



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

## **FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN  
BOLÍVAR, CAJAMARCA

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO

AUTOR:

DÍAZ OR TIZ FIDEL EDWARD

ASESOR:

MC. CARLOS NAPOLEÓN RIVERA ESPINOLA

DRA. AMALIA VEGA FERNANDEZ

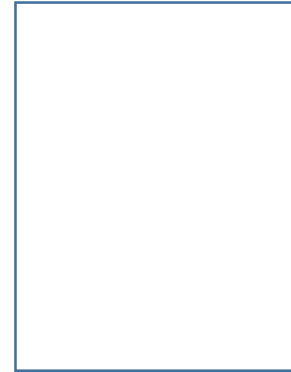
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

TRUJILLO – PERÚ

2018

DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN  
BOLÍVAR, CAJAMARCA



---

Dra. Vega Fernández Amalia Guadalupe

Presidente del jurado

---

Dr. Cabrera Díaz Fredy

Secretario del jurado

---

Dra. Chian García Ana María

Vocal del jurado

**DEDICATORIA**

**A MI PADRE,**

**A MI MADRE,**

**A MI HERMANO;**

Por darme la oportunidad de realizar mis sueños,

Por darme la oportunidad de ver su sonrisa día a día.

FIDEL EDWARD DIAZ ORTIZ

## AGRADECIMIENTO

Desde el momento que nací, tengo tres grandes personas que me dedican su tiempo y su fuerza para salir adelante; desde mi primera palabra, mis primeros pasos, mis logros y alentándome a superar mis caídas.

Agradezco a esas tres personas, padre, madre y hermano; gracias a ellos sigo caminado y respirando. Sigo soñando.

FIDEL EDWARD DIAZ ORTIZ

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Fidel Edward Díaz Ortiz con DNI N° 45077937, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 5 de diciembre del 2018

---

DÍAZ ORTIZ FIDEL EDWARD

DNI N° 45077937

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico cirujano.

DÍAZ ORTIZ FIDEL EDWARD

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Declaratoria de autenticidad .....	iv
Presentación .....	v
Resumen.....	vii
Abstrac .....	viii
I. Introducción .....	1
1.1 Realidad problemática .....	1
1.2 Trabajos previos .....	2
1.3 Teorías relacionadas al tema .....	4
1.4 Formulación al problema.....	9
1.5 Justificación del estudio.....	9
1.6 Hipótesis .....	10
1.7 Objetivo .....	10
II. Método .....	10
2.1 Diseño de investigación.....	10
2.2 Variables, operacionalización.....	11
2.3 Población y muestra.....	12
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	13
2.5 Métodos de análisis de datos .....	14
2.6 Aspectos éticos.....	14
III. Resultados.....	15
IV. Discusión .....	17
V. Conclusiones .....	19
VI. Recomendaciones.....	20
VII. Referencias .....	21
Anexos .....	25

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar si la disfunción familiar es factor de riesgo para el desarrollo de depresión en las gestantes. Se realizó un estudio analítico de caso control, la población estudiada estuvo conformada por gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca. Se realizó un muestreo aleatorio simple sistémico, de septiembre – diciembre del 2017. El tamaño de la muestra fue 186 gestantes jóvenes, cuyas edades oscilaron entre los 18 años y los 29 años y que firmaron el consentimiento informado; excluyéndose del estudio las pacientes con problemas sensoriales que dificulten la entrevista. Se aplicó la escala de depresión de Edimburgo para embarazadas y posparto, y APGAR familiar. Obteniendo como resultados, de las 93 gestantes que conformaron el grupo de casos, el 34.41% de dicho grupo, presentaba disfunción familiar ( $\chi^2=9358$ ,  $F=0.004$ ,  $OR=2.96$ ,  $IC\ 95\%: 1.45 - 6.03$ ). El riesgo de desarrollar depresión en pacientes con disfunción familiar fue 2,96 veces mayor; la relación encontrada de las variables en estudio es baja ( $Kendall=0.224$ ). Concluyendo que la disfunción familiar es factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes jóvenes; y la disfunción familiar aumenta el riesgo de desarrollar depresión durante la gestación, en 2.96.

Palabras claves: Gestante, joven, depresión, disfunción familiar



## ABSTRAC

The objective of this study was to assess whether family dysfunction is a risk factor for the development of depression in pregnant women. An analytical case-control study was conducted, the population consisted of pregnant women treated at the “Simon Bolivar” Maternal-Perinatal Center in the district of Cajamarca, of Cajamarca region. A simple random systematic sampling was conducted, from September to December 2017. The sample was 186 young pregnant women, whose ages ranged between 18 and 29 years and who signed informed consent; the study excluded patients with sensory problems that would otherwise hinder the interview. The Edinburgh Depression Scale for pregnant and postpartum women, and Family APGAR were applied. The following results were obtained: of 93 pregnant women who formed the case group, 34. 41% of them presented family dysfunction ( $\chi^2 = 9.358$ ,  $F = 0.004$ ,  $OR = 2.96$ ,  $CI\ 95\%: 1.45 - 6.03$ ). The risk of developing depression in patients with family dysfunction was 2.96 times higher; the relationship found in the study variables is low ( $Kendall = 0.224$ ). In conclusion, family dysfunction is a risk factor for the development of depression in young pregnant women; and family dysfunction increases the risk of developing depression during pregnancy by 2.96.

Keywords: Young pregnant women, depression, family dysfunction.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Realidad problemática.

En el mundo, aproximadamente 16 millones de jóvenes dan a luz cada año, siendo considerado el embarazo y el parto la segunda causa de mortalidad, debido al riesgo y las complicaciones. El embarazo durante la juventud, lleva muchas consecuencias a nivel social, económico y salud; por tal motivo, 3 millones de jóvenes son sometidas a abortos peligrosos cada año. Las condiciones que predisponen al embarazo son constantes en la mayor parte del mundo, como la baja condición económica, poco instruidas o analfabetas, áreas rurales y presión social por contraer matrimonio y con ello tener descendencia; claros ejemplos tenemos en el continente africano, Zimbabwe, Senegal; en el continente de América, Colombia y Perú, tiene una probabilidad de más de una por cada cinco adolescentes de quedar embarazadas y tener hijos. (1, 2)

En el Perú, se puede observar la tendencia ascendente de las cifras tanto de las adolescentes que ya son madres y las embarazadas con su primer hijos en el momento de la encuesta realizado por el INEI; en el año 2000, las adolescentes embarazadas con su primer hijo era de 2.5% y para el 2013 fueron de 3.5%. (3)

El embarazo, se consideró hasta finales de la década de los 80, que era una etapa caracterizada por no presentar patologías mentales sino ser un estado emocional equilibrado y estable; siendo cuestionada dicha premisa por la psiquiatra inglesa Gisela B. Oppenheim. Entre las patologías mentales más frecuentes, la depresión; repercutiendo tanto a la gestante como al feto; como consecuencia de ello es la incapacidad laboral, presentar problemas o agravando los ya existentes en el ámbito social y familiar, incluso la ideación suicida o al mismo suicidio. (4)

