

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Disfunción familiar y Depresión postparto en
mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia del
Hospital Isidro Ayora, en el periodo 2021 – 2022.

Trabajo de Integración Curricular previo a la
obtención del título de Licenciada en
Psicología Clínica

AUTOR/A: Emily Camila Paredes Bravo

DIRECTOR: Psic. María Paula Torres Pozo, Mg.

LOJA – ECUADOR

2022

CERTIFICACIÓN

Psic. María Paula Torres Pozo, Mg.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de integración curricular “DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, EN EL PERIODO 2021 – 2022” de la autoría de la estudiante de la carrera de Psicología Clínica, EMILY CAMILA PAREDES BRAVO con número de cédula 1900858984. Por lo que, en cuanto a mi criterio personal y profesional el trabajo de integración curricular del estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, 03 de marzo de 2022.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

AUTORÍA

Yo, EMILY CAMILA PAREDES BRAVO declaro ser la autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a la Facultad de Salud Humana, así como a representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente apoyo y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Emily Camila Paredes Bravo

Número de Cédula: 1900858984

Fecha: 19 de abril de 2022

Teléfono: 0984342034

Correo Electrónico: emily.paredes@unl.edu.ec

Firma:

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, EMILY CAMILA PAREDES BRAVO, autora del trabajo de investigación: DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, EN EL PERIODO 2021 – 2022 autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 19 días del mes de abril del 2022, firma la autora.

Firma:

Autor: Emily Camila Paredes Bravo.

Cédula de identidad: 1900858984

Correo Electrónico: emily.paredes@unl.edu.ec

Celular: 0984342034

Dirección: Barrio Yaguarcuna. Calle Hualtacos y Arabiscos.

Datos complementarios:

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Psic. María Paula Torres Pozo, Mg.

Tribunal de Grado:

Presidente/a: Psc. Karina Rojas Carrión Mg. Sc.

Vocal: Psc. Cl. Mayra Medina Ayala Mg. Sc.

Vocal: Dr. Oscar Nole Bermeo Mg. Sc.

DEDICATORIA

El esfuerzo y la dedicación en una carrera es un ejemplo y consecuencia de las personas que están detrás. El esfuerzo realizado dentro de este trabajo de investigación va principalmente dedicado a mis padres, por el apoyo a mi educación y por ser los que siempre estuvieron conmigo. A mis hermanos, quienes me inspiran a ser un ejemplo para ellos y que, a pesar de nuestras diferencias, siempre me han demostrado que estarán junto a mí en los momentos felices y complicados de mi vida.

A Dios, porque en Él encontré la paz, abundancia, felicidad, fortaleza, amor y sabiduría; aspectos esenciales para hallar mi vocación, vencer los obstáculos y continuar este arduo camino hacia un futuro prometedor.

A mis docentes de la carrera, quienes incondicionalmente me apoyaron y vieron en mí aquella chispita que necesitaba solo un poco de motivación para encenderse y brillar con luz propia. Además, a todas las increíbles personas que conocí durante estos años de universidad y a los que se convirtieron en amigos, con quienes compartimos tantas experiencias que recordaré el resto de mi vida.

Emily Camila Paredes Bravo

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y la de toda mi familia.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen los Centros de Salud pertenecientes al Hospital Isidro Ayora, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de sus establecimientos.

Agradezco también a Pablo, mi pareja, quien estuvo apoyándome incontables veces durante el transcurso de mi carrera universitaria, dándome ánimos para no desfallecer y siendo consuelo en momentos de angustia y estrés.

A todos mis amigos, vecinos y futuros colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad. De forma muy especial agradezco a mi amiga Paola, la cual ha sido como mi hermana; le agradezco infinitamente por brindarme su apoyo incondicional durante el desarrollo de mi vida académica y este trabajo, por brindarme su tiempo y su hombro cuando necesité descansar o llorar.

De igual manera, mis agradecimientos a la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja y a mis profesores. En especial a la Mgtr. Mayra Medina, Mgtr. Karina Flores, Mgtr. Gabriela Rojas y Mgtr. María Paula Torres, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Emily Camila Paredes Bravo

ÍNDICE

HOJAS PRELIMINARES

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE.....	vii

CUERPO DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN	2
2.1 ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. CAPÍTULO I: Disfunción Familiar.....	8
4.1.1. Definición	8
4.1.2. Necesidades de la Familia	8
4.1.3. Funciones de la Familia	8
4.1.4. Características de una Familia Disfuncional	9
4.1.5. Causas de la Disfunción Familiar.....	9
4.1.6. Consecuencias de la Disfunción Familiar	10
4.2. CAPÍTULO II: Depresión Postparto	11
4.2.2. Definición	11
4.2.2. Clasificación de la depresión durante el embarazo	11
4.2.2.1. Tristeza Postparto	11
4.2.2.2. Depresión perinatal.....	12
4.2.3. Manifestaciones clínicas según el DSM-V.....	12

4.2.4. Trastorno en el vínculo Madre – Bebé	13
4.2.5. Causas de Depresión Postparto.....	14
4.2.5.1. Causas Emocionales	14
4.2.5.2. Causas Hormonales	14
4.2.6. Factores protectores y de riesgo	14
4.2.6.1. Factores Protectores.....	14
4.2.6.2. Factores de Riesgo.....	15
4.2.7. Efectos de la depresión materna en el niño pequeño.....	16
4.2.8. Tratamiento de la Depresión Postparto	16
4.2.8.1. Intervenciones Psicológicas.....	16
4.2.8.2. Otras estrategias terapéuticas.....	18
4.2.8.3. Medicamentos.....	19
4.2.8.4. Terapia Electroconvulsiva	19
4.2.8.5. Nuevas Terapias: Brexanolona	20
5. METODOLOGÍA.....	21
5.1. Diseño y tipo de investigación.....	21
5.1.1. Tipo de Estudio.....	21
5.1.2. Población	21
5.2. Técnicas e instrumentos.....	23
5.2.1. Cuestionario de Percepción Familiar – FFSIL	23
5.2.2. Escala de Depresión Postparto de Edimburgh –EPDS	24
5.3. Procedimiento.....	25
5.3.1. Primera Fase.	25
5.3.2. Segunda Fase.	25
5.3.3. Tercera Fase.....	25
5.3.4. Cuarta Fase.	25

6. RESULTADOS	26
6.1. Objetivo Específico 1.	26
6.1.1. Dimensiones del cuestionario de Disfuncionalidad Familiar.	27
6.2. Objetivo Específico 2.	28
6.2.1. Dimensión de la Escala de Depresión Postparto.	28
6.3. Objetivo General.....	29
6.4. Objetivo Específico 3.	30
7. DISCUSIÓN.....	42
8. CONCLUSIONES.....	44
9. RECOMENDACIONES	45
10. BIBLIOGRAFÍA	46
11. ANEXOS	49

TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población en los Centros de Salud.....	22
Tabla 2. Rango de edad de los participantes.	22
Tabla 3. Estado Civil de las participantes.....	23
Tabla 4. Niveles de Disfuncionalidad Familiar.	26
Tabla 5. Funcionalidad Familiar.....	26
Tabla 6. Dimensiones del FF-SIL.....	27
Tabla 7. Niveles de Depresión Postparto.....	28
Tabla 8. Presencia o ausencia de Depresión Postparto.....	28
Tabla 9. Riesgo Suicida	28
Tabla 10. Relación entre Disfuncionalidad Familiar y Depresión Postparto	29
Tabla 11. Pruebas de Correlación de Spearman	30

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Percepción Familiar	49
Anexo 2. Escala Postparto de Edimburgo	51
Anexo 3. Consentimiento Informado	53
Anexo 4. Oficio de aprobación y designación de director/a de trabajo de Integración Curricular	55
Anexo 5. Oficio de pertinencia en estructura y coherencia.	54
Anexo 6. Hoja de Decisión.....	56
Anexo 7. Certificación de la traducción del apartado Resumen.....	57

1 TÍTULO

Disfunción familiar y Depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Isidro Ayora, en el periodo 2021 – 2022.

2 RESUMEN

La familia en el postparto cumple un papel fundamental al brindar comodidad a la madre y el recién nacido, ser soporte emocional y socioeconómico, fomentar la recreación, entre otras necesidades. Es aquí donde la funcionalidad familiar cobra importancia, pues la reciente madre al percibir una familia funcional podría sentirse emocionalmente estable; sin embargo, si la familia presenta disfuncionalidad se podría incrementar o no el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Con este antecedente, la presente investigación tuvo como objetivos: determinar la relación entre disfuncionalidad familiar y depresión postparto; identificar y medir los niveles de disfuncionalidad familiar y depresión postparto; y diseñar una propuesta de prevención psicológica para aquellas madres que presenten disfunción familiar y depresión postparto. El estudio fue transversal, no experimental y cuantitativo, de alcance descriptivo y correlacional. Se aplicó el Cuestionario de Percepción Familiar y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, teniendo como muestra a 113 púerperas. Entre los resultados se evidencia que la minoría de participantes presentan disfuncionalidad familiar y la mayoría padecen depresión postparto; concluyendo que no existe una relación significativa entre ambas variables de estudio.

Palabras Clave: Funcionalidad familiar; Depresión postparto; Disfunción familiar.

2.1 ABSTRACT

The postpartum family plays a fundamental role by providing comfort to the mother and the newborn, being emotional and socioeconomic support, promoting recreation, among other needs. This is where family functionality becomes important, since the recent mother, perceiving a functional family, could feel emotionally stable; however, if the family is dysfunctional, the risk of developing depressive symptoms may or may not increase. With this background, the present investigation had as objectives: to determine the relationship between family dysfunction and postpartum depression; identify and measure levels of family dysfunction and postpartum depression; and design a psychological prevention proposal for those mothers who present family dysfunction and postpartum depression. The study was cross-sectional, non-experimental and quantitative, with a descriptive and correlational scope. The Family Perception Questionnaire and the Edinburgh Postpartum Depression Scale were applied, taking 113 puerperal women as a sample. Among the results, it is evident that the minority of participants present family dysfunction and most suffer from postpartum depression; concluding that there is no significant relationship between both study variables.

Keywords: Family functionality; Postpartum depression; Family dysfunction.

