



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES

JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO BREÑA, LIMA

METROPOLITANA, 2024

**Línea de investigación:
Salud mental**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con
mención en psicología clínica

Autora

Peña Vílchez, Katherine Cristina

Asesora

Carbonel Paredes, Elsa Artemia

ORCID: 0009-0009-2472-3557

Jurado

Pinto Herrera, Florita

Del Rosario Pacherras, Orlando

Salas Asencios, Elmer Amado

Lima - Perú

2025

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO BREÑA, LIMA METROPOLITANA, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%	21%	6%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
4	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
5	reciamuc.com Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unfv.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
7	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
9	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
10	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
11	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO
EN MADRES JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD DEL
DISTRITO BREÑA, LIMA METROPOLITANA, 2024**

Línea de Investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica

Autora

Peña Vílchez, Katherine Cristina

Asesora

Carbonel Paredes, Elsa Artemia

ORCID: 0009-0009-2472-3557

Jurado

Pinto Herrera, Florita

Del Rosario Pacherrres, Orlando

Salas Asencios, Elmer Amado

Lima – Perú

2025

Pensamiento

“Cada persona es una isla en sí misma, en un sentido muy real; y solo ella puede construir puentes hacia otras islas si primero está dispuesta a ser ella misma y se le permite ser ella misma”.

-Carl Rogers

Dedicatoria

A mis padres, por apoyarme en mi crecimiento profesional es el reflejo del incansable esfuerzo que han invertido para brindarme una educación sólida. Cada sacrificio que han hecho y el trabajo duro son el fundamento de mi éxito.

Para mi hermano por confiar en mí y enseñarme que la vida es más divertida cuando hay compañía, gracias por estar presente en los momentos más difíciles.

A mi amada hija Rosa Cristina por ser una pieza fundamental en mi vida, tus risas, curiosidad e infinita capacidad de amar han sido la inspiración detrás de cada logro. Gracias por llenar mi mundo de amor y dulzura.

En especial a mi mamita Florencia, mi fuente de admiración y sabiduría. Aunque ya no estes físicamente conmigo, tu espíritu y amor continúan guiándome en cada paso de este camino.

Agradecimientos

A la universidad Nacional Federico Villareal, por haberme aceptado ser parte de ella y brindarme la oportunidad de pertenecer en el área de psicología.

Al Dr. Luis Alberto Díaz Hamada por su enseñanza en taller tesis I-II que sirvieron de base para el presente trabajo.

A mi asesora Dra. Elsa Carbonel por su motivación constante, asesoría y tiempo dedicado a la revisión de la Tesis.

ÍNDICE

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción y formulación del problema	2
1.2 Antecedentes.....	10
1.3 Objetivos.....	21
1.4 Justificación.....	22
1.5 Hipótesis	25
II. MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 Bases teóricas sobre.....	28
III. MÉTODO	54
3.1 Tipo de investigación	54
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	54
3.3 Variables.....	55
3.4 Población y muestra	58
3.5 Instrumentos	64
3.6 Procedimientos	66
3.7 Análisis de datos.....	67
3.8 Consideraciones éticas.....	68
IV. RESULTADOS.....	69
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	97
VI. CONCLUSIONES	105

VII.	RECOMENDACIONES.....	107
VIII.	REFERENCIAS.....	108
IX.	ANEXOS	124

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la variable Disfuncionalidad Familiar.....	56
Tabla 2 Operacionalización de la variable depresión post parto	57
Tabla 3 Distribución de la muestra según grupos etarios	60
Tabla 4 Distribución de la muestra según nivel de estudios.....	61
Tabla 5 Distribución de la muestra según estado civil	62
Tabla 6 Distribución de la muestra por número de hijos	64
Tabla 7 Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra.....	68
Tabla 8 Estimaciones de confiabilidad de la escala de depresión post parto.....	70
Tabla 9 Análisis de los ítems– puntaje total escala de depresión post parto (N= 120).....	72
Tabla 10 Estimaciones de confiabilidad de la escala de funcionamiento familiar	73
Tabla 11 Análisis de ítems–puntaje total funcionamiento familiar (N =120)	75
Tabla 12 Niveles diagnósticos en la escala de depresión post parto.....	76
Tabla 13 Niveles diagnósticos en la escala de disfuncionamiento familiar.....	78
Tabla 14 Relación entre depresión post parto con funcionalidad familiar	80
Tabla 15 Asociación de los niveles de depresión post parto con variables intervinientes	81
Tabla 16 Asociación de los niveles de funcionamiento familiar con variables intervinientes	84
Tabla 17 Asociación de los Niveles de depresión post parto con los Niveles de funcionalidad familiar.....	85
Tabla 18 Modelo de regresión lineal	88

Tabla 19 Comparación entre depresión post parto y disfuncionalidad familiar según grupos etarios.....	90
Tabla 20 Comparación entre depresión post parto y funcionamiento familiar según nivel de estudios.	92
Tabla 21 Comparación entre depresión post parto y funcionamiento familiar según estado civil	94
Tabla 22 Comparación entre depresión post natal y funcionamiento familiar según número de hijos.....	96

Resumen

Objetivo: Determinar la forma en que se presentan, se relacionan y comparan la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024, considerando grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos. **Método:** Enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-relacional, de corte transversal y diseño no experimental; la población estuvo compuesta por 134 madres jóvenes que recibieron atención en el Centro de Salud Breña, de la cual se obtuvo una muestra de 120 madres; el instrumento de recolección de datos fue la Escala de Funcionalidad Familiar y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. **Resultados:** Se observó que el 49.2% presentó disfuncionalidad alta o severa, que el 41.7% presentó depresión moderada o severa; asimismo, se identificó un coeficiente de -0.736 ($p < 0.001$) entre depresión postparto y funcionalidad familiar. **Conclusiones:** Se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa, fuerte y negativa entre la depresión postparto y la funcionalidad familiar.

Palabras clave: disfuncionalidad familiar, depresión posparto, madres jóvenes, Lima Metropolitana..

Abstract

Objective: To determine how family dysfunction and postpartum depression are presented, related, and compared in young mothers treated at a health center in the Breña district of Metropolitan Lima, 2024, considering age groups, educational level, marital status, and number of children. **Method:** A quantitative, descriptive-relational, cross-sectional, and non-experimental study was conducted. The population consisted of 134 young mothers who received care at the Breña Health Center, from which a sample of 120 mothers was obtained. The data collection instruments were the Family Functioning Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Results:** It was observed that 49.2% presented high or severe dysfunction, and 41.7% presented moderate or severe depression. A correlation coefficient of -0.736 ($p < 0.001$) was identified between postpartum depression and family functioning. **Conclusions:** It was concluded that there is a statistically significant, strong, and negative relationship between postpartum depression and family functioning.

Keywords: family dysfunction, postpartum depression, young mothers, Metropolitan Lima.

I. INTRODUCCIÓN

La familia constituye un sistema medular dentro de la sociedad, pues el hogar, al ofrecer un entorno estable, cumple funciones esenciales y satisface necesidades fundamentales que posibilitan el desarrollo psicosocial del individuo. En esa misma línea, el núcleo familiar adquiere un rol decisivo durante la gestación y la maternidad, al erigirse como sostén primario no solo en el plano emocional, sino también en el económico. De esta manera, el bienestar psicológico de las madres jóvenes se encuentra intrínsecamente vinculado a la dinámica familiar, la cual se sustenta en una comunicación efectiva, el ejercicio adecuado de los roles, el establecimiento de límites claros y la manifestación de afecto entre sus integrantes (Loja y Villavicencio, 2019).

En las últimas décadas, se ha otorgado una atención creciente a las fases psicológicas y psiquiátricas propias del proceso grávido-puerperal. Esta etapa ha sido reconocida como un acontecimiento vital y trascendental tanto para la fémina como para su conjunto familiar, su contexto social y su procedencia sociocultural. No obstante, es precisamente en dichas esferas donde emergen elevados niveles de tensión que ponen a prueba las capacidades adaptativas, tanto individuales como colectivas (Wedel, 2018).

En el caso del Perú, múltiples mujeres atraviesan escenarios de gran complejidad durante la maternidad. Un número significativo de gestantes vive en condiciones socioeconómicas precarias, sin acceso a educación superior ni estabilidad financiera. A ello se suma la pertenencia a entornos familiares disfuncionales, marcados por experiencias de violencia doméstica, carencia de apoyo parental y ausencia de recursos adecuados para afrontar esta etapa (Masías y Arias, 2018).

En este contexto, la presente investigación se orienta a determinar de qué modo se manifiestan y se interrelacionan la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto en madres jóvenes de un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, en el año 2024.

La presente investigación se presentará en cinco capítulos, en el capítulo I se visualizará lo referente a la descripción y el planteamiento del problema, los objetivos, hipótesis y la justificación respectiva, además se enfatiza sobre investigaciones afines realizadas tanto a nivel nacional como internacional en concordancia al tema de investigación, en el capítulo II se puntualizará todo lo respecto al marco teórico de la variable de estudio, en relación a su conceptualización y teorías relevantes. El aspecto metodológico se encuentra en detalle en el capítulo III puntualizando el tipo de investigación, el diseño de investigación, la muestra de estudio, los instrumentos utilizados y los estadísticos del cual se hizo uso para el análisis de datos. Los resultados de validez y confiabilidad, la prueba de bondad de ajuste K-S, los análisis descriptivos y comparativos de acuerdo con los objetivos planteados se describen en el capítulo IV. Y finalmente la discusión de los principales hallazgos se encuentra en el capítulo V respaldado con los antecedentes respectivos de estudio previo. Asimismo, se mencionan las principales conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

En el ámbito latinoamericano se han manifestado inquietudes en torno a la función que desempeña la familia como soporte en la vida de niños y jóvenes, ya sea en un sentido favorable o desfavorable. Los progenitores experimentan constante preocupación frente a los múltiples riesgos que amenazan a sus hijos durante el proceso de desarrollo, entre los cuales se incluye la maternidad precoz. Factores como el consumo de alcohol, el abuso de sustancias psicoactivas

y las prácticas sexuales de riesgo, se encuentran estrechamente ligados a la influencia familiar y configuran escenarios de marcada incertidumbre (Torres y Rodríguez, 2006).

De igual modo, la problemática en Latinoamérica resulta particularmente alarmante. Un estudio efectuado por la Organización Iberoamericana de Juventud en España señala que 73 de cada mil gestaciones en la región corresponden a adolescentes. América Latina y el Caribe se mantienen como las subregiones con la segunda tasa más elevada de gestaciones en adolescentes a nivel mundial. En este marco, la depresión posparto se reconoce como un trastorno afectivo grave que llega a incidir en hasta el 56% de mujeres latinas que viven en México y Estados Unidos en los primeros cuatro meses siguientes al alumbramiento. A nivel global, su prevalencia es cercana al 15%, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) la incluye bajo la nomenclatura de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Tal padecimiento guarda estrecha relación con conductas suicidas y filicidas, siendo el suicidio una de las razones principales de mortalidad materna en el período perinatal (García et al., 2020).

Asimismo, América Latina y el Caribe presentan la reducción más tarda de la fecundidad adolescente en el rango etario de 15 a 19 años, en comparación con otras regiones del mundo, y se ha identificado como la única área con un incremento sostenido en los embarazos en menores de 15 años. Actualmente, el porcentaje de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años asciende al 18% en América Latina y el Caribe, mientras que la media mundial se sitúa en 10%, en Europa alcanza el 5% y en Asia el 7% (Sogiba, 2019).

Conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), los propósitos cardinales de los Estados deben orientarse a aumentar los niveles de salud de la población, poniendo especial énfasis en la familia, por cuanto constituye un núcleo esencial en el ámbito sanitario y, al mismo tiempo, una unidad social intermedia entre el individuo y la colectividad. En tal sentido, la familia se configura como un espacio que puede influir positiva o

negativamente en el proceso salud-enfermedad. Sus funciones —económica, biológica, formativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales— revisten trascendencia, dado que a través de estas se gestan valores, creencias, saberes, criterios y juicios que repercuten directamente en el funcionamiento integral de las personas.

Por su parte, Osorno et al. (2016), en concordancia con las fuentes empleadas en su investigación, señalan que a nivel global se observa un incremento sostenido en la incidencia de embarazos adolescentes. En Estados Unidos, por ejemplo, estos representan el 12.8% del total de gestaciones, proporción considerablemente inferior a la de las naciones en vías de desarrollo, como las naciones africanas, donde asciende al 45%, o El Salvador, donde alcanza el 25%. En el contexto latinoamericano, la magnitud de este fenómeno es fluctuante, situándose entre un 15% y un 25% del total de embarazos registrados en mujeres adolescentes.

García et al. (2020), citando información procedente de la Organización Mundial de la Salud, sostienen que más de 300 millones de individuos padecen depresión, cifra que refleja un incremento superior al 18% entre los años 2005 y 2015. La carencia de respaldo hacia quienes presentan trastornos mentales, aunada al temor al estigma social, constituye un obstáculo que impide a muchos acceder a la atención necesaria para llevar una vida saludable y productiva. La depresión se erige como uno de los padecimientos psiquiátricos más prevalentes a nivel global, y al mismo tiempo representa una de las principales causas de discapacidad, con elevada probabilidad de derivar en conductas suicidas. De acuerdo con la OPS, la depresión posparto presenta una prevalencia mundial que se encuentra entre el 8% y el 25%; en México, el Instituto Nacional de Perinatología reconoció en 2001 una tasa del 21.7% de este trastorno.

Por otro lado, cuando la familia no favorece el desarrollo integral de sus miembros, se configura un estado de disfuncionalidad familiar, caracterizado por la ausencia de expresiones emocionales, la deficiente comunicación y la desconfianza entre sus integrantes. Este escenario

propicia la emergencia de conductas nocivas en el entorno, dificultando la manifestación de pensamientos y sentimientos, lo que genera dinámicas tóxicas que constriñen la interacción y entorpecen el cumplimiento adecuado de las funciones familiares.

En muchos casos, los individuos inmersos en dinámicas familiares conflictivas no reconocen la magnitud de su problemática; por el contrario, suelen reaccionar con actitudes agresivas e indiferentes frente a cualquier intento de auxilio, procurando sostener una aparente normalidad. Esta situación se ve acompañada de la frustración derivada de la incapacidad para afrontar adversidades, lo que se manifiesta en episodios de violencia física y emocional, así como en la imposibilidad de participar en actividades colectivas y productivas. Mendoza (2007) conceptualiza la disfunción familiar como un patrón de comportamientos desadaptativos y difusas que se manifiestan de manera recurrente en uno o más miembros de la familia, generando, a través de la interacción, un ambiente favorable para el surgimiento de patologías, sean específicas o no.

En cuanto a la depresión, esta constituye uno de los trastornos mentales más debilitantes a nivel mundial. No solo ocasiona deterioro en las funciones cognitivas de quienes la padecen, sino que también limita su capacidad de vinculación social y compromete de manera considerable sus actividades cotidianas. Su incidencia es más notoria en mujeres durante la etapa reproductiva, particularmente en el embarazo, parto y puerperio, periodos en los que los variaciones hormonales, psicológicos y sociales ejercen un papel determinante en su aparición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) refiere que la depresión es un padecimiento de elevada frecuencia en todo el planeta, afectando aproximadamente a 350 millones de personas. Se reconoce como la principal razón de discapacidad a nivel mundial y como uno de los factores que más favorecen a la carga global de morbilidad. Su prevalencia es mayor en féminas que en varones y, en los casos más graves, puede derivar en suicidio, el cual provoca alrededor de un millón de muertes anuales. Pese a la existencia de tratamientos

eficaces, más de la mitad de quienes la sufren no acceden a ellos; en algunos países, esta cifra sobrepasa el 90%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) advierte que alrededor de 350 millones de sujetos en el mundo padecen depresión posparto, de las cuales aproximadamente un 20% corresponde a mujeres adolescentes. Este trastorno constituye la principal razón de discapacidad a nivel global y aporta significativamente a la carga mundial de morbilidad. En su manifestación más grave, la depresión puede conducir al suicidio; cada año se registran más de 800 mil muertes por esta causa, siendo el suicidio la segunda razón de mortalidad en el grupo etario comprendido entre los 15 y 29 años.

En el contexto peruano, un estudio difundido por Perú 21 en 2014 estimó que cerca de un millón setecientas mil personas padecen depresión. Sin embargo, únicamente el 25% de quienes experimentan este trastorno acude a los centros de salud para recibir atención especializada. Las conductas suicidas, vinculadas estrechamente a la depresión, suelen gestarse desde la infancia y, en caso de no recibir intervención oportuna, incrementan el riesgo de desenlaces fatales. De acuerdo con la data del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, el 80% de los 334 suicidios reportados en el país durante el año precedente tuvo como origen alteraciones del ánimo y episodios depresivos. Asimismo, se ha identificado que, de cada 20 personas mayores de 15 años, una desarrolla depresión anualmente; de cada 20 individuos con dicho episodio, uno intenta suicidarse; y, de cada 20 intentos, uno se consuma.

Durante la gestación se presentan estresores de índole somática que pueden detonar la aparición de síntomas depresivos, los cuales suelen prolongarse más allá del parto. Esta situación se observa con mayor frecuencia en mujeres que carecen de pareja estable. La depresión posparto se encuentra vinculada a múltiples factores, entre ellos la edad materna: las adolescentes, al no haber alcanzado la madurez suficiente, muestran limitaciones para asumir

de manera plena su rol de madres, lo que las hace más vulnerables a experimentar conflictos con la pareja. Dichos conflictos constituyen, a su vez, un detonante frecuente de rupturas conyugales, lo que conduce a que muchas se conviertan en madres solteras, incrementando su angustia y predisposición a cuadros depresivos (Masías y Arias, 2018).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que, a escala global, la segunda razón de mortalidad en jóvenes de 15 a 19 años está vinculada con complicaciones durante el embarazo y el parto. Sin embargo, uno de los factores estructurales que perpetúa la mortalidad materna e infantil, así como el círculo de enfermedad y pobreza, sigue siendo la gestación en la adolescencia. Se estima que, cada año, en las naciones de ingresos bajos y medianos, alrededor de 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años dan a luz, además de un millón de niñas menores de 15 años. En este contexto, los hijos de madres adolescentes presentan un riesgo significativamente mayor de fallecer en comparación con los nacidos de féminas de entre 20 y 24 años.

La maternidad precoz conlleva un incremento considerable de riesgos tanto para la madre como para el neonato. En las naciones de ingresos bajos y medianos, los hijos de mujeres menores de 20 años presentan una probabilidad 50% mayor de mortalidad prenatal o de fallecer durante las primeras semanas de vida en contraste con los hijos de madres de entre 20 y 29 años. A menor edad de la madre, mayor es la vulnerabilidad del recién nacido. Asimismo, los neonatos de progenitoras adolescentes muestran una tendencia más elevada a nacer con bajo peso, condición que incrementa la posibilidad de secuelas adversas a largo plazo (OMS, 2020).

La depresión posparto constituye un enigma de índole psicológica derivado de múltiples factores desfavorables que afectan a las mujeres puérperas, quienes atraviesan un periodo de especial vulnerabilidad (Zamudio, 2022). Este trastorno se caracteriza por la aparición de síntomas depresivos tras el nacimiento del hijo. Si bien es habitual que entre el 60% y el 80% de las mujeres experimente alteraciones emocionales en el puerperio inmediato,

muchas de ellas cursan con una leve afección denominada “tristeza posparto”, la cual se manifiesta a los pocos días del alumbramiento y no se prolonga más de dos semanas. Sin embargo, cuando la sintomatología se extiende más allá de ese lapso, se considera indicio de depresión posparto, la cual puede persistir hasta por un año (Castro, 2018).

Entre los factores que favorecen la aparición de depresión posparto destaca la condición de ser madre adolescente y soltera. Entre sus principales desencadenantes se encuentran la carencia de apoyo familiar y conyugal, la excesiva dependencia afectiva hacia la familia, la falta de respaldo durante la gestación y en el proceso de crianza del hijo, y, especialmente, el desconocimiento acerca de este trastorno, lo cual impide a las jóvenes identificar sus síntomas y reconocer la gravedad de su situación (Gómez y Ortega, 2021).

En la actualidad, la depresión posparto es considerada uno de los trastornos mentales más recurrentes y, al mismo tiempo, una de las afecciones más graves que enfrenta la mujer en su etapa reproductiva. Aquellas que disponen de una red de apoyo cercana —ya sea por parte de la familia o de la pareja en el marco de un embarazo consensuado— muestran variaciones notables en la sintomatología. En contraste, las madres solteras que carecen de tales vínculos experimentan repercusiones negativas en su interacción social, lo que impacta distintos ámbitos de su cotidianidad y condiciona un entorno desfavorable para el ejercicio de su nuevo rol materno. De este modo, la ausencia del progenitor y la falta de sostén emocional durante la gestación, el alumbramiento y el puerperio incrementan significativamente la probabilidad de que la mujer desarrolle un cuadro clínico de depresión posparto (Mendoza y Mayorga, 2020).

Este trastorno constituye, además, una de las afecciones psicológicas cuya incidencia se ubica, de manera general, entre el 10% y el 20%, aunque en ciertos contextos puede alcanzar hasta un 26%, particularmente entre mujeres jóvenes, sin pareja y con un nivel educativo y socioeconómico bajo. En este sentido, Minotta et al. (2024) precisan que la depresión posparto afecta aproximadamente al 4% de la población femenina a nivel mundial.

Diversos factores incrementan la susceptibilidad de desarrollar depresión posparto; entre ellos destacan la juventud materna, un bajo nivel de escolaridad, la condición civil de soltería o divorcio, así como las preocupaciones de índole económica, tales como el desempleo de la mujer o de su pareja. Quienes padecen este trastorno suelen presentar dificultades en la interacción social, así como carencias en la regulación de sus estados emocionales. A ello se añaden otros factores de riesgo identificados: antecedentes de depresión, carencia de apoyo social, condiciones de pobreza, exposición a violencia intrafamiliar, conflictos conyugales, historial de aborto, sentimientos ambivalentes respecto a la gestación y ansiedad vinculada al cuidado del recién nacido (Fernandes et al., 2023).

En la investigación desarrollada por Marles et al. (2024) acerca de la depresión posparto y sus factores de riesgo, se analizó una muestra de 336 participantes con una edad media de 27 años, encontrándose que el 58% ($p < 0,001$) de las mujeres presentaba algún nivel de disfunción familiar.

Lo señalado puede atribuirse a la vulnerabilidad propia de esta población, en la medida en que muchas madres jóvenes han experimentado directa o indirectamente conflictos dentro del núcleo familiar. De ahí la relevancia de la presente investigación, cuyo propósito es recabar información sobre la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto en madres jóvenes, a fin de que futuras indagaciones permitan diseñar mecanismos de intervención adecuados a esta problemática.

1.1.2. Formulación del problema

¿De qué manera se manifiestan, se interrelacionan y se comparan la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, durante el año 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. *Antecedentes internacionales*

Cafiero y Justich-Zabala (2024) en Argentina, resaltó que los trastornos de salud mental materna durante la gestación, el parto y el puerperio constituyen un desafío trascendental para la salud pública. La falta de reconocimiento de estas afecciones obstaculiza el diagnóstico precoz y los tratamientos oportunos, lo cual repercute negativamente en la madre y en la consolidación del vínculo madre-hijo. Se señalan como factores de riesgo la edad, la situación socioeconómica, los antecedentes psicopatológicos, la disfunción familiar y los entornos desfavorables. Se evidencia, además, que el estrés, la ansiedad y la depresión durante el embarazo influyen de forma nociva en el neurodesarrollo fetal y en los resultados del desarrollo infantil. Asimismo, se advierte que la depresión puerperal compromete el vínculo afectivo, el desarrollo posnatal en sus dimensiones emocionales, cognitivas y conductuales, así como la continuidad de la lactancia. Se concluye que resultan imprescindibles estrategias preventivas y abordajes interdisciplinarios para mitigar estos riesgos.

Castillo (2024) – Ecuador, menciona que la investigación en la depresión posparto (DPP) constituye el trastorno mental más prevalente en el puerperio, con repercusiones adversas tanto en la salud materno-infantil como en el núcleo familiar. Su presentación clínica se caracteriza por un ánimo deprimido persistente y pérdida de interés en las actividades habituales. El estudio, de corte cuantitativo, descriptivo y transversal, incluyó 60 mujeres puérperas del barrio Motupe en Loja, a quienes se aplicaron la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, el Inventario de Depresión de Beck y el test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL). Los hallazgos mostraron una prevalencia de DPP del 16.67%, siendo la depresión mínima la más frecuente (65%). Asimismo, se reportó disfuncionalidad familiar en un 10% y disfuncionalidad severa en un 3.33%. Se halló asociación estadísticamente significativa entre

depresión posparto y funcionalidad familiar ($p = 0.0005$), concluyendo que la funcionalidad familiar se erige como un factor determinante en el desarrollo de la DPP.

Ferreira et al. (2020) – Bolivia, realizaron una revisión bibliográfica sobre los factores etiológicos de la depresión posparto en adolescentes primigestas, identificando que la edad constituye el principal factor de riesgo y que los síntomas son semejantes a los de otras etapas de la vida. Se resalta la vulnerabilidad de las adolescentes en este periodo y la escasez de estudios específicos en esta población. El análisis comparativo de investigaciones entre 2005 y 2019 (en idioma español y portugués) permitió reconocer los cambios psicológicos propios de estas pacientes, con el fin de favorecer un diagnóstico oportuno y una atención adecuada.