La gestante, además del sistema de salud, también se encuentra en medio de un núcleo familiar, donde recibe influencia tanto psíquica como social y económica; siendo determinante en el desarrollo del embarazo y en la postura que ha de adquirir frente las responsabilidades de la gestación. Por

tal motivo, viene siendo útil el diagnóstico temprano de la depresión, para poder brindar apoyo integral y multidisciplinario tanto a la gestante como al feto. (5)

## 1.2 Trabajos previos

Rivadeneira H. (6) determinó la funcionalidad familiar en adolescentes gestantes, llevando a cabo dicho estudio en el centro de salud de Luxemburgo. Contó con una muestra de 60 pacientes adolescentes, el grupo de caso fue de 30 gestantes y el grupo control de 30 no gestantes, observando que, 38 adolescentes encuestadas presentaban disfuncionalidad familiar (63%), de las cuales, 22 eran gestantes (58%). De las 22 adolescentes que tenían familias funcionales (37%), el 36% de ellas eran gestantes. Concluyendo que, al presentar disfuncionalidad familiar, era mayor la frecuencia de embarazos. (OR=2.75 IC 95% 0.95-7.98).

Calderón I. (7) estudió en las gestantes adolescentes la variable de disfunción familiar. Aplicando el test APGAR familiar a un grupo de 58 adolescentes gestantes. Obteniéndose que el 65.5%, equivalente a 38 adolescentes, tenían disfunción familiar; y el 34.5%, equivalente a 20 adolescentes gestantes, tenían familias funcionales. Concluyendo que la disfunción familiar está presente en las gestantes adolescentes.

Borda M. et al. (8) estudiaron los factores de riesgo y la relación con el desarrollo de la depresión en gestantes, llevado a cabo en el Hospital Niño Jesús en Colombia. Descriptivo transversal, con una muestra de 151 gestantes con edades de 18 a 45 años. Aplicaron la escala de Edimburgo y el test de APGAR familiar: Obteniéndose que, 19.2% de la muestra con depresión; el 31% presentaba disfunción familiar, leve a grave, triplicando el riesgo de depresión ( $p=0.029$ , OR= 2.78, IC 95% 1.087 – 7.1072). Pudiéndose relacionar la disfunción familiar con el desarrollo de la depresión.

Bonilla O. (9) estudió la relación de los trastornos adaptativos, ansioso y depresivo con el embarazo en adolescentes aplicando la escala de Zung para determinar la depresión a una muestra que consto de 125 para caso y 125 para control. Se observó en gestantes adolescentes que la prevalencia

de la depresión es 4.02% y presentan un riesgo 7 veces mayor de poder desarrollar dicha patología (OR=7.08, IC95% 1.54-65.57). Pudiendo establecer relación entre depresión y gestante adolescente.

Palomino E. (10) estudió como factor de riesgo a la disfunción familiar en los embarazos de las adolescentes, aplicado en el Hospital Jerusalén de la Esperanza en La Libertad. Se contó con una muestra de 120, 60 casos y 60 controles, aplicando APGAR familiar. Se obtuvo que la disfunción familiar fue de 32% en los casos (OR=2.31; IC 95% 1.22-3.94) frente a 17% en los controles. Constatando que es un factor de riesgo para el embarazo la disfunción familiar.

Mercado Y. et al. (11) analizaron los factores que tienen alguna relación para el desarrollo de la depresión en las gestantes en Lima. Se contó con 113 casos y 113 controles, aplicándose el test de Edimburgo para la depresión y un formulario para los factores que se asocian a ella. Pudiendo constatar que la buena relación familiar ( $p=0.001$ , OR=0.33, IC 95% 0.17 – 0.65), protege a la gestante a desarrollar depresión en 67%; si hay una regular relación familiar ( $p=0.002$ , OR=2.81 IC 95% 1.43-5.52) el 30.1% de los casos desarrollaron depresión; y si, la relación familiar es mala ( $p=0.31$ , OR=3.05 IC 95% 0.31-29.81) el 2.7% de los casos desarrollaron depresión. Pudiendo concluir para el desarrollo de la depresión, la disfunción familiar es un factor causal.

Angoma L. et al. (12) estudiaron la disfunción familiar como factor presente en las embarazadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal – INMP en Lima. Aplicándose el test de APGAR familiar modificado a 130 gestantes. Se obtuvo que, el 90% de las encuestadas tiene una familia disfuncional. Pudiendo concluir, en las gestantes adolescentes intervenidas en el presente instituto predominaba como uno de los factores psicosociales la disfunción familiar.

Urreta M. (13) estudió la relación que existe entre la funcionalidad familiar y las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en Lima. El estudio contó con 78 encuestadas que cumplieron con los criterios e inclusión y exclusión, aplicándoles un cuestionario validado por grupo de profesionales. Se pudo evidenciar que del 100% de las

encuestadas el 48.7% (38 gestantes) tenían familias disfuncionales, dentro del área estructural de la familia 47.4% eran disfuncionales y en el área de solución de conflictos el 47.4% eran disfuncionales; mientras que el 51.3% (40 gestantes) poseían familias funcionales. Concluyendo que, la funcionalidad familiar es mayoría en la muestra estudiada, pero no distante, la disfunción está vinculada en el área emocional de la gestante.

Bao M. et al. (14) evaluaron la prevalencia de la depresión en gestantes que fueron atendidas en Hospital Cayetano Heredia en Lima. Aplicándose la escala de Edimburgo para determinar la depresión a 203 gestantes, pero solo 190 de las encuestadas concluyeron la escala de Edimburgo. Se obtuvo que el 34.7% de las encuestadas presento depresión, siendo el puntaje de corte de 13.5 para la escala aplicada (IC 95% 28-42%). Concluyeron que la presencia de la depresión en gestantes fue mayor que en otras literaturas mundiales pero similares a literatura nacional.

### **1.3 Teorías relacionadas al tema**

La etapa de la juventud o jóvenes, establecida en documento oficial en la norma técnica del año 2013, corresponde a las edades de 18 años a 29 años con 11 meses y 29 días. Pero en el informe nacional de las juventudes en el Perú del año 2015, establece como jóvenes a las edades comprendidas entre los 15 a 29 años, donde incluye a la adolescencia tardía (14 a 17 años) y a los jóvenes (18 a 29 años). Para fines del presente estudio se tomará el rango de edad establecida por el MINSA en su norma técnica, con Resolución Ministerial N° 944-2012/MINSA. Los jóvenes en el Perú, representan el 26.9% de la población total, siendo varones el 50.6% y mujeres el 49.9%. (15, 16)

En esta etapa, respecto a la edad cronológica nos vincula con las capacidades y estado del cuerpo, lo biológico; sin embargo, es un complejo proceso de simplicidades y ambigüedades, donde inicia la búsqueda del significado de cada sistema o instituciones de la vida, inicia a definir identidades para el ámbito personal, familiar, social, educativo, laboral, entre otros. En tal sentido, podemos observar que existen muchas formas de

definir esta etapa, una de ellas es a través de la edad junto con los fenómenos socioculturales. Otra concepción nos refiere que, dentro de esta etapa están inmersos dos conceptos que se vinculan entre sí, el primero, a una concepción que nos orienta hacia el ciclo de la persona, como son la adolescencia y la adultez; el segundo, es de preparación o puente que permite la transición entre la vida adolescente y juvenil a la vida adulta, define la maduración de los jóvenes, fisiológicamente como también en lo sexual y orgánico; junto a esa maduración, se interrelaciona la participación en el mercado laboral y económico. (17, 18)

