belén de Trujillo durante Enero – Febrero 2016

**GRÁFICO N° 03: Distribución de pacientes según grados de disfunción familiar y depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo, Enero – Febrero 2016**



#### IV. DISCUSIÓN

La depresión puerperal es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, de etiología multifactorial, dentro de los cuales los factores de riesgo psicológicos juegan un rol preponderante, tales como una familia disfuncional, la falta de apoyo familiar o de la pareja.

Esta patología a menudo es subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia es semejante a la de patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. El estudio y manejo de esta entidad tiene relevancia y debe ser considerada, pues de lo contrario se deja de auxiliar a mujeres que sufren intensamente en una fase crítica de la vida, y porque puede provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, una reducida interacción madre-hijo y una mayor morbilidad y mortalidad materna.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de **Pérez M, et al (Colombia, 2013)**, que en una muestra de 151 mujeres a través de un estudio transversal determinaron que el 19,2% presentó depresión post parto. La edad media fue 24,78 años ( $\pm 5,35$ ). Entre los factores de riesgo se halló que el grado de disfunción familiar se relaciona con la depresión postparto con un OR= 2,78 (IC 95%: 1,08 a 7, 1)<sup>27</sup>.

Describimos también el estudio de **Paolini C, et al (Argentina, 2012)**; que evaluaron factores psicosociales asociados a síntomas depresivos en el puerperio inmediato. Se entrevistó a 45 puérperas de un hospital público, encontrando que el riesgo medio de depresión fue de 48,9% y el riesgo elevado de depresión de 26,7%. Del total de variables psicosociales analizadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para: disfunción familiar ( $p < 0.05$ )<sup>28</sup>.

**Dois A, et al (Chile 2012)**; analizaron factores asociados con la incidencia de síntomas

depresivos mediante un estudio analítico transversal en una muestra de 105 puérperas con bajo riesgo obstétrico. Se halló a través del coeficiente de Spearman una correlación significativa entre el puntaje de la Escala de Edimburgo y el puntaje del APGAR familiar ( $r = -0,38$  y  $p < 0,01$ ) es decir a medida que aumentó el puntaje de la escala de Edimburgo, disminuyó el grado de funcionalidad familiar<sup>29</sup>.

Considerando los hallazgos de **Urdaneta J, et al (Venezuela, 2011)**; estudiaron los factores de riesgo de DPP en 100 puérperas venezolanas hallando una alta prevalencia (91%) de depresión posparto. Se determinó como factor de riesgo a la disfunción familiar valorada por medio del test de Apgar familiar (OR= 12,15; IC 95%: 1,19 – 123,49;  $p < 0,001$ )<sup>30</sup>. En este caso el estudio de la referencia es desarrollada en un contexto poblacional sudamericano común al nuestro, empleando un tamaño muestral semejante al de nuestra serie, en el cual es posible verificar la considerable asociación de disfunción familiar con el grupo de pacientes con depresión postparto.

**Vargas R. (Cuba, 2011)**; llevó a cabo un estudio para determinar la asociación entre el grado de funcionalidad familiar y depresión postparto mediante un diseño, transversal y descriptivo. Las pacientes con DPP fueron 14%. En el 50% de las encuestadas la funcionalidad familiar moderada fue de 29% y la funcionalidad familiar buena en el 21% y en el 40% se registró disfunción familiar. La relación entre depresión y disfunción familiar fue significativa ( $p < 0,01$ )<sup>31</sup>.

Todos estos estudios concuerdan con nuestros hallazgos reportando que la disfunción familiar se comporta como factor de riesgo de depresión postparto. Pese a las limitaciones del estudio, estuvo el tamaño muestral y fue representado por mujeres con características demográficas similares, permitiendo evaluar el factor de riesgo en estudio. Asimismo, otra limitación fue la no inclusión de otras variables psicológicas como la historia familiar de enfermedades psiquiátricas, historia de abuso de sustancias psicotrópicas, antecedente del síndrome premenstrual o antecedente de violencia de género, encontrándose sobretodo esta última asociada a un alto de riesgo sufrir DPP.

## V. CONCLUSIONES

1. La disfunción familiar es un factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo.
2. La disfunción familiar en pacientes con depresión puerperal se presentó en un 70,2%.
3. La disfunción familiar en pacientes sin depresión puerperal se presentó en un 29,8%.
4. La proporción de depresión puerperal en pacientes con disfunción familiar leve fue del 75%, mientras que en la disfunción moderada fue 66,7% y en el grupo con disfunción severa representó el 63,6%.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Se requiere la evaluación periódica de los factores de riesgo no sólo en el Hospital Belén de Trujillo sino en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta entidad.