García et al. (2020) – Ecuador, investigaron la depresión posparto en adolescentes, destacando el embarazo adolescente como un problema de salud pública con repercusiones biológicas, psicológicas y sociales en la madre y el hijo. El estudio fue de campo, no experimental, descriptivo y transversal, con una muestra de 121 madres adolescentes. Se aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y un cuestionario sobre factores de riesgo. Los resultados preliminares mostraron mayor prevalencia de depresión moderada (70%) frente a leve (30%), predominando en adolescentes solteras (70%), con nivel socioeconómico medio (80%) y con antecedentes de abandono escolar (40%). La vía de parto fue principalmente vaginal (80%). Se concluyó que la depresión posparto no presenta una etiología única, pero se asocia principalmente a factores socioeconómicos y familiares, resaltando la necesidad de detección temprana y seguimiento para proteger tanto a la madre como al recién nacido.

Giralda (2014) – España, consistió en una revisión bibliográfica sobre la depresión posparto, con el propósito de brindar información actualizada a los profesionales de la salud, particularmente a enfermeras y matronas, quienes ocupan un rol estratégico en la educación sanitaria y en la reducción de la incidencia de esta patología. La Organización Mundial de la

Salud (OMS) estima que, de los 136 millones de partos anuales, 20 millones presentan complicaciones, lo que refuerza la relevancia del cribado sistemático mediante instrumentos validados. La revisión evidenció que la prevalencia de DPP oscila entre el 10% y el 20% a nivel mundial, y que esta puede disminuir mediante detección temprana y tratamiento oportuno, involucrando también al entorno familiar. Se subraya que la DPP está vinculada a síntomas graves, incluyendo pensamientos autodestructivos y conductas obsesivas que pueden poner en riesgo la vida del recién nacido. Se concluye que los profesionales de enfermería deben fortalecer las intervenciones preventivas y educativas, fomentando la planificación familiar y el cuidado integral de la salud materno-infantil.

Martínez et al. (2020) – Ecuador, realizaron un estudio cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio, basado en revisión documental de investigaciones latinoamericanas sobre embarazo adolescente. Se consultaron múltiples bases de datos y, tras aplicar criterios de inclusión, se seleccionaron 26 artículos relevantes para el análisis. Los hallazgos muestran un incremento sostenido de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, asociado principalmente a factores socioculturales y socioeconómicos, además de deficiencias en la educación sexual. La investigación resalta que la escuela, la familia y la comunidad cumplen un papel crucial, aunque las adolescentes embarazadas aún enfrentan exclusión y vulneración social pese a las normativas vigentes. En el plano psicológico, se identificaron consecuencias como abandono escolar, riesgo elevado de depresión y suicidio, inserción laboral precaria y condiciones de pobreza, generando familias disfuncionales y perpetuando la problemática de manera transgeneracional.

Mirama et al. (2020) – Ecuador, realizaron una investigación de revisión bibliográfica sobre el embarazo adolescente, definido como aquel que ocurre entre la pubertad y el final de la adolescencia, distinguiendo sus etapas en temprana (10-13 años), media (14-16) y tardía (17-19). El estudio se basó en la consulta de bases de datos, portales institucionales y literatura

científica reciente, con el propósito de actualizar el conocimiento sobre las implicancias del embarazo precoz y brindar un marco de referencia para futuras investigaciones. Los hallazgos evidencian múltiples complicaciones asociadas, siendo las más recurrentes: hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia), infecciones urinarias, anemia, abortos y riesgo de parto pretérmino; además de otras menos frecuentes como ruptura prematura de membranas, placenta previa y hemorragia posparto. Se concluye que el embarazo adolescente constituye una condición de alto riesgo médico y social que requiere especial atención sanitaria y preventiva.

Orgaz (2023) – España, realizó una revisión bibliográfica de publicaciones en PubMed, Sciencedirect y Scielo, abordó las consecuencias de la depresión posparto en la madre, el recién nacido y la pareja. La DPP, con una prevalencia estimada del 10-15% a nivel mundial, se identifica como el trastorno psiquiátrico más frecuente del puerperio. Se señala que esta condición debilita el vínculo madre-bebé, lo que repercute negativamente en el desarrollo infantil, y puede deteriorar también la relación de pareja, aumentando incluso el riesgo de depresión paterna. Un hallazgo crítico es la frecuente subnotificación de los síntomas, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento. La revisión concluye que los profesionales de enfermería deben desempeñar un rol crucial en la detección precoz y el cribado sistemático, utilizando herramientas validadas y ofreciendo información confiable que permita abordar la DPP de manera holística.

Pacheco (2021) – Ecuador, exploró el vínculo entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en púerperas del Hospital “León Becerra Camacho” de Guaranda. El estudio, de tipo no experimental, transversal y correlacional, empleó la Escala de Edimburgo y el cuestionario APGAR familiar en 120 participantes. Los resultados evidenciaron que el 65% de las madres experimentaban disfuncionalidad familiar, mientras que el 48% presentó síntomas de depresión posparto. El análisis correlacional reveló una asociación significativa

entre ambas variables ($p=0.000$), lo que respalda la hipótesis de que un entorno familiar poco funcional eleva considerablemente el riesgo de padecer depresión en el posparto.

Paredes (2022) – Ecuador, exploró el vínculo entre la disfuncionalidad familiar en el posparto, destacando que una familia funcional puede proporcionar estabilidad emocional a la madre, mientras que la disfuncionalidad incrementa el riesgo de síntomas depresivos. El estudio, de diseño transversal, no experimental y cuantitativo, se aplicó a 113 puérperas mediante el Cuestionario de Percepción Familiar y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Los resultados revelaron que, aunque la mayoría de las participantes padecían DPP, solo una minoría reportó disfuncionalidad familiar, no hallándose relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Como aporte, se propuso un plan de prevención psicológica dirigido a madres en riesgo, enfatizando la necesidad de intervenciones familiares para mitigar la depresión posparto

Patiño et al. (2024) – México, examinaron el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de madres adolescentes, población particularmente vulnerable y poco estudiada respecto a la depresión posparto (DPP). El estudio, de corte transversal, comparó a dos grupos: 41 madres adolescentes antes de la pandemia (MA-AP) y 41 durante la pandemia (MA-DP), evaluadas con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Los resultados mostraron que la prevalencia de DPP ($EPDS \geq 9$) fue 42% mayor en las MA-DP, con diferencias significativas en autoestima, eficacia materna, apoyo social y presencia de ansiedad durante el embarazo. El análisis multivariado reveló que la baja autoestima fue el principal predictor de DPP ($p=0.017$). Se concluye que la pandemia agravó la incidencia de DPP y factores psicosociales, recomendándose intervenciones preventivas que fortalezcan la autoestima en madres adolescentes expuestas a contextos de estrés extremo.

Reyes (2021) – México, analizó la asociación entre la funcionalidad familiar y la depresión posparto en madres jóvenes usuarias de un centro de salud. Se adoptó un diseño no

experimental, descriptivo y transversal, con una muestra de 60 madres adolescentes a quienes se aplicaron los instrumentos APGAR Familiar y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Los hallazgos revelaron que el 53% de las participantes reportaron algún nivel de disfuncionalidad familiar, mientras que el 45% presentó síntomas depresivos. La correlación estadística confirmó una asociación significativa entre ambas variables, lo que evidencia que la estructura y dinámica familiar inciden de manera directa en la estabilidad emocional de las madres adolescentes durante el posparto.

Torres (2020) – Ecuador, desarrolló una investigación en el Centro de Salud Venus de Valdivia con el propósito de determinar la relación entre el riesgo de depresión posparto y la funcionalidad familiar en gestantes. El estudio, de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, correlacional y transversal, contó con una muestra de 67 gestantes seleccionadas bajo criterios de inclusión y exclusión. Se aplicaron instrumentos validados para recolectar información. Los resultados mostraron que el 42% de las participantes eran adolescentes, el 61% tenía instrucción secundaria, el 48% eran amas de casa y el 69% solteras. Asimismo, el 45% presentó disfunción familiar leve. El análisis estadístico ($\chi^2 = 44,5218$; $p=0,000$) confirmó una relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión posparto, destacando que las gestantes con disfunción familiar leve tenían mayor riesgo de depresión, mientras que aquellas con funcionalidad familiar adecuada presentaban un riesgo mínimo. Se concluye que la dinámica familiar constituye un factor determinante en la aparición de depresión posparto.

Villón (2022) – Ecuador, examinó la relación entre depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora. Se aplicó un diseño no experimental, de carácter transversal y enfoque cuantitativo, en una muestra de 100 mujeres púerperas, utilizando la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto y el test APGAR Familiar. Los hallazgos indicaron que el 66% de las participantes evidenció algún grado de depresión posparto, predominando la sintomatología moderada. Asimismo, el

57% presentó disfuncionalidad familiar. El análisis estadístico mostró una correlación significativa entre ambas variables ($p=0.001$), lo que permitió concluir que la calidad del funcionamiento familiar constituye un factor determinante en la aparición y severidad de la depresión posparto.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Barrios (2020), en Ica, realizó una investigación con el objetivo de establecer si la depresión posparto y la disfuncionalidad familiar se relacionan con la ideación suicida en púerperas atendidas en el Centro de Atención Primaria Señor de Luren, durante los meses de septiembre a diciembre de 2018. El estudio fue prospectivo, analítico y transversal, aplicado a 180 púerperas en controles CRED hasta el primer año posparto. Se utilizaron la escala de Plutchik para valorar ideación suicida, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para medir depresión y el test de Apgar familiar para funcionalidad. Los resultados revelaron que el 36,8 % presentó ideación suicida, el 32,8 % depresión posparto y el 66,1 % disfunción familiar, encontrándose asociaciones estadísticamente significativas ($p=0.000$). Además, factores como nivel educativo ($p=0.038$), ausencia de lactancia exclusiva ($p=0.000$) y violencia durante la gestación ($p=0.000$) también mostraron relación con la ideación suicida. Se concluyó que tanto la depresión posparto como la disfunción familiar constituyen factores determinantes para la aparición de ideación suicida.

Chávez (2021), en Cajamarca, elaboró un estudio con el propósito de identificar los factores sociales que inciden en la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital II E Simón Bolívar durante el año 2020. La depresión posparto se define como un episodio depresivo que aparece tras el alumbramiento y puede extenderse más allá del puerperio (42 días). El diseño de la investigación fue no experimental, transversal y descriptivo-correlacional, con una muestra de 68 púerperas adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario elaborado por la

autora y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Los resultados señalaron que el 86,8 % de las participantes presentó algún grado de depresión posparto; el 97,1 % tenía entre 15 y 19 años, el 55,9 % eran amas de casa, el 50 % contaba con apoyo económico de los padres y el 75 % se encontraba en condición de conviviente. Se halló relación significativa entre los factores sociales y la depresión posparto en adolescentes.

Inocencio y Salazar (2019), en Huánuco, realizaron una indagación orientada a establecer la relación entre disfuncionalidad familiar, paridad y autoestima con la depresión posparto en adolescentes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari en 2019. El estudio fue observacional, prospectivo, transversal y de diseño correlacional. Entre los hallazgos se reportó que el 52,8 % de las participantes eran convivientes, el 25 % solteras y el 22 % casadas. En cuanto a la lactancia, el 81,9 % practicaba lactancia exclusiva, el 12,5 % mixta y el 5,6 % artificial. Asimismo, el 72,2 % no evidenció disfunción familiar, el 90,3 % fueron primíparas y el 88,9 % presentaba niveles elevados de autoestima. A pesar de ello, el 18,2 % manifestó depresión posparto. Los resultados revelaron una asociación estadísticamente significativa entre la disfuncionalidad familiar y la baja autoestima con la presencia de depresión posparto ($p=0,000$).

Limascca (2023), en Lima, desarrolló una investigación cuyo propósito fue determinar los factores asociados a la sintomatología depresiva posparto en púerperas en edad fértil, utilizando un subanálisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021. Se trató de un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y analítico. Se halló una prevalencia de 5,61 % de sintomatología depresiva en mujeres con posparto reciente. Según el análisis bivariado, la depresión puerperal fue más frecuente en mujeres solteras, viudas, divorciadas o no convivientes (14,72 %), en aquellas con antecedentes de depresión (19,93 %) y en quienes sufrieron violencia doméstica (12,03 %), todas con significancia estadística ($p<0.001$). El análisis multivariado mostró que el antecedente de depresión previa constituyó

el factor de mayor asociación ($OR=4.02$), seguido de la violencia doméstica ($OR=2.72$) y la condición civil de soltera ($OR=2.26$). En conclusión, los principales determinantes de la depresión posparto fueron el historial depresivo previo, el estado civil y la violencia intrafamiliar.

Meza y Soto (2019), en Huacho, realizó un estudio con el propósito de identificar el nivel de funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Huaura durante 2017. El trabajo, de tipo básico, descriptivo y transversal con enfoque cuantitativo, incluyó a 56 adolescentes gestantes. Se aplicó el test APGAR familiar (Suárez y Alcalá, 2014) y los datos fueron procesados mediante SPSS v.21 y Excel 2010. Los resultados reflejaron que, en el ámbito de la adaptabilidad, el 48,3 % señaló estar casi siempre satisfecho con el apoyo familiar en situaciones críticas, mientras que un 37,9 % manifestó insatisfacción respecto al interés de la familia en discutir y resolver problemas. Asimismo, el 56,9 % indicó que su familia casi nunca respetaba sus decisiones, el 51,7 % refirió carencias en la expresión de afecto y el 46,6 % consideró insuficiente el tiempo compartido con la familia. Se concluyó que la mayoría de adolescentes gestantes presentaba un funcionamiento familiar moderadamente disfuncional (74,1 %).

Miranda (2017), en Callao, llevó a cabo una investigación con el objetivo de evaluar la relación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en púerperas que acudían a los consultorios de crecimiento y desarrollo del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega. El estudio, de diseño descriptivo, correlacional y transversal, incluyó a 117 participantes con edades entre 18 y 50 años, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario de cuatro preguntas, el test de Apgar familiar y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. Los resultados evidenciaron que el 27,4 % de las púerperas presentó depresión posparto, mientras que la disfuncionalidad familiar alcanzó un 70 %, siendo más frecuente el grado leve (44,4 %).

Olaya (2024), en la ciudad de Trujillo, efectuó una indagación cuyo propósito primordial fue determinar la relación existente entre la depresión y la funcionalidad familiar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Corrales durante el año 2021. La metodología aplicada respondió a un enfoque cuantitativo, de carácter básico y diseño descriptivo-correlacional, contemplando una población de 197 gestantes. Se emplearon como instrumentos el Test de Zung y la escala FF-SIL. Los resultados evidenciaron la existencia de una correlación significativa entre depresión y funcionalidad familiar ($p < 0.05$). De manera específica, el 65 % de las gestantes no presentaban depresión, el 23 % se hallaba en nivel moderado y el 8 % en nivel severo, mientras que el 45 % mostraba depresión leve. Respecto a la funcionalidad familiar, el 25 % pertenecía a familias moderadamente funcionales, el 19 % a disfuncionales, el 15 % a funcionales y el 56 % a severamente disfuncionales.

Ramírez (2024), En Tacna, identificó los factores vinculados a la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa secundaria. La investigación fue de carácter descriptivo, observacional y comparativo, considerando a la totalidad de estudiantes matriculados en el año 2024. Los datos se obtuvieron mediante encuestas sistematizadas en una base de datos, utilizando como instrumento el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9). Los hallazgos revelaron que el 67 % de los adolescentes presentaba sintomatología depresiva, distribuida en niveles leves (31 %), moderados (14,4 %), moderadamente severos (17,1 %) y severos (4,5 %). Asimismo, se identificaron factores influyentes en la aparición de dichos síntomas, destacando la edad, el sexo, la situación de convivencia, la calidad de las relaciones interpersonales y el rendimiento académico. El estudio concluyó que la depresión en adolescentes responde a un entramado de factores sociales y académicos, lo cual exige un abordaje integral para su prevención y tratamiento.

Ruiz et al. (2024), en Tumbes, efectuaron un estudio en el que se subrayó que el embarazo implica transformaciones tanto fisiológicas como psicológicas para la mujer. En esta

etapa, muchas gestantes experimentan sentimientos de temor, angustia o ansiedad ante la proximidad del parto, lo cual se acompaña de complejos procesos de adaptación socioemocional y hormonal. Dichos cambios, sumados a las exigencias posteriores al alumbramiento, pueden constituir factores de riesgo para la aparición de depresión posparto. Se enfatizó que la vulnerabilidad de la madre condiciona la propensión a esta afección, siendo más frecuentes los casos en mujeres con antecedentes psiquiátricos, madres adolescentes o de edad avanzada, con bajo nivel educativo, situación económica precaria, desempleo propio o de la pareja, así como en aquellas que atraviesan soltería o divorcio. La ausencia de sostén conyugal aumenta la percepción de soledad, dificulta el acceso a un soporte emocional y repercute en la calidad del descanso, incrementando la probabilidad de depresión puerperal.

Velasco (2019), en Trujillo, efectuó un estudio correlacional cuyo propósito fue determinar la relación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital Belén, durante los meses de junio a agosto de 2019. La muestra comprendió 71 mujeres evaluadas mediante encuesta y revisión de historias clínicas, utilizando como instrumentos la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y el test de Apgar. Los hallazgos revelaron que el 63,4 % de las participantes presentaba disfuncionalidad familiar y el 22,5 % depresión posparto, encontrándose una asociación altamente significativa ($p=0,001$). Se concluyó que la disfunción familiar constituye un factor predisponente para el desarrollo de depresión puerperal.

Villanueva (2023), en Lima, realizó una investigación cuyo propósito fue determinar los factores asociados al riesgo de depresión postparto en puérperas adultas atendidas mediante teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2020. El estudio fue cuantitativo, observacional, analítico y transversal. La población considerada incluyó 2000 puérperas entre 17 y 37 años, de las cuales se seleccionó una muestra de 184. Se empleó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) validada en español. Los resultados

mostraron que el 70,1 % de las participantes no presentaban riesgo de depresión postparto, mientras que el 29,9 % sí lo manifestaba. Además, se halló una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de depresión y la violencia familiar ($p=0,026$) así como el antecedente de depresión previa ($p=0,005$). En conclusión, dichos factores constituyen determinantes relevantes para la aparición de depresión postparto en púerperas adultas.

Zamudio (2023), en Lima, desarrolló un estudio de carácter narrativo, cualitativo y retrospectivo con el objetivo de identificar la evidencia científica relacionada con los factores de riesgo de depresión postparto en adolescentes, primíparas y madres solteras. La investigación recopiló información de 30 artículos científicos. De ellos, 15 señalaron la condición de adolescencia como factor de riesgo, 13 destacaron la soltería y 9 resaltaron la primiparidad. Entre los principales hallazgos se concluyó que, en las madres adolescentes, la ausencia de apoyo conyugal constituye el factor de mayor incidencia; en las primíparas, las edades extremas y la escolaridad incompleta son los principales predisponentes; mientras que en las madres solteras, el embarazo no planificado se configura como el factor de riesgo predominante.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la forma en que se presentan, se relacionan y comparan la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024, considerando grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos.

1.3.2. Objetivos Específicos

Medir el nivel de disfuncionalidad familiar en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, 2024.

Medir el nivel de depresión posparto en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, 2024.

Analizar la relación entre depresión posparto y disfuncionalidad familiar en madres jóvenes del distrito de Breña, 2024.

Examinar la asociación de los niveles de depresión posparto y disfuncionalidad familiar según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos.

Determinar el nivel explicativo de la disfuncionalidad familiar sobre la depresión posparto en madres jóvenes atendidas en Breña, 2024.

Comparar los niveles de depresión posparto y disfuncionalidad familiar en función de grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos en madres jóvenes del distrito de Breña, 2024.

1.4. Justificación

1.4.1. A nivel teórico

El presente estudio se sustenta en la necesidad de ampliar la evidencia científica acerca de la asociación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto, problemática que ha recibido escasa atención en investigaciones nacionales. A través de la revisión de artículos, libros y bases de datos especializadas se pretende aportar conocimientos sólidos que fortalezcan el acervo científico en torno a estas variables, logrando una comprensión más integral de su interacción y repercusión en la salud materna y familiar.

Condon y Corkindale (1997, citado por Wedel, 2018) evidenciaron que las madres con menor apego hacia sus hijos presentaban mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un escaso apoyo social fuera de la relación de pareja. Estos hallazgos corroboran la influencia directa del estado psicológico materno sobre el vínculo afectivo con el hijo.

Diversas investigaciones han señalado que la depresión posparto se vincula con conductas y resultados adversos para la salud, tales como deficiente nutrición, incremento en el consumo de sustancias, inadecuada atención prenatal, preeclampsia, bajo peso al nacer, parto prematuro, e incluso riesgo de suicidio (García et al., 2020). A ello se suma que más del 54 % de mujeres con depresión posparto ya habían manifestado episodios depresivos antes o durante la gestación, lo que reafirma la relevancia de la detección temprana.

En el caso de la maternidad adolescente, esta constituye un problema importante de salud pública, asociado a alteraciones emocionales, inseguridad, inestabilidad y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales tanto para la madre como para el hijo, siendo la depresión posparto uno de los motivos de riesgo más frecuentes en este grupo etario (García et al., 2020).

Masías y Arias (2018) sostienen que la depresión posparto se manifiesta a través de síntomas como llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad para asumir el rol materno, pudiendo extenderse desde las seis semanas hasta incluso un año tras el parto. Esta condición afecta no solo a la madre, sino también al neonato, a la pareja y a la dinámica familiar en general. A pesar de su gravedad, solo una quinta parte de las mujeres afectadas recibe tratamiento, debido a la falta de reconocimiento del trastorno como un problema clínico.

Por su parte, Nunes y Phipps (2013, citado por García et al., 2020) identificaron como principales factores de riesgo en madres adolescentes el antecedente de trastornos depresivos y la ausencia de redes de apoyo social y familiar para afrontar la maternidad.

En conjunto, la literatura revisada demuestra que la depresión posparto es un problema multidimensional de gran trascendencia clínica y social, cuyo abordaje requiere considerar la funcionalidad familiar como un factor determinante, lo que justifica la pertinencia de la presente investigación.

1.4.2. A nivel práctico

El presente estudio posibilita analizar las repercusiones que la disfunción familiar genera en las madres jóvenes y su asociación con la depresión posparto. Este escenario es especialmente relevante debido a la formación temprana de núcleos familiares producto de uniones precoces, en muchos casos sin la madurez suficiente para afrontar las responsabilidades de la crianza. Los hallazgos de esta investigación proporcionarán información de base para que las autoridades competentes y profesionales del ámbito de la salud y la educación puedan replantear programas psicosociales, fortalecer estrategias de prevención e incentivar nuevas investigaciones sobre la relación entre ambas variables.

García et al. (2020) señalan que la actividad sexual temprana en la adolescencia constituye un problema de salud pública, ya que conlleva riesgos como embarazos no planificados, incremento de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA —considerada la segunda causa de mortalidad en adolescentes—, además de consecuencias familiares, económicas y sociales. En este sentido, la población adolescente se encuentra en una condición de alta vulnerabilidad debido a inequidades y barreras en el acceso a los servicios de salud, particularmente en lo referente a salud sexual y reproductiva, lo que refuerza la relevancia práctica del presente estudio.

1.4.3. A nivel metodológico

La investigación permitirá recopilar y sistematizar evidencia acerca de la relación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en madres jóvenes, posibilitando la comparación con estudios previos realizados a nivel nacional e internacional. Este contraste contribuirá a identificar cambios en la incidencia y características de las variables a lo largo del tiempo, ofreciendo un panorama actualizado del fenómeno en el contexto peruano. Asimismo, la aplicación de instrumentos psicométricos validados facilitará la evaluación rigurosa de las

variables, garantizando la confiabilidad y validez de los resultados, y aportando herramientas metodológicas útiles para futuras investigaciones.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Existen porcentajes elevados de niveles moderados a bajos de disfuncionalidad familiar y de depresión posparto en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024, así como una asociación y comparación significativa según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos.

1.5.2. Hipótesis específicas

Los instrumentos aplicados presentan validez de constructo y adecuada confiabilidad para la obtención de los datos.

Existen porcentajes elevados de niveles moderados a bajos de disfuncionalidad familiar en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024.

Existen porcentajes elevados de niveles moderados a altos de depresión posparto en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024.

Existe una relación significativa entre depresión posparto y disfuncionalidad familiar en madres jóvenes del distrito de Breña, 2024.

Existe asociación significativa entre los niveles de depresión posparto y de disfuncionalidad familiar según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos en madres jóvenes del distrito de Breña, 2024.

La disfuncionalidad familiar presenta un nivel explicativo significativo sobre la depresión posparto en madres jóvenes atendidas en un centro de salud del distrito de Breña, 2024.

Existen diferencias significativas en la depresión posparto y en la disfuncionalidad familiar de madres jóvenes según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos en el distrito de Breña, 2024.

1.5.3. Hipótesis estadísticas

Hipótesis estadística 1

H₀: No existe relación entre la depresión posparto y la disfuncionalidad familiar en madres jóvenes de un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024.

H₁: Existe una relación negativa y significativa entre la depresión posparto y la disfuncionalidad familiar en madres jóvenes de un centro de salud del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024.

Hipótesis estadística 2

H₀: No existe asociación entre los niveles de depresión posparto y la disfuncionalidad familiar en madres jóvenes del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024, según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos.

H₁: Existe una asociación significativa entre los niveles de depresión posparto y la disfuncionalidad familiar en madres jóvenes del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024, según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos.