3 INTRODUCCIÓN

Una familia que no está en capacidad para proveer y satisfacer las necesidades emocionales y fisiológicas de sus integrantes, es una familia disfuncional; la falta de comunicación, escasa expresión de sus sentimientos, negativa a aceptar los problemas y las variadas formas de agresión que se pueden observar, son particularidades esenciales de este tipo de familia. (Macías, 2019)

Al no poder satisfacer este tipo de necesidades, se generan una serie de conflictos que suelen resolverse de modo agresivo, además que los niños no son escuchados y los adultos no dialogan entre sí; no se explican las razones de los límites, que en general son arbitrarios; se trata de compensar económicamente la falta de afecto y de tiempo compartido, y no se cuenta con proyectos comunes. (Definista, 2018)

Entre las características de una familia disfuncional, se puede destacar la existencia de violencia familiar, la dependencia emocional, los pensamientos de que la educación severa o muy laxa es correcta, etc. (Definista, 2018) Y aunque estas características son predictores de la disfuncionalidad, hay ciertas conductas que pueden considerarse causantes de la misma, entre estas podemos encontrar: problemas de vicios, falta de comunicación y la ausencia de afecto familiar. (Garello, 2019)

Cuando se es parte de una familia disfuncional, se pueden llegar a experimentar algunos “efectos inmediatos” que pueden acabar teniendo estragos en la personalidad y en la vida adulta de los hijos que han vivido en este ambiente. Algunos de estos efectos se relacionan directamente con el aislamiento social, el desarrollo de trastornos del comportamiento, la autocrítica excesiva, la baja autoestima, la ansiedad y depresión, y la dificultad para expresar pensamientos y sentimientos. (Otero, 2021)

Dentro de su estudio titulado “Disfunción Familiar y su influencia en las conductas de riesgo en una adolescente de 16 años”, Peña concluye que la disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales (fármaco-dependencia, embarazos, deserción escolar) y de salud (enfermedades de transmisión sexual, depresión, suicidio) dentro de sus miembros. (Peña, 2020)

Por tal razón y para efectos de esta investigación, el factor predisponente a tomar en cuenta es el embarazo, y más específicamente, la etapa que ocurre posterior a él, conocida también como postparto.

Dentro del periodo postparto, la nueva mamá puede llegar a tener sentimientos de tristeza, pérdida de interés y de ilusión por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteración del apetito y el sueño, y sentimientos de culpa al creer que no será una buena madre. (Roca et al., 2019) Tener estos sentimientos es normal y llegan a desaparecer luego algunas horas o días (máximo 6) posteriores al parto. Esta depresión es conocida como “Tristeza Postparto” o “Baby Blues”, y como los síntomas no son severos, la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, 2018) ha sugerido ciertas formas relativamente fáciles de controlarlos, entre ellas está el dormir bien, evitar estar demasiado tiempo a solas, hacer ejercicio o reducir la presión autoimpuesta.

Por otro lado, si esta tristeza se prolonga por mayor tiempo (más de 1 semana), la madre corre el riesgo de padecer una depresión postparto, la cual se acompaña con la afectación de las funciones maternas de autocuidado, lactancia, vinculación y crianza. (Roca et al., 2019) Dentro del abordaje clínico y manejo de la depresión postparto, el DSM-V menciona que se deben presentar 5 o más de los siguientes síntomas para que esta tristeza pueda ser considerada como depresión: humor depresivo, falta de interés o placer en actividades, alteración del sueño, pérdida/falta de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos excesivos de culpa, disminución de la concentración, e ideas suicidas. (Solano et al., 2019)

La Guía de Salud Mental Perinatal menciona que se han observado múltiples casos en que la depresión en la madre provoca la desaparición de los sentimientos maternos y de ternura normales para con su hijo, o bien que tenga pensamientos o acciones hostiles hacia el recién nacido, constituyendo un verdadero trastorno de la relación entre la madre y el bebé. A esto se le pueden sumar algunas otras manifestaciones, como, por ejemplo: sensación de futilidad y sentimiento de que no vale la pena vivir, mayor riesgo de abuso de sustancias ilegales o drogas, y un pobre cuidado prenatal; es decir, tiende a no cuidarse. (Salud, 2011)

Se ha determinado que no existe una sola causa de la depresión postparto, pero las cuestiones físicas y emocionales pueden contribuir en su aparición, puesto que, cuando la madre está con falta de sueño y abrumada, puede tener dificultades para manejar hasta los problemas menores. Además, después del parto, se da una caída dramática en los niveles de hormonas en el cuerpo, lo cual puede contribuir a la presencia de cansancio, pereza y depresión. (Farrugia, 2021)

Al igual que en muchos trastornos, la depresión postparto tiene ciertos factores que pueden llegar a ser tanto predictores, como preventivos. Dentro de los predictores se puede

encontrar los problemas conyugales, antecedentes de depresión, trastorno bipolar, situaciones estresantes durante el periodo perinatal, problemas para amamantar, etc.; mientras que, dentro de los factores preventivos, podemos encontrar los estilos cognitivos positivo, niveles elevados de autoestima materna, buenas relaciones de pareja y participación religiosa, la percepción materna de apoyo en tareas hogareñas y de crianza, y la alimentación del bebé con lactancia materna, principalmente en madres primerizas. (Castellón, 2012)

Durante el embarazo se producen cambios bioquímicos en el feto y éstos lo predisponen a tener ciertas dificultades en su organización conductual en la etapa postparto y a futuro. (Tiffany Field et al., 1984, como se citó en Salud, 2011) En los primeros meses de vida el niño tiene más frecuencia de llanto excesivo y persistente, así como dificultades con el dormir, despertándose más veces durante la noche y con dificultad para conciliar el sueño nuevamente. Todo esto podría hacer que la depresión e irritabilidad empeoren en ella, lo que puede originar interacciones negativas en un círculo vicioso que puede poner en riesgo al niño. (Murray et al., 1995; como se citó en Salud, 2011)

Una vez que la depresión se manifiesta, puede ser tratada de diversas maneras, dependiendo de la gravedad del caso y precisa de una intervención multidisciplinar especializada en el diseño y aplicación de un plan individualizado, basado en las evidencias científicas y en las necesidades maternas. Este equipo multidisciplinar puede ofrecer varias alternativas de tratamiento, de acuerdo a la necesidad de la paciente. (Salud, 2011) Dentro de las alternativas, se pueden destacar: la intervención psicológica, por medio del apoyo psicosocial, psicoterapia y algunas terapias complementarias; los medicamentos, como antidepresivos y estrógenos; la terapia electroconvulsiva; y algunas nuevas terapias farmacológicas, como la Brexanolona.

Es por tal razón que se planteó realizar esta investigación, con el objetivo de determinar la relación entre disfuncionalidad familiar y depresión postparto; identificar los niveles de disfunción familiar y depresión postparto; y diseñar una propuesta de prevención psicológica para aplicarla en las mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Dentro de la metodología, este estudio fue diseñado con un alcance descriptivo, de corte transversal y carácter no experimental, con enfoque cuantitativo, y correlacional. La población estudiada fue conformada por 113 madres; para determinar esta población, se utilizó la base de datos de las mujeres atendidas en el hospital y las derivaciones de los centros de salud a los que

pertenecen. Esta investigación ha sido viable, puesto que contó con los recursos necesarios, como: recursos bibliográficos, recursos humanos y recursos metodológicos.

Para finalizar, se logró determinar que la disfuncionalidad familiar puede dar lugar al desarrollo de una depresión luego del parto, misma que tiene una fuerte repercusión dentro del crecimiento y desarrollo de los recién nacidos. Por este motivo, el presente trabajo de investigación plantea este tema de suma importancia para el área de la salud, dentro de la cual se logró evidenciar por medio de las pruebas de Correlación de Spearman que no existe relación entre las variables de estudio, aunque si existe un débil grado de correlación entre las mismas.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 CAPÍTULO I: Disfunción Familiar

4.1.1 Definición

Familia disfuncional es aquella que no puede cubrir algunas de las necesidades materiales, educativas, afectivas o psicológicas de sus miembros, en especial de los niños. Esto dará origen a una serie de conflictos, que la hacen no funcional en la sociedad en la cual se encuentra. Este enfoque de familia disfuncional es considerado no apropiado para designar una problemática familiar y lo que sucede entonces, es que se debe denominar en todo caso, una familia conflictiva o con problemas. (Sebastián Méndez Errico, 2021)

Dentro de una familia disfuncional, los conflictos se resuelven de modo agresivo: gritos, golpes, etcétera; los niños no son escuchados, y los adultos no dialogan entre sí; no hay acuerdo entre los padres con respecto a las normas a imponer; no se explican las razones de los límites, que en general son arbitrarios; se trata de compensar económicamente la falta de afecto y de tiempo compartido, y no se cuenta con proyectos comunes. (Definista, 2018)

4.1.2 Necesidades de la Familia

- Necesidad de tener: Refiriéndose a lo material, son los aspectos económicos y educativos necesarios para vivir.
- Necesidad de relación: La familia enseña a socializarse, comunicarse con los demás, querer, sentirse querido, etcétera.
- Necesidad de ser: La familia debe proporcionar al individuo un sentido de identidad y autonomía de unos mismo.

Según la literatura, una de las necesidades que más peso tiene es la fase socializadora de la familia, pues gracias a este proceso, las personas adquirimos los valores y las conductas o normas que son más aceptables en la sociedad en que vivimos. (FIEX, 2020)

4.1.3 Funciones de la Familia

- Función Biológica: Se satisface el apetito sexual del hombre y de la mujer, además de la reproducción humana.
- Función Educativa: Tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- Función Económica: Se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud y ropa.

- Función Solidaria: Se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- Función Protectora: Se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

La familia es en sí el primer grupo social al que pertenecemos, pues en todas las culturas antiguas y actuales, se constituye como el pilar de la formación de la sociedad (Landázuri, 2015)

4.1.4 Características de una Familia Disfuncional

Definista, (2018) menciona que en general, una pareja o familia disfuncional tiene las siguientes características:

- Existencia de violencia familiar.
- Inmadurez de los padres.
- Dependencia emocional.
- Adicciones a sustancias y alcohol.
- Problemas de salud mental.
- Actividades criminales de los padres.
- Problemas en la familia debido a situaciones de relaciones conflictivas entre sus miembros.
- Educación demasiado severa o muy laxa.

4.1.5 Causas de la Disfunción Familiar

La disfuncionalidad familiar se da como resultado de un proceso en donde ciertas conductas negativas hacen posible que esta se genere (Garello, 2019). Entre esas conductas están:

- Problemas de vicios. Uno o alguno de los miembros del grupo familiar es adicto a las drogas o presenta problemas de alcohol, con todos los problemas que esto acarrea.
- Falta de comunicación. Cada quien anda en su mundo y no les interesa lo que sucede en el de los demás. Los padres no hablan con sus hijos y estos en consecuencia no les manifiestan sus inquietudes o necesidades emocionales, aunque sí aquellos materiales.
- Control excesivo. Uno o ambos progenitores llevan el control a niveles extremos, coartando inclusive derechos básicos o exigiendo mucho más de lo razonablemente entendible.

- Abusos en cualquiera de sus manifestaciones. Los abusos propician conductas rebeldes en los hijos que eventualmente pueden llegar a ocasionar violencia, cuando uno o algunos de los abusados deciden ponerle fin a la situación.
- Ausencia de afecto familiar. Los miembros de la familia no se quieren o se inhiben de poner de manifiesto ese afecto.