Los jóvenes, se caracterizan por múltiples cambio tanto físicos, biológicos y psicológicos. Se puede observar la maduración de la esfera psicosexual, donde puede interactuar y compartir una vida de ocio, trabajo y procrear con una pareja; el equilibrio entre la intimidad y el aislamiento, permitiendo lograr satisfacción en su vida amorosa como profesional. En lo social, se constata el inicio del compromiso y la integración hacia sus congéneres y a las diferentes instituciones de la sociedad. La madurez que adquiere esta etapa en cuanto a la esfera orgánica y psicosexual, nos informa sobre la función reproductiva, no solo por la capacidad de procrear, sino por el conocimiento sobre los deberes y derechos que adquieren con ello, y las consecuencias que deben asumir de todo el proceso. Por ello, el embarazo es un periodo en el cual se producen diversos tipos de cambios, desde los hormonales, físicos, sociales y psicológicos; motivo por el cual, necesitan gran atención y mayores cuidados. (18)

En el embarazo, los cambios que adquirirán mayor impacto en la pareja y en la misma gestante son los fisiológicos y los psicológicos, y la influencia que tendrán los primeros sobre el aspecto psicológico. Dentro de la esfera fisiológica, podemos ver cambios generales, aumento de peso, aumento en 3 a 4 décimas sobre la temperatura normal, edemas en ambos maléolos, aumento de la masa muscular, mayor movilidad de las articulaciones, aumento del volumen sanguíneo ocasionando hemodilución, entre otros. En cuanto a cambios locales, como en las mamas, incremento del volumen y glandular para la producción de la leche materna; aumento de las paredes del abdomen; hipertrofia de los ovarios, útero, y según va acercándose el

parto, los cambios fisiológicos van preparando el cuerpo de la gestante para tal acontecimiento. Todos estos cambios fisiológicos, crearán un gran impacto en la psiquis de la gestante al inicio de la gestación, en su estado de ánimo como sentimental; experimenta cambios de humor, se irritan, sienten miedo por la transición hacia la nueva etapa de su vida. Teniendo impacto en dichos cambios, la influencia del entorno y el momento en el que se encuentra la gestante. (19)

Respecto al aspecto psicológico, dependerá del trimestre en que se encuentra la gestante, además, del apoyo que recibirá de su entorno familiar y social. El primer trimestre, se caracteriza por manifestar sentimientos contrariados como es de tristeza, alegría, rechazo, emoción e ilusión, entre otros; como también desea que su pareja, familia y círculo social, muestren mayor interés y apoyo hacia ella. La gestante, durante el segundo trimestre de embarazo, se va estabilizando emocionalmente, siendo de gran ayuda la percepción de los movimientos de su bebe, mayor interacción verbal como físico de ella hacia su hijo(a). Sin embargo, al llegar al tercer trimestre, y aun más en las últimas semanas de gestación; surgirán nuevas manifestaciones de inestabilidad emocional y psicológica, como el temor, la preocupación y la impaciencia, se cuestionarán sobre el bienestar de su bebe, de su capacidad de poder cuidarlo adecuadamente y el deseo de verlo y tenerlo en sus brazos.(19)

En el aspecto hormonal y endocrino, podremos ver que durante el embarazo hay un incremento de la progesterona, hormona liberadora de corticotropina, estradiol, cortisol y corticotropina. Según progresa el embarazo, los niveles de la hormona liberadora de corticotropina se eleva aún más; a causa del cortisol elevado, desciende los niveles plasmáticos de estradiol. En estos hechos podemos rescatar que, la disminución del estradiol tanto en función como en cantidad, crea probabilidad de suicidio en no gestantes; mientras que en gestantes, la causa de la depresión, alcoholismo y trastornos alimentarios es causa por la elevación de la hormona liberadora de corticotropina sobre el hipotálamo. La depleción de otros neurotransmisores, como la noradrenalina y la serotonina, se relación con el desarrollo de la depresión. (20, 21)

La gestante está inmersa en una serie de factores: Protectores, involucra el ámbito individual como la capacidad reflexiva y el proyecto de vida, en el ámbito familiar tenemos a los cuidados y límites claros entre los miembros de la familia, y en el ámbito social tenemos a las sanciones. Y los factores de riesgo, involucran el aspecto individual como el área afectiva, etapas del desarrollo, área conductual, falta de conocimiento sobre sexualidad; dentro de los aspectos familiares tenemos el límite estrecho familiar, la falta de empatía y apoyo por las nuevas etapas en el cual va viviendo y la negligencia de los padres. Como podemos observar, en ambos tipos de factores, tanto de protección como los de riesgo, la familia es un componente importante que va a influir en el estado psicológico de la embarazada. (21)

Se creía que el embarazo es un estado de equilibrio mental sin ninguna alteración emocional; sin embargo, dicha etapa está inmersa en innumerables cambios fisiológicos y psicológicos, que predisponen a alteraciones afectivas, observándose dentro de las patologías presentes, la depresión. Siendo una alteración afectiva con síntomas somáticos y ansiosos; excluyendo la sintomatología maniaca. Durante el embarazo, tiene consecuencias tanto en la gestante, observando hábitos tóxicos como alcohol, drogas y tabaco, abandonar el apoyo brindado por el sistema de salud como los controles prenatales y medicamentos, deficiente autocuidado; pudiendo agravarse y llevando a ideación suicida o al suicidio. Las consecuencias hacia el feto, podemos ver el riesgo a un parto pretérmino, neonato bajo peso, recién nacido pequeño para la edad gestacional, entre otros; sin embargo no hay estudios concluyentes respecto a la afectación hacia feto. Entre los antecedentes encontrados en las gestantes con depresión figuran: Gestación anterior, embarazo no planificado, violencia conyugal, abortos anteriores, bajo nivel educativo, malas relaciones sociales, apoyo emocional inadecuado, entre otros. Dichos factores no se excluyen sino son sinérgicos e incrementan el riesgo de depresión. (22)

El diagnóstico de depresión en la gestante se puede realizar de acuerdo a la presentación clínica, mediante dos sistemas: el DSM-IV y el CIE-10. El CIE-10, cuyos criterios diagnósticos lo divide en las características del episodio



de depresión y la somatización de dicha enfermedad (Anexo 01). En el sistema DSM-IV, presenta 5 criterios diagnósticos, en los cuales están incluidos los síntomas y signos que la paciente debe de tener desde hace dos semanas previas a la evaluación (Anexo 02). (23-26)