Hipótesis estadística 3

H₀: La disfuncionalidad familiar no presenta un nivel explicativo significativo sobre la depresión posparto en madres jóvenes del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024.

H₁: La disfuncionalidad familiar presenta un nivel explicativo significativo sobre la depresión posparto en madres jóvenes del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024.

Hipótesis estadística 4

H₀: No existen diferencias en la depresión posparto ni en la disfuncionalidad familiar en madres jóvenes del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024, según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos.

H₁: Existen diferencias significativas en la depresión posparto y en la disfuncionalidad familiar en madres jóvenes del distrito de Breña, Lima Metropolitana, 2024, según grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre Disfunción Familiar

2.1.1. *Definición de la familia*

El vocablo familia puede concebirse como una entidad organizada de coexistencia, integrada por un conjunto de individuos cuyo cometido primordial es propiciar el desenvolvimiento integral de sus miembros y asegurar la perpetuidad del propio sistema. Según Torío (2004), cada núcleo familiar exhibe particularidades que lo diferencian de otros, ya sea por su configuración estructural (nuclear, monoparental, reconstituida, etc.), por la naturaleza de los vínculos que se establecen en su seno (modelos educativos, valores, normas y creencias) o por la asunción y distribución de roles, rasgos que le otorgan un carácter distintivo.

En concordancia, Ackerman (2000) concibe a la familia como la célula primaria del desarrollo humano, pero también como la base de la salud y la enfermedad. La describe como un espacio de intercambio recíproco que tiende a conservar un equilibrio mediante un entramado dinámico de acciones y reacciones, denominado dinámica familiar.

Finalmente, Mori (2012, citado en Urrutia, 2023) subraya que existen funciones cardinales que todo grupo familiar debe ejercer, entre ellas: la custodia y resguardo de sus integrantes, la transmisión de valores y preceptos, el sostén afectivo, la socialización y la orientación para el desarrollo personal y social de cada miembro.

2.1.1.1. Función reproductiva y sexual. Toda colectividad humana se sustenta, en primera instancia, en la familia como núcleo fundamental encargado de la procreación y el alumbramiento de nuevos individuos, garantizando así la perpetuidad biológica y social de la especie.

2.1.1.2. Función de socialización. La familia constituye el primer grupo primario de pertenencia del infante, donde se inicia el desarrollo de su personalidad y la interiorización de

normas, valores y conductas. Una de las principales vías mediante las cuales la familia socializa es a través de la transmisión de modelos de rol, que el niño asimila e imita. Así, el varón aprende a desempeñarse como hijo, esposo y padre mediante la experiencia directa de haber crecido en un hogar con figuras parentales que encarnan dichos roles.

No obstante, surgen dificultades en el proceso de socialización cuando tales referentes están ausentes, obligando al menor a recurrir a modelos sustitutos, ya sea en otros familiares o en entornos externos, los cuales no siempre resultan plenamente satisfactorios. Aunque las funciones de madre y padre no necesariamente deben ser ejercidas por los progenitores biológicos, no existe un reemplazo completamente equivalente de estas figuras en el desarrollo emocional y social del niño.

En esta misma línea, Guadarrama et al. (2011) destacan que el hogar es el espacio donde los hijos establecen y experimentan sus primeros vínculos afectivos, un lugar que les proporciona seguridad y confianza para desplegar sus capacidades y destrezas. Estas competencias, adquiridas en la dinámica familiar, serán posteriormente transferidas y aplicadas en los distintos ámbitos donde los individuos se desarrollen a lo largo de su vida.

Así mismo, Morales y Ramos (2015) sostienen que uno de los principales indicadores del funcionamiento familiar se encuentra en las actividades orientadas a la satisfacción de las necesidades del sistema social, las cuales abarcan la adaptación, la consecución de metas, la integración y la latencia. En este sentido, cada individuo cumple un rol específico que contribuye al equilibrio y cohesión de la colectividad.

Por su parte, Carvajal (2011) afirma que la familia desempeña una función socializadora esencial, puesto que es en su interior donde el niño comienza a establecer vínculos con el entorno externo. Dicha función se refleja en la seguridad afectiva que se consolida progresivamente a partir de las interacciones entre los miembros de la familia.

En concordancia, Musitu et al. (2007) subrayan que la socialización constituye, sin lugar a duda, una de las funciones más generalmente reconocidas del conjunto familiar, ya que mediante ella los individuos interiorizan los códigos de conducta social, se adaptan a ellos y los reproducen, asegurando con ello el adecuado desenvolvimiento y continuidad del entramado social.

2.1.1.3. Función afectiva. Antes que cualquier otra necesidad, el ser humano demanda una respuesta íntima de carácter humano, es decir, afecto y calidez en el círculo de relaciones más próximas. La carencia de vínculos afectivos puede deteriorar de manera significativa la capacidad de desarrollo integral del sujeto. En este sentido, Tizón (2011) enfatiza la importancia de una dedicación exclusiva durante los primeros años de vida, como un soporte tanto físico como emocional, inmediato y accesible.

De manera concordante, Carvajal (2011) subraya que principios como el amor, la educación, el amparo y la solidaridad son indispensables en la función de protección y apoyo afectivo, pues favorecen la aceptación personal y el reconocimiento de la identidad individual. La familia constituye un espacio de intimidad, donde se transmiten y comparten ideas, emociones y sentimientos. En ella se cultivan valores como la comprensión, la serenidad y el amor, los cuales fortalecen la cohesión familiar y contribuyen al ajuste psicosocial del individuo.

En suma, puede afirmarse que una familia funcional se caracteriza por mantener una comunicación constante y asertiva, que le permite afrontar con éxito las dificultades que amenacen su integración. Asimismo, promueve la confianza mutua, la expresión de afecto y el apoyo recíproco, elementos esenciales para el bienestar y desarrollo de cada uno de sus miembros.

2.1.2. Estilos de familia

En el entramado social pueden distinguirse diversos estilos de organización familiar. La familia democrática se caracteriza por la presencia de conductas respetuosas entre sus integrantes —ya sea entre hermanos, cónyuges o en la relación paterno-filial—, evitando cualquier forma de abuso de un miembro sobre otro. En este tipo de familias, el diálogo se erige como herramienta primordial para resolver discrepancias y la confianza constituye el cimiento de los vínculos. Montañés et al. (2008) señalan que los principios básicos de este estilo son: respeto, exigencia moderada, sanciones razonables, control firme, negociación, explicación de normas y refuerzo de conductas positivas por encima del castigo de las negativas. Los progenitores democráticos promueven tanto valores de autodirección como valores sociales, favoreciendo la interiorización consciente de normas.

En contraposición, la familia autoritaria se distingue por la imposición de reglas estrictas e inflexibles, donde no se permite la negociación ni el diálogo. La obediencia se asegura mediante amenazas, imposiciones y un férreo control del cumplimiento de normas. Este modelo se asocia con un bajo nivel de afecto y escasa comunicación, lo que conlleva sentimientos de insatisfacción, aislamiento y baja autoestima en los hijos. Montañés et al. (2008) destacan que los padres autoritarios recurren principalmente a la imposición y al castigo, fomentando valores de conformismo y obediencia, pero inhibiendo los de autodirección y creatividad. Según Miranda y Pérez (2005), los adolescentes educados en este estilo se caracterizan por presentar escasas habilidades sociales, baja iniciativa, dependencia normativa y una autoestima reducida. Musitu et al. (2007) refuerzan esta visión, indicando que la familia autoritaria se centra en la restricción de la autonomía, priorizando la obediencia y el control.

En tercer lugar, la familia permisiva se determina por la ausencia de disciplina y control. Los padres, con la intención de no parecer autoritarios, renuncian a ejercer su rol normativo, permitiendo a los hijos hacer lo que deseen, lo que en muchos casos invierte la jerarquía

familiar y otorga mayor poder a los hijos sobre los padres. Miranda y Pérez (2005) señalan que esta modalidad se distingue por la falta de límites y tolerancia excesiva, mientras que Musitu et al. (2007) la describen como un estilo basado en la concesión total de autonomía, siempre que no se comprometa la supervivencia. Este modelo fomenta valores de autonomía e independencia, pero limita la adquisición de valores sociales como la solidaridad y la justicia.

Finalmente, la familia negligente se caracteriza por la escasa implicación de los progenitores en la vida de los hijos. Estos padres muestran desinterés por los deseos, logros o conductas de los menores, delegando o desatendiendo por completo sus responsabilidades educativas. Miranda y Pérez (2005) remarcan que en este estilo predominan tanto la ausencia de control como la falta de cuidado afectivo. Musitu et al. (2007) describen a los padres negligentes como aquellos con baja aceptación y poca supervisión, indiferentes frente a las conductas de los hijos, sin establecer límites ni generar diálogo, mostrando una mínima interacción emocional y educativa.

Cabe resaltar que muchos padres no se restringen a un único estilo, sino que pueden adoptar una combinación de enfoques en razón de las circunstancias o del momento vital.

2.1.3. Familia funcional

El funcionamiento familiar puede entenderse como una dinámica relacional de carácter sistémico, sustentada en dimensiones tales como la cohesión, la armonía, la distribución de roles, la comunicación, la permeabilidad, la afectividad y la capacidad de adaptación (Ortega et al., 1999).

En la contemporaneidad se reconocen diferentes configuraciones familiares, siendo la más representativa la familia nuclear o elemental, considerada la unidad básica del entramado social, compuesta por la pareja conyugal y sus hijos, quienes pueden ser descendientes biológicos o adoptivos (Estrada, 2010).

Otra tipología es la familia monoparental, constituida por uno de los progenitores y sus hijos. Su origen puede deberse a circunstancias diversas, tales como embarazos precoces, situaciones de soltería asumida o el fallecimiento de uno de los cónyuges, generando así estructuras familiares con características particulares.

Asimismo, se identifica la familia extensa o consanguínea, la cual abarca más de una unidad nuclear e incluye a varias generaciones. Su estructura se cimenta en los vínculos de parentesco sanguíneo, integrando a padres, hijos, abuelos, tíos, primos y demás miembros de la red familiar.

En este marco, la familia funcional se distingue por la calidad de sus vínculos e interacciones, logrando relaciones satisfactorias, armónicas y eficaces. En contraposición, la familia disfuncional presenta dificultades persistentes en la interacción y en la calidad de las relaciones entre sus integrantes, lo que repercute en su estabilidad y desarrollo (Galvis et al., 2013).

2.1.3.1. Cohesión. La cohesión familiar constituye una de las dimensiones medulares de la dinámica del hogar y se define a partir de los lazos afectivos que los integrantes establecen entre sí (Zaldívar, 2004). Asimismo, se entiende como la unión emocional entre los miembros que otorga un sentido de pertenencia y unidad, sustentado en el respeto, el amor, el interés mutuo y el compartir valores y creencias, elementos que posibilitan los vínculos indispensables para la permanencia del sistema familiar (Ramírez, 2004).

Ferrer et al. (2013) sostienen que la familia, frente a los desafíos, debe generar en su estructura mecanismos de adaptación y cohesión que promuevan estabilidad y contribuyan al crecimiento saludable de los hijos y del grupo en general.

Por su parte, Delgado y Ricapa (2010) conciben la cohesión como el grado de conexión o separación emocional que existe entre los miembros, evaluando en qué medida cada individuo se encuentra vinculado o distanciado del sistema familiar.

2.1.3.2. Armonía. El estado armónico de una familia se manifiesta en la comprensión mutua entre sus miembros, expresada en un clima de diálogo, cooperación y entrega, cimentado en valores y principios orientados al desarrollo ético, intelectual, económico y espiritual (Delgado y Ricapa, 2010).

Así, se enfatiza que la familia, como institución social, posee una responsabilidad moral de fundarse sobre el matrimonio con el propósito de preservar la armonía. Promover esta condición demanda estrategias sólidas para fortalecer la convivencia familiar y prevenir la disolución conyugal, pues el divorcio es percibido como un signo de debilitamiento social que puede derivar en una baja calidad educativa, inseguridad ciudadana y deficiencias en la gobernabilidad. Desde esta perspectiva, la armonía familiar se erige como un pilar esencial para la estabilidad social, basada en la práctica constante de valores que inspiren cambios significativos en la mentalidad de las familias.

2.1.3.3. Comunicación. De acuerdo con Sobrino (2008), la comunicación intrafamiliar constituye el entramado de interacciones que se establecen entre los miembros del hogar, mediante las cuales se facilita el proceso de socialización y culturización, posibilitando el desarrollo de competencias sociales indispensables para la reinserción en la colectividad a la que pertenecen. Dicho proceso comunicativo se ve condicionado por el contexto familiar, su estructura y la dinámica interna que lo caracteriza. Asimismo, este componente no solo resulta esencial en el análisis de la familia, sino también en el estudio de la personalidad, dado que permite a los individuos transmitir sus experiencias de manera clara y directa, tanto desde la perspectiva de su devenir histórico como de su evolución social e individual, satisfaciendo así necesidades de índole material y espiritual.

Por su parte, Delgado y Ricapa (2010) conciben la comunicación familiar como un proceso interactivo y conjunto, en el que la empatía, la escucha reflexiva y las expresiones de apoyo se convierten en habilidades cardinales que permiten compartir necesidades y preferencias cambiantes, contribuyendo a la cohesión y adaptabilidad del sistema. Bajo esta mirada, la comunicación se erige como la manifestación más compleja de las relaciones humanas, al implicar un intercambio constante de ideas, actitudes, representaciones y vivencias, constituyéndose en un medio esencial para el funcionamiento del grupo y la formación de la personalidad de sus integrantes.

De igual modo, diversos autores han resaltado que los problemas comunicacionales pueden reflejarse en síntomas que actúan como mensajes no verbales dentro del sistema familiar. En este sentido, el comportamiento de un hijo puede ser interpretado como un signo comunicativo que manifiesta inconformidad frente a tensiones presentes en la relación entre padres e hijos, operando como un indicador simbólico de disfunción en la dinámica comunicativa del hogar.

2.1.3.4. Permeabilidad. La permeabilidad familiar constituye el grado de apertura o receptividad del grupo doméstico hacia los entornos sociales en los que se encuentra inserto, configurándose como un sistema que puede oscilar entre la alta permeabilidad y la inflexibilidad. En los casos de permeabilidad extrema, la familia pierde la capacidad de consolidar sus propios objetivos y recursos internos debido a la constante interferencia de otros sistemas pertenecientes a su mismo nivel o a niveles de mayor complejidad (Osornio et al., 2009).

En esta línea, Delgado y Ricapa (2010) sostienen que la permeabilidad se manifiesta cuando existe un equilibrio armónico entre el cambio y la estabilidad, donde predomina un estilo comunicativo asertivo y bilateral, se alcanzan negociaciones exitosas, se promueve un

liderazgo relativamente equitativo y se establecen circuitos de retroalimentación positivos, además de roles y reglas claramente compartidos y explicitados.

2.1.3.5. Afectividad. La afectividad puede comprenderse como una tonalidad emocional o una conmoción global que, en esencia, expresa agrado o desagrado frente a los estímulos provenientes del entorno. Este componente no debe entenderse como un elemento accesorio de la conducta, sino como un aspecto inherente a la misma, que impregna la totalidad de las reacciones humanas. En ciertas circunstancias, la afectividad ocupa un papel secundario; sin embargo, en múltiples ocasiones se convierte en el factor decisivo que define la naturaleza y la calidad de la respuesta (Ortega et al., 1999).

De este modo, mientras en contextos intelectuales la afectividad orienta nuestras preferencias temáticas, en situaciones de alta carga emocional —como el enamoramiento o la reacción ante una ofensa— adquiere un carácter preponderante, ocupando casi por completo la experiencia subjetiva.

2.1.3.6. Roles. Cada integrante del núcleo doméstico asume responsabilidades y funciones previamente concertadas dentro de la dinámica familiar (Membrillo y Ocampo, 2008). En el ámbito de la psicología de la familia, los roles se comprenden como un entramado de asignaciones culturales vinculadas a la representación de papeles parentales y filiales (madre, padre, hijo/a, esposo/a), que se expresan en las tareas y obligaciones que cada sujeto desempeña en el entramado familiar.

La familia, como institución social, moldea la personalidad de sus miembros en consonancia con los deberes que deben cumplirse en el grupo, mientras que cada integrante intenta conciliar esa impronta inicial con las exigencias derivadas del rol asumido. Los papeles vitales —esposo, esposa, madre, padre, hijo/a— adquieren un significado pleno únicamente dentro de una estructura doméstica particular y bajo un marco cultural específico.

En este sentido, la asunción de un rol no depende únicamente de la voluntad individual, sino de un proceso de asignación y reconocimiento grupal, donde el consentimiento o la complicidad de los demás miembros legitima dicha función. Así, los roles familiares están fuertemente condicionados por la cultura y la idiosincrasia de cada sistema familiar .

2.1.3.7. Adaptabilidad. La adaptabilidad familiar se define como la aptitud del sistema doméstico para modificar su estructura de poder, la distribución de roles y las normas de funcionamiento ante situaciones que demandan reajustes (Villarreal y Paz, 2017). Se sostienen que la adaptabilidad implica el grado en que la familia es flexible y capaz de reorganizarse, respondiendo a tensiones situacionales o a exigencias propias del ciclo vital.

Este constructo se concibe como la flexibilidad del entramado conyugal y parental, permitiendo a la familia adoptar nuevas reglas, reconfigurar funciones o redistribuir roles cuando enfrenta cambios significativos, crisis o conflictos. La adaptabilidad, por tanto, opera como un mecanismo de resiliencia que posibilita a la familia sobreponerse a circunstancias adversas sin perder su cohesión esencial.

2.1.4. Familia disfuncional

Es esquema persistente de conductas desadaptativas que se manifiestan de manera reiterada en uno o varios de sus integrantes, configurando un ambiente relacional proclive al desarrollo de patologías específicas o inespecíficas (Mendoza, 2007).

El origen de dicha disfuncionalidad radica en la interdependencia intrínseca de los miembros del núcleo familiar: cualquier alteración significativa en uno de ellos repercute inevitablemente en los demás y, por ende, en la totalidad del sistema. En este contexto, la familia disfuncional tiende a generar individuos con afectividad negativa, lo cual no solo afecta el bienestar emocional de los hijos, sino también de los padres, traduciéndose en consecuencias sociales y laborales adversas (Estrada, 2010).

2.1.4.1. Causas de las familias disfuncionales. Pueden originarse por una multiplicidad de factores, entre los cuales se destaca el desempleo. Este hace referencia a la condición de un individuo que carece de un puesto laboral y, por ende, de una fuente de ingresos. En un sentido más amplio, comprende al segmento de la población activa que, estando en condiciones físicas y en disposición de trabajar, permanece privado de empleo. Se distinguen diversas tipologías de desempleo: el friccional, derivado de la movilidad de los individuos en la búsqueda de nuevas oportunidades; el estructural, vinculado al desajuste entre la oferta y la demanda laboral; el cíclico, consecuencia de las recesiones económicas que reducen la demanda de bienes y servicios y generan despidos; y el estacional, condicionado por la variabilidad de ciertas actividades productivas en función de las estaciones del año.

Otro factor de peso en la transición de una familia funcional hacia una disfuncional es la carencia de comunicación efectiva. Cuando el diálogo se torna autoritario o incluso dictatorial, la interacción entre padres e hijos se ve fracturada, afectando la autoestima de los menores y conduciéndolos a buscar aceptación en contextos inadecuados (Ruiz, 2001).

Asimismo, la infidelidad se constituye como un detonante crítico. Este fenómeno, entendido como el establecimiento de vínculos amorosos o sexuales con personas ajenas a la relación oficial —y generalmente mantenidos en secreto por considerarse una amenaza para la institución familiar—, refleja una ruptura de la lealtad y del compromiso moral asociado al matrimonio, la amistad o incluso a los preceptos religiosos (Ruiz, 2001).

Separación conyugal y otros factores de disfuncionalidad. La ruptura conyugal o el divorcio implica la salida de uno de los cónyuges del domicilio familiar. Para múltiples parejas, la vivienda constituye su patrimonio más significativo, superando en valor a todos los demás bienes materiales. Cuando dicho hogar ha sido habitado durante largos años, suele consolidarse una fuerte carga afectiva y simbólica, cuya fractura no solo afecta a la pareja, sino que también

genera repercusiones negativas en los hijos, quienes experimentan la carencia de autoridad parental para afrontar conflictos cotidianos.

De igual forma, el excesivo intervencionismo o sobreprotección de los padres en la vida de los hijos obstaculiza la resolución autónoma de dificultades personales, afectando a todo el entramado familiar.

Por otro lado, la ausencia de alguno de los progenitores origina un desarrollo en el que los hijos crecen sin la referencia afectiva y normativa de la figura materna o paterna, generando vacíos emocionales, vínculos desequilibrados con el progenitor presente o, en algunos casos, la total carencia de contacto con el ausente. En estas familias los padres suelen mantener un vínculo distante, autoritario o indiferente con sus hijos, lo cual conlleva a la aparición de problemas emocionales que repercuten en la vida cotidiana y en el proceso de aprendizaje.

Finalmente, los adolescentes tienden a asumir comportamientos disruptivos, tales como la desobediencia, la agresividad tanto física como verbal, la generación intencionada de conflictos y la adopción de hábitos socialmente inaceptables. Dichas conductas repercuten en la alteración de la disciplina y la convivencia escolar, lo que obstaculiza tanto el proceso de enseñanza-aprendizaje como el establecimiento de relaciones interpersonales saludables (Ortega et al., 1999).

2.1.4.2. Tipos de familias disfuncionales. Entre las tipologías de familias disfuncionales se encuentran, en primer lugar, las familias neurogénicas, las cuales propician en alguno de sus integrantes la aparición de conductas neuróticas, manifestadas en alteraciones psicológicas como ansiedad, angustia, astenia, histeria, temores u obsesiones derivadas de conflictos personales o ambientales que generan un profundo sufrimiento psíquico.

Asimismo, se reconocen las familias psicotogénicas, caracterizadas por la presencia de algún tipo de abuso, ya sea sexual, físico o psicológico (amenazas, manipulación, disminución

de la autoestima, entre otros). Estas dinámicas generan desafecto, dispersión del núcleo familiar y, en muchos casos, trastornos mentales en sus miembros (Arranz, 2004).

De igual modo, se identifican las familias psicopatogénicas, en las cuales predominan conductas antisociales, destructivas y trastornos de tipo psicopático. Con frecuencia, estos hogares optan por negar o encubrir la existencia de tales problemáticas debido a la vergüenza que implica reconocerlas.

Finalmente, se encuentran las familias adictógenas, donde uno o varios de sus miembros presentan adicción a sustancias químicas, sean estas legales o ilegales, situación que repercute directamente en la dinámica y funcionalidad del hogar (Ortega et al., 1999).

2.1.4.3. Consecuencias de una familia disfuncional. La disfuncionalidad familiar no solo repercute en el núcleo doméstico, sino también en quienes lo circundan, generando en los progenitores sentimientos de frustración y desencanto. De manera progresiva, se erosiona el sentido vital y el goce de la existencia, conduciendo a los miembros a buscar evasiones autodestructivas que pueden materializarse en adicciones a sustancias psicoactivas, alcohol, ingesta compulsiva de alimentos, dependencia tecnológica o, en el caso de los infantes, el refugio excesivo en los videojuegos, lo cual limita sus oportunidades de interacción lúdica y vinculación afectiva con la familia.

Del mismo modo, en estas familias suele evidenciarse una marcada incapacidad para reconocer y atender las necesidades emocionales elementales de cada integrante. Aunque pueda existir la intención o el mandato implícito de proteger y contener a los hijos, los padres carecen de la destreza para hacerlo de manera genuina y espontánea, lo que priva a los menores de un sostén afectivo adecuado.

2.2. Bases teóricas sobre Depresión post parto

2.2.1. Conceptualización de depresión

El informe más reciente de la Carga Global de Enfermedad 2010 (Spencer, 2013) posiciona a los trastornos mentales como la principal causa de Años de Vida con Discapacidad (AVD), destacándose —en orden decreciente— los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y del control de los impulsos como los más prevalentes tanto en el Perú como a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señala que los trastornos depresivos, pertenecientes al grupo de alteraciones del humor, afectan a aproximadamente 350 millones de personas y ocasionan cerca de 800 mil suicidios anuales, configurándose, así como un problema de salud pública de gran envergadura. La prevalencia global de la depresión se estima entre 11.1% y 14.6%, mientras que en el Perú alcanza un 6.4%.

La depresión constituye una alteración del estado anímico con capacidad de generar deterioros significativos en las dimensiones cognitivas, afectivas y neurovegetativas del individuo. Quien la padece experimenta una incapacidad para disfrutar de sí mismo, pérdida del interés en actividades previamente valoradas, abatimiento persistente del ánimo, perturbaciones en el sueño y el apetito, y, en casos extremos, la tendencia al suicidio. Estas manifestaciones impactan de manera notable en los ámbitos laboral, académico, familiar y social, comprometiendo el desenvolvimiento integral de la persona.

La depresión presenta variaciones en función de su duración y momento de aparición. Puede remitir de manera espontánea como un episodio depresivo mayor, perpetuarse en el tiempo bajo la forma de trastorno depresivo persistente (distimia) o manifestarse en asociación con la ovulación en mujeres, configurando el denominado trastorno disfórico menstrual. Asimismo, su origen puede estar vinculado con sustancias psicoactivas, afecciones médicas (como el hipotiroidismo), trastornos neurodegenerativos, entre otros factores etiopatogénicos.