El problema con las familias disfuncionales, es que probablemente los hijos también tendrán sus propias familias disfuncionales; de no tomarse a tiempo los correctivos necesarios.

4.1.6 Consecuencias de la Disfunción Familiar

Existen algunos efectos inmediatos de vivir en una familia disfuncional. Muchas de las consecuencias de estos entornos acaban teniendo estragos en la personalidad y en la vida adulta de los hijos que han vivido en este ambiente.

Citando a Otero, estas son algunas de las secuelas que puede comportar estar en una familia disfuncional (Otero, 2021):

- Aislamiento social. Una familia desestructurada tiene consecuencias en las relaciones dentro y fuera del entorno familiar.
- Desarrollo de trastornos del comportamiento. En muchos casos convivir en un entorno lleno de actitudes tóxicas puede llevar a desarrollar un trastorno del comportamiento. Esto es debido al constante estrés y negatividad que se puede vivir dentro de una familia desestructurada o disfuncional.
- Exceso de autocritica. Las familias desestructuradas pueden tener una actitud muy crítica hacia sus hijos. Esto provoca que los niños acaben desarrollando un diálogo interno muy crítico hacia sí mismos.
- Baja autoestima. Vivir en una familia disfuncional es sinónimo de acabar padeciendo una baja autoestima a causa de las críticas, el exceso de control, o los problemas relacionados con este entorno.
- Ansiedad y depresión. En las familias desestructuradas, el exceso de estrés y la negatividad pueden conllevar ciertos estragos en la salud mental de cada uno de sus miembros. Es por ello, que es muy probable que acabe derivando en ansiedad y depresión.
- Dificultad para expresar pensamientos y sentimientos. Estar en una familia desestructurada tiene consecuencias en las formas en las que te relacionas con los demás. Al no haber fomentado una actitud buena hacia la comunicación, muchas

personas acaban teniendo problemas en expresar sus pensamientos y sentimientos.
(pág. 4-5)

4.2 CAPÍTULO II: Depresión Postparto

4.2.1 Definición

La Depresión Postparto (DPP) es una de las enfermedades maternas más comunes que puede aparecer semanas después del parto o durante los primeros 12 meses postparto. Se caracteriza por la presencia de un estado mantenido de tristeza, pérdida de interés y de ilusión por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteración del apetito y el sueño y sentimientos de culpa por no ser una buena madre. Este estado se acompaña con la afectación de las funciones maternas de autocuidado, lactancia, vinculación y crianza. (Roca et al., 2019)

Otra definición dada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos menciona a la depresión postparto como un estado de desánimo o decaimiento que puede pasar de un nivel moderado a intenso en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto. (Medicina, 2021)

4.2.2 Clasificación de la depresión durante el embarazo

Según la Academia Americana de Pediatría, la depresión durante y después del embarazo por lo general se divide en las siguientes categorías (American Academy of Pediatrics, 2018):

4.2.2.1 Tristeza Postparto

Se estima que del 50% al 80% de las madres sufren "tristeza postparto". Para la mayoría es algo temporal, pues por lo general, desaparece en unos días y puede durar hasta 2 semanas después del parto.

Generalmente los síntomas no son severos y existen formas relativamente fáciles de controlarlos: (American Academy of Pediatrics, 2018)

- Dormir bien. Se recomienda tomar una siesta mientras el bebé duerme.
- Liberarse de la presión autoimpuesta.
- Evitar pasar demasiado tiempo sola.
- Pedir ayuda y apoyo a su pareja o a sus familiares y amigos.
- Unirse a un grupo de apoyo para madres nuevas.

- Hacer suficiente ejercicio.

4.2.2.2 Depresión perinatal

Esta abarca la depresión prenatal (durante el embarazo) y la depresión postparto (durante el primer año después del parto) y se presenta en 1 de cada 5 mujeres. Los síntomas duran más tiempo que los de la "tristeza postparto" y son más severos.

Las mujeres en periodo perinatal que se sientan abrumadas, frustradas, ansiosas y con ganas de llorar persistente o deprimidas deben consultar con sus médicos de inmediato para obtener ayuda, y en algunos casos, tratamiento si fuera necesario. Los síntomas de la depresión perinatal pueden ser de leves a severos. Pueden abarcar los mismos síntomas de la tristeza postparto, pero pueden también incluir:

- Dormir demasiado o no poder dormir
- Carencia del disfrute de la vida
- Entumecimiento emocional
- Problemas para concentrarse, recordar cosas y tomar decisiones
- Falta de interés del cuidado personal
- No sentir ganas de hacer tareas cotidianas
- Alejarse de familiares y amigos
- Pérdida de interés o sensibilidad sexual

Existen tratamientos eficaces para la depresión perinatal. Con frecuencia el tratamiento consta de una combinación de medicamentos antidepresivos, terapia de comunicación y recursos de ayuda disponibles en la comunidad. Muchas mujeres no se someten a tratamiento a pesar de su eficacia, puesto que les preocupa el riesgo que los medicamentos antidepresivos puedan tener para la salud del bebé. (American Academy of Pediatrics, 2018)

4.2.3 Manifestaciones clínicas según el DSM-V

Dentro del abordaje clínico y manejo de la depresión postparto, se deben presentar 5 o más de los siguientes síntomas (que pueden estar presentes durante todo el día, casi todos los días, por al menos 2 semanas) (Solano et al., 2019):

- Humor depresivo: Se presenta comúnmente 4-5 días después del parto conocido como "baby blues", que puede durar de horas a días, pero no sobrepasa las 2 semanas, si sobrepasa las 2 semanas se conoce entonces como depresión postparto.

- Falta de interés o placer en actividades: Es infrecuente que se presente después del nacimiento, cabe recalcar que se debe prestar atención ante la presencia de anhedonia, que es sugestivo de depresión postparto.
- Alteración del sueño: Es común debido a cuidados que se deben brindar al recién nacido. Pero la imposibilidad de conciliar el sueño cuando el recién nacido duerme o incapacidad de cuidar de él por consecuencia de hipersomnia, se debe sospechar de depresión postparto.
- Pérdida/falta de energía: Es común a causa de privación del sueño por cuidado del recién nacido, pero se debe sospechar si continua a pesar del adecuado sueño y siestas de la madre.
- Agitación o retraso psicomotor: Sospechar si hay enlentecimiento al hablar o incapacidad de permanecer sentada en un mismo lugar.
- Sentimientos excesivos de culpa: Es infrecuente posterior al parto, por lo que se debe sospechar de depresión postparto ante sentimientos de fracaso, decepción o culpa.
- Disminución de la concentración: Frecuentemente asociado por falta de sueño, en contraste, si la madre logra conciliar el sueño y presenta inhabilidad de toma de decisiones y pérdida de continuidad del pensamiento, sospechar depresión postparto.
- Ideas suicidas: Pensamientos como, “desearía no despertar más” o “mi bebe estaría mucho mejor sin mí”, intentos, como también deseos o plan de terminar su vida.

4.2.4 Trastorno en el vínculo Madre – Bebé

La Guía de Salud Mental Perinatal (Salud, 2011) menciona que se han observado múltiples casos en que la depresión en la madre provoca la desaparición de los sentimientos maternales y de ternura normales para con su hijo, o bien que tenga pensamientos o acciones hostiles hacia el recién nacido, constituyendo un verdadero trastorno de la relación entre la madre y el bebé.

En algunas culturas menos occidentalizadas la fenomenología de la depresión puede ser distinta. Si se les pregunta a las mujeres si se sienten tristes o culpables niegan estos sentimientos; no hay autorreproches ni sensación de culpa intensa. En algunos grupos sociales se utilizan palabras como “agotamiento” o “cansancio” para indicar el equivalente de un estado depresivo. Esta respuesta se añade a la frustración que ella ya está sufriendo, pues se siente incomprendida y es incapaz de salir de su estado depresivo sólo con “fuerza de voluntad”.

Existen algunas manifestaciones adicionales que pueden presentarse:

- Cuando la depresión es grave la madre puede experimentar una sensación de futilidad y sentimiento de que no vale la pena vivir, y por lo tanto ayudaría a su niño si ambos murieran. Los casos de infanticidio son raros cuando la mujer sólo está deprimida y no psicótica, pero el clínico debe tenerlo siempre en consideración.
- La mujer deprimida tendrá un mayor riesgo de abuso de sustancias ilegales o drogas, de alcohol, y un pobre cuidado prenatal; es decir, tiende a no cuidarse.
- La baja ingesta de comida y el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebé y su crecimiento in útero.

4.2.5 Causas de Depresión Postparto

No existe una sola causa de la depresión postparto, pero las cuestiones físicas y emocionales pueden contribuir en su aparición. (Farrugia, 2021)

4.2.5.1 Causas Emocionales

Cuando la madre está con falta de sueño y abrumada, puede tener problemas para manejar hasta los problemas menores. Es probable que se encuentre ansiosa acerca de su capacidad para brindar cuidados a un recién nacido. Puede sentirse menos atractiva, enfrentar su sentido de identidad o sentir que ha perdido el control de su vida. Cualquiera de estos problemas puede contribuir a la depresión postparto. (Farrugia, 2021)

4.2.5.2 Causas Hormonales

Después del parto, una caída dramática en los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en el cuerpo puede contribuir a la depresión postparto. Otras hormonas producidas por la glándula tiroides también pueden bajar marcadamente, lo que puede provocar que la madre sienta cansancio, pereza y depresión. (Farrugia, 2021)

4.2.6 Factores protectores y de riesgo

4.2.6.1 Factores Protectores

La Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología (Castellón, 2012) ha descrito una serie de factores protectores asociados a disminuir el riesgo de Depresión Postparto. Entre ellos se encuentran:

- Los estilos cognitivos positivos.
- Los niveles elevados de autoestima materna.

- Las buenas relaciones de pareja y participación religiosa, que ayudarían a afrontar el estrés inicial de la maternidad.
- La percepción materna de apoyo en tareas hogareñas y de crianza ya que la disponibilidad y el uso efectivo de redes de apoyo social.
- La alimentación del bebé con lactancia materna, principalmente en madres primerizas.

4.2.6.2 Factores de Riesgo

Del mismo modo, la revista antes mencionada nos dice que una madre primeriza puede experimentar depresión postparto (Castellón, 2012) . Sin embargo, el riesgo aumenta si la madre reúne alguna de estas características:

- Tiene antecedentes de depresión, ya sea durante el embarazo o en otros momentos.
- Tiene trastorno bipolar.
- Tuvo depresión postparto después de un embarazo anterior.
- Algún miembro de su familia tuvo depresión u otros trastornos del estado de ánimo.
- La madre pasó por momentos estresantes durante el año anterior.
- El bebé tiene problemas de salud u otras necesidades especiales.
- Tiene mellizos, trillizos o tuvo otro parto múltiple.
- Tiene problemas para amamantar.
- Tiene problemas en la relación con el cónyuge o pareja.
- Tiene un sistema de apoyo insuficiente.
- Tiene problemas económicos.
- Fue un embarazo no planificado o no deseado.
- El cese brusco o la corta duración de la alimentación del bebé con lactancia materna.