Para evaluar la depresión en las gestantes se cuenta con varios test, entre ellos tenemos: Inventario de depresión de Beck (BDI), center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), Escala de depresión del embarazo (PDS), Escala de Edimburgo (EPDS), Patient Health Questionnaire (PHQ-2), entre otros. Para el presente estudio se usó la escala de depresión posnatal de Edimburgo, dicho instrumento se elaboró en sus inicios para la evaluación de la depresión en la etapa postparto, sin embargo, con el transcurso del tiempo y con los estudios y aplicación de dicha escala al embarazo, se validó su uso en ambos periodos. Dicha escala consta de 10 ítems, con puntajes que van de 0 a 3 puntos de acuerdo a la alternativa que la gestante escoja; el puntaje de corte que se usó para establecer depresión en gestantes es de 12 puntos o más. El objetivo de dicha escala es indicar como se sintió la gestante los últimos 7 días, por ello, al aplicarlo se debió de indicar a la embarazada que sus respuestas deben de basarse en su estado afectivo de la última semana (Anexo 03). (27)

La disfunción familiar, es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes; siendo indicador de la falta de unidad para la toma de decisiones y afrontar las diferentes dificultades que puedan surgir durante las circunstancias a las cuales se enfrentan los miembros. Para poder medir la disfuncionalidad familiar se utilizó el APGAR familia, el presente instrumento fue diseñado por el Dr. Gabriel Smilkstein, en 1978, en la universidad de Washington; realizándose la última modificación por la Dra. Liliana Arias, al incluir en el cuestionario una premisa referente a los amigos. El objetivo de esta herramienta fue mostrar la percepción de la gestante en cuanto a las relaciones de su familia, si fueron disfuncionales y tuvieron conflictos en su núcleo o fueron funcionales. Entre los aspectos que se evaluó, fueron: Cooperación, Adaptación, madurez, cariño y compromiso mutuo. Constó de cinco ítems que fueron calificados de 0 a 2 puntos cada

uno de ellos. Se interpretó como familias disfuncionales a todo puntaje menor o igual a 6 puntos (anexo 04). (28, 29)

#### **1.4 Formulación al problema**

¿La disfunción familiar es factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca?

#### **1.5 Justificación del estudio**

La depresión, es una enfermedad muy poco diagnosticada y tratada en mujeres gestantes, aun cuando el proceso fisiológico del mismo embarazo predispone a dicha patología; esta patología, tiene adherida a ella, consecuencias maternas que van desde déficit en el autocuidado hasta el suicidio, y fetales. Para afrontar los retos del embarazo, la gestante está sumergida en varios factores de riesgo y protectores, los cuales tienen influencia en los aspectos biológicos y psicológicos de la paciente.

La familia es la institución más cercana a la gestante, la disfunción de ésta determinará el desarrollo de enfermedades, entre ellas la depresión durante el embarazo, puesto que la toma de decisiones y afrontamiento de obstáculos, como una unidad, está deteriorada.

Una respuesta temprana a dicho problema o al factor que lo desencadena, en este caso la disfunción familiar; podremos obtener un equilibrio entre el medio interno y externo de la gestante, con ello también aseguramos un mejor desarrollo del feto. Elegiremos mejores técnicas y herramientas de abordaje hacia la paciente.

El desarrollo del presente estudio estuvo motivado, por la evolución silente de dicha patología y la mella que va creando en la autoestima de los pacientes; y la causa para ello, muchas veces estaría en su entorno más cerca de cada paciente, por la ausencia de los factores protectores. Siendo diagnosticado la depresión en sus estadios de moderado a severo, incluso cuando presentan ideación suicida.

## **1.6 Hipótesis**

H<sub>1</sub>: La disfunción familiar es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca.

H<sub>0</sub>: La disfunción familiar no es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca.

## **1.7 Objetivo**

### **1.7.1 General**

Evaluar si la disfunción familiar es factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca.

### **1.7.2 Específico**

- Establecer la frecuencia de depresión en gestantes con y sin disfunción familiar.
- Comparar el riesgo entre los grupos de estudio

## **II. MÉTODO**

### **2.1 Diseño de investigación**

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Aplicado.

**DISEÑO DE INVESTIGACION:** Analítico de caso control. (30, 31) Se elaboró la matriz de consistencia (ANEXO 05), y la tabla de contingencia 2x2.

<b>FACTOR:</b>	<b>EFECTO: Depresión en gestantes.</b>	
<b>Disfunción Familiar</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>SI</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
<b>NO</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
	<b>CASO</b>	<b>CONTROL</b>

## 2.2 Variables, Operacionalización

Variable Independiente: Disfunción familiar.

Variable Dependiente: Depresión.

### Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>DISFUNCIÓN FAMILIAR</b>	La disfunción familiar, es la falta de unidad entre los miembros de la familia para poder hacer frente a los diferentes problemas que se presentan durante el proceso de la gestación. (28, 29)	Para la obtención de los datos, se realizó mediante el test de APGAR familiar. (28, 29)  Los valores son: a) 7 – 10 puntos. b) 6 a menos puntos.	a) FUNCIONAL b) DISFUNCIONAL	Cualitativa nominal
<b>DEPRESIÓN</b>	La presente patología, depresión, es la afectación del estado afectivo de la persona, lo que dificulta a la gestante poder afrontar el nuevo reto de la concepción; conllevando, a consecuencias tanto para ella como para el feto. (27)	La valoración se realizó mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo para Embarazadas y Postparto. (27)  Los puntos de corte son: a) 0 – 11 puntos. b) 12 a más puntos.	a) SIN DEPRESIÓN. b) CON DEPRESIÓN	Cualitativa nominal

### 2.3 Población y muestra

**POBLACION:** Estuvo constituida por todas las gestantes de 18 a 29 años de edad cronológica atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca.

**MUESTRA:** El siguiente estudio se aplicó la fórmula para obtener los grupos de caso y control. (32) El desarrollo se evidencia en el ANEXO 06.

n = 93 casos y 93 controles

n = 186 gestantes.

**Unidad de análisis:** Cada gestante.

**Unidad de muestra:** Cada gestante.

**Muestreo:** Aleatorio simple sistémico.

#### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Firma del consentimiento informado por parte de la gestante (ANEXO 07).

##### **Criterios de exclusión:**

- Paciente con problemas sensoriales que dificulten la comunicación.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

**LA TÉCNICA:** Se realizó la aplicación de una encuesta a cada gestante, el test de APGAR familiar y la escala de depresión de Edimburgo para embarazadas y postparto.

**PROCEDIMIENTO:** Se solicitó el permiso del responsable del Centro Materno Perinatal "Simón Bolívar". En la consulta externa, se solicitó el permiso a cada gestante, mediante la firma del consentimiento informado; tras la aceptación, se procedió a aplicar la escala de depresión de Edimburgo para embarazadas y postparto (Anexo 03), y el test de APGAR familiar (Anexo 04).

**INSTRUMENTO:** Escala de depresión de Edimburgo para embarazadas y postparto (Anexo 03); y el test de APGAR familiar (Anexo 04).

