

Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú. 2014.

Family dysfunctionality and family violence as risk factors for puerperal depression. Regional Hospital of Cajamarca, Peru. 2014.

VÁSQUEZ PLASENCIA, Giuvelly Analy¹; RODRÍGUEZ DÍAZ, David Rene²; CORREA ARANGOITIA, Alejandro³; ALVARADO CÁCERES, Víctor Manuel⁴; LLAQUE SÁNCHEZ, María Rocío del Pilar⁵

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si la disfunción familiar y la violencia familiar son factores de riesgo asociados a la depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2014. Se desarrolló un estudio prospectivo, seccional, transversal, aplicado a una muestra de 144 puérperas (48 con depresión puerperal y 96 sin depresión puerperal). Se encontró que la frecuencia de violencia familiar en las pacientes con depresión puerperal (DP) fue 47,8 %, y en aquellas sin DP, 18,8 % (OR = 3,7; valor p = 0,01; IC: 95 %: 1,7 – 7,9). La frecuencia de disfuncionalidad familiar en las pacientes con DP fue 72,9 % y en las puérperas sin DP, 25 % (OR = 8,1; valor p=0,000; IC: 95 %: 3,7 – 17,7). La frecuencia de disfuncionalidad familiar y violencia familiar en las pacientes que presentaron y no presentaron DP fue 39,5 % y 10,4 % respectivamente (OR = 5,6; valor p = 0,000; IC: 95 %: 2,3 – 13,5). Se concluyó que la violencia familiar y la disfuncionalidad familiar, así como la ocurrencia de ambas, son factores de riesgo para depresión puerperal.

Palabras clave: violencia familiar, disfuncionalidad familiar, depresión puerperal.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine if family dysfunction and family violence are risk factors associated with puerperal depression in patients treated at the Regional Hospital of Cajamarca during 2014. A prospective, cross – sectional, and prospective study was developed. A sample of 144 puerperal women (48 with puerperal depression and 96 without puerperal depression). It was found that the frequency of family violence in patients with puerperal depression (PD) was 47,8 %, and in those without PD, 18,8 % (OR = 3,7, p value = 0,01, CI: 95 %: 1,7 – 7,9). The frequency of family dysfunction in patients with PD was 72,9 % and in the puerperal women without PD, 25 % (OR = 8,1, p value = 0,000, CI: 95 %: 3,7 – 17,7). The frequency of family dysfunction and family violence in patients who presented and did not have PD was 39,5 % and 10,4 % respectively (OR = 5,6, p value = 0,000, CI: 95 %: 2,3 – 13,5). It was concluded that family violence and family dysfunction, as well as the occurrence of both, are risk factors for puerperal depression.

Key words: family violence, family dysfunction, puerperal depression.

¹Médico cirujano; Universidad César Vallejo

²Médico cirujano del Centro de Salud Materno Infantil El Bosque. Trujillo Perú.

³Médico cirujano del Hospital Distrital II -1 Santa Isabel. El Porvenir, Perú.

⁴Médico cirujano del Centro de Salud Materno Infantil Huanchaco. Perú.

⁵Médico cirujano del Hospital Regional Docente de Trujillo. Perú.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una patología que ocasiona trastornos de conducta en la puerpera, lo cual se traduce en consecuencias tales como el deterioro del autocuidado puerperal, la mala adherencia a las indicaciones médicas y en algunos casos al abuso de tabaco, alcohol y drogas. En situaciones más extremas puede llegar al intento de suicidio y/o al suicidio en sí. La prevalencia real de la depresión puerperal (DP) difiere según los diversos estudios realizados, ello depende de la metodología empleada y las poblaciones analizadas. En Estados Unidos (EEUU) el reporte de DP muestra importantes fluctuaciones, las cuales oscilan entre 20 % y 57 %, encontrándose en promedio un 37 % de síntomas de DP entre las 4 y 6 semanas¹.