Así también, la Guía de Salud Mental Perinatal (Salud, 2011) nos ofrece algunos factores de riesgo que son importantes dentro del desarrollo de esta depresión:

- No tener un compañero o ser madre soltera.
- Antecedentes de pérdidas tempranas.

- Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia.
- Aislamiento social.
- Factores de estrés socioeconómico.
- Atención de otros niños pequeños en su hogar.
- Mala relación con los padres o separaciones prolongadas (pérdida de uno o ambos padres en la infancia).
- Episodios depresivos previos.

4.2.7 Efectos de la depresión materna en el niño pequeño

La depresión durante el embarazo produce cambios bioquímicos en el feto y éstos lo predisponen a tener ciertas dificultades en su organización conductual en la etapa postparto y a futuro. También han informado que los bebés de alrededor de tres meses de mujeres con depresión postparto parecen “más deprimidos” que los niños de madres sin depresión. (Tiffany Field et al., 1984, como se citó en Salud, 2011)

Así también, se ha encontrado que muchas mujeres con depresión postparto ya habían estado deprimidas durante el embarazo, sugiriendo que podría haber un impacto en el niño ya desde la etapa intrauterina. En los primeros meses de vida el niño tiene más frecuencia de llanto excesivo y persistente, así como dificultades con el dormir, despertándose más veces durante la noche y con dificultad para conciliar el sueño nuevamente. Todo esto podría hacer que la depresión e irritabilidad empeoren en ella, lo que puede originar interacciones negativas en un círculo vicioso que puede poner en riesgo al niño. (Murray et al., 1995, como se citó en Salud, 2011)

4.2.8 Tratamiento de la Depresión Postparto

La Guía de Salud Mental Perinatal menciona que el tratamiento de la depresión postparto precisa de una intervención por un equipo multidisciplinar especializado en el diseño y aplicación de un plan individualizado, basado en las evidencias científicas y en las necesidades maternas. (Salud, 2011)

4.2.8.1 Intervenciones Psicológicas

La Guía de Salud Mental Perinatal (Salud, 2011) menciona que las principales formas de intervención psicológica son:

- Apoyo psicosocial a la mujer y/o familia.

- Alguna forma de psicoterapia, por ejemplo, la psicoterapia interpersonal o la cognoscitivo conductual, que han sido las más estudiadas.
- Terapias complementarias o alternativas.

4.2.8.1.1 Apoyo Psicosocial

El apoyo psicosocial se refiere a las acciones que satisfacen las necesidades psicológicas y sociales de los individuos, las familias y las comunidades. La dimensión psicológica incluye procesos emocionales y de pensamiento, sentimientos y reacciones, mientras que la dimensión social incluye relaciones, redes familiares y comunitarias, valores sociales y prácticas culturales. (Acción, 2022)

Por ende, los métodos de intervención suelen ser eficaces cuando la depresión no es muy grave y la embarazada o recién parida no se encuentra “paralizada” por la depresión, o se siente totalmente incapaz de hacer frente a la situación. El clínico puede ayudar a la mujer deprimida a buscar oportunidades de estar con otras personas, visitar o ser visitada por seres queridos, lograr que éstos le den apoyo y que le brinden ayuda práctica. Se requiere que la paciente no tenga temor de ser “dependiente” de otros de manera temporal. (Salud, 2011)

4.2.8.1.1.1 Psicoterapia de Apoyo

Es una técnica que utiliza una serie de recursos destinados a restituir o reforzar las defensas del yo en pacientes cuyo marco de referencia perceptivo se encuentra mal integrado, enseñándole a enfrentar con éxito sus problemas emocionales. Su objetivo básico es que el paciente retorne a un nivel de equilibrio emocional, a través de la reducción de los síntomas que le generan ansiedad. (Pérez, s/f)

Muchos profesionales de atención primaria, como obstetras, enfermeras, pediatras, etc., hacen intervenciones de salud mental al escuchar, contener y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes es muy importante ser escuchadas y tener la sensación de que alguien entiende por lo que están pasando, lo que en sí ya representa un elemento terapéutico. Esta forma de apoyo tiene como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacerle frente. (Salud, 2011)

4.2.8.1.2 Psicoterapia Interpersonal

Se basa en la noción de que la vida de las personas se ordena en relación a “vínculos”. Estos vínculos, aparte de establecerse con otras personas, también pueden

desarrollarse con lugares, con el trabajo, o con las propias metas u objetivos vitales. (PyDeSalud, 2014)

El terapeuta se enfoca en el estilo de relaciones de la persona y la ayuda a encontrar una red de apoyo. Se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer debido a la transición a la maternidad. Se exploran las nuevas demandas que habrá sobre ella y cómo repercutirán en su vida, cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé. La terapia tiene un enfoque en el “aquí y ahora” y se requiere que el terapeuta no dude en dar consejos y sugerencias a la mujer de cómo enfrentar su situación. (Salud, 2011)

4.2.8.1.3 *Psicoterapia Cognitivo Conductual*

La terapia cognitiva conductual ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que se puedan visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva. Es una herramienta muy útil, ya sea sola o en combinación con otras terapias, para tratar los trastornos de salud mental, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o un trastorno de la alimentación. (Clinic, 2021)

Durante las sesiones, el foco se centra en situaciones concretas y en los síntomas de la paciente, con lo que el terapeuta ayuda a la mujer a notar estas distorsiones en su pensamiento y a etiquetarlas como lo que son, alteraciones que no tienen base en la realidad. El terapeuta suele asignarle tareas a la paciente para que continúe identificando fuera de las sesiones cuáles son sus reacciones, sus distorsiones y los “pensamientos negativos” o falsos. Otras actividades son disminuir su aislamiento, dar oportunidad a otros de ayudarla, enseñarla a pedir ayuda y a confiar en los demás, etcétera. (Salud, 2011)

4.2.8.2 *Otras estrategias terapéuticas*

La Guía de Salud Mental Perinatal (Salud, 2011) menciona que, ninguno de los siguientes tratamientos puede recomendarse como monoterapia, sino más bien como estrategias complementarias, a pesar de que varios de estos métodos han mostrado ser prometedores.

4.2.8.2.1 *Masaje terapéutico*

El masaje posee un efecto terapéutico tranquilizante y produce cambios bioquímicos que pueden aliviar la depresión. Puede practicarlo un masajista o en su

defecto el esposo, la madre u otra persona adulta a quien se le pueda capacitar para este propósito. (Salud, 2011)

4.2.8.2.2 Fototerapia

Se ha demostrado que la eficacia de la fototerapia con luz brillante para la depresión no estacional es semejante a la del uso de medicamentos antidepresivos. Puede intentarse con cualquier mujer deprimida, aunque la depresión no sea de tipo estacional, y puede ser una alternativa útil en la embarazada y en la etapa postparto. La estimulación luminosa puede producir cambios bioquímicos en el cerebro que aumentan el nivel de neurotransmisores, elevando el estado de ánimo. Para su aplicación suele ser necesaria una lámpara de suficiente intensidad y luz blanca. (Salud, 2011)

4.2.8.2.3 Apoyo de pares

Se han creado modelos de apoyo psicosocial “de madre a madre” o de grupos de autoayuda. La evidencia sobre su eficacia es equívoca, aunque se ha sugerido que las mujeres deprimidas tal vez prefieran la compañía de otras personas deprimidas en vez de hacerlo con personas no deprimidas, quienes podrían hacerlas sentirse peor; es decir, por considerar lo diferentes que son de las personas no deprimidas. (Salud, 2011)

4.2.8.3 Medicamentos

Los medicamentos para tratar la depresión postparto incluyen:

- Antidepresivos. Han sido utilizados para tratar muchos tipos de depresión, incluida la depresión postparto. Algunos tienen efectos secundarios, como sequedad en la boca o aumento de peso, y algunos no son seguros de tomar si está amamantando.
- Estrógeno. Esta hormona tiene una función importante en el ciclo menstrual y embarazo. Durante el parto, la cantidad de estrógeno del cuerpo cae rápidamente. (Arbat & Danis Carreras, 2019)

4.2.8.4 Terapia Electroconvulsiva

Si la depresión postparto es grave y la paciente sufre de psicosis postparto, se puede recomendar la terapia electroconvulsiva. Es un procedimiento en el que pequeñas corrientes eléctricas se transmiten al cerebro y así se provoca intencionalmente una convulsión breve. Al parecer, la terapia convulsiva produce cambios en la química del

cerebro que pueden reducir los síntomas de la psicosis y la depresión, en especial cuando otros tratamientos no han sido efectivos. (Rocañin, 2018)

4.2.8.5 Nuevas Terapias: Brexanolona

La brexanolona es un nuevo fármaco con indicación específica para el tratamiento de la Depresión Postparto pendiente de ser aprobado por la agencia estadounidense reguladora del medicamento (FDA). Esta fórmula intravenosa del alopregnanolona, disminuye de forma rápida los síntomas de la depresión postparto moderada-grave en comparación con el placebo. Una de las características principales de este tratamiento es la rapidez de acción ya que se nota mejoría a partir de las 48-60 horas de administración. (Salud, 2011)

5 METODOLOGÍA

5.1 Diseño y tipo de investigación

El presente estudio investigativo se caracteriza por su validez y confiabilidad, respecto de los datos que se lograron medir de acuerdo a los objetivos planteados:

Objetivo General

Determinar la relación entre la Disfunción Familiar y la Depresión Postparto en mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora, periodo 2021 – 2022.

Objetivos Específicos

Identificar Disfunción Familiar en las mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia, mediante la aplicación de la prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

Medir Depresión Postparto en las mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia, mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo (EPDS).

Diseñar una propuesta de prevención psicológica para aquellas madres que presenten disfunción familiar y depresión postparto.

5.1.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es de corte transversal y carácter no experimental, debido a que no se llegó a manipular las variables y la recolección de los datos fue realizada en un segmento de tiempo determinado durante el periodo académico 2021-2022, con el fin de medir y caracterizar la situación en este tiempo específico; su alcance es descriptivo, puesto que se buscó describir los niveles de disfunción familiar y la depresión postparto. Además, el tipo de enfoque es cuantitativo, ya que se recolectaron los datos con base en la medición numérica que proporcionan los reactivos o test psicológicos utilizados y el análisis estadístico. Para concluir, es considerada como correlacional porque se indagó sobre la posible relación existente entre las principales variables de estudio referentes a la Disfunción Familiar y la Depresión Postparto.