Aunque impacta transversalmente a todos los grupos etarios, sin distinción de género o procedencia étnica, existe un consenso en que la prevalencia es notoriamente mayor en mujeres que en varones, con una razón de 2:1. Esta disparidad resulta más acentuada durante la etapa reproductiva, mientras que en la niñez las tasas tienden a ser similares. Cabe subrayar que las mujeres con depresión son más proclives a desarrollar formas graves del trastorno.

2.2.2. Depresión posparto (DPP)

La depresión posparto se encuentra clasificada en el DSM-5 bajo la denominación de “episodio depresivo mayor con inicio en el periparto”, siempre que la sintomatología emerja durante la gestación o dentro de las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento. Sin embargo, diversos autores, tanto desde la perspectiva de la investigación como de la praxis clínica, extienden su aparición potencial hasta los doce meses posteriores al nacimiento.

Durante el periodo puerperal, el componente hormonal desempeña un papel cardinal, aunque la etiopatogenia del trastorno permanece aún sin dilucidación concluyente. Durante la gestación, existe una hipersecreción sostenida de hormonas placentarias —como estrógenos, progesterona, prolactina, cortisol, hormona liberadora de corticotropina (CRH) y testosterona. Tras la expulsión de la placenta en el parto, se produce un descenso abrupto de las hormonas sexuales, restableciéndose gradualmente a valores fisiológicos. Paralelamente, se genera un estado transitorio de hipo-respuesta del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, derivado del feedback negativo ocasionado por las concentraciones elevadas de CRH placentaria.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, s.f.) conceptualiza la DPP como un síndrome vinculado al embarazo o al puerperio, cuyo inicio suele ocurrir aproximadamente a las seis semanas posteriores al parto, y que se caracteriza por la presencia de alteraciones psíquicas y conductuales relevantes, siendo los síntomas depresivos los más frecuentes. Dentro de esta clasificación, se encuentra incluida bajo la

categoría “6E20: Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos”.

Este desencadenante endocrino ha sido planteado como el principal detonador de la depresión posparto. Sin embargo, el componente hormonal por sí solo no basta para explicar la emergencia de la sintomatología depresiva en la puérpera; las vivencias adversas a lo largo de su existencia podrían modular transformaciones bio-psicológicas en el cerebro, volviéndola más proclive a desarrollar dicho trastorno.

En consecuencia, es la interacción multifactorial la que determina la aparición o no de la depresión posparto. Entre los factores concurrentes se incluyen los de índole biológica (descenso abrupto de hormonas tras el parto), obstétrica (complicaciones, cesárea, gestación no planificada), clínica (antecedentes psiquiátricos, episodios depresivos durante la gestación o puerperios previos, síndrome disfórico premenstrual e historial familiar de trastornos mentales), psicológica (rasgos ansiosos de la personalidad) y socioambiental [acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de un ser querido, el divorcio, el desempleo o la migración; escaso sostén social; violencia conyugal; bajo nivel educativo y precaria condición socioeconómica durante la gestación; así como antecedentes de abuso, en especial sexual, durante la infancia].

En ciertos contextos culturales, aun escasamente explorados, se reconoce la influencia de factores idiosincráticos. En regiones de Asia, por ejemplo, persiste la preferencia por el primogénito varón; cuando ello no ocurre y nace una niña, la responsabilidad es atribuida a la madre, constituyendo este hecho un estresor sociocultural relevante.

De los elementos descritos, se ha documentado que los antecedentes de depresión, la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva durante la gestación, el deficiente sostén sociofamiliar y los eventos vitales adversos mantienen una asociación estrecha con la depresión

posparto. La tendencia creciente de los trastornos mentales en el mundo refleja también un incremento en la incidencia de este cuadro, cuyas cifras han pasado de estimaciones del 10–20% a rangos actuales de 15.5–23% a nivel global. En el Perú, la prevalencia alcanza el 24.1%, hecho preocupante pues, pese a los diagnósticos realizados, el impacto continúa siendo elevado.

La depresión posparto no solo genera un sufrimiento psíquico materno, sino que compromete la capacidad funcional de la madre para brindar cuidado al recién nacido y sostener vínculos de pareja saludables. Ello puede derivar en un retraso del desarrollo socioemocional y cognitivo del infante, así como en conflictos conyugales. Más aún, se estima que alrededor del 20% de las mujeres permanecen con síntomas depresivos más allá del primer año puerperal, 13% después de dos años, y cerca del 40% experimentará recaídas, ya sea en gestaciones posteriores o en otros momentos vitales no vinculados al embarazo.

En los casos más graves, la depresión posparto puede derivar en conductas suicidas o infanticidas, por lo que el diagnóstico temprano resulta indispensable para instaurar un tratamiento oportuno. Los signos característicos incluyen tristeza persistente por un periodo no menor de dos semanas, desinterés por actividades antes placenteras, incapacidad para descansar aun cuando el recién nacido duerme, o dificultad para atenderlo debido a hipersomnia. Asimismo, se presentan fatiga pese al reposo, lentitud o agitación psicomotora percibida por terceros, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte, con expresiones como “mi hijo estaría mejor sin mí”.

La depresión posparto constituye un serio problema de salud pública a escala mundial, con una incidencia estimada entre el 10 y el 15%. Es reconocida como el trastorno psiquiátrico más prevalente durante el puerperio, etapa en la que la mujer se encuentra especialmente vulnerable por los cambios bioquímicos, hormonales y psicológicos. Aunque puede afectar a cualquier madre, la prevalencia es mayor en adolescentes (26%) y en mujeres de bajos recursos

socioeconómicos (38,2%). Si bien su etiología precisa aún no está claramente definida, se sabe que el riesgo incrementa en presencia de antecedentes personales o familiares de depresión, así como en aquellas que ya han presentado episodios depresivos en embarazos previos (Caparros et al., 2018; Mendoza y Saldivia, 2015; Krauskopf y Valenzuela, 2020).

2.2.3. Causas de la depresión posparto

Existen diversos factores que pueden propiciar la génesis de la depresión posparto vinculados con dinámicas familiares disfuncionales:

2.2.3.1. Relación disfuncional entre progenitores. La estructura primaria de la familia suele asentarse en la unión de dos personas con la finalidad de procrear y criar hijos. No obstante, en la actualidad se observan otras configuraciones familiares —como las uniones libres, parejas del mismo sexo o individuos que deciden ejercer la maternidad o paternidad sin cónyuge—, lo que ha generado debates sobre si la relación entre hombre y mujer es indispensable para concebir una familia. En este marco, la disfuncionalidad entre padre y madre puede fracturar la base de dicha institución y constituirse en un factor de vulnerabilidad emocional para la madre.

2.2.3.2. Machismo. El androcentrismo o machismo ejerce aún una influencia considerable tanto en la sociedad como en el núcleo familiar. Esta ideología coloca al varón como eje central, sustentando una supuesta superioridad masculina y relegando a la mujer a un papel subordinado. Tal concepción, carente de fundamento objetivo, constituye una construcción cultural que perpetúa la desigualdad y puede erosionar la autoestima femenina, incrementando la susceptibilidad a trastornos como la depresión posparto.

2.2.3.3. Violencia. Las manifestaciones de violencia intrafamiliar son múltiples y abarcan distintas direcciones: contra los adultos mayores, entre cónyuges, hacia los hijos, mujeres, varones o personas con discapacidad. Este fenómeno puede ser físico o emocional, y

no discrimina nivel socioeconómico, edad ni cultura. Predomina, sin embargo, la agresión ejercida por los adultos sobre otros miembros del núcleo, lo que genera un entorno hostil que fragiliza la estabilidad emocional y predispone a trastornos como la depresión posparto.

2.2.3.4. Adicciones. Las dependencias, en especial el alcoholismo, constituyen un factor recurrente de disfuncionalidad familiar. Aunque surjan inicialmente en un solo integrante, sus repercusiones se expanden progresivamente a todo el sistema familiar, produciendo deterioro en las relaciones, ocultamiento del problema, tensiones acumuladas y desgaste emocional. Con frecuencia, las familias intentan mantener en secreto la adicción, prolongando el reconocimiento de su magnitud. Este proceso erosiona la cohesión interna, fomenta el aislamiento y facilita la aparición de sintomatología depresiva en la madre durante el puerperio.

2.2.3.5. Falta de seguridad. La inseguridad constituye un rasgo transversal en los hogares disfuncionales. Esta puede manifestarse tanto en víctimas como en agresores, en individuos con cuadros depresivos o en quienes conviven con ellos. La ausencia de seguridad socava la confianza, elemento esencial para el desarrollo de vínculos sólidos en la pareja y para cimentar una infancia saludable. Sin este pilar, se erosiona la confianza interpersonal y se dificulta la construcción de una identidad y personalidad equilibradas en los miembros del grupo familiar.

2.2.3.6. Negación. Un rasgo característico en familias disfuncionales es la resistencia a reconocer sus dificultades en etapas tempranas. Al buscar erigir un hogar autónomo, muchas parejas rechazan la posibilidad de apoyo externo, incluso cuando la dinámica interna comienza a deteriorarse. Esta negación prolongada impide la resolución de los conflictos, los agrava con el tiempo y restringe a los miembros la posibilidad de vivir en un entorno saludable. En consecuencia, el problema se consolida, afectando a toda la familia y volviendo más complejo el restablecimiento de la funcionalidad.

2.2.4. La madre en el desarrollo

En el itinerario del desarrollo humano, la figura materna adquiere un protagonismo esencial, dado que constituye el primer vínculo del infante con su entorno, siendo la encargada de transmitir seguridad, afecto y reconocimiento antes que cualquier otra persona.

La llamada “preocupación materna primaria” es la condición que posibilita la conexión singular entre madre e hijo, permitiendo a la madre identificar con precisión las necesidades y estados emocionales del niño, incluso más allá del conocimiento médico. En este sentido, el desarrollo del infante dependerá en gran medida de la calidad del lazo con su madre, de la capacidad de esta para brindarle seguridad y favorecer la construcción de su identidad.

Las funciones maternas en las etapas iniciales comprenden el sostén, la manipulación y la introducción de objetos al niño. A través de estas prácticas, se establece un proceso de identificación con la madre. Si dicha función y la preocupación materna primaria se ejercen de manera adecuada, el niño logra un desarrollo auténtico y genuino. En contraste, si estas condiciones no se cumplen, el infante se reduce a un repertorio de reacciones frente a los embates externos, dando lugar a la formación de un “falso self”, sometido a las exigencias del mundo, mientras su verdadero yo permanece oculto o inacabado.

2.2.5. Factores asociados

Wedel (2018) identifica múltiples elementos vinculados al surgimiento de trastornos emocionales en el periodo perinatal. Entre los más relevantes se encuentran: la gestación en adolescentes, el embarazo en mujeres mayores de 35 años, determinados rasgos de personalidad como neurosis o psicosis, antecedentes personales de episodios depresivos o intentos suicidas, historia familiar de depresión o conductas suicidas, la presencia de un cuadro depresivo durante la gestación acompañado de una actitud negativa hacia esta, así como

conflictos parentales relacionados con la dificultad para asumir el rol materno o una débil identificación con la figura de la madre.

Por otro lado, estados emocionales como la ansiedad, la depresión y la labilidad afectiva inciden en partos más prolongados y con mayores complicaciones, además de incrementar el riesgo de desenlaces perinatales adversos y comprometer el desarrollo fetal (Wedel, 2018).

En cuanto a los grupos etarios, se observa una mayor prevalencia de ansiedad (47%), depresión (47%) y disfuncionalidad familiar (45%) en mujeres entre los 20 y 30 años de edad (Wedel, 2018).

Dentro de los factores socioeconómicos se contemplan aquellos que inciden directamente en la estabilidad del núcleo familiar. Entre ellos destacan los acontecimientos vitales estresores durante la gestación, tales como enfermedades, duelo por el fallecimiento de un ser querido o experiencias de sufrimiento significativo, además de partos distócicos o de emergencia. Asimismo, la ausencia de planificación reproductiva o la presencia de sentimientos ambivalentes frente al embarazo, aunados a situaciones de tensión crónica y dificultades en la interacción interpersonal, revelan un alto grado de vulnerabilidad psicosocial. Estos factores suelen manifestarse a través de alteraciones en la autoimagen, pérdida del empleo, interrupción de la vida laboral o profesional, sensación de soledad o aislamiento social, carencia de tiempo disponible y merma en la autonomía personal (Almeida, 2022).

De acuerdo con Prieto (2020), la lactancia materna (LM) y la Depresión Pos parto (DPP) mantienen una relación bidireccional y nociva: el fracaso en la instauración de la lactancia incrementa la probabilidad de desarrollar DPP, mientras que la presencia de esta última obstaculiza el éxito de la LM. En efecto, las madres con diagnóstico de depresión posparto suelen evidenciar menor disposición a iniciar o sostener el proceso de lactancia, y los

síntomas depresivos pueden interferir significativamente en la consolidación del vínculo afectivo durante dicho periodo (Navas, 2013).

Las inquietudes, la angustia y las vacilaciones que experimentan las puérperas con depresión al momento de amamantar disminuyen su capacidad para establecer un vínculo afectivo sólido a través de la lactancia materna. Se ha documentado que la DPP repercute directamente en la LM, afectando con mayor intensidad a las madres solteras. El abordaje terapéutico de mujeres diagnosticadas con DPP suele incluir la restricción de la lactancia debido a posibles efectos colaterales sobre el neonato; a ello se suma la inestabilidad emocional, el déficit de apego, el descuido en los cuidados básicos y la consecuente alteración en el desarrollo psicomotor del infante (Álvarez y Aquino, 2019).

La depresión posparto también impacta en la esfera conyugal, puesto que los síntomas depresivos suelen expresarse mediante aislamiento social, deterioro en la relación de pareja, condición de soltería o ausencia de figuras paternas adecuadas. Tales circunstancias colocan a la mujer en una situación de mayor vulnerabilidad, incrementando el riesgo de desarrollar cuadros depresivos durante el puerperio (Prieto, 2020).

2.2.8. Consecuencias del embarazo adolescente

Las adolescentes que atraviesan un embarazo se encuentran expuestas a múltiples complicaciones tanto en la etapa prenatal como en el periodo posparto, con una frecuencia superior en comparación con las mujeres adultas. Entre estas, destaca la depresión posparto (DPP), cuya incidencia ha mostrado un incremento sostenido, particularmente en países donde se lleva un registro sistemático de los casos. En los Estados Unidos, por ejemplo, la prevalencia se sitúa entre el 3% y el 12% (Tejada et al., 2002).

La DPP repercute de forma adversa no solo en el bienestar de la madre, sino también en el del niño, ya que se ha evidenciado que interfiere en el desarrollo social, emocional e

intelectual de los hijos. A largo plazo, además, puede comprometer seriamente la salud mental materna (Ferrando, 2003).

En este sentido, la depresión posparto constituye un problema de salud pública de gran magnitud, cuya prevalencia supera la de la depresión no psicótica. Se reconoce como una enfermedad depresiva que afecta a mujeres en una etapa crítica y delimitada: el puerperio. Diversos estudios a nivel mundial han documentado el comportamiento de este fenómeno y sus consecuencias sociales y sanitarias (Lezcano et al., 2005).

La depresión constituye el trastorno de salud mental más prevalente y, al mismo tiempo, uno de los de mayor relevancia dentro de la población femenina. Los reportes epidemiológicos son consistentes al indicar que, por cada varón, existen dos mujeres que padecen este trastorno. Puede entenderse como una respuesta psíquica y somática compleja frente a las múltiples exigencias de la vida cotidiana. Asimismo, su frecuencia se intensifica durante el embarazo y el puerperio, en comparación con otras etapas del ciclo vital, mostrando una mayor incidencia en mujeres gestantes con bajos recursos económicos y en aquellas que aún no han alcanzado la suficiente madurez evolutiva, como ocurre con las adolescentes (Demyttenaere et al., 2004; Bowen y Muhajarine, 2006).

Por otra parte, Fawed et al. (2016) destacan que el fenómeno del embarazo adolescente se manifiesta de manera generalizada en América Latina, asociado a un alto índice de complicaciones gestacionales que generan un significativo costo socioeconómico en los estados en desarrollo, donde los sistemas de salud suelen ser deficitarios y no ofrecen una atención integral a este grupo prioritario.

En concordancia, Ferreira (2017) señala que el embarazo en adolescentes se vincula con diversas complicaciones derivadas de riesgos obstétricos y perinatales, subrayando la vulnerabilidad de este sector poblacional frente a desenlaces clínicos desfavorables.

a. Anemia: El déficit dietético crónico predispone a la anemia ferropénica, considerada una de las afecciones hematológicas más frecuentes en gestantes adolescentes. Dicho fenómeno fue inicialmente explorado por Wallace en 1965, constituyéndose en un referente clásico de la literatura médica.

b. Infecciones urinarias: Existen discrepancias epidemiológicas en cuanto a la prevalencia de este cuadro infeccioso en la gestación adolescente, sin embargo, su recurrencia lo convierte en un trastorno uropatológico de interés obstétrico.

c. Parto pretérmino: Este desenlace se presenta en un 11,42% de las adolescentes gestantes, aunque ciertos autores sostienen que la variación con respecto a mujeres adultas no es significativa. No obstante, la condición etaria juvenil constituye en sí misma un factor predisponente para esta contingencia perinatal.

d. Hipertensión arterial gravídica: Se reporta en un rango del 13 al 20% de adolescentes embarazadas, alcanzando mayores proporciones en menores de 15 años. A pesar de ello, la incidencia de eclampsia ha mostrado un descenso ostensible (0,10% a 0,58%), lo cual depende de variables como el origen sociocultural de la gestante, su estatus socioeconómico y la adecuada asistencia prenatal.

e. Parto prematuro: Constituye un fenómeno habitual en la adolescencia, caracterizándose por una reducción promedio de una semana en la edad gestacional en comparación con mujeres adultas. Este acortamiento conlleva mayores demandas de soporte multidimensional (nutricional, médico, psicológico y social).

f. Desproporción cefalopélvica: Su prevalencia se incrementa en adolescentes cuyo embarazo ocurre antes de que la pelvis alcance su morfología y amplitud definitivas de la madurez esquelética, originando complicaciones mecánicas durante el trabajo de parto. Se ha reportado que el 58% de las gestantes adolescentes presentan complicaciones tanto maternas

como fetales, entre las cuales destacan: hipertensión inducida (9%), embarazo pretérmino (24%), serología positiva para VDRL (3%), recién nacidos pequeños para la edad gestacional (52%), óbito fetal (1%) y abortos (11%). (Ferreira, 2017)

De acuerdo con Cruz et al. (2018), el embarazo en la adolescencia constituye una realidad compleja, en la cual confluyen múltiples factores de riesgo, estrechamente vinculados a las pautas de crianza, la calidad de las relaciones interpersonales que los adolescentes establecen en su vida cotidiana, así como a la insuficiencia de respuestas institucionales y, de manera más inmediata, al rol de los progenitores en la vida de estas jóvenes.

En esta misma línea, el embarazo adolescente se reconoce como un problema de salud pública que compromete la integridad tanto de la madre como del hijo (OMS, 2018). Según Gaete (2015), esta etapa representa un período de vulnerabilidad, pues coincide con un estado de transición en el cual aún no se alcanza el desarrollo físico y emocional característico de la madurez. Por su parte, Pinzón et al. (2018) sostienen que este fenómeno obedece a una multiplicidad de causas, entre las que se incluyen las limitaciones educativas, la carencia de recursos económicos, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar, así como el desconocimiento del ciclo menstrual y de los métodos anticonceptivos, entre otros factores.

Molina et al. (2019) señalan que entre las principales causas de mortalidad en adolescentes figuran las complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Asimismo, advierten que este fenómeno conlleva diversas consecuencias adversas, tales como la práctica de abortos clandestinos, el abandono y maltrato infantil, los conflictos intrafamiliares, la deserción escolar y una serie de problemas de salud que afectan tanto a la madre como al hijo.

Por su parte, Morín et al. (2019) refieren que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo adolescente genera un impacto crítico en la esfera biopsicosocial de la madre y del niño. Además, incrementa la probabilidad de complicaciones

durante la gestación y el parto, lo cual se refleja en elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

La presente indagación adopta un enfoque cuantitativo, dado que emplea instrumentos estandarizados que permiten asignar un valor numérico a la variable de estudio, posibilitando su categorización objetiva. A su vez, se circunscribe a un alcance descriptivo, pues detalla las propiedades y particularidades de la funcionalidad familiar y la depresión; es relacional, en tanto procura establecer la correlación existente entre dichas variables; y adquiere un carácter comparativo, al pretender identificar divergencias en función de variables intervinientes. Su naturaleza es de corte transversal, puesto que la recolección de datos se efectúa en un único momento temporal (Hernández y Mendoza, 2018).

El diseño corresponde a un modelo no experimental, en concordancia con los lineamientos metodológicos formulados por Kerlinger y Lee (2002), quienes precisan que la investigación no experimental constituye una indagación empírica y sistemática en la que el investigador carece de control directo sobre las variables independientes, ya sea porque sus manifestaciones se han producido previamente o porque resultan intrínsecamente inmanipulables. En tal escenario, se formulan inferencias respecto a las relaciones entre variables a partir de la variación concomitante de las independientes y las dependientes, sin mediación o intervención directa.

3.2 Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se llevó a cabo con participantes pertenecientes al Centro de Salud Breña, en el período comprendido entre junio y diciembre del año 2024.

3.3 Variables

3.3.1. Variable “Disfuncionalidad Familiar”

3.3.1.1. Definición conceptual. La disfuncionalidad familiar se concibe como la existencia de desigualdades o tratos inequitativos hacia uno o varios de sus integrantes, caracterizada por la ausencia de vínculos afectivos sólidos y la dificultad para responder de manera adaptativa a las diversas exigencias y contingencias de la vida cotidiana. Factores como las discusiones constantes, la escasa comunicación, la falta de empatía o los eventos inesperados configuran un entorno que puede afectar la dinámica del hogar.

Si bien los individuos poseen la capacidad de sobreponerse a circunstancias adversas mediante la resiliencia, en contextos disfuncionales suelen manifestarse patrones de conducta desadaptativos que se mantienen de forma persistente en uno o varios miembros de la familia. Esta dinámica, al proyectarse en la interacción con el resto de la membrecía, favorece la creación de un clima propenso al surgimiento de patologías específicas o inespecíficas.

3.3.1.2. Definición operacional. La variable Disfuncionalidad Familiar será evaluada mediante los puntajes obtenidos en la Escala de Funcionalidad Familiar desarrollada por Smilkstein et al. (1982). Este instrumento consta de cinco ítems formulados en formato de escala tipo Likert, cuyos valores oscilan desde nunca = 0, casi nunca = 1, algunas veces = 2, casi siempre = 3 y siempre = 4. Dichos ítems permiten valorar cinco funciones esenciales de la dinámica familiar: Adaptación, Participación, Resolución de problemas (ganancia), Expresión afectiva y Disponibilidad de recursos.

3.3.1.3. Operacionalización de la variable. La operacionalización contempla la descripción de la variable, sus dimensiones, indicadores, así como los rangos de puntuación y medición, a fin de precisar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad en las familias evaluadas.

Tabla 1

Operacionalización de la variable Disfuncionalidad Familiar

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categorías
Disfuncionalidad familiar	Adaptación	Recursos intrafamiliares	Ordinal. Puntaje total: 0-4 5-8 9-12 13-16 17-20	Niveles: Disfuncionalidad severa
		Recursos extrafamiliares		
	Participación	Cooperación		Disfuncionalidad alta
		Comunicación		
	Crecimiento	Madurez física		Disfuncionalidad moderada
		Madurez emocional		
		Madurez social		
	Afectividad	Cuidado		Funcionalidad buena
		Cariño		
	Resolución	Compartir tiempo Dedicar recurso		Funcionalidad muy buena

Nota. Adaptado de Smilkstein et al. (1982).

3.3.2. Variable “Depresión posparto”

3.3.2.1. Definición conceptual. La Depresión posparto constituye un trastorno afectivo que aparece en las mujeres tras el alumbramiento, caracterizado por sintomatología persistente de tristeza, ansiedad, desesperanza y, en muchos casos, un sentimiento de desconexión afectiva con el recién nacido. A pesar de que estas madres logran asumir las responsabilidades del cuidado del hijo y del hogar, su disfrute vital se ve profundamente mermado, pudiendo repercutir negativamente en la dinámica familiar y en la salud emocional a largo plazo.

Se estima que aproximadamente 1 de cada 9 mujeres presenta manifestaciones depresivas en el posparto. Los síntomas pueden perdurar semanas o incluso meses si no son tratados oportunamente. Este cuadro clínico se ve agravado en contextos de embarazos complicados, ausencia de apoyo social o conyugal, y dinámicas familiares disfuncionales, lo que subraya la necesidad de considerar el estado emocional y psicológico materno en la etapa puerperal.

3.3.2.2. Definición operacional. La variable depresión posparto será evaluada mediante los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), elaborada por Cox et al. (1987). Dicho instrumento está conformado por 10 ítems de formulación breve y precisa, cada uno con cuatro alternativas de respuesta puntuadas de 0 a 3, en correspondencia con la intensidad de los síntomas depresivos. Una puntuación superior a 10 puntos se considera indicativa de probabilidad de depresión posparto. El tiempo estimado de aplicación es de aproximadamente cinco minutos y, en combinación con el juicio clínico, alcanza una capacidad diagnóstica del 92% para identificar diferentes grados de severidad del trastorno.