### **VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La Escala de depresión de Edimburgo para embarazadas y postparto (Anexo 03), fue diseñada por Cox et al. en 1987, como instrumento de ayuda para la atención primaria de salud, dicho instrumento fue validado en Chile mediante un estudio transversal llevado a cabo por un equipo encargado por el Ministerio de Salud; cuyo valor del alfa de cronbach es de 0,914, su sensibilidad es 76,7% y su especificidad es de 92,5%. (27) El test de APGAR familiar, elaborado en 1975 por Smilkstein, usado en múltiples investigación; presenta una fiabilidad medida por el alfa de cronbach de 0,82-0.86 y un índice de correlación que oscila entre 0,52-0,88. (28, 29)

## **2.5 Métodos de análisis de datos**

La información transcrita en la ficha de recolección de datos, fue procesada en la base de datos en el programa SPSS versión 24.0 para Windows; la información es presentada en las tablas tetracóricas.

Para valorar el riesgo se aplicó OR y su intervalo de confianza al 95%; adicionalmente se obtuvo el chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, coeficiente de correlación de Kendall y  $p < 0.05$ .

## **2.6 Aspectos éticos**

El estudio se realizó respetando los criterios de los apartados I, III, IV, V, VI, VII y X de la Norma de Ética en la investigación considerados en la Declaración de Helsinsky (33), considerando que es un estudio analítico de caso control, se preservó la confidencialidad y a la información obtenida sólo tuvo acceso el personal investigador; se obtuvo también la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médica de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del Hospital, donde se realizó la investigación.

### III. RESULTADOS

**Tabla 01. Distribución de las gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar según Disfunción Familiar y Depresión**

Disfunción Familiar	Depresión			
	Si		No	
	fi	hi%	fi	hi%
Si	32	34.41	14	15.05
No	61	65.59	79	84.95
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100.00</b>	<b>93</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta aplicada

En la tabla 01 se observa que las gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar Cajamarca, de las gestantes que tuvieron depresión, el 34.41% tiene disfunción familiar y el 65.59% no tiene disfunción familiar; y de las gestantes que no tuvieron depresión el 15.05% si tiene disfunción familiar y el 84.95% no tiene disfunción familiar.



**Tabla N° 02. Datos estadísticos que respaldan la validación de la hipótesis**

<b>Variables Estadísticas</b>	<b>Valores</b>
Chi cuadrado	9.358
Odd ratio	2.96
Intervalo de confianza 95%	1.45 – 6.03
Significancia	P = 0.002
Prueba exacta de Fisher	0.004
Coefficiente de correlación de Kendall	0.224
Riesgo relativo	1.5966

Presentando un valor de chi cuadrado de 9.358, a nivel de significancia del 5% con un  $p=0.002$ , comprobando la relación entre las variables. Además, se realizó el cálculo de la prueba exacta de Fisher para tablas de contingencia 2x2 para muestras pequeñas, se obtuvo que el valor de probabilidad para la hipótesis, fue de 0.004, el cual es menor de 0.05; por lo que se rechaza la hipótesis nula (ANEXO 08).

De igual manera, se calculó el valor del coeficiente de correlación de Kendall, obteniendo como valor 0.224, lo que nos indica que existe relación directa entre ambas variables y que dicha relación es baja (Anexo 09).

El riesgo de depresión ante la disfunción familiar es 2.96 veces mayor de presentarse, expresándose este mismo riesgo a nivel poblacional (OR: 2.96; RR: 1.5966; IC 95: 1.45-6.03) (ANEXO 09).

#### IV. DISCUSIÓN

La gestación, es un periodo frágil, en el cual pueden surgir muchas patologías por las diferentes condiciones que están sumergidas. Como se observa en los trabajos de Bonilla O. (9) que concluyó con una prevalencia de 4.02% y de Bao M, et al. (14) con 34.7% de su muestra presento depresión durante la gestación.

Las familias disfuncionales condicionan a muchos problemas en todas las etapas de la vida, y más aún cuando uno de sus miembros es joven y está a punto de traer una vida más a dicha unidad; constatando dicha dificultad en diferentes trabajos, como de Rivadeneira H. (6) que concluyo con 63% de la muestra estudiada presento disfunción familiar, de las cuales, el 58% eran gestantes con depresión. Calderón I. (7) estableció que el 65.5% de las gestantes con depresión tenían disfunción familiar.

También se puede observar dicha condición en trabajos realizados en Perú, como es el caso de Palomino E. (10) cuyo trabajo consto de 120 gestantes, cuyo grupo que presentaba depresión, el 32% registro en la encuestas que vivian inmersas en familias disfuncionales, estableciendo dicha relación con un IC 95% 1.22-3.94. Urreta M. (13) estableció el 48.7% de las gestantes en estudio vivían en familias disfuncionales, recalcando que dicha condición podría tener impacto en la psiquis de la gestante llevándola a presentar alteraciones emocionales. Angoma L, et al. (12) encontró la cifra más alta de disfunción familiar presente en las gestantes, correspondiente a un 90% de la muestra estudiada, siendo un factor de riesgo presente en dichos pacientes para influir en psiquismo de la paciente.

El presente trabajo, se buscó relacionar ambas condición, estableciendo mediante la aplicación de encuestas, que el 34.41% de las gestantes tenían depresión y que vivían en medio de familias disfuncionales ( $\chi^2=9.358$   $p=0.002$ , fisher=0.004) con 2.96 veces mayor el riesgo de depresión con dicho factor presente. Borda M, et al. (8) que el 19.2% de las gestantes presentaban depresión, y de ellas, el 31% tenían familias

disfuncionales, demostrando un riesgo de desarrollar dicha patología de 2.78 veces estando presente dicho factor de riesgo. Bonilla O. (9) determino un riesgo de 7 veces de desarrollar dicha patología durante la gestación.

Respecto a los estudios realizados en nuestro país, Palomino E. (10) estableció el 32% del grupo de casos, gestantes con depresión, tenía familias disfuncionales, con un riesgo de 2.31 veces de presentarse dicha patología. Mercado Y, et al. (11), el 30.1% de las gestantes que presentaron disfunción familiar, desarrollaron depresión; estableciendo como riesgo de desarrollo de dicha patología en familias disfuncionales de 2.81 veces mayor en familias funcionales. Comprobándose el efecto causal que tiene las familias disfuncionales sobre el estado psíquico de las gestantes, en cuanto al desarrollo de la depresión.

## V. CONCLUSIONES

- ❖ La disfunción familiar aumenta casi en tres veces el riesgo de desarrollar depresión en gestantes (OR=2.96 IC 95: 1.45 - 6.03).
- ❖ Las gestantes que presentaron depresión durante el embarazo, tienen dos veces más familias disfuncionales, que aquellas gestantes no tuvieron depresión durante su gestación. Según el grupo de casos, el 34.41% de gestantes tenían familias disfuncionales; respecto al grupo de control, el 15.05% de gestantes presentaban familias disfuncionales.
- ❖ Existe asociación positiva entre la disfunción familiar y el desarrollo de depresión en las gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca.