5.1.2 Población

La población estudiada fue conformada por 113 madres, las cuales recibieron atención en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora, durante el último trimestre del año 2021. Es importante mencionar que, para determinar esta población, se utilizó la base de datos

de las mujeres atendidas en el hospital, y las derivaciones de los centros de salud a los que pertenecen.

5.1.2.1 Tabla 1.

Distribución de la población en los Centros de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud Universitario de Motupe	52	46,0
Centro de Salud N°1	20	17,7
Centro de Salud N°2	25	22,1
Centro de Salud N°3	16	14,2
Total	113	100,0

Fuente: Base de datos y derivaciones de las mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora.

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

El 46% de las mujeres son atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe, el 17.7% asisten al Centro de Salud N°1, el 22.1% asisten al Centro de Salud N°2 y, por último, el 14.2% al Centro de Salud N°3.

5.1.2.2 Tabla 2.

Rango de Edad de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia	9	8,0
Juventud	55	48,7
Adultez	49	43,4
Total	113	100,0

Fuente: Base de datos y derivaciones de las mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora.

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

El 8% de las mujeres permanecen a la etapa de adolescencia, comprendida entre los 12 a 19 años; el 48.7% es parte de la etapa de la Juventud, la cual está conformada por madres de

entre 20 y 29 años; y, por último, nos encontramos con el 43.4% correspondiente a la etapa de Adulthood, la se corresponde a las edades de 30 a 59 años.

5.1.2.3 Tabla 3.

Estado Civil de las participantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Madre Soltera	24	21,2
Casada	25	22,1
Divorciada	29	25,7
Viuda	25	22,1
Unión Libre	10	8,8
Total	113	100,0

Fuente: Base de datos y derivaciones de las mujeres atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Isidro Ayora.

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

El 21.2% corresponde a madres solteras; el 22.1% está actualmente casada y viviendo con su esposo; el 25.7% son mujeres divorciadas; el 22.1% son mujeres viudas; y por último se encuentra a aquellas mujeres que permanecen en Unión Libre, las cuales corresponden al 8.8% de la población.

5.2 Técnicas e instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron aplicados a 113 madres en periodo Postparto que fueron derivadas al servicio de ginecología del Hospital Isidro Ayora por los diferentes Centros de Salud de la ciudad de Loja.

5.2.1 Cuestionario de Percepción Familiar – FFSIL

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, teniendo un total de 14 preguntas con la opción de elegir su respuesta entre 5 posibles, donde: uno es “casi nunca”, dos es “pocas veces”, tres es “a veces”, cuatro es “muchas veces” y cinco es “casi siempre”; correspondiendo 2 preguntas para cada una de las 7 variables/dimensiones que mide el instrumento. (Anexo 1)

Respecto a las siete dimensiones del cuestionario, podemos mencionar que:

- Cohesión se refiere a la unión familiar física y emocional tras enfrentar diferentes situaciones y tomar decisiones ante tareas cotidianas.
- Armonía se refiere a la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación hace referencia a la capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad se refiere a la capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad se refiere a la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Roles hace referencia al hecho que cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad se refiere a la habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen un sistema de puntos, el cual nos permite obtener el nivel de funcionalidad familiar presente.

5.2.2 Escala de Depresión Postparto de Edimburgh –EPDS

La escala se compone de 10 afirmaciones con la opción de elegir su respuesta de acuerdo al estado de ánimo de la participante y en donde las preguntas se relacionan con la habilidad para reír, gozar el futuro, sentimientos de culpa, ansiedad, preocupación constante, tristeza, llanto inconsolable, dificultad para dormir y riesgo suicida. El estado de ánimo que se registra va de acuerdo a como la participante se ha sentido durante las dos últimas semanas previas a la evaluación.

Esta escala no detecta a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad, pero ayuda a determinar si la madre padece riesgo suicida y su nivel de gravedad. La valoración es considerada como riesgosa cuando la participante marca cualquier casilla distinta de cero en la pregunta 10, y cuando se presenta, es necesario que sea referida de manera urgente con un psiquiatra para su valoración

5.3 Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo a través de diferentes fases.

5.3.1 Primera Fase.

Para el establecimiento de la muestra se consideraron ciertos criterios de inclusión, entre ellos, que las participantes sean mujeres que hayan dado a luz durante el último trimestre del año 2021 y accedan voluntariamente a participar de la investigación.

5.3.2 Segunda Fase.

Se realizó un primer acercamiento con las mujeres que acudieron a los Centros de Salud, con el propósito de informarles sobre la presente investigación y la importancia de su participación voluntaria. En esta fase aceptaron su participación a través de un consentimiento informado (Anexo 3) debido a la confidencialidad de los datos que fueron otorgados.

5.3.3 Tercera Fase.

Se aplicó a cada participante los cuestionarios que han sido seleccionados para el propósito de esta investigación, a la vez que recibían información básica sobre el significado de algunos ítems y se resolvían las dudas que presentaban en el momento.

5.3.4 Cuarta Fase.

Se procedió a tabular la información recolectada, utilizando las 24 afirmaciones presentes en los 2 cuestionarios. En donde: en el primer cuestionario de percepción familiar se agrupan en un número de 2 afirmaciones en cada una de las siete sub escalas, estas fueron respondidas de acuerdo al modo de actuar y pensar del núcleo familiar, considerado con el propósito de determinar su funcionalidad; mientras que, en el segundo cuestionario de depresión postparto de Edimburgh se agrupan en un número de 9 afirmaciones generales y 1 que específicamente se considera para la única dimensión presente relacionada con el Riesgo Suicida, considerada con el propósito de determinar el nivel de depresión postparto de las participantes.

6 RESULTADOS

6.1 Objetivo Específico 1.

Tabla 4.

Niveles de Disfuncionalidad Familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Severamente Disfuncional	3	2,7
Disfuncional	9	8,0
Moderadamente Funcional	43	38,1
Funcional	58	51,3
Total	113	100

Fuente: Cuestionario de Percepción de la Disfunción Familiar – FFSIL

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

El 2.7% de las madres evaluadas presentó Disfunción Familiar Severa, el 8% presentó una leve Disfunción Familiar, el 38.1% presentó Funcionalidad Familiar Moderada y el 51.3% presentó una adecuada Funcionalidad Familiar.

Tabla 5.

Funcionalidad Familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Disfuncional	55	48,7
Funcional	58	51,3
Total	113	100,0

Fuente: Cuestionario de Percepción de la Disfunción Familiar - FFSIL

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

El 48.7% de las madres evaluadas presentó Disfunción Familiar, mientras que el 51.3% de su totalidad presentó Funcionalidad Familiar.

6.1.1 Dimensiones del cuestionario de Disfuncionalidad Familiar.

Tabla 6.

Dimensiones del FF-SIL

		Frecuencia	Porcentaje
1. COHESIÓN	Nivel Bajo	10	8,8
	Nivel Alto	103	91,2
2. ARMONÍA	Nivel Bajo	5	4,4
	Nivel Alto	108	95,6
3. COMUNICACIÓN	Nivel Bajo	16	14,2
	Nivel Alto	97	85,8
4. ADAPTABILIDAD	Nivel Bajo	22	19,5
	Nivel Alto	91	80,5
5. AFECTIVIDAD	Nivel Bajo	8	7,1
	Nivel Alto	105	92,9
6. ROLES	Nivel Bajo	6	5,3
	Nivel Alto	107	94,7
7. PERMEABILIDAD	Nivel Bajo	28	24,8
	Nivel Alto	85	75,2

Fuente: Cuestionario de Percepción de la Disfunción Familiar – FFSIL

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

La dimensión de Cohesión evidencia que el 8.8% de madres evaluadas se mantiene con niveles bajos, mientras que el 91.2% con niveles altos; la dimensión de Armonía, evidencia que el 4.4% se mantiene con niveles bajos, mientras que el 95.6% con niveles altos; la dimensión de Comunicación evidencia que el 14.2% se mantiene con niveles bajos, mientras que el 85.8% con niveles altos; la dimensión de Adaptabilidad evidenció que el 19.5% se mantiene con niveles bajos, mientras que el 80.5% con niveles altos; la dimensión de Afectividad evidenció que el 7.1 se mantiene con niveles bajos, mientras que el 92.9% con niveles altos; la dimensión de Roles evidenció que el 5.3% se mantiene con niveles bajos, mientras que el 94.7% con niveles altos; y por último, la dimensión de Permeabilidad evidenció que el 24.8% se mantiene con niveles bajos, mientras que el 75.2% con niveles altos.

6.2 Objetivo Específico 2.

Tabla 7.

Niveles de Depresión Postparto.

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión postparto grave	5	4,4
Depresión postparto leve	56	49,6
Sin depresión postparto	52	46,0
Total	113	100,0

Fuente: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo - EPDS

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

El 4.4% de las madres evaluadas presentó Depresión Postparto Grave, el 49.6% presentó Depresión Postparto Leve y el 46% no presentó Depresión Postparto.

Tabla 8.

Presencia o ausencia de Depresión Postparto.

	Frecuencia	Porcentaje
Con Depresión Postparto	61	54,0
Sin Depresión Postparto	52	46,0
Total	113	100,0

Fuente: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo - EPDS

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

El 54% de las madres evaluadas presentó Depresión Postparto, mientras que el 46% no la presentó.

6.2.1 Dimensión de la Escala de Depresión Postparto.

Tabla 9.

Riesgo Suicida

	Frecuencia	Porcentaje
No hay riesgo	87	77,0
Si hay riesgo	26	23,0
Total	113	100,0

Fuente: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo - EPDS

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

Esta investigación evidenció que del 100% de participantes, un 77% no presenta riesgo suicida, mientras que el 23% restante sí lo manifiesta.

6.3 Objetivo General.

Tabla 10.

Relación entre Disfuncionalidad Familiar y Depresión Postparto

			DEPRESIÓN POSTPARTO		TOTAL
			Con Depresión Postparto	Sin Depresión Postparto	
DISFUNCIÓN FAMILIAR	Disfuncional	Recuento	33	22	55
		% dentro de Depresión Postparto	54,1%	42,3%	48,7%
	Funcional	Recuento	28	30	58
		% dentro de Depresión Postparto	45,9%	57,7%	51,3%
Total	Recuento	61	52	113	
	% dentro de Depresión Postparto	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

Del 100% de mujeres que presentan disfuncionalidad (55 casos), 33 casos (60%) presentan Depresión Postparto, mientras que 22 casos (40%) no la presentan. Por otro lado, del 100% de mujeres que puntúan funcionalidad en su núcleo familiar (58 casos), un total de 28 casos (48.27%) presentan Depresión Postparto, mientras que los 30 casos restantes (51.72%), no puntúan para este tipo de trastorno postparto.