Es conveniente estandarizar el uso de la Escala de Depresión postnatal de Edimburgo para tamizaje de depresión en los servicios de maternidad durante los días de hospitalización en puerperio e incluso luego del alta, de detectarse esta patología debe solicitarse interconsultas al servicio de Psiquiatría, para brindar el soporte adecuado mediante consejería y terapias individuales y de familia que contribuyan a la reducción de esta condición de riesgo.

Se recomienda realizar más estudios con mayor muestra poblacional y otros factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y perinatales que puedan estar asociados, con la finalidad de obtener mayor validez interna y ver la tendencia del riesgo de estos factores en el tiempo con mayor precisión.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aramburú P, Jáuregui S, Salazar P, Pari L, Arellano R, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, 2004. *Revista Peruana de Epidemiología* 2008; 12(3): 1 - 5.
2. Sylvén SM. Biological and Psychosocial aspects of postpartum depression, 2012. *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine*, ISSN 1651-6206; 751.
3. Moreno A, Domínguez L, França P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Ginecol* 2011; 69(3): 209 – 213.
4. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras B. 4. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(5): 312 - 320.
5. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto según escala Edimburgo. Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2011; 67(3): 187 – 91.
6. Vargas JE; García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología.* 2009; 3(1):11-8.
7. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27 (3): 185-193.

8. Vásquez E, Sangama R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica Corpomedic Tarapoto, Junio-Setiembre 2012.
9. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2008; 157(6):924-930.
10. Green AD, Barr AM, Galea LA. Role of estradiol withdrawal in anhedonic sucrose consumption: a model of postpartum depression. *Physiol Behav*. 2009; 97(2):259-265.
11. Yim IS, Glynn LM, et al. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 66:162–9.
12. Hiltunen P. Maternal postnatal depression: causes and consequences. *International journal of circumpolar health*, 2003, 62(3).
13. Rojas G; Fritsch R; Solís J; González M; Guajardo V; Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile* 2009; 134 (6): 713-720.
14. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An Fac Med*. 2011; 70(2): 115.
15. Hirst K, Moutier C. Postpartum Major Depression. *Am Fam Physician*. 2013; 82(8):926-927.
16. Zubaran C, Schumacher M, Roxo M, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry* 2012; 13:357-365.

17. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2012; 38(4).
18. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango. México. *Gac Méd Méx* 2011; 146(1): 1 – 9.
19. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Chile. *Rev Chil Neuro – Psiquiat.* 2011; 38(2): 84 – 93.
20. Gjerdingen D, CrowS, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2011; 7(1): 63 – 70.
21. Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2011; 22(3): 195 – 202.
22. Vargas J, González C. Escuela para padres: el funcionamiento familiar. *Centro Regional de Investigación en Psicología* 2009; 3(1): 19 – 22.
23. Sobrino L. Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Av. Psicol.* 2011; 16(1).
24. Krause K, Ostbye T, Swamy G. Occurrence and Correlates of Postpartum Depression in Overweight and Obese Women: Results from the Active Mothers Postpartum (AMP) Study. *Matern Child Health J* 2012; 13(6): 832 – 838.
25. Rangel J, Valerio L, Patiño J. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med. UNAM.*2010; 47 (1): 24-28.

26. Suarez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz* 2014; 20(1).
27. Pérez M, Forero C; Cabarcas N; Hinestrosa, C; Lobo S; Garavito M, et al, Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Source: *Salud Uninorte*, 2013; 29 (3); 394-405.
28. Paolini C, Oïberman A, Balzano S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2012; 12 (1): 65-73.
29. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev. méd. Chile* 2012; 140(6): 719-725.
30. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras B. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 77(2): 102-112.
31. Vargas R. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión postparto en el Hospital Obrero Nro. 2 CNS CBBA 2011. *Rev. Cochab. Med. Fam.* 1(1).
32. Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.
33. Lasheras G, Farré B, Serra B. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results. *Med. Psicosom.* 2014; 109 (22): 13-18.
34. Alegre Y, Suarez M. Instrumento de atención de familia: El familiograma y el APGAR familiar. *Rev Rampa* 2011; 1(1):48-57.

35. Aasheim V, Waldenstrom U, Hjelmstedt A, Rasmussen S, Pettersson H, Schytt E. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG* 2012; 119:1108–1116.
36. Muraca J. The Association Between Maternal Age and Depression. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36(9):803–810.
37. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo adolescente en el Hospital Materno Infantil de la C. N. S, La Paz- Bolivia. *Rev Paceaña Med Fam.* 2010; 4(5): 15-19.
38. Zambrano G, Vera S, Flórez L. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. Diciembre 2012; 9(2): 9-17.
39. Arias C, Carmona I, Castaño J. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE, Manizales, 2012. *Arch Med Manizales.* 2013; 13(2):142-59.
40. Kleinbaum DG. *Statistics in the health sciences: Survival analysis.* New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.
41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.
42. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2013.

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

Queremos saber cómo Ud. se siente al tener un bebé recientemente. Por favor, marque con “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 reírme y ver el lado bueno de las cosas
  - a. Tanto como siempre
  - b. No tanto ahora
  - c. Mucho menos
  - d. No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
  - a. Tanto como siempre
  - b. Algo menos de lo que solía hacer
  - c. Definitivamente menos
  - d. No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
  - a. Sí, la mayoría de las veces
  - b. Sí, algunas veces
  - c. No muy a menudo
  - d. No, nunca
4. He estado nerviosa y preocupada sin motivo
  - a. No, para nada
  - b. Casi nada
  - c. Sí, a veces
  - d. 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 han estado agobiando o abrumando
- 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 o desgraciada
- a. Sí, casi siempre
  - b. Sí, bastante a menudo
  - c. No muy a menudo
  - d. No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
- a. Sí, casi siempre
  - b. Sí, bastante a menudo
  - c. Sólo en ocasiones
  - d. No, nunca
  - e.
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
- a. Sí, bastante a menudo
  - b. A veces
  - c. Casi nunca
  - d. No, nunca

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. 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 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. 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.

## ANEXO N° 2

### ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Nombre: Family APGAR.

Autor: Smilkstein, Ashworth y Montano (1982).

Adaptación: Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar.

N° de ítems: 5

FUNCIÓN	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Estás satisfecha con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema y/o necesidad					
Conversan entre ustedes los problemas que ocurren en la casa					
Te satisface cómo tu familia acepta y apoya tus deseos de emprender nuevas actividades o decisiones importantes					
Sientes que tu familia expresa afecto y responde a tus emociones como cólera, tristeza, amor.					
Estás satisfecha cómo compartes con tu familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero					

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca    1: Casi un nunca    2: Algunas veces    3. Casi siempre    4: Siempre

<i><b>FUNCIÓN</b></i>	<i><b>PUNTAJE</b></i>
Buena función familiar	18 a 20 puntos
Disfunción familiar leve	14 a 17 puntos
Disfunción familiar moderada	10 a 13 puntos
Disfunción familiar severa	9 o menos puntos

## ANEXO N° 03

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Disfunción familiar como factor de riesgo para depresión en el puerperio inmediato en el Hospital Belén de Trujillo”

#### I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: \_\_\_\_\_ años

1.2. Procedencia: Urbano ( ) Rural ( )

1.3. ¿Ud. es soltera?: Sí ( ) No ( )

Si es Sí, ¿tiene apoyo económico del padre del niño? Sí ( ) No ( )

1.4. Edad gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

1.5. ¿Tuvo controles prenatales? Sí ( ) No ( )

1.6. Fecha de parto: \_\_\_\_\_ ¿Nació vivo?: Sí ( ) No ( )

1.7. N° de partos anteriores:

1.8. ¿Ha sufrido la pérdida (muerte) de algún familiar cercano o directo estas últimas 4 semanas? Sí ( ) No ( )

1.9. ¿Es víctima de violencia física o verbal por parte de su pareja o familiares?

1.10. ¿Le han diagnosticado depresión durante el embarazo? ¿Está tomando algún medicamento para la depresión?

#### II. DATOS DE VARIABLE DEPENDIENTE:

Puntaje de la Escala de Edimburgo: \_\_\_\_\_

Depresión puerperal: Si ( ) No ( )

#### III. DATOS DE VARIABLE INDEPENDIENTE:

Puntaje del Test de Apgar familiar: \_\_\_\_\_

Disfunción familiar: Si ( ) No ( )