## **VI. RECOMENDACIONES**

La evaluación de la depresión y disfunción familiar debe de realizarse en cada consulta de la gestante, ampliándose dicha evaluación a familiares con quien vive; para poder mejorar las acciones en cuanto a la prevención y tratamiento.

El uso estandarizado de la escala de depresión de Edimburgo para embarazadas y posparto y APGAR familiar en todos los servicios de ginecología, obstetricia y psicología; para la detección precoz. Contar con la especialidad de psiquiatría, en caso sea necesario realizar una interconsulta para una mejor evaluación.

Se recomienda las consultas periódicas por psicología, gestante y familiares cercanos, para la enseñanza de estrategias y terapias con el fin de mejorar y/o mantener los vínculos familiares.

Se recomienda realizar mayores estudios con diferentes aspectos socioculturales, para incrementar la validez interna y la precisión.

El presente trabajo, para mejorar la estimación directa al cálculo del riesgo, obtener una mejor descripción de las experiencias subsiguientes a la exposición, una mejor evaluación de los efectos del factor en estudio y la disminución de las posibilidades de sesgos; se recomienda la realización de un estudio de cohorte.

## VII. REFERENCIAS

1. WHO. Media center [internet]. El embarazo en la adolescencia [en línea]. Suiza: World Health Organization; 2014 Septiembre [citado 29 de abril de 2017] Recuperado a partir de: <https://bit.ly/1EDJsP5>
2. Clifton D. Hervish A. El cuadro de datos de los jóvenes en el mundo de 2013 [internet]. Washington, USA: PRB; 2013 Julio [citado 29 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2LJfJef>
3. INEI. Las Adolescentes y su Comportamiento Reproductivo. Informe N° 2015-00157 [internet]. Lima, Perú: INEI; 2015 Enero [citado 29 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2uZijOy>
4. Jadresic E. Depresión en el Embarazo y Puerperio [internet]. Chile: Rev Chil Neuro-Psiquiat; 2010 Abril-Mayo [citado 15 de abril de 2017]; 48 (4): 269-278. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2wlbGU3>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Manual Básico de Obstetricia y Ginecología. Madrid, España: INGESA; 2013.
6. Rivadeneira H. Funcionalidad Familiar en las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Luxemburgo de la Ciudad de Macas, durante el periodo 2015 [tesis Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en internet]. [Ecuador]: Universidad de Azuay; 2016 [citado 20 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2MvJ4lY>
7. Calderón I, Inalbis C, Rodriguez O, Guisandes A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud [internet]. Santiago de Cuba, Cuba: Rev MEDISAN; 2014 Febrero-Abril [citado el 15 de abril del 2017]; 18(11):1523-1528. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2wmU1LM>
8. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, Staaden M, et. Al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús de Barranquilla (Colombia) [internet]. Colombia: Salud Uninorte; 2013. Julio-Octubre [citado el 15 de abril del 2017]; 29(3): 394-404. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2NddWnE>
9. Bonilla O. Madres Adolescentes: Perfil Epidemiológico y asociación con Transtornos Depresión, Ansiedad y Adaptativo [tesis título de Ginecología y

- Obstetricia en internet]. [Medellín, Colombia]: Universidad CES; 2009 [citado 18 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2w85Rdr>
10. Palomino E. Disfunción Familiar como Factor de Riesgo para el Embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza en el Periodo Enero-Febrero 2015 [tesis título de Médico Cirujano en internet]. [La Libertad, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015 [citado 15 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2NatNn4>
  11. Mercado Y, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal [tesis título en Obstetricia en internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012 [citado el 15 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2wmB1xb>
  12. Angoma L, Poccorpachi D. Funcionalidad Familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011 [tesis título en Obstetricia en internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011 [citado el 23 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2sYwWfa>
  13. Urreta M. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho [tesis título en Enfermería en internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008 [citado 15 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2rgAdj1>
  14. Bao M, Vega J, Saona P. Prevalencia de la Depresión durante la Gestación [internet]. Perú: Rev Neuropsiquiatr; 2010 Julio-Septiembre [citado el 23 de abril del 2017]; 73(3): 95-103. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2PqgfyF>
  15. MINSA. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven [internet]. Lima, Perú: Ministerio Nacional de Salud; 2013 Abril [citado 15 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2MvO4Hu>
  16. Secretaria Nacional de la Juventud. Informe Nacional de las Juventudes en el Perú 2015 [internet]. Lima, Perú: SENAJU; 2015 Diciembre [citado 15 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/1WUQyMu>
  17. Donas S, compilador. Adolescencia y Juventud en América Latina [internet]. Costa Rica: LUR; 2001 [citado 30 de abril de 2017]. Recuperado a partir de:

- <https://bit.ly/2aBaiRt>
18. Alvaro J, Ardid C, Bergere J, Blanch J, Blanco A, Codina N. Psicología social aplicada [internet]. Madrid, España: McGraw-Hill SA; 1996 [citado el 22 de junio del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2w6oLkT>
  19. Silva F, Dina M. Guía de cuidados en el embarazo [internet]. España: INGESA; 2011 [citado 30 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/1ojCwDZ>
  20. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C, Obstetricia. 6a ed. Argentina: Editorial El Ateneo; 2006.
  21. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong K. Williams. Obstetricia. 23a ed. Mexico: McGraw-Hill; 2011
  22. MINSa. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La Depresión [internet]. Lima, Perú: Ministerio Nacional de Salud; 2005 [citado 16 de junio del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2o2sMCL>
  23. MINSa. Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría [internet]. Lima, Perú: Ministerio Nacional de Salud; 2008 [citado 16 de junio del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Nb0Ozm>
  24. Toro G, Yepes R, Palacio A. Psiquiatría. 5a. ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.
  25. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [internet]. 10a. ed. Washington DC, USA: OMS-OPS; 2003 Abril [citado 30 de abril del 2017]. 1(554). Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2dl8H4o>
  26. Pichot P, López J, Valdés M, editores. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [internet]. España: MASSON; 1995 [citado 30 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2q6wsB8>
  27. Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas [internet]. Chile: Escuela de Salud Pública; 2012 Diciembre [citado 30 de abril del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/1kRnC7E>



28. Arias L, Domingo J, Ruiz C, Mora S, Dallos M, Erazo C, et al. Fundamentos en salud familiar [internet]. Colombia: ASCOFAME; 2008 [citado el 18 de junio del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2o21nRa>
29. Orpinas P, Rico A, Martínez L. Familia Latinas y jóvenes: Un compendio de herramientas de evaluación [internet]. Washintong DC, USA: OPS; 2013 [citado 19 de junio del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2wiI4GV>
30. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6a ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014; p. 42-43
31. Ruiz M. Manual de Estadística [internet]. España: Eumed.net; 2004 [citado 18 de octubre del 2016]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2wmg11>
32. Hervada X, Santiago I, Vázquez E. EPIDAT 3.1: Análisis epidemiológico de datos tabulados [internet]. Coruña, España: Xunta de Galicia; 2006 [citado 26 de junio del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2OZkOFD>
33. Cantín M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para la Investigación Médica en Seres Humanos. Revisado su última versión [internet]. Paris, Francia: Int J Med Surg Sci; 2014 Noviembre-Diciembre [citado el 14 de noviembre del 2016]; 1(4): 339-346. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2N8IJmN>

## **ANEXOS**

### **ANEXO 01**

#### **CRITERIOS PARA EL CIE-10**

- Cuadro depresivo:
  - Tiempo del episodio, menor de dos semanas.
  - No trastorno maniaco.
  - Causa de cuadro clínico, no por sustancias estimulantes u otros desórdenes mentales.
- Somatización:
  - Desinterés o no disfrutes por actividades que causan placer.
  - Mal humor o decaimiento al despertar; momento en que se manifiesta más el cuadro depresivo.
  - Pérdida peso en un mes mayor al 5%.
  - No expresa emociones por actividades o situaciones que lo hacían anteriormente.
  - Insomnio o despertar más temprano.
  - Disminución de la capacidad motora y habilidades mental.
  - Disminución de la libido.
  - Hiporexia o anorexia.
  - Fatigabilidad.