Tabla 11.*Pruebas de Correlación de Spearman*

		Correlaciones		
			Disfuncionalidad	Depresión Postparto
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	1,000	0,118
	Disfuncionalidad	Sig. (bilateral)		0,215
		N	113	113
		Coeficiente de correlación	0,118	1,000
	Depresión Postparto	Sig. (bilateral)	0,215	
		N	113	113

Fuente: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)

Elaborado por: Emily Camila Paredes Bravo

Puesto que el valor de significancia es mayor al valor Alfa ($0,215 > 0,05$), se acepta la hipótesis nula (Anexo 4), es decir que, la Disfunción Familiar no tiene una relación estadísticamente significativa con la Depresión Postparto, a un nivel de 95% de confiabilidad y mantiene un bajo grado de correlación (0,118) entre las variables.

6.4 Objetivo Específico 3.

Plan de Prevención Psicológica para Mujeres Gestantes con Disfunción Familiar y Depresión Postparto

El presente plan de prevención ha sido diseñado a partir de los resultados y las necesidades encontradas durante la investigación previa. Su finalidad es prevenir y reducir el impacto psicológico de algunos factores de riesgo que pueden presentarse dentro del periodo de gestación. Está dirigido a mujeres gestantes a partir del segundo trimestre de gestación, y que presentan niveles medios y altos de disfuncionalidad familiar al aplicar el Cuestionario de Percepción Familiar (FF-SIL).

Metodología

El plan tiene un total de 8 sesiones, las cuales permitirán psicoeducar a las participantes gestantes sobre lo que es la disfuncionalidad familiar y depresión, así como sus consecuencias a corto y largo plazo, además de aprender herramientas útiles y ponerlas en práctica fuera de las sesiones. Su duración oscila entre los 40 minutos a 1 hora y media y se trabajará con dos modalidades: individual y grupal. Consta de 3 fases: 1. Fase de encuadre grupal; 2. Fase de psicoeducación; y 3. Fase de análisis cualitativo.

Fase 1. Encuadre Grupal

Duración: 1 sesión

Sesión 1	
Tipo de intervención	Grupal
Tiempo de la sesión	1 hora y media
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización del plan de prevención. - Establecimiento de los grupos. - Encuadre terapéutico.
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer los grupos de acuerdo a los factores sociodemográficos de las participantes. - Socializar el plan de prevención para saber las expectativas de las gestantes ante esta propuesta. - Comprometer la participación de las gestantes.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes - Plan de prevención psicológica para mujeres gestantes con Disfunción Familiar y Depresión Postparto. - Lápiz o esfero - Papel - Cartulinas de colores de colores tamaño carta. - Acuarelas o pinturas - Marcadores de colores - Un rollo de 4 x 1.5 m de papel kraft.
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Primera parte. - Dinámica de inicio: “Ésta soy yo” (Castañer & Díaz, 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> - Esta actividad tiene como objetivo reforzar y revalorizar la identidad y los valores personales. - <u>Procedimiento de la actividad:</u> Se asigna a cada gestante una hoja de cartulina del color que elija, luego hay que dividir y doblar la hoja en tres partes iguales a lo largo, de manera que quede como un tríptico. A continuación, deben escribir su nombre (como le gusta que le llamen) con los materiales disponibles en alguna de las caras, también deben dibujar tres símbolos (figuras, formas) que sientan que les representan o definen. Terminados los símbolos, deben representar con dibujos dos cosas que les gustan y dos que no, ubicándolos en cualquier cara del tríptico. Este tríptico se quedará en el salón donde se dará las sesiones para marcar su presencia, ya sea que desee asistir a la sesión del día o no (puede quedar una hoja doblada en tres y colocada como un tríptico sobre su lugar) para que sepa que ahí tiene siempre “un lugar”. Es importante que en cada inicio de sesión se les pregunte si quieren quedarse en ese lugar o cambiarse a otro. • Segunda Parte: - Se dará a conocer a la gestante el presente plan de prevención para disfuncionalidad familiar y depresión posparto. - Se mencionará la importancia de la funcionalidad familiar dentro del proceso de gestación y las consecuencias de desarrollar depresión posparto. - Se generará en la participante el compromiso de integrar a sus familiares en casa, por medio de la replicación de las actividades aprendidas en cada taller. - Se establecerán los grupos para trabajar activamente en las próximas sesiones, esto de acuerdo a los factores sociodemográficos presentes en ellas. • Tercera Parte: - Cierre de la sesión
<p>Contenidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Prevención. • Disfunción Familiar: Causas y Consecuencias. • Depresión Postparto: Causas y Consecuencias.

Fase 2. Psicoeducación

Duración: 7 sesiones

SESIÓN 2	
Nombre del Taller	“Yo soy”
Tipo de intervención	Grupal
Tiempo de la sesión	1 hora
Técnica	Presentación
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">- Presentación de las participantes.- Conocer las expectativas de las participantes.
Materiales	<ul style="list-style-type: none">- Participantes- Ovillo de hilo- Lápiz o esfero- Papel
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none">• Primera Parte<ul style="list-style-type: none">- Dinámica de inicio: La telaraña (Bertran Prieto, 2010)- <u>Procedimiento de la actividad:</u> Se pide a las integrantes del grupo que formen un círculo y se le da el ovillo a una de ellas al azar. Quien tiene el ovillo debe decir su nombre y explicar algo sobre ella a elección del profesional a cargo. Una vez ha respondido, agarra un trozo del hilo y lanza el ovillo a otra integrante, que hace el mismo ejercicio de presentarse. Se siguen pasando el ovillo hasta que ha llegado a todas, por lo que el hilo termina formando una especie de telaraña.• Segunda Parte:<ul style="list-style-type: none">- Retroalimentación de los contenidos vistos en la primera sesión.

	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de los contenidos establecidos para este taller. • Tercera Parte: - Cierre de sesión
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción Familiar y Depresión Postparto: Importancia de la cercanía familiar. • Los primeros 1000 días de vida de mi bebé.

SESIÓN 3	
Nombre del Taller	¿Cómo sería mi bebé?
Tipo de intervención	Grupal
Tiempo de la sesión	1 hora
Técnica	Estimulación prenatal
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación ocular del feto. - Entender las capacidades perceptivas y conductuales del feto.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes - Hojas de colores - Linterna - Papel - Lápiz o esfero
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Primera Parte:

	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio: Estimulación visual prenatal para madres gestantes. (Feliz, 2018) - <u>Procedimiento de la actividad:</u> En esta actividad se deben usar luces de colores. Para ello, se puede colocar algunos papelitos de colores sobre la luz de la linterna, y crear un tono de luminosidad distinto y trabajar más el sentido visual. • Segunda Parte - Las gestantes describirán en las hojas, como quisieran que fuera su bebé. - Se les brindará información importante sobre las capacidades perceptivas y conductuales del feto, el desarrollo in útero y las reacciones emocionales de los futuros padres en este período. • Tercera Parte - Se cierra la sesión haciendo preguntas clave para saber cómo se sintió la madre y qué aprendió en la sesión.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidades perceptivas y conductuales del feto. • Desarrollo in útero. • Reacciones emocionales de los próximos padres.

SESIÓN 4	
Nombre del Taller	La importancia de la comunicación
Tipo de intervención	Grupal
Tiempo de la sesión	1 hora
Técnica	Comunicar sentimientos a partir de gestos.
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Entender que la comunicación es importante. - Conocer los tipos de comunicación. - Comprender como los gestos influyen en la comunicación.

Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes - Papel - Lápiz o esfero
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Primera parte: <ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio: La comunicación y la interpretación por el otro. (Gómez et al., 2005) - <u>Procedimiento de la actividad</u>: Se sientan en círculo las participantes y cada una desde su asiento o desde el centro, utilizando el lenguaje extra verbal, le trasmite el sentimiento que vivencia en este día a la compañera del grupo que escoja. Así cada una se va comunicando. Después se analiza el sentimiento expresado y el recibido. • Segunda Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Explicación de los contenidos propuestos. • Tercera Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Se cierra la sesión aplicando la técnica de preguntas para evaluar la actividad del día.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Tipo de comunicación • Concepto y características de gestos. • Tipos de gestos.

SESIÓN 5

Nombre del Taller	El silencio como forma de comunicación.
Tipo de intervención	Grupal

Tiempo de la sesión	1 hora
Técnica	Comunicación positiva
Objetivo	Enseñar a expresar sentimientos y pensamientos a través de frases que permitan una buena comunicación.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Frases escritas. - Pizarra - Hoja - Lápiz o esfero
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Primera Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio: Comunicación Positiva. (Gómez et al., 2005) - <u>Procedimiento de la actividad</u>: Se escriben oraciones que expresan de forma inadecuada las emociones. Las participantes deben elaborar una nueva oración utilizando la comunicación positiva en la expresión de los sentimientos. • Segunda Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Se explican los contenidos propuestos para la sesión. • Tercera Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Se cierra la sesión aplicando la técnica preguntas para evaluar la actividad del día.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Reglas para una mejor comunicación. • Diferencias intergeneracionales en la comunicación • Construcción del apego. • Importancia del apego seguro. • Apego seguro y sus variantes.

SESIÓN 6

Nombre del Taller	¿Cómo me afecta el estrés?
Tipo de intervención	Grupal
Tiempo de la sesión	1 hora
Técnica	Escucha activa
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">- Identificar las situaciones de estrés por las que atraviesan.- Establecer estrategias para hacerle frente o disminuir la tensión y ansiedad.
Materiales	<ul style="list-style-type: none">- Participantes- Folletos o diapositivas- Papel- Lápiz o esfero
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none">• Primera parte:<ul style="list-style-type: none">- Exposición de los contenidos.• Segunda parte:<ul style="list-style-type: none">- Se cierra la sesión aplicando la técnica de preguntas para evaluar la actividad del día.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none">• El estrés durante el embarazo.• Consecuencias del estrés.• Técnicas de relajación.