En Portugal compararon puerperas adultas y adolescentes, encontrando una tasa de depresión del 9,3 % en las primeras y 25,9 % en las segundas². En Tailandia desarrollaron la misma comparación encontrando una prevalencia de DP de 23 % y 12,9 % respectivamente³. Investigaciones realizadas en países en Sudamérica como Brasil, Chile y Venezuela han referido tasas que van de un 10 % a 15 %, incluso estudios multicéntricos en Latinoamérica reportan un rango entre 3 a 20 casos por cada 100 nacimientos con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 % y 35 %⁴. La depresión puede ocurrir en cualquier momento después del parto, frecuentemente luego que la mujer ha regresado a su hogar desde el hospital⁵. Los síntomas pueden durar desde unas pocas semanas hasta varios meses, cerca del 4 % de los casos persisten por un año^{6,7}.

Un estudio español halló que la funcionalidad familiar en los adolescentes fue calificada como buena en un 76%⁸, mientras que en una Institución Educativa en el Perú se observó que el 8 % de la población adolescente se ubicaba en la categoría disfunción familiar (DF) grave, el 16,4 % en DF moderada, un 42,9 % en leve DF y un 32,5 % en la categoría de buena función familiar⁹. En Colombia, Borda et al¹⁰ encontraron que la depresión en el embarazo se presentó cuando existió antecedente de aborto, algún grado de disfunción familiar y actividad fuera del hogar. En Argentina, Paolini et al¹¹, hallaron que del total de variables psicosociales analizadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para: violencia familiar y presencia de síntomas depresivos durante el embarazo en el último año y en años anteriores.

Zambrano¹² (Colombia, 2012) determinó la relación que existe entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las embarazadas encontrando que el 54 % tuvieron un sistema familiar disfuncional. En Chile, Dois¹³ analizó los factores asociados con la incidencia de síntomas depresivos (SD) en mujeres con bajo

riesgo obstétrico. Al aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo, medida a las 8 semanas del postparto, se evidenció una incidencia de depresión en este grupo de 37,1 %.

Urdaneta¹⁴ en Venezuela concluyó que existe una alta prevalencia de DP (91 %), con diversos factores de riesgo que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad (OR: 2,68; IC: 95 %; 3,23 – 5,86; $p < 0,03$). Por otro lado, el estudio mexicano de Trejo et al¹⁵ halló que el 64,6 % de las gestantes tenían depresión leve, y de ellas, el 18,1 % refirieron haber sido agredidas por su pareja. La violencia psicológica fue la más frecuente con el 11 %, y el 2 % de las gestantes recibieron tres tipos de violencia: física, sexual y psicológica, hallándose que las embarazadas que eran víctimas de violencia fueron más susceptibles de padecer depresión leve y grave, que entre los que no refirieron ser objeto de violencia.

Poo¹⁶ evaluó los factores de riesgo asociados a la DP en un centro de atención primaria, encontrando a nivel de factores familiares una asociación con la DP: antecedentes de violencia intrafamiliar ($p = 0,02$); y calidad de la relación con los padres en el puerperio ($p = 0,03$). Quintero¹⁷ encontró que el 59 % de las mujeres presentan algún grado de DF, un 26 % DF leve, 21 % con DF moderada y 12 % con DF severa, así mismo el 78 % tenían un soporte social adecuado. Vargas¹⁸ (Cuba, 2005) determinó que las puerperas con depresión fueron un 14 % y que existe relación entre la funcionalidad familiar y DP.

Lam¹⁹ (Perú, 2010) halló una prevalencia de casos probables de depresión mayor en gestantes de 34,1 % y que fueron factores independientes asociados para probable depresión mayor: no planificación de embarazo (OR: 1,81; IC: 95 %: 1,23 – 2,66; $p < 0,01$) y antecedente de violencia (OR: 3,96; IC 95%: 2,68 – 5,85; $p < 0,01$). Escobar et al²⁰ estudiaron la depresión posparto y la violencia basada en género en el Perú, encontrando, que la tasa de depresión posparto fue 17 %, además el 51 % fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica, hallando diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ($p = 0,001$), así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC 95 %: 3,5 – 16,7).