## Anexo 02

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DSM-IV PARA DEPRESIÓN

- Cumplir con cinco criterios como mínimo por dos semanas de presentación (Primero o segundo criterio debe de estar entre los cinco), la propuesta es la siguiente:
  - Estado afectivo deprimido.
  - Desinterés por actividades que disfrutaba anteriormente.
  - Peso y apetito debe de haber disminuido o aumentado.
  - Despertar más temprano o insomnio.
  - Disminución motora con fatigabilidad.
  - Descalifica o auto culpa por baja autoestima.
  - Energía para realizar actividades disminuye.
  - Habilidad resolutive y capacidad cognitiva disminuye.
  - Ideación suicida.
  
- No debe de presentar cuadros mixtos o combinados.
  
- Provoque incapacidad familiar, social, laboral u otros aspectos.
  
- No sustancias estimulantes u otra patología.
  
- La sintomatología no es mejor explicado por el duelo.

### Anexo 03

#### ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZADAS Y POSPARTO

<b>01</b> He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	a. Tanto como siempre	<b>0</b>
	b. No tanto ahora.	<b>1</b>
	c. Mucho menos ahora.	<b>2</b>
	d. No, nada.	<b>3</b>
<b>02</b> He disfrutado mirar hacia adelante.	a. Tanto como siempre	<b>0</b>
	b. Menos que antes.	<b>1</b>
	c. Mucho menos que antes.	<b>2</b>
	d. casi nada.	<b>3</b>
<b>03</b> Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente.	a. No, nunca.	<b>0</b>
	b. No, con mucha frecuencia.	<b>1</b>
	c. Si, a veces.	<b>2</b>
	d. Si, la mayor parte de veces.	<b>3</b>
<b>04</b> He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	a. No, nunca.	<b>0</b>
	b. Casi nunca.	<b>1</b>
	c. Si, a veces.	<b>2</b>
	d. Si, con mucha frecuencia.	<b>3</b>
<b>05</b> He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	a. No, nunca.	<b>0</b>
	b. No, no mucho.	<b>1</b>
	c. Si, a veces.	<b>2</b>
	d. Si, bastante.	<b>3</b>
<b>06</b> Las cosas me han estado abrumando.	a. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre.	<b>0</b>
	b. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien.	<b>1</b>
	c. Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.	<b>2</b>

		d. Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.	<b>3</b>
<b>07</b>	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	a. No, nunca.	<b>0</b>
		b. No, con mucha frecuencia.	<b>1</b>
		c. Si, a veces.	<b>2</b>
		d. Si, la mayor parte del tiempo.	<b>3</b>
<b>08</b>	Me he sentido triste o desgraciada.	a. No, nunca.	<b>0</b>
		b. No, con mucha frecuencia.	<b>1</b>
		c. Si, a veces.	<b>2</b>
		d. Si, la mayor parte del tiempo.	<b>3</b>
<b>09</b>	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	a. No, nunca.	<b>0</b>
		b. Sólo ocasionalmente.	<b>1</b>
		c. Si, bastante a menudo.	<b>2</b>
		d. Si, la mayor parte del tiempo.	<b>3</b>
<b>10</b>	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a. Nunca.	<b>0</b>
		b. Casi nunca.	<b>1</b>
		c. A veces.	<b>2</b>
		d. Si, bastante a menudo.	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>			
<b>SIN DEPRESIÓN</b>			<b>0-11</b>
<b>CON DEPRESIÓN</b>			<b>12 a más</b>

Fuente: Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas [internet]. Chile: Escuela de Salud Pública; 2012 Diciembre [citado 30 de abril del 2017]. Recuperado a partir de:

<https://bit.ly/1kRnC7E>

## ANEXO 04:

### APGAR FAMILIAR

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa?			
2. ¿Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas?			
3. ¿Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección?			
4. ¿Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor?			
5. ¿Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos?			
<b>TOTAL</b>			
<b>DISFUNCIONAL 0 – 6 PUNTOS</b>			
<b>FUNCIONAL 7 – 10 PUNTOS</b>			

Fuente: Orpinas P, Rico A, Martinez L. Familia Latinas y jovenes: Un compendio de herramientas de evaluación [internet]. Washintong DC, USA: OPS; 2013 [citado 19 de junio del 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2wil4GV>

## ANEXO 05

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### MATRIZ DE CONSISTENCIA PARA ELABORACIÓN DE DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: FIDEL EDWARD DÍAZ ORTIZ

FACULTAD/ESCUELA: FACULTAD DE MEDICINA

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA
PROBLEMA	¿La disfunción familiar es factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca?
HIPÓTESIS	H <sub>1</sub> : La disfunción familiar es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca.  H <sub>0</sub> : La disfunción familiar no es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca.
OBJETIVO GENERAL	Evaluar si la disfunción familiar es factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la frecuencia de depresión en gestantes con y sin disfunción familiar.</li> <li>• Comparar el riesgo entre los grupos de estudio.</li> </ul>
DISEÑO DEL ESTUDIO	Analítico de caso control.  V.I. ← V.D.
POBLACIÓN Y MUESTRA	POBLACIÓN: Gestantes de 18 a 29 años de edad cronológica atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca.  MUESTRA: 93 casos y 93 controles.
VARIABLES	Variable Independiente: Disfunción familiar.  Variable Dependiente: Depresión.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
DISFUNCIÓN FAMILIAR	La disfunción familiar, es la falta de unidad entre los miembros de la familia para poder hacer frente a los diferentes problemas que se presentan durante el proceso de la gestación. (28, 29)	Para la obtención de los datos, se realizará mediante la herramienta del APGAR familiar. (28, 29)  Los valores son: a) 7 – 10 puntos. b) 6 a menos puntos.	a) FUNCIONAL b) DISFUNCIONAL	Cualitativa nominal
DEPRESIÓN	La presente patología, depresión, es la afectación del estado afectivo de la persona, lo que dificulta a la gestante poder afrontar el nuevo reto de la concepción; conllevando a consecuencias tanto para ella como para el feto. (27)	La valoración se realizará mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo para Embarazadas y Postparto. (27)  Los puntos de corte son: a) 0 – 11 puntos. b) 12 a más puntos.	a) SIN DEPRESIÓN. b) CON DEPRESIÓN	Cualitativa nominal

MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	OR, intervalo de confianza al 95%, chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, coeficiente de correlación de Kendall
RESULTADOS	Se entrevistó y encuestó a 186 pacientes, 93 gestantes conformaron el grupo de casos, presentaban depresión; y el 34.41% de dicho grupo, presentaba disfunción familiar ( $\chi^2=9358$ , $F=0.004$ , $OR=2.96$ , $IC\ 95\%: 1.45 - 6.03$ ). El riesgo de desarrollo de depresión en pacientes con disfunción familiar era 2,96 veces mayor; la relación encontrada de las variables en estudio es baja ( $Kendall=0.224$ ).
CONCLUSIONES	La disfunción familiar es factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes jóvenes.  La disfunción familiar aumenta el riesgo de desarrollar depresión durante la gestación, en 2.96.



## ANEXO 06

### DESARROLLO DE MUESTRA

$$n = \frac{\left( Z_{\alpha/2} \sqrt{\left(1 + \frac{1}{r}\right) P(1 - P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_2(1 - P_2) + \frac{P_1(1 - P_1)}{r}} \right)^2}{(P_2 - P_1)^2}$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$Z_{\beta} = 0.842$$

$$P_1 = 31\% \text{ (referencia bibliográfica 8)}$$

$$P_2 = 13.913\% \text{ (Calculado por Epidat)}$$

$$\text{OR} = 2.78 \text{ (referencia bibliográfica 8)}$$

$$r = 1$$

$$P = \frac{P_2 + rP_1}{1+r} = \text{Promedio } P_1 \text{ y } P_2$$

n = 93 casos y 93 controles

n = 186 gestantes

## ANEXO 07

### CONSENTIMIENTO INFORMADO – PARTICIPACIÓN

#### **“DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA”**

Con la presente, nos dirigimos para hacerle conocedor de la aplicación de dos test: Escala de Depresión de Edimburgo para embarazadas y Postparto y APGAR Familiar; cuyos datos recolectados serán utilizados para la realización de la tesis “DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR, CAJAMARCA”. Siendo voluntaria su participación, y pudiendo retirarse en el momento en el que usted crea conveniente.

- Acepto voluntariamente participar en el presente estudio.
- Se me explico las actividades en que participaré:
  - Escala de depresión de Edimburgo, consta de 10 ítems.
  - APGAR Familiar, constituido por 5 ítems.
- Se me informó sobre los beneficios que se obtendrán con mi participación: Establecer la frecuencia de depresión en gestantes con y sin disfunción familiar.

---

FIRMA

ENTREVISTADO

---

FIRMA

INVESTIGADOR

AUTOR: Fidel Díaz Ortiz

## ANEXO 08

### PRUEBA DE INDEPENDENCIA DE CRITERIOS CHI CUADRADA Y PRUEBA EXACTA DE FISHER

#### HIPOTESIS.-

##### Hipótesis Nula:

La disfunción familiar no es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca.

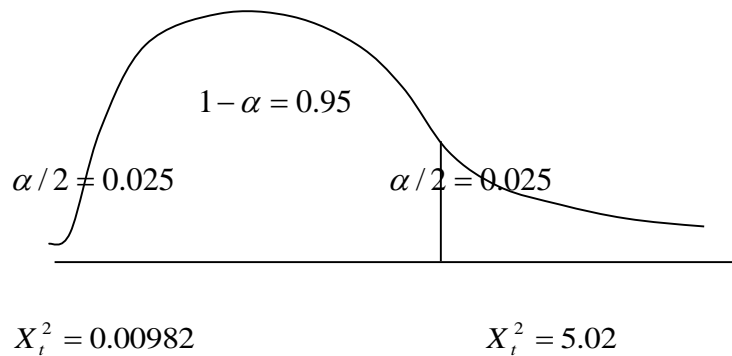
##### Hipótesis Alternativa:

La disfunción familiar es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en gestantes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar en el distrito de Cajamarca, Cajamarca.

**NIVEL DE SIGNIFICANCIA:**  $\alpha = 0.05$

**ESTADÍSTICA DE PRUEBA:** Chi cuadrado.  $X_C^2 = \frac{\sum (o - e)^2}{e} = 9.358$

#### REGIONES:



### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	<u>df</u>	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,358 <sup>a</sup>	1	,002		
Corrección de <u>continuidad</u> <sup>b</sup>	8,347	1	,004		
Razón de verosimilitud	9,556	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,004	,002
Asociación lineal por lineal	9,307	1	,002		
N de casos válidos	186				

Fuente: Encuestas aplicadas. Programa SPSS versión 24.0

## ANEXO 09

### CORRELACIÓN DE KENDALL

		Valor	Error estándar <u>asintótico<sup>a</sup></u>	<u>T aproximada<sup>b</sup></u>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,224	,069	3,139	,002
	Tau-c de Kendall	,194	,062	3,139	,002
N de casos válidos		186			

Fuente: Encuestas aplicadas. Programa SPSS versión 24.0

## ANEXO 10

### ODD RATIOS:

$$OR = \frac{a*d}{b*c} = \frac{a/b}{c/d}$$

$$OR = \frac{32*79}{14*61} = \frac{2528}{854} = 2.96$$

### RIESGO RELATIVO:

El riesgo relativo es una medida relativa del efecto porque indica cuánto más veces tiende a desarrollar el evento en el grupo de sujetos expuestos al factor de exposición o factor de riesgo en relación con el grupo no expuesto.

- El  $RR < 1$  indica que existe una asociación negativa, es decir, que no existe factor de **riesgo**
- El  $RR = 1$  indica que no hay asociación entre la presencia del factor de riesgo y el evento.
- El  $RR > 1$  indica que existe asociación positiva, es decir, que la presencia del factor de riesgo se asocia a una mayor frecuencia de suceder el evento

$$RR = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}} = \frac{\frac{32}{32+14}}{\frac{61}{61+79}} = \frac{0.69565}{0.43571} = 1.5966$$

### Intervalo de Confianza al 5% para el OR

Desviación Estándar

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{32} + \frac{1}{14} + \frac{1}{61} + \frac{1}{79}} = 0.3629$$

$$Z\sigma = 1.96 * 0.3629 = 0.7113$$

$$e^{Z\sigma} = e^{-0.7113} = 0.4911$$

$$e^{Z\sigma} = e^{+0.7113} = 2.0366$$

$$OR * e^{-Z\sigma} \leq Y \leq OR * e^{+Z\sigma}$$

$$2.96 * 0.4911 \leq Y \leq 2.96 * 2.0366$$

$$1.453656 \leq Y \leq 6.028336$$

### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para VAR00001 (1,00 / 2,00)	2,960	1,453	6,029
Para cohorte VAR00002 = 1,00	1,597	1,221	2,088
Para cohorte VAR00002 = 2,00	,539	,340	,855
N de casos válidos	186		

Fuente: Encuestas aplicadas. Programa SPSS versión 24.0