Fase 3. Análisis Cualitativo

Duración: 2 sesiones

SESIÓN 7	
Tipo de intervención	Grupal
Tiempo de la sesión	40 minutos
Técnica	El círculo mágico
Objetivo	- Finalizar los talleres grupales.
Materiales	- Participantes
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Primera Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio: El Círculo Mágico. (PAHO, 2015) - <u>Procedimiento de la actividad:</u> El facilitador invita al grupo a formar un círculo tomados de las manos en el centro de la sala e inmediatamente cuenta algo sobre la simbología del círculo: “la mano derecha simboliza nuestra capacidad de ayudar, debe estar sobre la mano izquierda del compañero de la derecha; la mano izquierda, recibiendo la derecha del otro, simboliza nuestra necesidad de intercambio; al mismo tiempo en que podemos ayudar, necesitamos recibir ayuda. Ninguno de nosotros es tan fuerte para sólo ayudar o tan débil para sólo recibir ayuda. El círculo forma parte de los rituales y costumbres de los pueblos primitivos, probablemente desde la prehistoria. Todas las actividades en esta época fueron realizadas en forma de círculo; se creía que a través de la energía emanada entre las personas componentes de la ronda, los malos espíritus eran lejanos y los buenos permanecían ahí; en el círculo vemos a todos, estamos en el mismo plano, podemos mirar a aquellos que están cerca y a los más distantes. No hay primero ni último. Nos sentimos iguales; cuando entramos en el círculo, no estamos disputando el liderazgo. Estamos confiando en los amigos, la energía está en equilibrio entre dar y recibir; en el círculo somos todos iguales; no hay primero ni último; estamos todos en el mismo plano; veo a las personas de la izquierda, derecha ya los más distantes.” <p>Finalmente solicita que cada participante se exprese:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué queda fuera del círculo? (cada participante dice algo negativo)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Que permanece en este círculo? (cada participante dice algo positivo) - El facilitador cierra también con una palabra suya y dice a los participantes que: “Nos separaremos algunas veces en pequeños círculos, pero sin perder de vista nuestra fuerza y nuestra unión.” • Segunda Parte: - Retroalimentación breve de los contenidos vistos en sesiones anteriores. • Tercera Parte: - Se cierra la sesión motivando al grupo a incorporarse a otros talleres que estén vigentes, y de igual manera se les motiva a replicar lo aprendido dentro de sus familiares. - Se recuerda a las participantes que la siguiente sesión es individual.
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción Familiar y Depresión Postparto: Causas, consecuencias e importancia de la cercanía familiar. • Los primeros 1000 días de mi bebé. • Capacidades perceptivas y conductuales del feto. • Desarrollo in útero y reacciones emocionales de los próximos padres. • Comunicación y tipos. • Concepto, características y tipos de gestos. • Reglas para una mejor comunicación y diferencias intergeneracionales. • Construcción e importancia del apego seguro. • Apego seguro y sus variantes. • El estrés durante el embarazo y las consecuencias; Técnicas de relajación.

SESIÓN 8	
Tipo de intervención	Individual

Tiempo de la sesión	40 minutos
Técnica	Evaluación
Objetivo	- Evaluación de lo aprendido en las sesiones anteriores.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Participante - Lápiz o esfero - Papel
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Primera Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Dinámica: Técnica PNI. (CoworkingFY, 2020) - <u>Procedimiento de la actividad:</u> Antes de hacer uso de esta técnica, las participantes deben adoptar una postura relajada que no le ponga obstáculos a la creatividad. Una vez hecho, la gestante deberá exponer lo positivo, negativo e interesante que ha podido apreciar en las sesiones realizadas. Esto se escribe en el papel y luego se comparte con el profesional a cargo. • Segunda Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar niveles de Disfuncionalidad Familiar y Depresión en la gestante. De esta forma se podrá determinar si la gestante requiere seguimiento luego del parto o no. • Tercera Parte: <ul style="list-style-type: none"> - Se cierra la sesión aplicando la técnica de preguntas cortas para evaluar disfuncionalidad familiar y depresión postparto

7 DISCUSIÓN

Dentro de esta investigación se realizó un trabajo de tipo correlacional para determinar la relación entre la disfunción familiar y la depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora, periodo 2021 – 2022; teniendo una muestra constituida por 113 participantes.

Analizando la disfunción familiar, encontramos que el 48.7% de madres evaluadas, presentaron disfunción familiar, frente a ello Karol T. con una muestra de 218 puérperas, a través de su estudio correlacional y diseño descriptivo de corte transversal realizado en Ecuador, evaluó el riesgo de la depresión postparto y su relación con la disfunción familiar en el puerperio, encontrando que el 67% de puérperas presentó disfunción familiar. (Santander, 2020) Por otro lado, Kevin M. con una muestra de 117 puérperas, a través de su estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal realizado en Perú, evaluó la asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión postparto, y determinó que el 70% de puérperas presentó disfunción familiar. (Cardenas, 2017)

En cuanto a la clasificación de la disfuncionalidad familiar en el presente estudio, el 38.1% de las madres evaluadas presentó disfunción familiar leve, el 8% disfunción familiar moderada y 2,7% disfunción familiar severa. Al respecto Karol T., en su investigación, encontró que la disfunción familiar leve fue la más frecuente con el 45%. (Santander, 2020)

En este estudio se halló que el 54% de puérperas presentó depresión postparto, mientras que Kevin M. con una muestra de 117 puérperas, encontró que el 27.4% presentó depresión postparto. Por otro lado, César A., en su estudio de tipo descriptivo, transversal y analítico con 250 puérperas peruanas, analizó los grados de disfuncionalidad familiar asociados a depresión Postparto, en el cual obtuvo que la depresión postparto se presentó en el 23.6%. (Arauco Lozano, 2020) Así también, Dayara Barrios, con su investigación de tipo analítico, prospectivo y transversal, con 180 madres peruanas, analizó la depresión postparto y disfunción familiar como factores asociados para ideación suicida, y se estableció que el 48.4% presentó depresión postparto y el 66.1% presentó disfunción familiar. (Borjas, 2020)

En esta investigación, se determinó que el 23% de la población con depresión postparto, presenta ideación o riesgo suicida, mientras que en el estudio de Dayara Barrios, se determinó que el 36.6% de la población con depresión postparto presentó ideación o riesgo suicida.

Este estudio determinó además que, la disfunción familiar se puede considerar como un factor determinante para que la depresión postparto se desarrolle, pues el 54.1% si presentó

depresión postparto y disfunción familiar. Según Kevin M., su estudio concluye en que la disfuncionalidad familiar se asocia significativamente a la presencia de depresión postparto; sin embargo, Karol T. determinó que un alto porcentaje de gestantes son adolescentes, no cuentan con ingresos económicos propios y dependen de sus familiares, por ende, son las más propensas al riesgo de cuadros depresivos. No obstante, César A., concluye que se encontró asociación significativa para las variables: estado civil, nivel educativo, paridad, controles prenatales, gestación, tipo de parto, tipo de lactancia y etapa de puerperio, sin embargo, no se encontró asociación significativa para la edad ni la procedencia.

Para concluir y mediante pruebas de correlación de Spearman, se ha podido determinar que la disfunción familiar no se encuentra relacionada con la depresión postparto, aunque tiene un bajo grado de correlación, por ende, no es un factor predominante.

8 CONCLUSIONES

- Se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y el riesgo de depresión postparto en la población del estudio. Dicho resultado se acompaña con un grado de relación bajo entre estas, y se evidencia en el hecho que la mayoría de las puérperas con problemas familiares presentaron riesgos depresivos en comparación con las mujeres con un vínculo afectivo fuerte en el núcleo familiar.
- Mediante la aplicación del Cuestionario de Percepción Familiar, se ha logrado identificar que el mayor porcentaje de participantes presentaron disfunción familiar leve.
- A través de la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, se ha determinado que existe una alta susceptibilidad al riesgo de depresión postparto en las mujeres objeto de estudio y el nivel de depresión postparto más frecuente fue el leve. Así también, la frecuencia de ideación suicida fue baja.

9 RECOMENDACIONES

- Realizar intervenciones preventivas dirigidas a pacientes con riesgo de presentar disfuncionalidad familiar para evitar su rápida evolución y posteriores consecuencias, entre ellas la depresión postparto. Del mismo modo, evaluar periódicamente los factores de riesgo relacionados con la disfuncionalidad, en cada institución sanitaria.
- Implementar protocolos o la aplicación de una escala estandarizada como la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en centros de salud primarios durante las consultas en el puerperio, con la finalidad de encontrar los síntomas depresivos y disminuir el riesgo de padecer esta enfermedad.
- Incentivar a las gestantes para que asistan a los controles prenatales, de este modo se les podrá orientar sobre las señales que indican signos de depresión para hacer un diagnóstico temprano con el fin de que reciban el tratamiento adecuado.
- Replicar estudios de esta índole para generar mayor y mejor evidencia, con la que será posible aplicar nuevas políticas de salud mental y perinatal. Entre ellas, la aplicación de un programa de prevención de depresión postparto y creación de estrategias para un control exhaustivo del embarazo en las mujeres identificando los riesgos de disfunción familiar.

10 BIBLIOGRAFÍA

- Acción, H. de. (2022). *Reacciones normales a eventos anormales*. [https://ifrcgo.org/ecv-toolkit/es/accion/apoyo-psicosocial/#:~:text=El “apoyo psicosocial” se refiere,por una crisis a recuperarse.](https://ifrcgo.org/ecv-toolkit/es/accion/apoyo-psicosocial/#:~:text=El%20%22apoyo%20psicosocial%22%20se%20refiere,por%20una%20crisis%20a%20recuperarse.)
- American Academy of Pediatrics. (2018). La depresión durante y después del embarazo: usted no está sola. *Healthychildren.Org*, 1–4. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/understanding-motherhood-and-mood-baby-blues-and-beyond.aspx>
- Arauco Lozano, C. (2020). Grados de disfuncionalidad familiar asociado a depresión postnatal en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019. *Universidad Ricardo Palma*. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2976>
- Arbat, A., & Danis Carreras, I. (2019). *Cambios emocionales después del parto*. NacerSano.
- Bertran Prieto. (2010). 16 Dinámicas De Presentación (Para Niños Y Para Adultos). *Médico Plus*, 1–11. <https://medicoplus.com/ciencia/dinamicas-presentacion>
- Borjas, D. A. B. (2020). *Depresion posparto y disfuncion familiar como factores asociados para ideacion suicida*. 1–60. <http://weekly.cnbnews.com/news/article.html?no=124000>
- Cardenas, K. A. M. (2017). *Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017*. http://files/1527/Miranda_ck.pdf
- Castañer, A., & Díaz, Y. (2017). Manual de actividades que propicien resiliencia. *Unicef, 1*, 1–104. https://www.unicef.org/mexico/media/1276/file/VCEManualDeResilencia_mar2018.pdf
- Castellón, Ms. E. A. D. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 576–586. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>
- Clinic, M. (2021). *Terapia cognitivo conductual*. 1–6. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610?p=1>
- CoworkingFY. (2020). *PNI | Aprende a evaluar tus opciones con esta técnica de creatividad*. 1–12. <https://coworkingfy.com/tecnica-pni/>
- Definista. (2018). *Familia Disfuncional*. Definiciónyque.es. <https://definicionyque.es/familia->

disfuncional/

- Farrugia, D. G. (2021). *Depresión posparto*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>
- Feliz, M. (2018). *Técnicas de estimulación prenatal para crear un vínculo afectivo*. 1–6. <https://mamitafeliz.com/tecnicas-de-estimulacion-prenatal-para-crear-un-vinculo-afectivo/>
- FIEX. (2020). Diversidad familiar: los diferentes tipos de familia. *Observatorio de las Familias y la Infancia de Extremadura*, 20, 1. <https://observatoriofiex.es/diversidad-familiar-los-diferentes-tipos-de-familia/>
- Garello, M. (2019). Características y Causas de la disfuncionalidad familiar. *Mente Asombrosa*, 1–8.
- Gómez, M. T. O., Torres, M. A. P., & Ortiz, E. P. (2005). *Diseño de intervención en funcionamiento familiar*. 1–6. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2005000100005
- Landázuri, I. Y. C. E. (2015). Estudios sobre la disfuncionalidad familiar y su incidencia en el aprendizaje. *Facultad de Ciencias Administrativas*. <https://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/10577/1/CD-6255.pdf>
- Macías, L. A. G. M. (2019). FAMILY DYSFUNCTIONALITY AND ITS INCIDENCE IN THE. *Identidad Bolivariana*, 3(1978), 1–6.
- Medicina, B. N. de. (2021). *Depresión posparto*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>
- Otero, M. (2021). Familia disfuncional: ¿Cómo afectan al desarrollo psicológico de los niños? *MundoPsicólogos*, 1–13. <https://www.mundopsicologos.com/articulos/familias-disfuncionales-como-afectan-al-desarrollo-psicologico-de-los-ninos>
- PAHO. (2015). *tecnicas de cierre y evaluacion*. 1–8. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10910:2015-tecnicas-de-cierre-y-evaluacion&Itemid=42210&lang=en
- Peña, G. E. R. (2020). Disfunción Familiar Y Su Influencia En Las Conductas De Riesgo En Una Adolescente De 16 Años. *Universidad Técnica de Babahoyo*.