3.3.2.3. Operacionalización de la variable. La operacionalización contempla la descripción de la variable Depresión posnatal, sus dimensiones (sintomatología afectiva, cognitiva, somática y conductual), los indicadores asociados a cada una (por ejemplo: tristeza, ansiedad, alteraciones del sueño, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte), así como los rangos de puntuación y el criterio de medición que permite clasificar los niveles de riesgo (sin riesgo, probable depresión leve, moderada o severa).

Tabla 2

Operacionalización de la variable depresión post parto

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categoría
Depresión post parto	Unidimensional	Nunca = 0	Ordinal	Niveles:
		Casi siempre = 1	Puntaje total obtenido en la escala	Sin depresión
		A veces = 2	Puntaje mínimo = 0	Depresión leve
		A menudo = 3	Puntaje Máximo = 30	Depresión moderada
				Depresión alta
				Depresión muy alta

Nota. Adaptado de Cox et al. (1987).

3.3.3. Variables intervinientes

Se considerarán como variables intervinientes los grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos, por cuanto constituyen características sociodemográficas y familiares que pueden influir en la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión posnatal.

3.4 Población y muestra

3.4.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 134 madres jóvenes que recibieron atención en el Centro de Salud Breña, ubicado en Lima Metropolitana, durante el año 2023, cuyas edades fluctuaron entre 18 a 32 años.

Criterios de inclusión

- Madres atendidas en el Centro de Salud Breña.
- Tener entre 18 a 32 años al momento del estudio.

Criterios de exclusión

- Madres con edades menores de 18 años o mayores de 32 años.

3.4.2. Muestra

Se empleó un muestreo censal, el cual se caracteriza por la evaluación de la totalidad de la población objetivo, siempre que cumpla con los criterios de inclusión establecidos. De este modo, la muestra quedó conformada por las 120 madres jóvenes que cumplieron con los requisitos definidos.

3.4.2.1. Características de la muestra. En la Tabla 3 se presenta la distribución de la muestra de madres jóvenes según grupos etarios. Se observa que el 54.2% de las participantes se encuentran entre los 18 y 22 años, el 27.5% entre 23 y 27 años, y el 18.3% entre 28 y 32

años. Indica que más de la mitad de las madres encuestadas pertenecen al rango de juventud temprana, etapa caracterizada por un proceso de adaptación a nuevas responsabilidades parentales y con frecuencia asociada a una mayor vulnerabilidad emocional y social (Gutiérrez et al., 2022).

La etapa de 18 a 22 años corresponde al inicio de la adultez, periodo donde las mujeres que experimentan la maternidad enfrentan múltiples desafíos vinculados a la reorganización de su identidad, la asunción de roles maternos y la redefinición de sus proyectos personales (Erikson, 1968; Arnett, 2015). Estos factores pueden intensificar el riesgo de presentar síntomas depresivos posparto, especialmente cuando se suman condiciones de disfuncionalidad familiar, baja red de apoyo y estrés socioeconómico (O'Hara y McCabe, 2013).

El 27.5% del grupo de 23 a 27 años representa a mujeres que, aunque poseen mayor madurez emocional y experiencia relacional, todavía enfrentan tensiones asociadas a la conciliación entre el rol materno y las metas personales o laborales (León y Alarcón, 2019). Finalmente, el 18.3% de madres entre 28 y 32 años refleja una proporción menor pero significativa, que podría presentar mejores estrategias de afrontamiento emocional y mayores niveles de estabilidad familiar, según lo reportado por estudios previos (Martínez-García et al., 2020).

En conjunto, esta composición etaria evidencia que la mayor concentración de madres jóvenes en etapas tempranas de la adultez constituye un grupo de riesgo para el desarrollo de depresión posparto, especialmente en contextos donde las dinámicas familiares resultan disfuncionales. La relación entre la edad materna y la funcionalidad familiar es un aspecto crítico, pues la madurez psicológica y las redes de apoyo familiar actúan como factores protectores frente a la depresión perinatal (World Health Organization, 2008).

Tabla 3

Distribución de la muestra según grupos etarios

Distribución de la muestra según sexo	Frecuencia	Porcentaje
18 - 22 años	65	54,2
23 - 27 años	33	27,5
28 – 32 años	22	18,3
Total	120	100,0

Nota. Elaboración propia.

En la Tabla 4 se presenta la distribución de las participantes según su nivel de estudios alcanzado. Se observa que el 33.3% de las madres jóvenes cuentan únicamente con educación secundaria, el 44.2% poseen formación técnica, y el 22.5% alcanzaron estudios superiores. Esta muestra que la mayoría de las madres encuestadas presenta un nivel educativo medio o técnico, lo cual tiene implicaciones relevantes en el análisis de la depresión posparto y la funcionalidad familiar, debido a que el nivel de instrucción se asocia estrechamente con las estrategias de afrontamiento, el acceso a información sobre salud mental y los recursos de apoyo social disponibles (Gómez y Ortega, 2021).

El grupo con educación secundaria representa a mujeres con menor acceso a recursos educativos y, en muchos casos, con limitadas oportunidades laborales, lo que puede incrementar la vulnerabilidad psicológica y económica tras el parto (Cabrera et al., 2019). En contextos familiares disfuncionales, esta condición puede intensificar los síntomas de depresión posparto al coexistir con escasos recursos emocionales y sociales para afrontar las nuevas demandas de la maternidad (O'Hara y Wisner, 2014).

Por otro lado, las madres con formación técnica (44.2%) reflejan un grupo que, si bien dispone de competencias prácticas y cierta estabilidad ocupacional, puede experimentar altos niveles de estrés al combinar las responsabilidades laborales y el cuidado infantil, especialmente si no cuentan con redes de apoyo familiar sólidas (León y Alarcón, 2019).

Finalmente, el 22.5% con estudios superiores representa el grupo minoritario que, en general, tiende a presentar mayor acceso a información preventiva sobre salud materna, mejor manejo emocional y redes de soporte más estables, factores que actúan como protectores ante la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto (World Health Organization, 2008).

En conjunto, estos resultados permiten inferir que, a menor nivel educativo, mayor es la exposición a factores de riesgo emocionales y familiares, evidenciando la necesidad de intervenciones psicoeducativas y comunitarias dirigidas especialmente a madres con baja escolaridad, a fin de fortalecer la funcionalidad familiar y la salud mental materna.

Tabla 4

Distribución de la muestra según nivel de estudios

Distribución de la muestra según nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	40	33,3
Estudios técnicos	53	44,2
Estudios universitarios	27	22,5
Total	120	100,0

Nota. Elaboración propia.

En la Tabla 5 se observa la distribución de las madres jóvenes participantes según su estado civil. Los resultados muestran que el 55% son casadas o convivientes, el 24.2% son solteras y el 20.8% son separadas. Esta distribución revela que la mayoría de las madres mantienen una relación conyugal o de convivencia, lo cual puede influir significativamente en la funcionalidad familiar y en los niveles de depresión posparto, dependiendo de la calidad de la relación y del apoyo recibido por la pareja (O'Hara y McCabe, 2013).

La proporción de madres solteras (24.2%) constituye un grupo relevante, dado que la ausencia de pareja estable suele implicar mayores niveles de carga emocional y económica, así

como una reducción de las redes de apoyo afectivo durante el periodo puerperal (Barrera-Herrera et al., 2019). Este grupo es considerado de mayor vulnerabilidad psicosocial, ya que la falta de soporte conyugal puede agravar los síntomas depresivos posparto y aumentar la percepción de disfuncionalidad familiar (Lara-Carrasco et al., 2020).

Por su parte, el 20.8% de madres separadas representa otro segmento de riesgo, puesto que las rupturas de pareja durante o después del embarazo pueden generar sentimientos de pérdida, frustración y estrés crónico, especialmente cuando existen conflictos familiares o ausencia de corresponsabilidad parental (León y Alarcón, 2019). La literatura indica que la inestabilidad conyugal y las relaciones conflictivas constituyen factores de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos posparto (Martínez-García et al., 2020).

En conjunto, los resultados permiten concluir que el estado civil es una variable determinante en la salud mental materna y la funcionalidad familiar, dado que las madres con pareja estable suelen beneficiarse de un mayor apoyo emocional y económico, mientras que aquellas sin pareja o separadas presentan mayor vulnerabilidad frente a la depresión posparto. Este hallazgo subraya la importancia de promover intervenciones psicosociales y redes comunitarias de apoyo dirigidas especialmente a madres solteras o en proceso de separación, con el fin de fortalecer su bienestar emocional y la estabilidad familiar.

Tabla 5

Distribución de la muestra según estado civil

Distribución de la muestra según estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	29	24,2
Conviviente / Casada	66	55,0
Separada	25	20,8
Total	120	100,0

Nota. Elaboración propia

En la Tabla 6 se presenta la distribución de las madres jóvenes según el número de hijos. Los resultados muestran que el 60% tienen un hijo, el 35% tienen dos hijos y el 5% tienen tres hijos. Esta distribución indica que la mayor parte de las participantes son primíparas, es decir, atraviesan su primera experiencia de maternidad, etapa caracterizada por un proceso de ajuste emocional, físico y social significativo (Gómez y Ortega, 2021).

El hecho de que la mayoría de las madres tenga un solo hijo (60%) sugiere que se encuentran en una fase inicial de construcción del rol materno, lo que puede implicar mayor vulnerabilidad ante la depresión posparto, especialmente cuando coexisten factores como la juventud, la inexperiencia en la crianza y la posible falta de apoyo familiar (O'Hara y McCabe, 2013). La literatura ha evidenciado que las madres primerizas experimentan con mayor frecuencia sentimientos de inseguridad, ansiedad y fatiga emocional, los cuales pueden exacerbarse en entornos familiares disfuncionales o con redes de apoyo limitadas (Martínez-García et al., 2020).

Por otro lado, el 35% de madres con dos hijos representan un grupo con una carga parental más elevada. Este aumento de responsabilidades puede generar mayores niveles de estrés y agotamiento físico y mental, incrementando el riesgo de depresión posparto si no se dispone de una adecuada organización familiar o soporte emocional (León y Alarcón, 2019).

Finalmente, el 5% de madres con tres hijos constituye un grupo minoritario, pero potencialmente más expuesto a condiciones de sobrecarga familiar, dificultades económicas y tensión conyugal, factores estrechamente vinculados con la disfuncionalidad familiar y el deterioro del bienestar psicológico materno (Cabrera et al., 2019; World Health Organization, 2008).

En conjunto, esta distribución permite inferir que el número de hijos está inversamente relacionado con la estabilidad emocional y la funcionalidad familiar: a medida que aumentan las demandas parentales, se eleva el riesgo de experimentar síntomas depresivos posparto si no existen recursos personales y familiares adecuados para afrontar el estrés cotidiano de la maternidad.

Tabla 6

Distribución de la muestra por número de hijos

Distribución de la muestra por número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Un hijo	72	60,0
Dos hijos	42	35,0
Tres hijos	6	5,0
Total	120	100,0

Nota. Elaboración propia.

3.5 Instrumentos

3.5.1. Escala de Funcionalidad Familiar de Smilkstein et al. (1982)

El instrumento seleccionado fue la Escala de Funcionalidad Familiar propuesta por Smilkstein et al. (1982), cuyo propósito central es identificar el grado en que la familia cumple con sus funciones esenciales y el papel que desempeña la dinámica familiar en el proceso salud-enfermedad. Dicha escala constituye una herramienta ampliamente utilizada en la atención primaria de salud y en la práctica clínica del primer nivel.

Está conformada por cinco ítems, distribuidos en las siguientes dimensiones: Adaptación, Participación, Crecimiento, Afectividad y Resolución, cada una representada por una pregunta. Las respuestas se valoran mediante una escala tipo Likert con cinco opciones: nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), casi siempre (3) y siempre (4).

La aplicación del cuestionario se realizará de forma colectiva, con una duración estimada de 10 minutos. El instrumento presenta adecuados índices psicométricos, con una confiabilidad por mitades de 0.87 y un Alpha de Cronbach de 0.90, lo que respalda su alta consistencia interna y lo posiciona como una prueba con excelente fiabilidad para medir la funcionalidad familiar.

3.5.1.1. Niveles diagnósticos. Con base en el método de quintiles (100% / 20%), se establecieron cinco niveles diagnósticos considerando que los puntajes de la escala se distribuyen entre 0 y 20 puntos. El intervalo asignado a cada nivel corresponde a 6 puntos.

Clasificación de intervalos y nivel de funcionalidad:

- 0-4: Disfunción familiar severa
- 5-8: Disfunción familiar alta
- 9-12: Disfunción familiar moderada
- 13-18: Funcionalidad familiar alta
- 25-30: Funcionalidad familiar muy alta

3.5.2. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) – Cox et al. (1987)

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) fue desarrollada en los centros de salud de Edimburgo y Livingston con el propósito de detectar la depresión posnatal. Para la población escocesa, sus valores psicométricos reportaron una sensibilidad del 76,7% y una especificidad del 92,5%.

En el contexto peruano, la escala fue validada en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima por Vega-Dienstmaier et al. (2002), estableciéndose un punto de corte de 13 puntos, con valores de sensibilidad del 84% y especificidad del 79%.

El instrumento evalúa la intensidad de los síntomas depresivos, incluyendo disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideación suicida y dificultades de concentración. Está

compuesto por 10 ítems, cada uno con una puntuación de 0 a 3 en función de la severidad del síntoma, siendo la puntuación mínima posible 0 y la máxima 30.

La aplicación se recomienda desde el primer día hasta las seis semanas posteriores al parto, aunque investigaciones recientes extienden su uso hasta el primer año posparto.

- Ítems directos (1, 2 y 4): Nunca = 0 ... Siempre = 3
- Ítems inversos (3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10): Nunca = 3 ... Siempre = 0

Niveles diagnósticos. Tomando en consideración que el rango de puntajes de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) se sitúa entre 0 y 30, se establecieron cinco niveles diagnósticos mediante la técnica de quintiles (100% / 20%). De este modo, cada nivel corresponde a un intervalo de 6 puntos.

Clasificación de intervalos y nivel de diagnóstico:

- 0-6: Sin depresión
- 7-12: Depresión leve
- 13-18: Depresión moderada
- 19-24: Depresión alta
- 25-30: Depresión alta

3.6 Procedimientos

La recolección de datos se llevó a cabo de manera presencial, garantizando en todo momento la seguridad, bienestar e integridad tanto de las participantes como de la investigadora. En primer lugar, se determinó el tamaño muestral y se elaboró el cuestionario en formato digital (Word). Posteriormente, se acudió a los Centros de Salud de Lima Metropolitana, donde se aplicó el instrumento acompañado del consentimiento informado. Dicho documento detalló los objetivos de la investigación, así como las garantías de confidencialidad y uso exclusivamente académico de la información recolectada.

3.7 Análisis de datos

Los datos fueron organizados inicialmente en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, la cual posteriormente se trasladó al software estadístico SPSS, versión 25. Este procedimiento permitió verificar la confiabilidad y validez de los instrumentos empleados. Dada la naturaleza de la investigación, se emplearon estadísticos descriptivos tales como media, desviación estándar y porcentajes, con el propósito de sintetizar y presentar los resultados de manera clara.

3.7.1. *Análisis exploratorio de la variable*

Con el propósito de determinar la distribución estadística de los datos, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (K-S) a las variables depresión posparto y funcionalidad familiar. Los resultados reportados en la Tabla 7 evidencian que, para ambas variables, los valores del estadístico Z de K-S fueron 1.996 y 2.779, respectivamente, con niveles de significancia (Sig. asintótica bilateral) de $p = .001$ y $p = .000$, ambos inferiores al umbral convencional de $p < .05$.

Estos resultados indican que las distribuciones de ambas variables se apartan significativamente de la normalidad, lo que implica que los datos no siguen una distribución normal (Ghasemi y Zahediasl, 2012). En consecuencia, y siguiendo las recomendaciones metodológicas para estudios con muestras que no cumplen el supuesto de normalidad, se optó por la utilización de pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis correlacional y comparativo posterior (Field, 2018; Siegel y Castellan, 1988).

La elección de este tipo de pruebas garantiza una mayor validez y precisión en la interpretación de los resultados, considerando que las variables de interés —depresión posparto y funcionalidad familiar— son de naturaleza psicológica, ordinal y con distribución asimétrica (Díaz, 2019). Por tanto, el uso de estadísticos no paramétricos como Rho de Spearman, U de

Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis permite un tratamiento más adecuado de los datos, reduciendo el riesgo de error tipo I y mejorando la representatividad inferencial en la población estudiada (Conover, 1999).

En síntesis, los resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov confirman que la muestra no presenta una distribución normal en ninguna de las variables analizadas, justificando así el empleo de métodos no paramétricos en las siguientes etapas del análisis estadístico.

Tabla 7

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra		Depresión posparto	Funcionalidad familiar
Parámetros normales	Media	120	120
	Desviación típica	10,84	10,80
Diferencias más extremas	Absoluta	5,509	6,121
	Positiva	,182	,254
	Negativa	,182	,183
Z de Kolmogorov-Smirnov		-,083	-,254
Sig. asintótica (bilateral)		1,996	2,779
		,001	,000

Nota. Elaboración propia.

3.8 Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló bajo los lineamientos éticos de la investigación científica, priorizando el respeto irrestricto a los derechos de las participantes. La inclusión en el estudio fue completamente voluntaria, sin la existencia de coerción ni incentivos indebidos. Asimismo, se aseguró la confidencialidad de la información proporcionada, garantizando el anonimato de las participantes. De igual modo, se les informó de manera clara y transparente acerca del proceso, los objetivos y el uso de los datos, respetando en todo momento su autonomía y libertad de decisión.

IV. RESULTADOS

4.1. Ajuste psicométrico de los instrumentos de obtención de los datos

4.1.1. *Escala de depresión post parto con el estadístico inferencial Alpha de Cronbach*

4.1.1.1. Confiabilidad de la escala. En la Tabla 8 se observa que la escala de depresión posparto evidencia un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.813, valor que denota un nivel de consistencia interna alto y estadísticamente aceptable. Este resultado indica que los ítems del instrumento mantienen una adecuada homogeneidad y correlación entre sí, reflejando una medición confiable de la variable en estudio (George y Mallery, 2019).

De acuerdo con los criterios psicométricos establecidos por Nunnally y Bernstein (1994), un coeficiente alfa superior a .70 se considera suficiente para investigaciones exploratorias y descriptivas, mientras que valores por encima de .80 reflejan una fiabilidad sólida en contextos aplicados. En este caso, el valor de .813 respalda la coherencia conceptual y empírica del instrumento para evaluar la sintomatología depresiva posparto en madres jóvenes.

Al analizar los estadísticos total-elemento, se evidencia que la mayoría de los ítems presentan correlaciones ítem-total corregidas superiores a .50, lo que sugiere una adecuada contribución de cada reactivo a la consistencia global de la escala. No obstante, el ítem d3 muestra una correlación negativa (−.705) y un incremento del alfa si se elimina el elemento ($\alpha = .904$), lo que indica que dicho ítem podría estar afectando la unidimensionalidad del constructo o presentar redacción inversa/confusional, siendo recomendable su revisión o reformulación en futuras aplicaciones (DeVellis, 2017).

En conjunto, los resultados confirman que la escala utilizada presenta una fiabilidad empírica satisfactoria, garantizando precisión y estabilidad en la medición de la depresión posparto en la población evaluada. Este hallazgo es coherente con investigaciones previas que

han reportado coeficientes similares en adaptaciones latinoamericanas de la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), oscilando entre .79 y .86 (Alvarado et al., 2019; O'Hara y McCabe, 2013).

Por tanto, puede afirmarse que el instrumento empleado cumple con los criterios psicométricos de consistencia interna, permitiendo su uso con validez confiable para la detección de sintomatología depresiva posparto en contextos peruanos.

Tabla 8

Estimaciones de confiabilidad de la escala de depresión post parto

Estadísticos de fiabilidad				
Alfa de Cronbach		0.813	N de elementos	
			10	
Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
d1	9,58	24,615	,528	,792
d2	9,73	25,206	,574	,789
d3	9,18	37,311	-,705	,904
d4	9,73	22,785	,734	,768
d5	9,64	23,324	,668	,776
d6	9,91	23,076	,743	,768
d7	9,89	23,576	,695	,774
d8	9,87	23,780	,672	,777
d9	9,76	22,471	,741	,766
d10	10,28	24,823	,588	,787
Estadísticos de la escala				
Media	Varianza	Desviación típica		N de elementos
10,84	30,353	5,509		10

Nota. Elaboración propia.

4.1.1.2. Validez de constructo. Para la estimación de la validez de constructo, se aplicó el método de análisis de ítems, cuyo propósito es determinar el grado en que cada reactivo contribuye de manera significativa al constructo teórico global de la depresión posparto. Este procedimiento permite examinar la coherencia conceptual y empírica entre los ítems

individuales y la puntuación total de la escala, validando que el instrumento mida de forma precisa la dimensión latente que pretende evaluar (Carmines y Zeller, 1979; DeVellis, 2017).

En la Tabla 9 se presentan los coeficientes de correlación Rho de Spearman, cuyos valores oscilan entre 0.598 y 0.795, todos estadísticamente significativos ($p < .001$). Dichas magnitudes se sitúan dentro del rango de correlación alta a muy elevada, lo que indica una consistencia sustantiva entre los ítems individuales y la puntuación global de la escala. En consecuencia, puede afirmarse que cada reactivo contribuye de forma sólida a la medición del constructo teórico de depresión posparto, consolidando la estructura interna y validez convergente del instrumento (Hair et al., 2019).

Se observa, no obstante, que el ítem d3 presenta un valor negativo de correlación ($\rho = -.598$), lo cual podría deberse a que el reactivo posee redacción inversa o sentido semántico opuesto al resto de los ítems, fenómeno frecuente en escalas psicométricas con reactivos invertidos (Cortina, 1993). Aunque su nivel de significancia es adecuado ($p < .001$), el signo negativo sugiere la necesidad de revisión conceptual o recodificación para evitar interferencias en la unidimensionalidad del constructo.

En conjunto, los resultados de la Tabla 9 validan empíricamente la estructura interna del instrumento, demostrando que los ítems mantienen una relación directa, fuerte y coherente con la variable global. Este hallazgo corrobora la validez de constructo de la escala de depresión posparto aplicada a madres jóvenes, en concordancia con los parámetros psicométricos reportados por investigaciones internacionales sobre la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), que refieren correlaciones promedio superiores a .60 en estudios de validación latinoamericanos (Alvarado et al., 2019; O'Hara y McCabe, 2013).

En síntesis, la evidencia estadística confirma que el instrumento posee una validez interna robusta, capaz de representar de manera fiable el constructo teórico de la depresión

posparto, constituyéndose así en una herramienta metodológicamente sólida para la evaluación psicológica en contextos perinatales.

Tabla 9

Análisis de los ítems– puntaje total escala de depresión post parto (N= 120)

	Rho	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10
Depresión post parto	Rho	,658**	,641**	,598**	,792**	,756**	,780**	,762**	,758**	,795**	,646**
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

Nota. Elaboración propia

4.1.2. Escala de Funcionalidad Familiar (APGAR Familiar)

4.1.2.1. Confiabilidad de la escala de funcionamiento familiar. En la Tabla 10 se observa que la escala de funcionamiento familiar presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.927, valor que refleja un nivel excepcionalmente alto de consistencia interna, evidenciando que los ítems del instrumento mantienen una coherencia conceptual y empírica muy sólida. Según los criterios psicométricos clásicos, coeficientes alfa superiores a 0.90 se interpretan como indicadores de fiabilidad excelente, apropiados para fines diagnósticos o clínicos (George y Mallery, 2019; Nunnally y Bernstein, 1994).

El valor obtenido demuestra que los reactivos del instrumento —f1 a f5— están altamente interrelacionados, lo que significa que cada ítem evalúa de manera congruente las dimensiones subyacentes del funcionamiento familiar: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y recursos, tal como lo propuso Smilkstein (1978) en la formulación del Family APGAR. Esto garantiza que la escala mide de forma precisa la percepción global de apoyo y cohesión familiar en las madres jóvenes evaluadas.

Al examinar los estadísticos total–elemento, se advierte que las correlaciones ítem–total corregidas se sitúan entre .708 y .874, todas en rangos altos, lo que confirma que cada ítem

contribuye significativamente a la fiabilidad global del instrumento. Asimismo, los valores del alfa si se elimina el elemento se mantienen dentro de un margen estrecho (0.898–0.931), lo que sugiere que ningún reactivo compromete la consistencia general, y que la estructura de cinco ítems es óptima para su aplicación en la muestra (DeVellis, 2017).

En términos interpretativos, este coeficiente evidencia que la escala APGAR Familiar es una herramienta altamente precisa y estable para la evaluación del funcionamiento familiar en contextos de maternidad temprana. Resultados similares han sido reportados en investigaciones latinoamericanas, donde los coeficientes alfa oscilaron entre .80 y .92, confirmando su pertinencia cultural y su capacidad para detectar disfunciones familiares asociadas a variables de salud mental materna, como la depresión posparto (Chávez et al., 2021; Olaya et al., 2023).

Por tanto, se concluye que la escala empleada presenta una confiabilidad empírica excelente, garantizando precisión, homogeneidad y estabilidad en la medición del funcionamiento familiar, lo cual sustenta su validez diagnóstica y su utilidad en estudios clínicos y psicosociales.

Tabla 10

Estimaciones de confiabilidad de la escala de funcionamiento familiar

Estadísticos de fiabilidad				
	Alfa de Cronbach	0.927	N de elementos	5
Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
f1	8,88	22,564	,874	,898
f2	8,56	23,291	,841	,905
f3	8,64	23,089	,845	,904
f4	8,73	25,222	,803	,913
f5	8,39	27,921	,708	,931
Estadísticos de la escala				

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
10,80	37,472	6,121	5

Nota. Elaboración propia.

4.1.2.2. Validez de constructo. La validez de constructo se estimó mediante el análisis de ítems, procedimiento que permite determinar la magnitud con la que cada reactivo contribuye al constructo teórico global de funcionalidad familiar. Este análisis es esencial para comprobar la coherencia interna y representatividad conceptual de los ítems, garantizando que el instrumento mida de forma precisa la variable que pretende evaluar (Carmines y Zeller, 1979; DeVellis, 2017).

En la Tabla 11, los resultados del coeficiente Rho de Spearman evidencian valores comprendidos entre 0.812 y 0.892, todos estadísticamente significativos ($p < .001$). Estas magnitudes se ubican dentro del rango de correlación extremadamente elevada, según la clasificación de Cohen (1988), lo que demuestra una asociación robusta y uniforme entre cada ítem individual y la puntuación total de la escala. Por consiguiente, los reactivos del instrumento reflejan alta coherencia semántica y teórica con el constructo de funcionamiento familiar, ratificando la validez estructural del instrumento.

Estos resultados confirman que la escala APGAR Familiar presenta una estructura factorial homogénea, en la que todos los ítems —f1 a f5— contribuyen de manera consistente a la medición de las dimensiones nucleares del funcionamiento familiar: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y recursos (Smilkstein, 1978). La fortaleza de estas correlaciones evidencia que el instrumento captura adecuadamente la percepción global de cohesión y apoyo dentro del sistema familiar, componentes fundamentales del bienestar psicosocial en madres jóvenes (Olaya et al., 2023).

Asimismo, los elevados coeficientes hallados respaldan la validez convergente del instrumento, al coincidir con investigaciones previas en contextos latinoamericanos que

reportaron correlaciones ítem-total superiores a .80, reafirmando su fiabilidad y pertinencia cultural (Chávez et al., 2021; González et al., 2020).

En síntesis, la evidencia empírica demuestra que la escala de funcionalidad familiar posee una validez de constructo sólida y estable, capaz de representar de manera precisa la estructura teórica del constructo y de discriminar adecuadamente distintos niveles de funcionamiento familiar en poblaciones peruanas de madres jóvenes.

Tabla 11

Análisis de ítems–puntaje total funcionamiento familiar (N =120)

Rho de Spearman		f1	f2	f3	f4	f5
Funcionalidad familiar	Rho	,860**	,827**	,857**	,892**	,812**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	120	120	120	120	120

Nota. Elaboración propia.

4.2. Descripción de los niveles de los instrumentos de obtención de datos

4.2.1. Niveles en la Escala de Depresión Posparto

En la Tabla 12 se aprecia la distribución de los niveles de depresión posparto en las madres jóvenes participantes. Los resultados indican que el 28.5% de las evaluadas no presentan sintomatología depresiva, mientras que un 32.5% se ubican en el rango de depresión leve. Asimismo, un 31.7% manifiestan depresión moderada, y un 10% evidencian niveles altos de depresión posparto.

Estos datos permiten inferir que más del 70% de las participantes experimentan algún grado de sintomatología depresiva, lo que revela una alta prevalencia de malestar emocional dentro de la muestra estudiada. El predominio de niveles leves y moderados sugiere la existencia de un malestar psicoafectivo sostenido, que aunque no siempre alcanza umbrales

clínicos severos, puede afectar significativamente el bienestar psicológico, el vínculo madre-hijo y la dinámica familiar (O'Hara y McCabe, 2013; World Health Organization, 2008).

El hallazgo de un 10% de casos con depresión alta reviste especial relevancia, pues implica la presencia de un subgrupo de madres jóvenes en riesgo clínico que requiere atención psicológica o psiquiátrica inmediata. Diversos estudios han reportado que la juventud, la precariedad socioeconómica y la disfuncionalidad familiar son factores determinantes que incrementan la probabilidad de desarrollar cuadros depresivos posparto (León y Alarcón, 2019; Martínez-García et al., 2020).

Desde un enfoque preventivo y psicosocial, la concentración de síntomas en los niveles leve y moderado indica la necesidad de fortalecer programas de detección temprana y acompañamiento emocional en los servicios de salud materna, a fin de evitar la progresión hacia formas severas de depresión posparto. Además, los resultados refuerzan la hipótesis de que el contexto familiar cumple un papel mediador fundamental: familias funcionales y con adecuados niveles de apoyo emocional actúan como factores protectores, mientras que las dinámicas disfuncionales potencian el riesgo de deterioro emocional (Olaya et al., 2023).

En síntesis, los resultados de la Tabla 12 reflejan una alta proporción de madres con síntomas depresivos leves y moderados, configurando un panorama de vulnerabilidad emocional significativa que exige respuestas integrales en el ámbito clínico, familiar y comunitario.

Tabla 12

Niveles diagnósticos en la escala de depresión post parto

	Frecuencia	Porcentaje
0 - Sin depresión	31	25,8
7 - 12 Depresión leve	39	32,5
13 - 18 Depresión moderada	38	31,7
19- 24 Depresión Alta	12	10,0
Total	120	100,0

Nota. Elaboración propia.

4.2.2. Niveles en la Escala de disfuncionalidad Familiar

En la Tabla 13 se presentan los niveles alcanzados por las participantes en la Escala de Funcionamiento Familiar (APGAR Familiar). Los resultados muestran que el 24.2% de las madres jóvenes presentan disfuncionalidad severa, el 25% exhiben disfuncionalidad alta, mientras que el 24.2% alcanzan un nivel de funcionalidad alta y el 26.7% se ubican en la categoría de funcionalidad muy alta.

Esta distribución revela un panorama equilibrado, donde se observa la coexistencia de núcleos familiares altamente funcionales junto con otros que experimentan dificultades significativas en sus dinámicas internas. En conjunto, aproximadamente la mitad de las madres evaluadas (49.2%) presentan niveles de disfuncionalidad, lo cual constituye un indicador importante de vulnerabilidad psicosocial. La disfuncionalidad familiar, según Smilkstein (1978), se caracteriza por la carencia de apoyo emocional, escasa comunicación y bajo sentido de cohesión, factores que pueden incidir negativamente en la salud mental posparto y en la capacidad de afrontamiento de las madres jóvenes (Olaya et al., 2023).

El otro sector de la muestra, conformado por el 50.9% con funcionalidad alta y muy alta, refleja la existencia de entornos familiares protectores, caracterizados por apoyo mutuo, estabilidad afectiva y adecuada distribución de roles. Estos contextos actúan como factores amortiguadores frente a los síntomas depresivos, ya que favorecen la resiliencia emocional, el bienestar psicológico y el apego positivo madre-hijo (Martínez-García et al., 2020; León y Alarcón, 2019).

La presencia paralela de ambos extremos funcionales evidencia la heterogeneidad de los entornos familiares de las madres jóvenes, lo que sugiere la influencia de variables contextuales —como el nivel educativo, el estado civil o el número de hijos— sobre la calidad

de las relaciones familiares y el ajuste emocional. Este hallazgo concuerda con estudios previos que sostienen que la funcionalidad familiar constituye un predictor clave de la salud mental materna, y que las deficiencias en esta área se asocian con mayor prevalencia de depresión posparto (Gómez y Ortega, 2021; World Health Organization, 2008).

En síntesis, los resultados de la Tabla 13 muestran que la mitad de las madres jóvenes presentan disfunción familiar en distintos grados, situación que puede agravar su vulnerabilidad emocional; mientras que la otra mitad mantiene estructuras familiares funcionales, que probablemente contribuyen a preservar su equilibrio psicológico y su capacidad de afrontamiento durante el periodo posparto.

Tabla 13

Niveles diagnósticos en la escala de disfuncionamiento familiar

	Frecuencia	Porcentaje
0 - 4 Disfuncionalidad severa	29	24,2
5 - 8 Disfuncionalidad alta	30	25,0
13 - 16 Funcionalidad familiar alta	29	24,2
17 - 20 Funcionalidad familiar muy alta	32	26,7
Total	120	100,0

Nota. Elaboración propia.

4.3. Contrastación de hipótesis

4.3.1. Relación entre las variables mediante el coeficiente de Spearman (ρ)

En la Tabla 14 se presenta el resultado del análisis de correlación no paramétrica entre las variables depresión posparto y funcionalidad familiar, empleando el coeficiente Rho de Spearman (ρ). Se obtuvo un valor de $\rho = -0.736$ con un nivel de significancia de $p = 0.000$, evidenciando una correlación negativa de alta magnitud entre ambas variables.

Este resultado permite afirmar que a medida que la funcionalidad familiar aumenta, la sintomatología depresiva disminuye, y viceversa; es decir, las madres que perciben un entorno familiar estable, afectivo y colaborativo tienden a presentar menor riesgo de experimentar

síntomas depresivos posparto. Por consiguiente, se rechaza la hipótesis nula (H_0) que planteaba la inexistencia de relación, y se acepta la hipótesis alterna (H_1), que propone la presencia de una asociación negativa estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

La fuerza del coeficiente (-0.736) sitúa la relación en un rango fuerte e inverso, según los criterios de interpretación de Cohen (1988), lo que evidencia que el funcionamiento familiar constituye un factor protector clave frente a la aparición de depresión posparto. Este hallazgo concuerda con estudios previos que señalan que los vínculos familiares positivos, la comunicación funcional y el apoyo emocional actúan como barreras que mitigan la afectación emocional derivada del parto y las exigencias del rol materno (O'Hara y McCabe, 2013; Martínez-García et al., 2020).

Asimismo, investigaciones recientes realizadas en contextos peruanos reportan una tendencia similar: niveles altos de disfuncionalidad familiar se asocian significativamente con mayores niveles de depresión posparto, demostrando la influencia directa de la estructura y dinámica familiar sobre la estabilidad psicológica de las madres jóvenes (Olaya et al., 2023; Gutiérrez et al., 2022).

En este sentido, el resultado obtenido reafirma la importancia de intervenciones psicosociales centradas en el fortalecimiento del funcionamiento familiar, no solo como medida terapéutica, sino también como estrategia preventiva ante el riesgo de trastornos afectivos en el periodo perinatal. La relación estadísticamente significativa entre ambas variables valida empíricamente la teoría del apoyo familiar como modulador de la salud mental materna, confirmando que el bienestar emocional posparto depende en gran medida del equilibrio y la cohesión del sistema familiar.

Tabla 14*Relación entre depresión post parto con funcionalidad familiar*

Rho de Spearman		Disfuncionalidad familiar
Depresión post parto	Coefficiente de correlación	-,736**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	120

Nota. Elaboración propia.**4.3.2. Asociación entre los niveles de las variables con las variables intervinientes**

4.3.2.1. Asociación entre los niveles de depresión posparto y las variables intervinientes (n = 120). En la Tabla 15 se exponen los resultados del análisis de asociación entre los niveles de depresión posparto y las variables sociodemográficas intervinientes, utilizando la prueba no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson (X^2). Los hallazgos indican la existencia de asociaciones estadísticas altamente significativas con las siguientes variables: grupos etarios ($X^2 = 149.116$; gl = 6; $p < 0.001$), nivel educativo ($X^2 = 30.857$; gl = 6; $p < 0.001$), estado civil ($X^2 = 26.670$; gl = 6; $p < 0.001$) y número de hijos ($X^2 = 25.603$; gl = 6; $p < 0.001$).

Estos resultados confirman que los niveles de depresión posparto no se distribuyen aleatoriamente dentro de la muestra, sino que guardan relación directa con las condiciones personales y familiares de las madres jóvenes evaluadas.

En primer lugar, la edad presenta una relación estadísticamente significativa con la depresión posparto. Las madres más jóvenes (18–22 años) evidencian mayores niveles de sintomatología depresiva, lo cual concuerda con la literatura que identifica a la juventud temprana como una etapa de mayor vulnerabilidad emocional y psicosocial, asociada a la inexperiencia, la adaptación a nuevas responsabilidades y la limitada red de apoyo (Gutiérrez et al., 2022; O'Hara y McCabe, 2013).

En cuanto al nivel educativo, el análisis muestra que las madres con menor formación académica tienden a presentar niveles más altos de depresión posparto. Este patrón puede atribuirse a mayores condiciones de precariedad económica, menor acceso a información sobre salud mental y limitada autonomía personal, factores que incrementan el riesgo de afectaciones emocionales (Cabrera et al., 2019; Gómez y Ortega, 2021).

Respecto al estado civil, la asociación significativa ($p < 0.001$) sugiere que las madres solteras o separadas son más propensas a manifestar cuadros depresivos, probablemente por la falta de apoyo conyugal y sobrecarga emocional derivada del cuidado exclusivo del hijo, en comparación con aquellas que mantienen una relación estable (León y Alarcón, 2019).

Asimismo, la variable número de hijos también presenta asociación con la depresión posparto. Las madres con dos o más hijos tienden a reportar mayores niveles de sintomatología depresiva, lo que podría explicarse por el aumento de responsabilidades parentales, la fatiga acumulada y las tensiones familiares asociadas al rol materno múltiple (Martínez-García et al., 2020).

En conjunto, estos resultados respaldan la hipótesis de que las características sociodemográficas y familiares influyen significativamente en la aparición y severidad de la depresión posparto, confirmando la relevancia de los factores contextuales en la salud mental materna. Dichas asociaciones enfatizan la necesidad de enfoques integrales de intervención, orientados no solo a la atención clínica, sino también al fortalecimiento educativo, social y familiar de las madres jóvenes.

Tabla 15

Asociación de los niveles de depresión post parto con variables intervinientes

Pruebas de chi-cuadrado por grupos etarios(5años)	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	149,116	6	,000
Razón de verosimilitudes	165,880	6	,000
Asociación lineal por lineal	88,340	1	,000

Pruebas de chi-cuadrado por nivel educativo	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	30,857	6	,000
Razón de verosimilitudes	40,469	6	,000
Asociación lineal por lineal	23,585	1	,000
Pruebas de chi-cuadrado por estado civil	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	26,670	6	,000
Razón de verosimilitudes	33,102	6	,000
Asociación lineal por lineal	20,799	1	,000
N de casos válidos	120		
Pruebas de chi-cuadrado por número de hijos	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	25,603	6	,000
Razón de verosimilitudes	29,099	6	,000
Asociación lineal por lineal	20,601	1	,000

Nota. Elaboración propia.

4.3.2.2. Asociación entre los niveles de funcionalidad familiar y las variables intervinientes (n = 120). En la Tabla 16 se muestran los resultados del análisis de asociación entre los niveles de funcionalidad familiar y las variables sociodemográficas intervinientes, aplicando la prueba no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson (X^2). Los hallazgos reflejan asociaciones estadísticamente muy significativas con las siguientes variables: grupos etarios ($X^2 = 133.488$; $gl = 6$; $p < 0.001$), nivel educativo ($X^2 = 54.493$; $gl = 6$; $p < 0.001$), estado civil ($X^2 = 38.780$; $gl = 6$; $p < 0.001$) y número de hijos ($X^2 = 23.165$; $gl = 6$; $p < 0.001$).

Estos resultados permiten afirmar que los niveles de funcionalidad familiar varían significativamente según las condiciones sociodemográficas de las madres jóvenes participantes, lo que evidencia que la percepción de cohesión, apoyo y adaptabilidad familiar no es homogénea, sino que se ve influida por factores personales y contextuales.

En relación con los grupos etarios, se aprecia que las madres más jóvenes (18–22 años) tienden a reportar mayor disfuncionalidad familiar, posiblemente debido a menor madurez emocional, mayor dependencia económica y dificultades en la comunicación intrafamiliar. Las madres de mayor edad (28–32 años) presentan niveles más altos de funcionalidad, lo que podría atribuirse a una mayor estabilidad conyugal y capacidad de afrontamiento ante los retos de la maternidad (León y Alarcón, 2019; Olaya et al., 2023).

Respecto al nivel educativo, los resultados demuestran que las madres con formación técnica o superior evidencian mejor funcionamiento familiar, a diferencia de aquellas con educación secundaria o incompleta, que muestran mayor tendencia a la disfunción. Este patrón sugiere que la educación actúa como un factor de protección, al potenciar habilidades comunicativas, toma de decisiones y estrategias de resolución de conflictos (Gómez y Ortega, 2021; Cabrera et al., 2019).

La asociación significativa con el estado civil refuerza la importancia del apoyo conyugal. Las madres casadas o convivientes presentan niveles superiores de funcionalidad familiar, mientras que las solteras o separadas reflejan mayor disfunción. Este hallazgo coincide con estudios que destacan el papel del vínculo de pareja como elemento estructurante del funcionamiento familiar y modulador del bienestar emocional (Martínez-García et al., 2020; O'Hara y McCabe, 2013).

En cuanto al número de hijos, se encontró que las madres con dos o más hijos tienden a presentar mayores niveles de disfuncionalidad, lo que podría explicarse por el incremento de las demandas domésticas, el estrés parental y la sobrecarga de roles, especialmente en hogares con recursos limitados (World Health Organization, 2008).

En conjunto, los resultados de la Tabla 16 evidencian que la funcionalidad familiar se encuentra estrechamente vinculada a las características sociodemográficas de las madres jóvenes. Dichos factores condicionan la dinámica interna del hogar y el grado de apoyo percibido, lo que a su vez influye en la salud mental materna. Estos hallazgos subrayan la necesidad de políticas sociales y programas de intervención familiar orientados a fortalecer las redes de apoyo, la educación parental y la equidad en la distribución de roles dentro del entorno familiar.

Tabla 16*Asociación de los niveles de funcionamiento familiar con variables intervinientes*

Pruebas de chi-cuadrado por grupos etarios(5años)	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	133,488	6	,000
Razón de verosimilitudes	151,151	6	,000
Asociación lineal por lineal	67,891	1	,000
Pruebas de chi-cuadrado por nivel educativo	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	54,493	6	,000
Razón de verosimilitudes	65,133	6	,000
Asociación lineal por lineal	44,875	1	,000
Pruebas de chi-cuadrado por nivel educativo	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	38,780	6	,000
Razón de verosimilitudes	49,108	6	,000
Asociación lineal por lineal	30,668	1	,000
Pruebas de chi-cuadrado por número de hijos	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	23,165	6	,001
Razón de verosimilitudes	22,744	6	,001
Asociación lineal por lineal	13,077	1	,000

Nota. Elaboración propia.

4.3.2.3. Asociación entre los niveles de depresión posparto y los niveles de funcionalidad familiar. En la Tabla 17 se presentan los resultados del análisis inferencial que evalúa la asociación entre los niveles de depresión posparto y los niveles de funcionalidad familiar, utilizando la prueba no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson (X^2). Los resultados reportan un valor de $X^2 = 105.287$ con 9 grados de libertad (gl) y un nivel de significancia de $p = 0.000$, lo cual indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Estos hallazgos ponen de manifiesto que los niveles de depresión posparto varían significativamente según el grado de funcionalidad familiar percibido por las madres jóvenes evaluadas. En otras palabras, las participantes que reportaron mayor disfuncionalidad familiar son aquellas que presentaron niveles más altos de sintomatología depresiva, mientras que las madres con familias funcionales o muy funcionales exhibieron bajos o nulos niveles de depresión posparto.

Este resultado es consistente con el modelo ecológico de apoyo social propuesto por O'Hara y McCabe (2013), que plantea que el entorno familiar actúa como un factor modulador esencial del bienestar psicológico materno. En contextos donde la comunicación, la afectividad y la cooperación familiar son adecuadas, las madres disponen de mayores recursos emocionales para afrontar el estrés posnatal. Por el contrario, las dinámicas familiares disfuncionales generan sentimientos de soledad, culpa, ansiedad y desamparo, que incrementan la vulnerabilidad a la depresión (Olaya et al., 2023; Martínez-García et al., 2020).

La significancia estadística hallada ($p < 0.001$) refuerza la hipótesis de interdependencia entre ambas variables, validando empíricamente que el funcionamiento familiar es un determinante directo del estado emocional posparto. Investigaciones latinoamericanas previas reportan correlaciones inversas y asociaciones similares, donde la disfuncionalidad familiar predice entre un 40% y 60% de la varianza en los niveles de depresión posparto (Gómez y Ortega, 2021; León y Alarcón, 2019).

En síntesis, la prueba de Chi cuadrado demuestra que la funcionalidad familiar constituye un componente clave en la explicación y prevención de la depresión posparto. Este hallazgo enfatiza la necesidad de fortalecer la dinámica familiar y las redes de apoyo psicosocial como parte de los programas de intervención dirigidos a madres jóvenes, promoviendo el bienestar emocional, la estabilidad afectiva y la salud mental en el periodo perinatal.

Tabla 17

Asociación de los Niveles de depresión post parto con los Niveles de funcionalidad familiar

Pruebas de chi-cuadrado de los Niveles de depresión post parto con los Niveles de funcionalidad familiar	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	105,287	9	,000
Razón de verosimilitudes	131,197	9	,000
Asociación lineal por lineal	67,967	1	,000
N de casos válidos	120		

Nota. Elaboración propia.

4.3.4. Modelo de regresión lineal

En la Tabla 18 se presenta el Modelo de Regresión Lineal I, en el cual se consideró como variable independiente (VI) la disfuncionalidad familiar, y como variable dependiente (VD) la depresión posparto. El análisis revela que el modelo obtenido posee altos niveles de ajuste, validez y poder explicativo, consolidando la relevancia de la variable predictora en el comportamiento de la variable dependiente.

El coeficiente de determinación ($R^2 = 0.700$) muestra que el 70% de la variabilidad en los niveles de depresión posparto es explicada por la disfuncionalidad familiar. Este resultado evidencia un ajuste robusto del modelo y una relación sustantiva entre ambas variables, lo que sugiere que el entorno familiar constituye un factor determinante del bienestar psicológico posnatal. De acuerdo con los estándares psicométricos, valores de R^2 superiores a 0.50 indican modelos predictivos con alta capacidad explicativa (Hair et al., 2019).

Asimismo, el coeficiente de correlación múltiple ($R = 0.837$) refleja una asociación lineal muy elevada (83.7%) entre las variables, confirmando una dependencia significativa entre la disfuncionalidad familiar y la depresión posparto. Este resultado coincide con estudios internacionales que sostienen que los vínculos familiares deteriorados, la falta de apoyo emocional y la comunicación conflictiva incrementan la vulnerabilidad a síntomas depresivos en el periodo perinatal (O'Hara y McCabe, 2013; Olaya et al., 2023).

Por otra parte, la prueba de Durbin-Watson ($DW = 1.830$) se encuentra dentro del rango aceptable (1.5 – 2.5), lo cual indica ausencia de autocorrelación en los residuos. Esto garantiza la independencia de los errores y la fiabilidad de los estimadores, confirmando la validez del modelo estadístico (Field, 2018).

El análisis de varianza (ANOVA) reporta un valor de $F = 275.898$ ($p < 0.001$), lo que demuestra que el modelo es significativamente explicativo, es decir, la variable disfuncionalidad familiar contribuye de manera sustancial a la predicción de la depresión posparto. De forma complementaria, la prueba t de Student aplicada al coeficiente individual arrojó un valor $t = -16.610$ ($p < 0.001$), verificando la significancia estadística del predictor. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0), que asumía independencia entre las variables, y se acepta la hipótesis alterna (H_1), confirmando que la disfuncionalidad familiar predice significativamente la presencia de sintomatología depresiva posparto.

El coeficiente Beta estandarizado ($\beta = -0.837$) indica una relación negativa de gran magnitud, lo que significa que a mayor disfuncionalidad familiar, menor funcionalidad y mayor depresión posparto. En términos prácticos, cada incremento unitario en la disfunción familiar se asocia con un aumento sustancial en los síntomas depresivos, reflejando la interdependencia estructural y emocional entre el sistema familiar y el estado afectivo de la madre (Martínez-García et al., 2020).

En conjunto, los resultados confirman que la disfuncionalidad familiar es un predictor decisivo y altamente significativo de la depresión posparto en madres jóvenes. Este hallazgo coincide con la evidencia teórica y empírica que posiciona a la familia como el principal agente modulador de la salud mental materna (World Health Organization, 2008). En consecuencia, se recomienda implementar programas de intervención integrales orientados a fortalecer la cohesión familiar, la comunicación afectiva y las redes de apoyo psicosocial, con el fin de reducir el impacto emocional del posparto en mujeres en etapas tempranas de la adultez.

Tabla 18*Modelo de regresión lineal*

Variables introducidas/eliminadas						
Modelo	Variables introducidas		Variables eliminadas		Método	
1	Funcionalidad familiar		Ninguno.		Introducir	
Resumen del modelo						
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson	
1	,837 83.7%	,700 70%	,698	3,028	1,830	
ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	2529,947	1	2529,947	275,898	,000
	Residual	1082,045	118	9,170		
	Total	3611,992	119			
Coeficientes						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típico	Beta		
1	(Constante)	18,977	,562		33,743	,000
	Disfuncionalidad familiar	-,753	,045	-,837 83.7%	- 16,610	,000

Nota. Elaboración propia.**4.3.5. Comparaciones con la Prueba de Kruskal-Wallis**

4.3.5.1. Depresión posparto y disfuncionalidad familiar según grupos etarios. En la Tabla 19 se presentan los resultados obtenidos mediante la prueba no paramétrica de Kruskal–Wallis, con el propósito de comparar los niveles de depresión posparto y disfuncionalidad familiar en función de los grupos etarios de las madres jóvenes participantes.

Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión posparto entre los distintos rangos de edad ($X^2 = 94.976$; $gl = 2$; $p < 0.001$), lo que implica el rechazo de la hipótesis nula (H_0) y la aceptación de la hipótesis alterna (H_i), confirmando la existencia de disimilitudes notorias. De igual modo, se hallaron diferencias significativas en la funcionalidad familiar según los grupos etarios ($X^2 = 85.267$; $gl = 2$; $p < 0.001$), lo que refuerza la presencia de variaciones relevantes entre los segmentos de edad evaluados.

En términos descriptivos, las madres del grupo de 18 a 22 años presentan el rango promedio más bajo en depresión posparto (33.07), mientras que las de 28 a 32 años alcanzan el rango más alto (107.09), lo que indica que la sintomatología depresiva aumenta con la edad materna. Este resultado sugiere que las mujeres mayores podrían experimentar una mayor carga emocional y responsabilidades familiares acumuladas, que intensifican el riesgo de desarrollar síntomas depresivos (O'Hara y McCabe, 2013; Martínez-García et al., 2020).

Por el contrario, en el caso de la funcionalidad familiar, el grupo de 18 a 22 años reporta el rango promedio más alto (86.74), seguido de los grupos de 28 a 32 años (40.55) y 23 a 27 años (22.12), evidenciando que las madres más jóvenes tienden a percibir mayor cohesión y apoyo familiar. Esto puede explicarse por la mayor presencia de acompañamiento parental o redes de contención familiar, que actúan como amortiguadores emocionales en la transición hacia la maternidad (León y Alarcón, 2019; Olaya et al., 2023).

Estas diferencias etarias permiten inferir que el curso de la edad materna modula tanto el riesgo de depresión posparto como la percepción del funcionamiento familiar, reflejando una dinámica inversa entre ambas variables: a medida que se incrementa la edad, aumentan los síntomas depresivos y disminuye la funcionalidad familiar percibida. Este patrón ha sido corroborado en investigaciones previas que señalan que la edad y la madurez psicosocial

influyen en la capacidad de afrontamiento del estrés posnatal y en la estabilidad del entorno familiar (Gutiérrez et al., 2022; Gómez y Ortega, 2021).

En síntesis, los resultados de la prueba de Kruskal–Wallis demuestran que existen diferencias significativas por grupos etarios en ambas variables, lo que confirma que la edad materna es un factor diferenciador relevante tanto en la manifestación de depresión posparto como en la percepción de la funcionalidad familiar, consolidando su papel como variable moderadora en la dinámica de la salud mental perinatal

Tabla 19

Comparación entre depresión post parto y disfuncionalidad familiar según grupos etarios

Distribución por grupos etarios (5años)		N	Rango promedio
depresión post parto	18 - 22 años	65	33,07
	23 - 27 años	33	83,47
	28 - 32años	22	107,09
	Total	120	
funcionalidad familiar	18 - 22 años	65	86,74
	23 - 27 años	33	22,12
	28 - 32años	22	40,55
	Total	120	
Estadísticos de contraste			
	Depresión post parto	Funcionalidad familiar	
Chi-cuadrado	94,976	85,267	
gl	2	2	
Sig. asintótica.	,000	,000	

Nota. Elaboración propia.

4.3.5.2. Depresión posparto y disfuncionalidad familiar según nivel de instrucción.

Tal como se muestra en la Tabla 20, los resultados del análisis comparativo mediante la prueba no paramétrica de Kruskal–Wallis permiten identificar diferencias estadísticamente significativas tanto en los niveles de depresión posparto como en los niveles de funcionalidad familiar de las madres jóvenes, en función del nivel educativo alcanzado.

Los valores obtenidos para la depresión posparto ($X^2 = 28.587$; $gl = 2$; $p < 0.001$) indican que existen diferencias relevantes entre los grupos educativos, por lo que se rechaza la

hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). En paralelo, el análisis de la funcionalidad familiar ($X^2 = 40.869$; $gl = 2$; $p < 0.001$) confirma nuevamente la presencia de variaciones estadísticamente significativas entre los diferentes niveles de instrucción.

Al observar los rangos promedio, se aprecia que las madres con educación secundaria presentan los valores más altos de depresión posparto (79.35), seguidas de aquellas con formación técnica (60.18) y, finalmente, las universitarias (33.20), que reportan los niveles más bajos de sintomatología depresiva. Este patrón revela que la intensidad de los síntomas depresivos disminuye conforme aumenta el nivel educativo, lo cual sugiere que la educación cumple una función protectora frente a los riesgos emocionales del posparto (Gómez y Ortega, 2021; Gutiérrez et al., 2022).

En contraste, los niveles de funcionalidad familiar siguen una tendencia opuesta: las madres con formación universitaria evidencian el rango promedio más alto (94.33), lo que denota mayor cohesión, adaptabilidad y apoyo intrafamiliar, mientras que las de educación secundaria (39.31) registran los niveles más bajos. Este hallazgo refuerza la noción de que el nivel educativo incide directamente en la estabilidad del entorno familiar, facilitando una comunicación más efectiva y estrategias de resolución de conflictos más saludables (León y Alarcón, 2019; Martínez-García et al., 2020).

Desde una perspectiva psicosocial, estos resultados confirman que la educación materna contribuye al fortalecimiento de la salud mental y del funcionamiento familiar, al dotar a las mujeres de mayores recursos cognitivos, emocionales y sociales para afrontar las demandas del rol materno. Asimismo, se coincide con la evidencia reportada por la Organización Mundial de la Salud (2022), que subraya el papel del nivel educativo como determinante estructural de la salud mental perinatal.

En síntesis, los resultados de la Tabla 20 evidencian que el nivel educativo es un factor diferenciador significativo tanto para la depresión posparto como para la funcionalidad familiar: las madres con menor escolaridad son más proclives a experimentar mayores niveles de depresión y disfunción familiar, mientras que aquellas con educación superior muestran mejor ajuste emocional y familiar, consolidando la educación como un factor protector de primer orden en la maternidad joven.

Tabla 20

Comparación entre depresión post parto y funcionamiento familiar según nivel de estudios

Rangos			
	Distribución por nivel educativo	N	Rango promedio
depresión post parto	Secundaria	40	79,35
	Estudios técnicos	53	60,18
	Estudios universitarios	27	33,20
funcionalidad familiar	Secundaria	40	39,31
	Estudios técnicos	53	59,25
	Estudios universitarios	27	94,33
Estadísticos de contraste			
	Depresión post parto	Funcionalidad familiar	
Chi-cuadrado	28,587	40,869	
gl	2	2	
Sig. asintót.	,000	,000	

Nota. Elaboración propia.

4.3.5.3. Depresión posparto y disfuncionalidad familiar según estado civil. En la Tabla 21 se presentan los resultados del análisis comparativo de los niveles de depresión posparto y funcionalidad familiar en función del estado civil de las madres jóvenes, aplicando la prueba no paramétrica de Kruskal–Wallis. Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas tanto en la depresión posparto ($X^2 = 28.141$; $gl = 2$; $p < 0.001$) como en la funcionalidad familiar ($X^2 = 30.792$; $gl = 2$; $p < 0.001$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_i), confirmando que la condición conyugal constituye un factor diferenciador relevante en ambas variables.

En lo que respecta a la depresión posparto, los rangos promedio revelan que las madres separadas presentan el nivel más alto (91.76), seguidas por las casadas o convivientes (55.96) y, finalmente, las solteras (43.88). Este patrón evidencia que las madres separadas experimentan mayores niveles de sintomatología depresiva, probablemente debido a la ruptura de vínculos afectivos, la sobrecarga emocional y las tensiones económicas derivadas de la monoparentalidad. Estos resultados coinciden con la evidencia que vincula la ausencia de pareja estable con un incremento en los síntomas depresivos durante el posparto, por la carencia de soporte emocional y corresponsabilidad parental (O'Hara y McCabe, 2013; León y Alarcón, 2019).

En cuanto a la funcionalidad familiar, se observa la tendencia inversa: las madres solteras presentan el rango promedio más alto (81.03), lo que podría reflejar el apoyo compensatorio de sus familias de origen, mientras que las convivientes o casadas (63.25) exhiben niveles moderados, y las separadas (29.42) reportan los valores más bajos, evidenciando una disfuncionalidad marcada. Este resultado sugiere que la ruptura de pareja impacta negativamente la cohesión y el apoyo familiar, generando climas de tensión y desorganización relacional (Olaya et al., 2023; Martínez-García et al., 2020).

En términos interpretativos, el estado civil actúa como variable moduladora tanto del bienestar emocional como del funcionamiento del sistema familiar. Las madres con pareja estable (casadas o convivientes) tienden a gozar de mayor estabilidad emocional y organizacional, mientras que aquellas separadas experimentan mayores grados de vulnerabilidad psicosocial y disfunción familiar.

Desde una perspectiva psicosocial, los resultados reafirman que la presencia de una relación conyugal funcional y de apoyo mutuo constituye un factor protector contra la depresión posparto, mientras que la ruptura o ausencia de pareja se asocia con un aumento del

malestar emocional y la disfuncionalidad familiar (Gómez y Ortega, 2021; World Health Organization, 2008).

En suma, los hallazgos de la Tabla 21 confirman que el estado civil incide de forma significativa en la depresión posparto y la funcionalidad familiar, demostrando que las madres separadas conforman el grupo de mayor riesgo psicológico y familiar, mientras que aquellas con pareja estable o con redes familiares de apoyo robustas muestran mayor equilibrio emocional y cohesión familiar.

Tabla 21

Comparación entre depresión post parto y funcionamiento familiar según estado civil

Distribución por estado civil		N	Rango promedio
Depresión post parto	Soltera	29	43,88
	Conviviente / Casada	66	55,96
	Separada	25	91,76
	Total	120	
Funcionalidad familiar	Soltera	29	81,03
	Conviviente / Casada	66	63,25
	Separada	25	29,42
	Total	120	
Estadísticos de contraste			
	depresión post parto	disfuncionalidad familiar	
Chi-cuadrado	28,141	30,792	
gl	2	2	
Sig. asintótica.	,000	,000	

Nota. Elaboración propia.

4.3.5.4. Depresión posparto y disfuncionalidad familiar según número de hijos.

Según lo consignado en la Tabla 22, los resultados del análisis mediante la prueba no paramétrica de Kruskal–Wallis evidencian diferencias estadísticamente significativas tanto en los niveles de depresión posparto ($X^2 = 20.185$; $gl = 2$; $p < 0.001$) como en los niveles de funcionalidad familiar ($X^2 = 10.834$; $gl = 2$; $p < 0.004$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis

nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), confirmando la existencia de discrepancias relevantes en ambas variables en función del número de hijos (paridad).

En cuanto a la depresión posparto, los rangos promedio muestran una tendencia ascendente conforme aumenta la cantidad de hijos: las madres con un hijo presentan un rango de 49.53, las de dos hijos alcanzan 74.19, y las de tres hijos reportan el valor más alto (96.33). Este comportamiento indica que a mayor número de hijos, mayor sintomatología depresiva, lo cual podría explicarse por la acumulación de responsabilidades parentales, el incremento de la carga emocional y el estrés asociado al cuidado múltiple (Gutiérrez et al., 2022; O'Hara y McCabe, 2013).

De manera complementaria, los resultados de funcionalidad familiar revelan un patrón inverso. Las madres con un hijo presentan el rango promedio más elevado (68.88), lo que denota mejor cohesión y adaptabilidad familiar, mientras que las de dos hijos (48.92) y tres hijos (41.00) muestran niveles decrecientes de funcionalidad, lo cual sugiere que el aumento del número de hijos puede tensionar la dinámica familiar, especialmente cuando los recursos económicos o el apoyo conyugal son limitados (Martínez-García et al., 2020; León y Alarcón, 2019).

Estos resultados evidencian una relación inversamente proporcional entre la funcionalidad familiar y la depresión posparto conforme aumenta la paridad, lo que coincide con los hallazgos de Olaya et al. (2023), quienes demostraron que las madres con más de un hijo presentan mayores niveles de disfunción y sintomatología depresiva, principalmente cuando no disponen de redes de apoyo estables.

En el plano interpretativo, la sobrecarga física, emocional y económica derivada del cuidado simultáneo de varios hijos puede generar agotamiento psicológico, disminución del tiempo de autocuidado y conflictos interpersonales, aumentando así el riesgo de depresión

posparto. Por el contrario, las madres primíparas suelen contar con mayor atención familiar y social, lo que contribuye a preservar la funcionalidad del entorno familiar y reduce el riesgo de afectación emocional (Gómez y Ortega, 2021; World Health Organization, 2008).

En síntesis, los resultados de la Tabla 22 confirman que la paridad es un factor diferenciador clave tanto para la depresión posparto como para la funcionalidad familiar, verificándose que a mayor número de hijos, se incrementan los niveles de depresión y disminuye la cohesión familiar, configurando un escenario de vulnerabilidad emocional y relacional en las madres con mayor carga parental.

Tabla 22

Comparación entre depresión post natal y funcionamiento familiar según número de hijos

Rangos		N	Rango promedio
Distribución por número de hijos			
depresión post parto	Un hijo	72	49,53
	Dos hijos	42	74,19
	Tres hijos	6	96,33
	Total	120	
funcionalidad familiar	Un hijo	72	68,88
	Dos hijos	42	48,92
	Tres hijos	6	41,00
	Total	120	
Estadísticos de contraste			
	depresión post parto	disfuncionalidad familiar	
Chi-cuadrado	20,185	10,834	
gl	2	2	
Sig. asintótica.	,000	,004	

Nota. Elaboración propia.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La disertación de los hallazgos parte de lo señalado por Cafiero y Justich-Zabala (2024), quienes sustentan que existen pruebas fehacientes de que el influjo del estrés, la ansiedad y la depresión gestacional repercuten de manera nociva en el neurodesarrollo fetal, configurando trayectorias desfavorables en el desarrollo ulterior del infante. Se enfatiza, en tal sentido, que la depresión puerperal ejerce un impacto deletéreo durante los primeros meses de vida, deteriorando el vínculo afectivo madre-hijo/a y obstaculizando dimensiones críticas del desarrollo posnatal —emocional, conductual, cognitivo y lingüístico—, así como la continuidad de la lactancia materna.

A su vez, estos autores subrayan la necesidad de reconocer no solo los factores de riesgo que potencian la aparición del cuadro depresivo —edad temprana, precariedad socioeconómica, antecedentes psicopatológicos, disfuncionalidad familiar y contextos hostiles—, sino también la presencia de factores protectores que moderan la severidad de sus manifestaciones, favoreciendo la resiliencia materna y la preservación del bienestar infantil.

De manera concordante, Castillo (2024) sostiene que la depresión posparto (DPP) constituye el trastorno psiquiátrico más prevalente en el puerperio, con secuelas adversas tanto en la salud materna e infantil como en la dinámica del núcleo familiar. Sus resultados arrojaron una prevalencia del 16.67%, con predominio de sintomatología depresiva leve en el 65% de las participantes. Asimismo, la disfuncionalidad familiar se manifestó en un 10% de los casos, mientras que la disfuncionalidad severa alcanzó al 3.33%, evidenciando así la interdependencia entre las estructuras familiares deterioradas y la exacerbación de los síntomas depresivos en el periodo posnatal.

Villón (2022), en Ecuador, expone en su análisis que los factores de riesgo con mayor prevalencia asociados a la depresión posparto (DPP) se relacionan principalmente con la edad

materna temprana, comprendida entre los 12 y 24 años (65%), el estado civil soltero (46%), la escolaridad secundaria (54%), la disfuncionalidad familiar (40%), el nivel socioeconómico medio-alto (38%), la multiparidad (46%), el embarazo no planificado (63%) y los antecedentes de depresión (60%). Dichos indicadores revelan cómo las condiciones biosociales y psicoafectivas actúan como detonantes significativos en la gestación del cuadro depresivo puerperal.

Por su parte, Pacheco (2021), Señala que la depresión en el género femenino constituye una respuesta psicológica y somática compleja frente a las exigencias cotidianas, la cual, en muchos entornos socioculturales, carece del reconocimiento pertinente, llegando incluso a ser trivializada como un fenómeno "normal" o estigmatizada bajo la condición de tabú. De allí que la depresión, considerada la morbilidad psiquiátrica de mayor incidencia durante el embarazo y el puerperio, se consolide como un problema de salud pública en expansión. Tal panorama es ratificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual sostiene que alrededor de 300 millones de personas en el mundo son afectadas por esta afección, siendo las mujeres el grupo etario más vulnerable; específicamente, entre el 20% y 40% de ellas manifiestan sintomatología depresiva durante la gestación o en el posparto, particularmente en los países en vías de desarrollo.

En cuanto al ajuste psicométrico de los instrumentos empleados, se constató que la escala de depresión posparto (EPDS) alcanzó un Alpha de Cronbach de 0.813, lo que la sitúa en un rango de confiabilidad aceptable. Asimismo, los análisis de validez de constructo arrojaron coeficientes de correlación de Spearman (ρ) entre 0.598 y 0.795, todos ellos altamente significativos ($p < 0.001$), lo que demuestra una consistencia robusta entre cada ítem y el constructo medido.

De manera análoga, la escala de funcionalidad familiar evidenció una confiabilidad sobresaliente con un Alpha de Cronbach de 0.927. Respecto a la validez de constructo, los

coeficientes rho oscilaron entre 0.812 y 0.892, igualmente con una significancia muy elevada ($p < 0.001$), corroborando así la sólida correspondencia entre los ítems y el constructo de funcionalidad familiar, lo que garantiza la pertinencia del instrumento en la medición de la variable en cuestión.

En la caracterización de los niveles obtenidos en los instrumentos de indagación, se constató que, en la escala de depresión puerperal, el 28.5% de las participantes no evidencia sintomatología depresiva; un 32.5% manifiesta depresión incipiente o leve; un 31.7% se ubica en el rango de depresión moderada; mientras que un 10% presenta un cuadro depresivo de elevada magnitud. En síntesis, un 41.7% de la cohorte analizada se sitúa en el espectro que abarca de la depresión moderada a la alta, proporción que adquiere relevancia clínica y social.

Por su parte, Orgaz (2023) puntualiza que la depresión posparto constituye un trastorno depresivo inscrito en la etapa perinatal y advierte que, a pesar del incremento de estudios recientes, la mayoría han abordado manifestaciones aisladas, omitiendo un enfoque holístico. En términos generales, la literatura revisada señala que los efectos de la DPP pueden exteriorizarse de forma diversa sobre la madre, el recién nacido y la pareja.

De igual manera, Villón (2022), evidenció que la DPP representa un problema de salud pública que afecta aproximadamente al 15% de las puérperas a nivel global, quienes suelen experimentar tristeza exacerbada, ansiedad y fatiga crónica, lo que repercute en el cuidado personal, del neonato y de la dinámica familiar y comunitaria. En consonancia, Martínez-López (2020), en México, advirtió que alrededor del 10% de gestantes y el 13% de las mujeres en puerperio padecen un trastorno mental, primordialmente depresión.

Por otra parte, Torres (2020) identificó a la DPP como el trastorno más prevalente en el embarazo y puerperio, mientras que Pinos (2019) la definió como una patología de incidencia significativa durante la gestación y puerperio, con efectos multiesféricos sobre la madre, el

neonato y la familia. Este último autor concluyó que la prevalencia de la DPP es elevada y subrayó que el embarazo no planificado constituye un factor de riesgo cardinal.

En lo que concierne al embarazo en la adolescencia, Reyes (2021), en Ecuador, concluye que las gestantes adolescentes son proclives a experimentar múltiples factores de vulnerabilidad psicológica, debido a los diversos cambios biopsicosociales propios de esta etapa. El autor enfatiza que, con el soporte adecuado, dichas jóvenes podrían alcanzar un desarrollo gestacional armónico, mitigando así la probabilidad de instauración de la depresión puerperal.

Por su parte, Ferreira et al. (2020), señalan que, aunque la literatura sobre depresión posparto en mujeres adultas es abundante, resulta aún exigua la producción científica que aborde de manera específica la problemática en adolescentes, quienes se encuentran en una condición de especial fragilidad emocional y social durante el puerperio.

En concordancia, García et al. (2020), sostienen que la gestación en la adolescencia constituye un grave problema de salud pública, dado que acarrea repercusiones de orden biológico, psicológico y social para la díada madre-hijo. De manera puntual, advierten que el riesgo de depresión puerperal se vincula estrechamente con la precariedad socioeconómica y la disfuncionalidad familiar, lo que torna imperiosa la detección temprana de su prevalencia y factores asociados, en aras de favorecer tanto la salud materna como la crianza del neonato.

En conclusión, dichos autores subrayan que los principales factores predisponentes de la depresión puerperal en adolescentes son: la condición de soltería y ausencia de apoyo conyugal, la dependencia afectiva hacia la familia, la carencia de respaldo familiar durante la gestación, crianza, y de manera cardinal, el desconocimiento generalizado sobre la DPP, lo que impide la identificación temprana de los signos clínicos y, por ende, su tratamiento oportuno.

En la escala de funcionalidad familiar se evidenció que el 24.2% de las participantes se hallaban en un estado de disfuncionalidad severa, el 25% en disfuncionalidad elevada, mientras que el 24.2% reportaron funcionalidad alta y el 26.7% funcionalidad muy elevada. En síntesis, el 49.2% de la muestra reveló algún grado de disfuncionalidad familiar.

Un hallazgo semejante fue consignado por Olaya (2024), constatando que el 56% de las embarazadas se encontraban en núcleos severamente disfuncionales. De igual modo, Barrios (2020) documentó que el 66.1% de las púerperas manifestó disfuncionalidad familiar, mientras que Meza y Soto (2019), verificaron que el 74.1% de adolescentes gestantes presentaba un nivel moderado de disfunción en su entorno familiar.

Por su parte, Paredes (2022), expuso que la familia en la etapa posparto desempeña un rol cardinal al proveer confort, respaldo emocional y sostenimiento socioeconómico. Señala que, si la madre reciente percibe a su familia como funcional, ello propicia una estabilidad emocional, pero si la familia es disfuncional puede acrecentarse el riesgo de síntomas depresivos. Su investigación concluyó que la minoría de las participantes evidenciaron disfuncionalidad familiar, mientras que la mayoría manifestó depresión posparto, estableciendo que no había relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

De manera complementaria, Martínez et al. (2020) argumentan que el embarazo adolescente constituye una problemática de naturaleza biopsicosocial que compromete tanto a la familia como al entramado social. Entre las complicaciones psicológicas de las madres adolescentes se destacan el abandono escolar, mayor vulnerabilidad a la depresión y al suicidio, lo que conlleva a la inserción en empleos precarios y a condiciones de pobreza, especialmente en ausencia de apoyo conyugal. Esta situación genera núcleos familiares disfuncionales que perpetúan la problemática de manera transgeneracional.

En la contrastación de hipótesis, se estableció la correlación de Spearman (ρ) entre la depresión posparto y la funcionalidad familiar, reportándose un coeficiente de $\rho = -0.736$ con un nivel de significancia de $p = .000$, lo cual evidencia una correlación negativa de elevada magnitud entre ambas variables. Esto significa que, a mayor funcionalidad familiar, menor es la presencia de síntomas de depresión posparto.

Un antecedente nacional que corrobora tales hallazgos es el de Olaya (2024), en Trujillo, quien examinó la relación entre depresión y funcionalidad familiar en gestantes atendidas en un centro de salud del distrito de Corrales. Sus resultados constataron que sí existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, con valores de p inferiores al nivel estándar de $\alpha = 0.05$, lo cual permitió rechazar la hipótesis nula y confirmar la relación directa.

De manera complementaria, Barrios (2020) en Ica, efectuó un estudio cuyo objetivo fue determinar si la depresión posparto y la disfunción familiar constituían factores asociados a la ideación suicida en púerperas del Centro de Atención Primaria Señor de Luren, durante el periodo septiembre-diciembre de 2018. Sus hallazgos concluyeron que tanto la depresión posparto como la disfunción familiar se encuentran significativamente asociadas a la ideación suicida, representando factores de riesgo relevantes en la salud mental de las madres.

Asimismo, Velasco (2019), en sus resultados se determinó que el 63.4% de las participantes presentó disfuncionalidad familiar, mientras que el 22.5% evidenció sintomatología depresiva posparto, confirmando la existencia de un nexo entre ambas condiciones.

En lo que respecta a la asociación entre los niveles de las variables con las variables intervinientes, el análisis mediante la prueba no paramétrica Chi cuadrada de Pearson (X^2) evidenció una asociación estadísticamente muy significativa entre los niveles de depresión

posparto y las variables: grupo etario, nivel educativo ($X^2 = 30.857$; gl. 6; $p < 0.001$), estado civil ($X^2 = 26.670$; gl. 6; $p < 0.001$) y número de hijos ($X^2 = 25.603$; gl. 6; $p < 0.001$).

De modo análogo, la funcionalidad familiar también mostró asociaciones altamente significativas con las mismas variables intervinientes (grupo etario, escolaridad, estado civil y número de hijos), lo cual reafirma la interdependencia entre el entorno familiar y los factores sociodemográficos.

Asimismo, al examinar la correspondencia entre los niveles de depresión posnatal y los niveles de funcionalidad familiar, se constató una relación estadísticamente significativa, hallazgo corroborado por Castillo (2024) quien mediante la prueba de Chi cuadrado obtuvo un valor de $p = 0.0005$, concluyendo que la funcionalidad familiar constituye la piedra angular en el desarrollo de la depresión posparto, afectando no solo a la madre y al neonato, sino al entramado familiar en su conjunto. Igualmente, Torres (2020), mediante la misma prueba ($X^2 = 44.5218$; $p = 0.000$) determinó que la funcionalidad familiar influye de manera directa en el riesgo de padecer depresión posparto.

En cuanto al modelo de regresión lineal planteado con la funcionalidad familiar como variable independiente y la depresión posparto como dependiente, se obtuvo un coeficiente de determinación $R^2 = 0.70$, lo que indica que el modelo explica el 70% de la variabilidad de la depresión posparto. Del mismo modo, el coeficiente de correlación múltiple $R = 0.837$ reveló un grado de asociación lineal muy alto (83.7%) entre ambas variables.

La prueba ANOVA ($F = 275.898$; $p < 0.001$) confirmó que las variables incluidas en el modelo son altamente significativas, consolidando su validez. Además, la prueba Student “t” mostró que la variable funcionalidad familiar ejerce un efecto significativo en la depresión posparto ($p < 0.001$). Finalmente, el coeficiente Beta estableció que la funcionalidad familiar

explica un 83.7% de la variabilidad en la depresión posparto, constituyéndose en el principal factor explicativo.

Por otro lado, las comparaciones con la prueba de Kruskal-Wallis revelaron diferencias estadísticamente significativas en los rangos promedios de depresión posparto y funcionamiento familiar según los grupos etarios, nivel educativo, estado civil y número de hijos, confirmando la influencia multidimensional de estas variables sociodemográficas.

VI. CONCLUSIONES

- ❖ La Escala de Depresión Postparto obtuvo un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.813, mientras que la Escala de Funcionamiento Familiar alcanzó un valor Alpha de 0.927, lo que confirma una alta consistencia interna en ambos instrumentos. Asimismo, las dos escalas evidencian validez de constructo, respaldando su pertinencia en la medición de las variables de estudio.
- ❖ En relación con la disfuncionalidad familiar, se observó que el 24.2% de las participantes presenta disfuncionalidad severa, el 25% registra disfuncionalidad alta, el 24.2% reporta funcionalidad alta y el 26.7% manifiesta una funcionalidad muy alta. En síntesis, casi la mitad de la muestra (49.2%) presenta algún grado de disfuncionalidad familiar.
- ❖ En cuanto a la depresión postparto, el 28.5% de las madres no mostró indicios de depresión, el 32.5% presentó depresión leve, el 31.7% depresión moderada, y el 10% restante evidenció depresión severa. En resumen, un 41.7% de la población estudiada experimenta depresión moderada o severa, configurándose como un problema de relevancia clínica y social.
- ❖ Se constató una correlación negativa elevada y estadísticamente significativa entre la depresión postparto y la funcionalidad familiar ($\rho = -0.736$; $p < 0.001$), lo que indica que, a mayor nivel de funcionalidad familiar, menor presencia de síntomas depresivos.
- ❖ Los análisis de asociación mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson (X^2) revelaron que la depresión postparto presenta asociaciones muy significativas con las variables intervinientes, específicamente: grupo etario ($X^2 = 149.116$; gl. 6; $p < 0.001$), nivel educativo ($X^2 = 30.857$; gl. 6; $p < 0.001$), estado civil ($X^2 = 26.670$; gl. 6; $p < 0.001$) y número de hijos ($X^2 = 25.603$; gl. 6; $p < 0.001$). De manera similar, la funcionalidad familiar se asoció significativamente con dichas variables: grupo etario

($X^2 = 133.488$; gl. 6; $p < 0.001$), nivel educativo ($X^2 = 54.493$; gl. 6; $p < 0.001$), estado civil ($X^2 = 38.780$; gl. 6; $p < 0.001$) y número de hijos ($X^2 = 23.165$; gl. 6; $p < 0.001$).

- ❖ El modelo de regresión lineal determinó que la funcionalidad familiar explica el 83.7% de la variabilidad de la depresión postparto, constituyéndose en un factor explicativo de gran peso para la comprensión de este fenómeno.
- ❖ Finalmente, los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis permitieron establecer que existen diferencias estadísticamente significativas en los rangos promedios de depresión postparto y de funcionamiento familiar según el grupo etario, nivel educativo, estado civil y número de hijos, lo cual evidencia que estas variables sociodemográficas modulan la relación entre las dimensiones estudiadas.

VII. RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda la detección temprana de la prevalencia y de los factores asociados a la depresión postparto, lo cual posibilita iniciar procesos de estudio, seguimiento y acompañamiento oportuno, en beneficio no solo de la madre, sino también de la adecuada crianza y desarrollo integral del recién nacido.
- ❖ Es fundamental abordar los factores de riesgo y protectores desde un enfoque integral en las estrategias de intervención y prevención, especialmente en población adolescente, con el propósito de favorecer un entorno familiar, social y comunitario que fortalezca su bienestar psicoemocional.
- ❖ Los profesionales de la salud deben asumir un rol activo en la provisión de información sustentada en evidencia científica dirigida tanto a gestantes como a mujeres en el puerperio, además de impulsar procesos de orientación y planificación familiar, con el fin de promover la salud materno-infantil y prevenir repercusiones en el equilibrio psicológico de la madre.
- ❖ Se sugiere identificar de manera oportuna los factores de riesgo que predisponen a la depresión postparto, con el fin de implementar protocolos diagnósticos precoces y tratamientos tempranos, lo que permitirá reducir la incidencia de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa.

VIII. REFERENCIAS

- Ackerman, N. (2000). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Editorial. Horné.
- Almeida, C. (2022). *Depresión postparto, conocimientos y prevención en el servicio de ginecología del hospital San Luis de Otavalo, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Digital UTN. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12466>
- Alvarado, R., Rojas, G. y Fritsch, R. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en población latinoamericana. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(2), 112-121.
- Álvarez, W. y Aquino, J. (2019). *Depresión post parto y su influencia en la lactancia materna ineficaz. Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio UPSE. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5087>
- Arnett, J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. (2ª ed.). Oxford University Press.
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Pearson educación.
- Barrera-Herrera, A., Villalobos, P., & Vargas, S. (2019). Depresión posparto y apoyo social percibido en madres jóvenes chilenas. *Revista Chilena de Psicología*, 10(2), 55-68.
- Barrios, D. (2020). *Depresión posparto y disfunción familiar como factores asociados para ideación suicida. Centro de Atención Primaria Señor de Luren, Ica. 2018* [Tesis de titulación, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Digital Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/56343>

- Bowen, A. y Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(4), 491-498. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00064.x>
- Cabrera, L., Torres, M., & Poma, C. (2019). Nivel educativo y depresión posparto en madres adolescentes. *Revista Peruana de Salud Pública*, 36(2), 124-132.
- Cafiero, P. y Justich, P. (2024). Depresión puerperal: impacto en la madre gestante y en el desarrollo físico, emocional y cognitivo posnatal de sus hijas/os. Una mirada ecológica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 122(3), e202310217. <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10217.eng>
- Caparros, R., Romero, B. y Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Carmines, E. y Zeller, R. (1979). *Reliability and validity assessment*. SAGE Publications.
- Carvajal, M. (2011). El apego como principal factor protector de la primera infancia. *Margen*, (61), 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3756309>
- Castillo, G. (2024). *Depresión posparto y funcionalidad familiar en mujeres del barrio Motupe de la ciudad de Loja* [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Loja]. DSpace UNL. <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/29936>
- Castro, C. (2018). *Factores sociodemográficos y psicosociales asociadas a la depresión en el puerperio inmediato del servicio de gineco obstetricia del hospital de apoyo Jesús Nazareno. Ayacucho, noviembre - 2017 marzo – 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio UNSCH. <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/2737>

- Chávez, D., Romero, L. y García, C. (2021). Propiedades psicométricas del APGAR familiar en población peruana. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 55-68.
- Chávez, R. (2021). *Factores sociales en la depresión post parto en madres adolescentes. Hospital II E Simón Bolívar, 2020* [Tesis de titulación, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Institucional UNC. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4304>
- CIE-11. (s.f.). *Estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Conover, W. (1999). *Practical nonparametric statistics*. (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Cox, J., Holden, J. y Sagowsky, R. (1987). Detection of the post natal depression: development of the 10-item Edinburgh Post Natal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cruz, M., Lastra, N. y Lastre, G. (2018). Revisión de conceptos: Embarazo en adolescentes y la experiencia en el control prenatal. *Ciencia de Innovación en Salud*, 6(2), 1-21. <https://doi.org/10.17081/innosa.63>
- Delgado V. y Ricapa Z., E., (2010). Relación entre los tipos de familia y el nivel de juicio moral en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(2), 153-174. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i2.3723>

- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., Angermeyer, M., Bernert, S., De Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E., Fayyad, J., Karam, A., Mneimneh, Z., Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., De Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, J., Vilagut, G., Bromet, E., Gluzman, S., Webb, C., Kessler, R., Merikangas, K., Anthony, J., Von Korff, M., Wang, P., Brugha, T., Aguilar-Gaxiola, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B., Zaslavsky, A., Ustun, T., Chatterji, S. y WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental. *JAMA*, 291(21), 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- DeVellis, R. (2017). *Scale development: Theory and applications*. (4^a ed.). SAGE Publications.
- Díaz, J. (2019). *Estadística aplicada a la investigación psicológica y educativa*. Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Estrada, B. (2010). *Familia disfuncional*. Editorial Freud.
- Fawed, O., Alej, Coello, R., Medrano, J., Gonzales, D., Talavera, A., Rodriguez, M., Quan, J., Rodriguez, C., Fuentes, R., & Hernández, I. (2016). Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. *Archivos De Medicina*, 12(4), 1-7. <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>

- Fernandes, M., Matos, A., Beirigo, G., Arena, C., Pires, F. y Da Silva, T. (2023). Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enfermería Global*, 22(1), 134–166. <https://doi.org/10.6018/eglobal.525191>
- Ferrando, L. (2003). La depresión en la mujer. *Psiquiatría Atención Primaria*, 4(4), 4-9.
- Ferreira, A., Nascimento, D., Oliveira, G., Iizarazu, J., Silva, M. e Ipanaque, V. (2020). *Factores etiológicos de la depresión posparto en adolescentes primigestas, segunda gestión 2020 de agosto a noviembre* [Revisión Bibliográfica Científica, Universidad Privada Abierta Latinoamericana]. Scribd. <https://es.scribd.com/document/889622498/TR05882-UPAL>
- Ferreira, F. (2017). Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno-fetales. Hospital Regional de Encarnación 2016. *Revista Virtual de Postgrado*, 2(2), 12. <https://revista.medicinauni.edu.py/index.php/FM-uni/article/view/54/30>
- Ferrer, P., Miscán, A., Jesús, M. y Pérez, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enfermería Herediana*, 6(2), 51. <https://doi.org/10.20453/renh.v6i2.1793>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. (5ª ed.). SAGE Publications.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
- Galvis, J., Jiménez, M. y Villamizar, G. (2013). Relación entre satisfacción familiar y rendimiento académico en estudiantes de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga. *Revista Psicológica Herediana*, 8(1-2), 11. <https://doi.org/10.20453/rph.v8i1-2.2945>

- García, G.; Romero, H. y Mauquí, G. (2020). Factores desencadenantes de la depresión post parto en las adolescentes: estudio piloto. *Más Vita*, 2(2), 27-35.
<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0033>
- George, D. y Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. (16ª ed.). Routledge.
- Ghasemi, A. y Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486-489.
<https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Giralda, J. (2014). *Abordaje de la depresión postparto*. Universidad de Valladolid. España.
- Gómez, P. y Ortega, L. (2021). Factores socioeducativos asociados a la depresión posparto en mujeres jóvenes. *Revista Latinoamericana de Psicología de la Salud*, 13(1), 45-58.
- González, P., Rivera, S. y Méndez, A. (2020). Validación del APGAR Familiar en población latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(2), 1-15.
- Guadarrama, R., Marquez, O., Veytia, M., y León, A. (2011). Funcionamiento familiar en estudiantes de nivel superior. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 179-192. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45084>
- Gutiérrez, A., Delgado, P. y Ramos, C. (2022). Factores asociados a la depresión posparto en madres adolescentes y jóvenes. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 18(3), 45-56.
- Hair, J., Black, W., Babin, B. y Anderson, R. (2019). *Multivariate data análisis*. (8ª ed.). Cengage Learning.
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación* (1ª ed.). McGraw Hill.

- Inocencio, K. y Salazar, Y. (2019). *Disfuncionalidad familiar, paridad y autoestima asociados a la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari, 2019* [Tesis de titulación, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. Repositorio Institucional UNHEVAL. <https://hdl.handle.net/20.500.13080/5165>
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4ª edición). McGraw-Hill.
- Krauskopf V, y Valenzuela P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- Lara-Carrasco, J., Rodríguez, E. y Castañeda, L. (2020). Estrés materno y disfunción familiar en mujeres con depresión posparto. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 39(1), 102–118.
- León, M. y Alarcón, R. (2019). Maternidad temprana y redes de apoyo familiar: implicancias psicológicas y sociales. *Revista de Psicología y Salud Mental*, 23(2), 110–124.
- Lezcano S, Vallejos M. y Sodero H. (2005). Caracterización del Recién nacido en madres adolescentes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 149, 6-8
- Limascca, N. (2023), *Factores asociados a sintomatología de depresión postparto en puérperas de edad fértil en el Perú: subanálisis de la ENDES 2021* [Tesis de titulación, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/7897>
- Loja, J. y Villavicencio, M. (2019). *Disfuncionalidad familiar y adolescentes embarazadas* [Tesis de titulación, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio UTMACHALA. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15045>

- Marles, M., León, Y. y Solarte, D. (2024). Depresión posparto: prevalencia y relación con la tipología y función familiar. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía*, 33(2), 170-177. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1379>
- Martínez-López, G. (2020). *Factores asociados a depresión posparto en pacientes de la UMF No 73* [Tesis de especialidad, Universidad Veracruzana]. CDigital. <http://cdigital.uv.mx/handle/1944/50373>
- Martínez, E., Montero, G. y Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*, 41(47), 1-10. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/20414701.html>
- Martínez-García, L., Pérez, S. y López, R. (2020). Edad materna, apoyo familiar y ajuste emocional posparto. *Psicología y Desarrollo Humano*, 12(1), 75–88.
- Masías, A. y Arias, W. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Médica Herediana*, 29(4), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>
- Membrillo, A. & Ocampo, P. (2008). Teoría general de los sistemas y la familia como sistema. En Familia. Introducción al estudio de sus elementos. En A. Membrillo, M. Fernández, J. Quiroz y J. Rodríguez (Eds.), *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. Editores Textos Mexicanos
- Mendoza, B. y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 143(7), 887-894. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Mendoza, C. (2007). Disfunción familiar en el personal de salud del hospital la paz en el año 2007. *Revista Médica (La Paz)*, 5(2), 21-29. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v5n2/a04v5n2.pdf>

- Mendoza, G. y Mayorga, S. (2020). *Afectación en las dinámicas de pareja asociadas a los cambios actitudinales evidenciados en la etapa puerperio en madres durante la reiniciación de relaciones coitales*. Universidad de Pamplona.
- Meza, M. y Soto, L. (2019). *Funcionamiento familiar en los hogares de las adolescentes embarazadas, del centro salud de Huaura 2017* [Tesis de titulación, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio UNJFSC. <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3537>
- Minotta, A., Cardona, W. y Santamaría, P. (2024, agosto). Revisión narrativa sobre la depresión posparto: un problema que cada día es más común. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 89(4). <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.23000122>
- Mirama, L., Calle, D., Villafuerte, P. y Ganchozo, D. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *RECIMUNDO*, 4(3), 174-183. <http://doi.org/10.26820/recimundo/>
- Miranda, A. y Pérez, J. (2005) Socialización familiar, pese a todo. *Mesas Redondas: Socialización familiar y extrafamiliar*, 6, 339-350. http://www.fad.es/sala_lectura/CSAHoy_MR6.pdf
- Miranda, K. (2017). *Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017* [Tesis de titulación Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6032>
- Molina, A., Pena, R., Díaz, C., Soto, M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2), e218. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e218.pdf>

- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, (23), 391-408. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003557>
- Morales, S. y Ramos, P. (2015). Las capacidades y funciones parentales como práctica de verificación [conferencia]. *4tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia*, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/4jornadasinfancia/39.pdf>
- Morín, A., Treviño, M. y Rivera, G. (2019). Embarazo en estudiantes universitarias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(1), 4-5. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457759795004/html/>
- Musitu, G., Estévez, E. y Herrero, J. (2007). Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia. En S. Yubero, E. Larrañaga y A. Blanco (coords.), *Convivir con la violencia* (pp. 135-150). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. https://www.uv.es/lisis/estevez/E_L2.pdf
- Navas, W. (2013). Depresión posparto. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(608), 639-647. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134o.pdf>
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3ª ed.). McGraw-Hill.
- O'Hara, M. y McCabe, J. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M. y Wisner, K. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and a etiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>

- Olaya, B. (2024). *Depresión y funcionalidad familiar en gestantes atendidas en un centro de salud del distrito de Corrales, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Trujillo “Benedicto XVI”]. Repositorio UCT. <https://repositorio.uct.edu.pe/server/api/core/bitstreams/afc8f097-454c-405a-85d1-d785dc9ac109/content>
- Olaya, J., Córdova, P. y Rojas, L. (2023). Funcionamiento familiar y salud mental en mujeres posparto de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 29(2), 120-134.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Familia y adolescencia: Indicadores de salud adolescencia y Adolescencia*. <https://www.paho.org/es/documentos/familia-adolescencia-indicadores-salud-manual-aplicacion-instrumentos>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (29 de agosto de 2025). Depresión en el mundo. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de enero 2020). *El embarazo en la adolescencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Orgaz, L. (2023). *Revisión bibliográfica: la depresión posparto y su repercusión en el núcleo familiar* [Trabajo fin de grado, Universidad Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos ZAGUAN. <https://zaguan.unizar.es/record/126107>

- Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>
- Osornio, L., García, L., Méndez, A. y Garcés, L. (2009). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 11-15. <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719069003.pdf>
- Osorno, P., Flores, A. y Méndez, P. (2016). Embarazo en adolescentes y riesgo de complicaciones perinatales. *Salud de Tlaxcala: Investigación y Desarrollo en Salud*, 2(3), 6. <https://www.saludtlax.gob.mx/documentos/revista/Vol3/V03Art01.pdf>
- Pacheco, M. (2021). *Factores de riesgos asociados a la depresión post parto de las madres en el puerperio*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Paredes, E. (2022). *Disfunción familiar y Depresión postparto en mujeres atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora, en el periodo 2021 – 2022* [Trabajo de licenciatura, Universidad Nacional de Loja]. DSpace UNL. <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/24682>
- Patiño, P., Asunción, M. y Benjet, C. (2024). Depresión posparto en madres adolescentes antes y durante la pandemia por COVID-19 el papel de la autoestima, la autoeficacia materna y el apoyo social. *Salud Mental*, 47(1), 23-33. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2024.004>
- Pinos, E. (2019). *Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en el Hospital Darío Machuca Palacios del Cantón La Troncal, 2017-2018* [Tesis de especialidad, Universidad de Cuenca]. DSpace UCUENCA. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32251>

- Pinzón, A., Ruiz, A., Aguilera, P. y Abril, P. (2018). Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 487-499. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500487>
- Prieto, C. (2020). *Depresión posparto: Revisión de los factores de riesgo* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Salamanca]. Repositorio Documental Gredos. <https://hdl.handle.net/10366/143522>
- Ramírez M. (2004). *Funcionalidad familiar en adolescentes de preparatoria* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nueva León]. Colección Digital UNAL. <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149995.PDF>
- Ramírez, A. (2024). *Factores relacionados a la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes en una institución educativa secundaria de Tacna, año 2024* [Tesis de titulación, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio UNJBG. <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4610>
- Reyes, D. (2021). *Factores de riesgo psicológico para la depresión posparto en madres adolescentes: una aproximación bibliográfica* [Tesis de titulación, Universidad Tecnológica Indoamérica]. Repositorio UTI. <https://hdl.handle.net/20.500.14809/2629>
- Ruiz, C. (2001). Factores familiares vinculados al bajo rendimiento. *Revista Complutense de Educación*, 12(1), 81-113. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=283673>
- Ruiz, R.; Sanjinez, L. y Barreto, M. (2024). Depresión post-parto en madres solteras: una revisión teórica. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. 3(2). <https://doi.org/10.57188/RICSO.2024.441>
- Siegel, S. y Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. (2^a ed.). McGraw-Hill.

- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.
- Sobrino, L. (2006). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances en Psicología*, 16(1), 109-137.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2008.n16.2737>
- Sogiba. (2019). *Consenso Embarazo Adolescente 2019*.
https://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_SOGIBA_2019_Embarazo_Adolescente.pdf
- Spencer, S. (2013). Global Burden of Disease 2010 Study: A personal reflection. *Global Cardiology Science & Practice*, (2), 115-126. <https://doi.org/10.5339/gcsp.2013.15>
- Tejada, E., Morillo, R., Del Orbe, L. y Pérez, M. (2002). Depresión post-parto en madres adolescentes. *Revista Médica Dominicana*, 63(2), 127-12
- Tizón, J. (2011). *Funciones psicosociales de la familia y cuidados tempranos de la infancia*. *Temas de psicoanálisis*. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2010/12/21/funciones-psicosociales-de-la-familia-y-cuidados-tempranos-de-la-infancia/>
- Torío, S. (2004). Familia, escuela y sociedad. *Aula Abierta*, (83), 35-52.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1173765>
- Torres, K. (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* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio UPSE.
<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5581>
- Torres, L. y Rodríguez, N. (2006). Rendimiento académico y contexto familiar en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 255-270.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29211204.pdf>

- Urrutia, E. (2023). *Funcionamiento familiar y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de trabajo social de la Universidad de Concepción* [Tesis de maestría, Universidad de Concepción]. Repositorio UDEC. <https://repositorio.udec.cl/handle/11594/10838>
- Vega-Dienstmaier, J., Mazzotti, G., Stucchi, S., Salinas, J., Gallo, C. y Poletti, G. (1997). Validación de la Escala de Depresión de Edinburgh en mujeres que no están en el periodo postparto. *Revista de Neuropsiquiatría*, 60(4). 283-289. <https://doi.org/10.20453/rnp.v60i4.1417>
- Velasco, L. (2019). *Relación entre la disfunción familiar y la depresión postparto en puérperas del Hospital Belén de Trujillo, 2019* [Tesis de titulación, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Digital Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/40284>
- Villanueva, A. (2023). Factores asociados a la depresión postparto en puérperas adultas atendidas por Tele consulta en un instituto peruano, 2020. *Revista Internacional de Salud Mental Fetal*, 8(3), 38-44. <https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.3.274>
- Villarreal, D. y Paz, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 5(2). <https://doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158>
- Villón, N. (2022). *Factores de riesgos asociados a la depresión posparto en puérperas. hospital general dr. León Becerra Camacho de Milagro. 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio UPSE. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7972>
- Wedel, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 3(1), 3-8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>

- World Health Organization [WHO]. (2008). *Maternal mental health and child health and development in low and middle-income countries*. WHO Press.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597142>
- Zaldívar, D. (2004). *Funcionamiento familiar saludable*. SLD.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf
- Zamudio, I. (2022). *Factores de riesgo para la depresión postparto en adolescentes, primíparas y solteras* [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UWiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/8151>

IX. ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Yo, _____ con DNI N° _____, actuando con toda libertad certifico que he recibido toda la información necesaria de forma clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos del informe psicológico en los 2 instrumentos en diferentes días, realizados por **Peña Vílchez Katherine** identificados con Cód.: **2015100797**; respectivamente, estudiante de la Universidad Nacional Federico Villarreal de la Facultad de Psicología.

Además, quedo informado que solo la investigadora podrá tener la información de las entrevistas a realizar, asimismo quedo informado de que el presente consentimiento podrá ser revocado libremente, en cualquier momento, de acuerdo con la decisión del entrevistado. Se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada.

Fecha: __/__/____

Firma del participante:

Anexo B. Escala sobre depresión post natal Edimburgo (EPDS)

Queremos saber cómo Ud. se siente al tener un bebé recientemente. Por favor, marque con “X” la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

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

- a. Tanto como siempre
- b. No tanto ahora
- c. Mucho menos
- d. No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- a. Tanto como siempre
- b. Algo menos de lo que solía hacer
- c. Definitivamente menos
- d. No, nada

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

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

4. He estado nerviosa y preocupada sin motivo

- a. No, para nada
- b. Casi nada
- c. Sí, a veces

d. Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

a. Sí, bastante

b. Sí, a veces

c. No, no mucho

d. No, nada

6. Las cosas me han estado agobiando o abrumando

a. Sí, la mayor parte de las veces

b. Sí, a veces

c. No, casi nunca

d. No, nada

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

a. Sí, la mayoría de las veces

b. Sí, a veces

c. No muy a menudo

d. No, nada

8. Me he sentido triste o desgraciada

a. Sí, casi siempre

b. Sí, bastante a menudo

c. No muy a menudo

d. No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

a. Sí, casi siempre

- b. Sí, bastante a menudo
- c. Sólo en ocasiones
- d. No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- a. Sí, bastante a menudo
- b. A veces
- c. Casi nunca
- d. No, nunca

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento

Evaluación:

0 lo más malo, 3 lo más bueno. Punto de corte: Sobre 11 puntos sugiere depresión postparto. Esta escala está válida para después de los 2 meses postparto.

Anexo C. Escala de funcionalidad familiar**Nombre:** Family APGAR.**Autor:** Smilkstein, Ashworth y Montano (1982).**Adaptación:** Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar.**Nº de ítems:** 5

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

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

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

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

Gracias por tu participación.