Arenas²¹, en Perú, indicó que la percepción de disfuncionalidad que tienen las adolescentes de sus familias se relaciona con indicadores depresivos (OR: 3,45; IC: 97%: 2,68 – 5,86; $p < 0,02$). En otra investigación nacional, Aramburú²², encontró que la prevalencia de DP diagnosticada por medio del test de Edimburgo fue de 33 % y con la

entrevista semiestructurada de DSM IV se confirmó una prevalencia de 24,1 %, hallando además que el 60,9 % presentaron factores estresantes, el 8,4 % tenían baja autoestima, 23,8 % no percibían apoyo social y 50 % tuvieron blues posparto (OR: 1,86; IC: 92 %: 1,89 – 3,89; $p < 0,03$).

En el Perú el 37,2 % de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma y tener relaciones sexuales sin su consentimiento o realizar actos sexuales que ella no aprobaba; siendo en el área urbana 38 %, en la costa 21,8 % y en la Sierra 39,1 %²³. La DP es definida como un episodio depresivo mayor dentro de las 4 semanas seguidas al parto. De todas formas, es ampliamente aceptado que el inicio del cuadro ocurra incluso entre el segundo al cuarto mes. A pesar de su frecuencia y relevancia, esta patología ha sido pobremente caracterizada, a la vez que sub diagnosticada, siendo su etiopatogenia aún poco clara, no bien diferenciada de la depresión²³. Los factores de riesgo más importantes para DP son: historia de depresión, conflictos maritales o familiares, eventos vitales estresantes, percepción de falta de redes de apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja durante el embarazo, madre soltera, bajo nivel socioeconómico²⁴.

A nivel etiopatogénico, en la neurobiología de la depresión posparto, como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, existiría una interacción de factores desde susceptibilidad genética, alteraciones neuroendocrinas y eventos vitales estresantes mayores. En relación al sustrato neurobiológico propio de la DP, existen en la actualidad estudios que abordan este punto^{24, 25, 26}. Las mujeres posparto que presentan sintomatología típica de episodio depresivo (mayor estrés percibido, somnolencia, fatiga, ansiedad, rabia y eventos vitales negativos) presentan niveles bajos de prolactina, cortisol, interferón gama, y de la relación Th1/Th2, que pudiese traducirse en una menor actividad de la inmunidad celular. Por otro lado se ha investigado la relación de DPP y otros factores hormonales como: estrógenos, progesterona, hormonas tiroideas, colesterol, no logrando demostrar que los cambios hormonales expliquen por sí mismos consistentemente la aparición del cuadro afectivo^{27, 28, 29}.

La violencia doméstica, violencia familiar o violencia intrafamiliar se define como todo acto violento, desde el empleo de la fuerza física, hasta el, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar³⁰. El término incluye una amplia variedad de fenómenos, entre los que se encuentran algunos componentes de la violencia contra las mujeres,

violencia contra el hombre, maltrato infantil, o padres de ambos sexos^{30, 31}. La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades, entendiéndose por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Esta violencia puede tener lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual. También se considera el que tiene lugar en la comunidad^{32, 33, 34}.

Son muchas las teorías que intentan explicar el fenómeno de la violencia contra la mujer pero el conocimiento de sus causas precisas y profundas sigue siendo escaso. Existen algunas explicaciones acerca de la violencia contra la mujer: la teoría psicológica que atribuyen el problema a "traumas" y problemas de salud mental^{35, 36, 37}. La teoría del aprendizaje que atribuye la violencia a las experiencias vividas desde la infancia en la familia y en la sociedad. Las teorías de género que atribuyen el problema al desequilibrio de poder entre el hombre y la mujer en la pareja. La teoría sociológica atribuye el problema al nivel educativo, estrato socioeconómico, estatus ocupacional etc. Las teorías antropológicas atribuyen el problema a la "tolerancia" cultural que se tiene^{38, 39}.

La violencia contra las mujeres embarazadas en los países en desarrollo tiene un impacto negativo en la salud, debido a las precarias condiciones de las madres (desnutrición, exceso de carga de trabajo y falta de acceso a servicios de salud). Las víctimas de violencia durante el embarazo tuvieron tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas. La mujer violentada desarrolla un cuadro de stress asociado con depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. El riesgo de violencia doméstica aumenta con el embarazo, siendo una etapa de stress para el futuro padre, agobiado por la responsabilidad futura, o que este resentido con la mujer que le presta menos atención. Independientemente de las causas, los profesionales que atienden a embarazadas deben saber que ellas corren mayor riesgo de ser maltratadas y que su vida y la de su hijo o hija pueden estar en peligro^{40, 41, 42}.

La presente investigación se sustentó en el hecho que durante el periodo puerperal ocurre en la mujer una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos, como la depresión^{43, 44, 45}. Además de ser éste un tema que cada vez alcanza mayor importancia y atención por

parte de los profesionales de la salud debido a los efectos dañinos que conlleva tanto en la puérpera, el neonato, su entorno familiar y social, que aún hoy en día, no posee de una delimitación nosológica exacta, debido en gran medida a su variada forma de presentación, sintomatología y factores que incrementan su riesgo que pueden

limitar o confundir al momento del diagnóstico^{46,47,48}. Por lo que se planteó el siguiente problema: ¿son la disfunción familiar y la violencia familiar factores de riesgo para el desarrollo de depresión puerperal en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2014?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, aplicado, seccional transversal en 144 puérperas (48 casos y 96 controles) cuyo parto fue atendido en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2014. Se excluyeron aquellas pacientes con tratamiento establecido para la depresión, que sufrieron la pérdida (deceso) de un familiar directo o cercano en los últimos 6 meses antes de la encuesta (incluyendo su producto gestacional), con grado alguno de retraso mental y que no firmaron el consentimiento informado. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Edimburgo y el APGAR Familiar. Para el análisis descriptivo de los datos se utilizaron: análisis de frecuencias (porcentajes), medidas de tendencia central (medias) y medidas de dispersión (desviación

Standard). Para comparar la relación entre las variables en estudio, los datos se presentaron en frecuencias absolutas y relativas, determinando significancia estadística mediante la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado. Se consideró significancia estadística cuando el valor p fue < 0,05. El estadígrafo del estudio fue el Odds Ratio (OR), se consideró factor de riesgo con un valor de OR > 1. Este trabajo se ha regido bajo principios establecidos en la Declaración de Helsinki¹⁷ y se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realizó la investigación, así como el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del comité de ética e investigación de la institución.

RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre funcionalidad familiar y depresión puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2014.

DISFUNCIÓN FAMILIAR	DEPRESION POSTPARTO				PRUEBA ESTADISTICA	
	SI		NO		CHI CUADRADO	ODDS RATIO
	n	%	n	%		
SI	35	72,9 %	24	25,0 %	X ² = 30,3	OR = 8,1
NO	13	27,1 %	72	75,0 %	VALOR P	IC 95 %
TOTAL	48	100.00%	96	100.00%	p = 0,000	3,7 – 17,7

Tabla 2. Relación entre Violencia Familiar y Depresión Puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2014

VIOLENCIA FAMILIAR	DEPRESIÓN POSTPARTO				PRUEBA ESTADISTICA	
	SI		NO		CHÍ CUADRADO	ODDS RATIO
	n	%	n	%		
SI	23	47,8 %	19	18,8 %	X ² = 12,25	OR = 3,7
NO	25	52,1 %	77	80,2 %	VALOR P	IC 95 %
TOTAL	48	100,0%	96	100,0%	p = 0,01	1,7 – 7,9

Tabla 3. Relación entre Violencia Familiar y Depresión Puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2014

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y VIOLENCIA FAMILIAR	DEPRESION POSTPARTO				PRUEBA ESTADISTICA	
	SI		NO		CHI CUADRADO	ODDS RATIO
	n	%	n	%		
SI	19	39,5 %	10	10,4 %	X ² = 16,9	OR = 5,6
NO	29	60,4 %	86	89,6 %	VALOR P	IC 95 %
TOTAL	48	100,0 %	96	100,0 %	p = 0,000	2,3 – 13,5

DISCUSIÓN

La población estudiada fue dividida en 2 grupos según el desenlace patológico, es decir: 48 pacientes con depresión puerperal y 96 sin esta condición; en relación a la variable dependiente que corresponde al trastorno psiquiátrico este se definió por medio de la aplicación de un cuestionario validado aplicado a las pacientes durante su estancia hospitalaria durante el puerperio inmediato y en relación a las variables independientes violencia familiar y disfunción familiar también se identificaron a través del abordaje de la paciente y la entrevista correspondiente por medio de herramientas clínicas previamente validadas que permitieron establecer su presencia en ambos grupos de estudio.

En la Tabla Nº 01 se evaluó la relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión postparto, hallándose que la frecuencia de la disfunción familiar en las puérperas con depresión postparto fue 72,9 %, mientras que la frecuencia de disfunción familiar en las puérperas sin depresión postparto fue 25 %, hallándose diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$), estableciéndose un OR = 8,1 con un IC 95 % (3,7 – 17,7). Las investigaciones sobre disfunción familiar y depresión postparto son escasas. Uno de ellos fue el de Borda et al¹⁰ realizado en Colombia, quienes hallaron que la depresión estuvo presente en el 19,2 % y que la disfunción familiar se asoció con la depresión postparto, obteniéndose un OR = 2,78 (IC 95 % 1,08 – 7,1). Por otro lado Arenas²¹, en Perú, halló que la percepción de disfuncionalidad que tiene la familia se relaciona con la depresión postparto (OR = 3,45; IC 97 %: 2,68 – 5,86; valor p : 0,000). Lo que implica que el hecho de ser parte de una familia disfuncional, donde existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, con límites familiares imprecisos, donde existe poca comunicación clara y afectiva, influye en no compartir problemas, afectando la capacidad de adaptarse a los cambios puerperales y por lo tanto incrementa la posibilidad de depresión⁴².

En la Tabla Nº 02 se analizó la asociación entre la violencia familiar y la depresión postparto, encontrándose que la frecuencia de la violencia familiar en las puérperas con depresión postparto fue 47,8 %, mientras que la frecuencia de violencia familiar en las puérperas sin depresión postparto fue 18,8 %, hallándose diferencia estadísticamente significativa (valor $p = 0,01$) estableciéndose un OR = 3,7; con un IC 95% de 1,7 – 7,9; evidenciándose que las mujeres expuestas a violencia familiar tienen riesgo de presentar depresión post parto que aquellas que no estuvieron expuestas a este factor. Al comparar con estudios previos se halló también asociación entre la violencia familiar con la depresión postparto, tal es el caso de Trejo et al¹⁵, cuyo estudio fue realizado en México, quienes hallaron que la violencia tanto física como

psicología conlleva a la depresión postparto, teniendo significancia estadística esta relación (valor $p = 0,03$). El estudio desarrollado por Póo et al¹⁶ en Chile también confirmó la existencia de relación entre el antecedente de violencia intrafamiliar y la depresión postparto (valor $p = 0,02$), describiendo que el 35 % de mujeres con depresión posparto tuvieron antecedentes de violencia intrafamiliar, frente a 5 % de mujeres sin depresión postparto que también sufrieron algún tipo de violencia.

Se debe tener en cuenta que la violencia contra las mujeres embarazadas en los países en desarrollo como México, Chile, Colombia y el Perú, tienen un mayor impacto en la salud, debido a las precarias condiciones de las madres (desnutrición, exceso de carga de trabajo y falta de acceso a servicios de salud, etc.). Incluso las víctimas de violencia durante el embarazo tuvieron más riesgo de complicaciones durante el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas. La mujer violentada desarrolla un cuadro de stress asociado con depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. El riesgo de violencia doméstica aumenta con el embarazo, siendo una etapa de stress para el conyugue o pareja, agobiado por la responsabilidad de paternidad futura, o el hecho de hallarse resentido con la mujer quien le presta progresivamente menos atención. Independientemente de las causas, los profesionales que atienden a embarazadas deben conocer que ellas corren mayor riesgo de ser maltratadas y que su vida y la de su producto gestacional pueden hallarse en peligro⁴¹.

En la Tabla Nº 03 se evalúa la relación conjunta de la disfuncionalidad familiar y la violencia familiar con la depresión postparto, hallándose que la frecuencia de la disfuncionalidad familiar y violencia familiar en las puerperas con depresión postparto fue 39,5 %, mientras que la frecuencia de violencia familiar y funcionalidad familiar en las puerperas sin depresión postparto fue 10,4 %, evidenciando diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$), estableciéndose un OR = 5,6 con un IC 95 % 2,3 – 13,5. No se ha encontrado en la revisión bibliográfica estudios que combinen ambas variables, sin embargo es evidente que simultáneamente el ser parte de una familia disfuncional y sufrir violencia familiar influyen de manera similar, en la presencia depresión puerperal, sin presentar un efecto sumativo o exponencial, por cuanto el odds ratio que se ha encontrado en las dos variables en conjunto, no es superior estadísticamente al estar expuesta solo a la disfunción familiar o solo a la violencia familiar, debido a que los valores obtenidos en el intervalo de confianzas del OR al exponerse a ambas variables en conjunto, se halla dentro de los intervalos de confianza de los odds ratio de cada variable de exposición de manera individual. Por lo

tanto el estar expuesta a una u otra variables, o ambas en simultaneo tienen estadísticamente casi un mismo efecto, por lo tanto es importante el abordaje de ambos factores de riesgo de manera conjunta. En primer lugar por la disfunción familiar puede generar problemas entre los integrantes de la familia llegando a ocurrir actos de violencia psicológica, que posteriormente conlleven a la violencia física. Del mismo modo el presentar actos

de violencia física o psicológica, agrava las relaciones entre los integrantes de la familia, por lo tanto probablemente ambas variables podrían también relacionarse entre sí^{30,40,41}. Definitivamente el abordaje multidisciplinario que contribuya a disminuir la violencia familiar, así como la disfunción familiar, permitirá disminuir o la presencia de depresión puerperal, favoreciendo así la salud mental de la puerpera y su relación con su

CONCLUSIONES

- La disfunción familiar es un factor de riesgo asociado a depresión puerperal con un Odds Ratio de 8,1.
- La violencia familiar es factor de riesgo asociado a depresión puerperal con un Odds Ratio de 3,7.
- La disfunción familiar y la violencia familiar en conjunto constituyen un factor de riesgo asociado a depresión puerperal con un Odds Ratio de 5,6.

REFERENCIAS

1. Vargas JE, García M. Depresión post – parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología; 2009. pp. 61 – 3.
2. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. Arch Womens Ment Health 2007; 10(3): 103 – 6
3. Piyasil V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. J Med Assoc Thai 1998; 81(2): 125 – 9.
4. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, et al. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67(3): 187 – 91.
5. Toranzo G. Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas. Rev Cultura 2009; 23: 102 – 20.
6. Cepeda A, Morales F, Henales M. Depresión postparto durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Rev Perinatol Reprod Hum 2011; 25(2): 81 – 7.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Perú: encuesta demográfica y de salud familiar 2012. Endes. Lima: INEI; 2010.
8. Pérez A, Martínez L, Mesa I, et al. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997 – 2007). España. Atención Primaria 2009; 41(9): 479 – 85.
9. Ccoicca T. Bullying y funcionalidad familiar en una Institución Educativa del distrito de Comas. Tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú. 2010.
10. Borda M, Forero C, Ahcar N, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño de Jesús en Barranquilla (Colombia). Revista Científica Salud Uninorte 2013; 29(3): 394 – 405.
11. Paolini C, Oiberman A, Balzano S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos. Rev. Bras Saúde Matern Infant 2012; 12(1): 65 – 73.
12. Zambrano G, Vera S, Flórez L. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. Rev Cienc Cuid 2012; 9(2): 9 – 17.
13. Dois A, Uribe C, Villarroel L, et al. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Méd Chile 2012; 140(6): 719 – 25.
14. Urdaneta J, Rivera A, García J, et al. Factores de riesgo de depresión posparto en puerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2011, 77(2): 102 – 12.
15. Trejo – Lucero H, Torres – Pérez J, Medina M. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un Hospital Perinatal. Rev Mex Pediatría 2009; 76(1): 1 – 12.
16. Póo A, Espejo C, Godoy C, et al. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile 2008; 136: 44 – 52.
17. Quintero M. Ansiedad y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de una Preparatoria Privada en Cd. Obregón, Sonora Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007. pp 45 – 6. Citado el

- 22/08/2009. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgeconora/Investigacion/reunionInvestigacion/trabajos.php>
18. Vargas R. Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión postparto en el Hospital Obrero Nro. 2 CNS CBBA. 2005. Citado el: 06/04/13. Disponible en: http://www.socomefa.com/revista/vol2/2_1/2_1_21_26.pdf
 19. Lam N, Contreras H, Mori E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. *Rev Perú Epidemiol* 2010; 14(3): 192 – 200.
 20. Escobar J. Violencia basada en género y depresión post – parto en el Hospital San Bartolomé. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2008. pp. 6 – 54.
 21. Arenas S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Tesis de Grado, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú, 2009. 2005. Citado el: 06/05/13. Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2009/arenas_as/pdf/arenas_as.pdf
 22. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, et al. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, Junio 2004. *Rev Per Epidemiol* 2008; 12(3): 1 – 5.
 23. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar – Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2009. pp. 67 – 8.
 24. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, et al. Velázquez. *Farmacología Básica y Clínica*. 18ª edición. España: Editorial Médica Panamericana. S.A.; 2009. pp. 101.
 25. Gómez C, Hernández G. Rojas A, et al. *Psiquiatría Clínica*. 3ª edición. Colombia: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2008. pp. 88 – 9.
 26. Rosenfield A. *New Research on Postpartum Depression*. New York – USA: Nova Science Publishers, Inc; 2007. pp. 213 – 4.
 27. Toro R, Yepes L. *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. 4ª edición. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2004. pp. 113 – 4.
 28. Ortiz de Zarate A, Ubis A, Ruiz de Azua M. *Trastornos del estado de ánimo*. España: Editorial Masson – Elsevier España S.A. 2011. pp. 98.
 29. Eberhard M, Eskild A, Tambs K and cols. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 243 – 9.
 30. Hillman K. *Diccionario Enciclopédico de Sociología España*. España: Editorial Harder. 2001. pp. 350.
 31. Giraldo R, González M. *Violencia familiar*. Colombia. Editorial Universidad del Rosario. 2009. pp. 227 – 31.
 32. Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Ginebra, OMS, 2002. pp. 17 – 8.
 33. Blanco P, Ruiz – Jacobo C. *La violencia contra las mujeres: prevención y detección, como promover desde los servicios sanitarios*. España. Ediciones Díaz de Santos. 2005. pp. 67.
 34. Arechederra A, Echaury J, Azcárate J. *La violencia contra las mujeres en la pareja: claves de análisis y de intervención*. España. Servicios Editoriales Universidad Pontificia Comillas. 2010. pp. 38 – 39.
 35. Echeburúa E. Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer. *Manual de Violencia Familiar*. Siglo XXI de España Editoriales. 2007. pp. 66.
 36. Alméras D, Bravo R, Milosavljevic V, et al. *Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas. 2002. pp. 56.
 37. Corsi J. *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2001. pp. 101.
 38. Lorente M. *Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal*. Barcelona. Ediciones Ares y Mares. 2001. pp. 44 – 5.
 39. *Movimiento Manuela Ramos. Manual Sobre Violencia Familiar y Sexual*. Lima Perú. Grafica Kips. 2005. pp. 131 – 3.
 40. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C. Publicación Científica y Técnica No. 588. Organización Panamericana de la Salud. 2003. pp. 2 – 3.
 41. Berger K. *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. 7ª edición. España. Editorial Médica Panamericana. S.A. 2007; pp. 410 – 2.
 42. Novel G, Lluch M, Miguel M, et al. *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona Editorial Masson. 2006. pp. 33 – 7.
 43. Alegre Y, Suarez M. *Instrumento de atención de familia: el familiograma y el APGAR*

- familiar. Rev Rampa 2006; 1(1): 48 – 57.
44. Polaino A, Martínez Po. Causas de la depresión postparto. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra. Editorial Rialp. 2006. pp. 46 – 7.
45. Monroy A. Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud – México. Editorial Pax México S.A. 2002. pp. 81 – 4.
46. Vargas E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas. Acta Colom de Psicología 2007; 10(1): 49 – 63.
47. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión postparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión postparto de Edimburgo. Rev Méd Chile 2008; 136: 851 – 8.

Recibido: 16 de mayo 2017 | **Aceptado:** 23 de junio 2017