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/9015/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000397.pdf?sequence=1>

- Pérez, J. G. (s/f). La Psicoterapia de Apoyo: Conceptualización, técnicas y aplicaciones. En *La psicoterapia de apoyo* (pp. 77–82). http://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_02_1_la-psicoterapia-de-apoyo-conceptualizacion-tecnicas-y-aplicaciones.pdf
- PyDeSalud. (2014). *Psicoterapia interpersonal* - *PyDeSalud*. 1–5. <https://pydesalud.com/psicoterapia-interpersonal/>
- Roca, A., Giménez, A. T., Esteve, L. G., & Perpiñá, S. A. (2019). *Depresión Posparto*. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/definicion>
- Rocañin, J. C. F. (2018). *¿ Qué es la depresión postparto ? ¿ Cómo se diagnostica la depresión ¿ Cómo se puede tratar la depresión postparto ?* <https://www.josecarlosfuentes.com/tratamiento-depresion-post-parto/>
- Salud, O. P. de la. (2011). *Salud Mental Perinatal* (J. M. Maldonado-Durán (ed.)). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
- Santander, K. J. T. (2020). *Riesgo de Depresión posparto y su relación con la Funcionalidad familiar en gestantes, Centro de Salud Materno Infantil Venus de Valdivia la Libertad, 2020*. 2507(February), 1–9.
- Sebastián Méndez Errico. (2021). *¿Qué es una familia disfuncional?* INNATIA. <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-una-familia-disfuncional.html>
- Solano, D. M. S., Mejía, D. A. L. P., & Madrigal, D. J. C. (2019). ABORDAJE CLÍNICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO. *Revista Médica Sinergia*, 4, 1–9. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=335&IDARTICULO=87346&IDPUBLICACION=8353>

11 ANEXOS

11.1 Reactivos utilizados

ANEXO 1. Cuestionario de Percepción Familiar

1 De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
4 Muchas Veces	5 Casi siempre	

2 En mi casa predomina la armonía.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
4 Muchas Veces	5 Casi siempre	

3 En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
4 Muchas Veces	5 Casi siempre	

4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
4 Muchas Veces	5 Casi siempre	

5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
4 Muchas Veces	5 Casi siempre	

6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
4 Muchas Veces	5 Casi siempre	

7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
4 Muchas Veces	5 Casi siempre	

8 Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.

1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces
--------------	---------------	-----------

4 Muchas Veces

5 Casi siempre

9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

1 Casi nunca

2 Pocas veces

3 A veces

4 Muchas Veces

5 Casi siempre

10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

1 Casi nunca

2 Pocas veces

3 A veces

4 Muchas Veces

5 Casi siempre

11 Podemos conversar diversos temas sin temor.

1 Casi nunca

2 Pocas veces

3 A veces

4 Muchas Veces

5 Casi siempre

12 Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

1 Casi nunca

2 Pocas veces

3 A veces

4 Muchas Veces

5 Casi siempre

13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.

1 Casi nunca

2 Pocas veces

3 A veces

4 Muchas Veces

5 Casi siempre

14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

1 Casi nunca

2 Pocas veces

3 A veces

4 Muchas Veces

5 Casi siempre

PUNTUACIÓN: _____

ANEXO 2. Escala Postparto de Edimburgo.

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FECHA: _____

EDAD DEL INFANTE: _____

Hace poco usted tuvo un bebé. Nos gustaría saber cómo se ha sentido. Por favor subraye (o marque) la contestación que se acerque más a cómo se ha sentido usted en los últimos catorce días. Las preguntas no sólo se refieren a cómo se siente usted hoy.

1. Me puedo reír y verle el lado chistoso a las cosas.

___ Como siempre lo he hecho

___ No tanto ahora como antes

___ Definitivamente ahora casi no

___ No, en nada

2. Tengo entusiasmo de gozar las cosas que vendrán en el futuro.

___ Como siempre lo he hecho

___ Menos de lo que antes podía

___ Definitivamente menos que antes

___ Casi no

3. Me siento demasiado culpable, innecesariamente, cuando las cosas salen mal.

___ Sí, casi todo el tiempo

___ Sí, a veces

___ No muy a menudo

___ No, nunca

4. Me he sentido ansiosa o preocupada sin ninguna razón para ello.

___ No, nunca

___ Casi nunca

___ Sí, a veces

___ Sí, muy seguido

5. Me he sentido asustada o con pánico, pero sin una buena razón.

___ Sí, mucho

___ Sí, a veces

___ No, no mucho

___ No, nunca

6. Siento que el “mundo se me viene encima” (abrumada)

___ Sí, casi todo el tiempo, no he podido hacer frente a las cosas como siempre

___ Sí, a veces no he enfrentado las cosas tan bien como antes

___ No, casi siempre enfrento las situaciones bastante bien

___ No, he estado haciendo frente a todo como siempre

7. He estado tan triste que he tenido dificultad para dormir.

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo | <input type="checkbox"/> Sí, a veces |
| <input type="checkbox"/> No muy a menudo | <input type="checkbox"/> No, nunca |

8. Me he sentido triste o inconsolable:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo | <input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo |
| <input type="checkbox"/> No muy seguido | <input type="checkbox"/> No, nunca |

9. Me he sentido tan triste que he estado llorando.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí, casi todo el tiempo | <input type="checkbox"/> Sí, muy a menudo |
| <input type="checkbox"/> Sólo ocasionalmente | <input type="checkbox"/> No, nunca |

10. Se me ha ocurrido hacerme daño a mí misma.

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, muy menudo | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="checkbox"/> Casi nunca | <input type="checkbox"/> Nunca |

PUNTUACIÓN: _____

11.2 Consentimiento Informado

ANEXO 3

La presente investigación es dirigida por Emily Paredes, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica – UNL. El propósito de este consentimiento es proveer a las participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en la misma.

Dentro de esta investigación, la meta de estudio es identificar la Depresión Postparto y la Disfunción Familiar en las mujeres que recientemente atravesaron por un proceso de parto.

Una vez leída esta información y haciendo uso de este documento, yo _____, doy mi consentimiento para ser entrevistada y que se me apliquen 2 reactivos que determinarán la presencia o ausencia de Depresión Postparto y Disfunción Familiar, adicional a la entrevista inicial.

NOTA:

- La participación es voluntaria.
- La información recogida es totalmente confidencial.
- Al participar en esta actividad, los individuos no recibirán beneficio extra, perjuicio o daño alguno.

Nº Celular de participante

FIRMA DE PARTICIPANTE

11.3 Oficios correspondientes

ANEXO 4. Oficio de pertinencia en estructura y coherencia.



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 03 de febrero de 2022

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs.

GESTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Ciudad. -

De mis consideraciones:

En respuesta al oficio No. -035- C.PS.CL- FSH-UNL, recibido con fecha 25 de enero de 2022, solicitándome el respectivo informe de estructura y coherencia del proyecto denominado: **“DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, EN EL PERIODO 2021 - 2022.”**, de la autoría de la señorita, **Emily Camila Paredes Bravo**, con número de cédula de identidad, 1900858984, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, puedo manifestar que posterior a las correcciones realizadas y entregadas con fecha 01 de febrero de 2022, el proyecto cuenta con la pertinencia en estructura y coherencia.

Sin otro particular agradezco su atención.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**MARIA PAULA
TORRES POZO**

Psi. María Paula Torres Pozo, Mgtr.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANEXO 5. Oficio de aprobación y designación de director/a de trabajo



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -060- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 09 de febrero del 2022

Psicóloga

María Paula Torres Pozo Mgs

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está gestión, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **“DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, EN EL PERIODO 2021 - 2022.”** autoría de la Srta. Emily Camila Paredes Bravo, estudiante con C.I 1900858984, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Emily Camila Paredes Bravo
Expediente estudiantil
Archivo

11.4 Hoja de Decisión

ANEXO 6

1) Pregunta/Hipótesis

¿Existe relación entre la Disfunción Familiar y la Depresión Postparto?

H_0 = No existe relación entre la Disfunción Familiar y la Depresión Postparto

H_1 = Existe relación entre la Disfunción Familiar y la Depresión Postparto

2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5\%$$

3) Valor de prueba

Correlación de Spearman

4) Comparación de p y α .

$$p = 0,215 > \alpha = 0,05$$

5) Decisión

Se acepta la Hipótesis Nula, es decir que no existe una relación estadística significativa.

6) Conclusión


Entre la Disfunción Familiar y la Depresión Postparto existe un bajo grado de relación (0,118), es decir que, entre las variables no existe una relación estadística significativa.

7) Tabla de interpretaciones de la correlación de Spearman

Grado de correlación	Interpretación
0,00	No existe correlación
+ 0,10	Correlación positiva débil
+0,30	Correlación positiva baja
+0,50	Correlación positiva media
+0,75	Correlación positiva considerable
+1,00	Correlación positiva muy alta

11.5 Certificaciones

ANEXO 7. Certificación de la traducción del apartado “Resumen”



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**
Líderes en la Enseñanza del Inglés



Ing. Maria Belén Novillo Sánchez.
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **“DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA, EN EL PERIODO 2021-2022”**, autoría de Emily Camila Paredes Bravo con número de cédula 1900858984, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 02 de marzo del 2022



Ing. Maria Belén Novillo Sánchez.
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec