

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**SOPORTE FAMILIAR Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC
DURANTE EL AÑO 2022**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

MEJÍA GRAJEDA SUSAN MILAGROS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

LIMA - PERÚ

2023

ASESOR

Mg. VASQUEZ MATSUDA, Víctor

LINEA DE INVESTIGACION

Salud pública

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por iluminar mi camino durante este trabajo de investigación, a mis padres por comprender el esfuerzo y tiempo que invierto, a SOCIEM-UPSJB por brindarme más oportunidades de aprendizaje extracurricular en investigación y a Edward V. B. por darme su apoyo incondicional para continuar este proyecto. Sin todos ellos no hubiera sido posible.

DEDICATORIA

El presente proyecto está dedicado a todos aquellos que crecieron, afrontaron y se desarrollaron, en un ambiente familiar no adiestrado para acogerlos.

RESUMEN

Objetivos. Determinar la relación entre el nivel de Soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo. **Materiales y métodos.** Estudio descriptivo transversal en el que se encuestó a 118 gestantes que mantenían controles prenatales en el centro Pachacamac. **Resultados.** Se encontró en la población que el 56.8% presentó trastorno de ansiedad, 37.3% presentó depresión y un 33.9%, estrés. Respecto al estudio de correlación fue significativo, se presentó que el trastorno de ansiedad destacó en relación con el soporte familiar. La cohesión familiar presentó relación con las variables de trastorno del estado de ánimo en el siguiente orden: ansiedad con un p valor <0.05 en la prueba exacta de Fisher entre, un coef. correlación de -0.43; IC95% (-0.568; -0.273) y R^2 ajustado de 0.207 en la regresión de Poisson con un IC95% (-0.754;-0.87), la depresión se presentó con un Coef. cor de: -0.363, IC95% (0.5; -0.2) y R^2 ajustado para la regresión lineal de 0.123 (p-valor 0.06) y para la regresión de Poisson: -0.034; IC95% (-0.716; -1.003). Finalmente, con relación al estrés Coef. cor; -0.445; IC95% (-0.6; -0.3), R^2 ajustado para regresión lineal: 0.190 y un regresión de Poisson de -0,028; IC95% (-0.608;-0.0029) y un p valor de 0.0746.

Conclusión. Existe relación entre el tipo de familia y los trastornos del estado de ánimo. En especial se relaciona con el trastorno de ansiedad.

Palabras claves: funcionalidad familiar, cohesión familiar, salud mental, gestantes.

ABSTRACT

Objectives. To determine the relationship between the level of Family Support and mood disorders. **Materials and methods.** A cross-sectional descriptive study in which 118 pregnant women who had prenatal check-ups at the Pachacamac center were surveyed. **Results.** It was found in the population that 56.8% presented anxiety disorder, 37.3% presented depression and 33.9%, stress. Regarding the correlation study was significant, it was presented that anxiety disorder stood out in relation to family support. Family cohesion was related to mood disorder variables in the following order: anxiety with a p value <0.05 in Fisher's exact test between, a coef. correlation of -0.43; 95%CI (-0.568; -0.273) and adjusted R² of 0.207 in the Poisson regression with a 95%CI (-0.754; -0.87), depression presented with a Coef. cor of: -0.363, 95%CI (0.5; -0.2) and adjusted R² for linear regression of 0.123 (p-value 0.06) and for Poisson regression: -0.034; 95%CI (-0.716; -1.003). Finally, in relation to stress Coef. heart; -0.445; 95%CI (-0.6; -0.3), R² adjusted for linear regression: 0.190 and a Poisson regression of -0.028; IC95% (-0.608;-0.0029) and a p value of 0.0746. **Conclusion.** There is a relationship between family type and mood disorders. It is especially related to anxiety disorder.

Keywords: Family functionality; Family cohesion; mental health; pregnant women.

INTRODUCCIÓN

La familia es considerada como la unidad fundamental del estado, dentro de la cual las gestantes cumplen un rol importante de atención y cuidando del desarrollo saludable de un nuevo ciudadano.¹

El entorno social, es un factor que puede tener un efecto protector o convertirse en un factor de riesgo que afecte a un individuo, ya que exponernos a un ambiente hostil puede entorpecer el desarrollo cognitivo del ser humano.² Por otro lado, mantener un entorno familiar saludable, genera una mayor confianza de aspiraciones de desarrollo personal en los niños.³

Según la clasificación de las familias de Olson, este refiere que existen 4 tipos en las cuales la familia ideal es la que mantiene una adecuada unión afectivo familiar y un juego de roles establecidos y mutables capaces de generar una estabilidad emocional en los miembros de la familia.^{4,5}

La pérdida de la salud mental en las gestantes puede desencadenar la depresión postparto y promover la interrupción del vínculo madre hijo desde el nacimiento.⁶

Por las razones comentadas el objetivo general es determinar la relación entre el nivel de Soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas durante el año 2022. Mostramos interés en indagar en el centro de salud Pachacamac por ser la primera opción de atención de los pobladores.

Esta investigación consta de cinco capítulos:

CAPÍTULO I: Hace referencia al planteamiento y formulación del problema, el objetivo general y específico de la investigación, su justificación, limitaciones de esta y el propósito.

CAPÍTULO II: Se puede observar los antecedentes bibliográficos que se utilizaron para la elaboración de este estudio, en dicho capítulo también se observan las bases teóricas.

El CAPÍTULO III: Hace relevancia en la metodología de estudio, el cual comprende el tipo y el nivel de investigación, en el mismo capítulo se detalla la población, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y los aspectos éticos.

CAPÍTULO IV: Este capítulo muestra los resultados de la investigación realizada y las discusiones de la misma.

CAPÍTULO V: Posee las conclusiones y recomendaciones que da el investigador, el cual resuelve el problema planteado.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden al trabajo de investigación.

ÍNDICE

CARATULA.....	I
ASESOR	II
LINEA DE INVESTIGACION	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
ÍNDICE	X
INFORME ANTIPLAGIO	XIV
LISTA DE TABLAS.....	XVI
LISTA DE GRÁFICOS.....	XVII
LISTA DE ANEXOS	XVIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos.....	2
1.3. Justificación.....	3
1.3.1. Justificación Teórica:	3
1.3.2. Justificación metodológica:.....	4
1.3.3. Justificación práctica:.....	4
1.3.4. Justificación social:.....	5
1.4. Delimitaciones del área de estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación.....	6

1.6.	Objetivos	6
1.6.1.	Objetivos generales	6
1.6.2.	Objetivos específicos.....	6
1.7.	Propósito	7
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....		8
2.1.	Antecedentes bibliográficos	8
2.1.1.	Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2.	Antecedentes nacionales.....	11
2.2.	Bases teóricas.....	12
2.2.1.	Fundamentos de trastornos del estado de ánimo.....	12
2.2.2.	Fundamentos teóricos de la familia	16
2.3.	Marco conceptual.....	19
2.3.1.	Gestación	19
2.3.2.	Múltipara.....	20
2.3.3.	Nulípara.....	20
2.3.4.	Trastorno mental	20
2.3.5.	Síntomas autonómicos	20
2.3.6.	Patológico.....	20
2.3.7.	Soporte familiar	21
2.3.8.	Controles prenatales	21
2.3.9.	Violencia familiar	21
2.3.10.	Abuso de sustancias	21
2.4.	Hipótesis	22
2.4.1.	Hipótesis general.....	22
2.4.2.	Hipótesis específicas	22
2.5.	Variables	23
2.5.1.	Variables primarias.....	23

2.6.	Definición de conceptos operacionales.....	24
2.6.1.	Definición operacional de variable “soporte familiar”	24
2.6.2.	Definición operacional de la variable “trastornos del estado ánimo”	24
2.6.3.	Definición operacional de variable “violencia familiar”	25
2.6.4.	Definición operacional de variable “Abuso de sustancias”	25
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN		27
3.1.	Diseño metodológico.....	27
3.1.2.	Tipo de investigación	27
3.1.3.	Nivel de investigación	27
3.2.	Población y muestra.....	27
3.2.1.	Población.....	27
3.2.2.	Criterio de inclusión	28
3.2.3.	Criterio de exclusión	28
3.2.4.	Muestra.....	28
3.2.5.	Cálculo de poder estadístico	28
3.2.6.	Muestreo.....	31
3.3.	Medios de recolección de información	31
3.4.	Técnica de procesamiento de datos	33
3.5.	Diseño y esquema de análisis estadísticos.....	34
3.6.	Aspectos éticos	35
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....		37
4.1.	Resultados	37
4.2.	Discusiones.....	49
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		52
5.1.	CONCLUSIONES	52
5.2.	RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:		55

ANEXOS	66
ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	66
ANEXO N° 2: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	68
ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
ANEXO N° 4: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (FORMATO DE TESIS UPSJB)	72
ANEXO N° 5: INSTRUMENTO (FORMATO DE TESIS UPSJB)	73
ANEXO N° 6: VOLANTE INFORMATIVO	80
ANEXO N° 7: RESOLUCION DE APROBACION DEL CIE-UPSJB	81
ANEXO N° 8: PERMISO DEL CENTRO DE SALUD	82
ANEXO N° 9: TABLA BIVARIADA TOTAL	83
ANEXO N° 10: ANÁLISIS DE GRÁFICOS ACÍCLICOS DIRIGIDOS (Directed Acyclic Graphs, DAGs)	85
ANEXO N°11: EVIDENCIA, CAPTACIÓN Y EXPLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA POBLACIÓN DIANA.	86

INFORME ANTIPLAGIO
(EXPORTADO POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN)

TESIS - MEJIA GRAJEDA SUSAN MILAGROS

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1%
4	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	1library.co Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1%
8	Suaste Hernández Mariana Matzalen. "Prevalencia de co infección hepatitis B y C en	<1%



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Dr. Wilfredo E. Gardini Tuesta"

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

SUSAN MILAGROS MEJIA GRAJEDA

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

- MONOGRAFÍA ()
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ()
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- PROYECTO DE TESIS ()
- TESIS (X)
- OTROS ()

INFORME DE COINCIDENCIAS. (Informe Turnitin): 9%

Tesis Titulada: "SOPORTE FAMILIAR Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC DURANTE EL AÑO 2022"

COINCIDENCIA: 9 %

Conformidad Investigador:

Nombre: Susan Milagros Mejía Grajeda

DNI: 76515207

Huella:



Conformidad Asesor:

Nombre: Víctor Vásquez Matsuda

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Definición operacional de Variables secundarias.....	25
Tabla N° 2. Características sociodemográficas de la población de estudio.....	37
Tabla N° 3. Características gestacionales.....	38
Tabla N° 4. Consumo de sustancias y violencia familiar.....	39
Tabla N° 5. Soporte familiar.....	39
Tabla N° 6. Trastornos del estado del ánimo.....	40
Tabla N° 7. Características de soporte familiar y distribución por trastornos del ánimo.....	45
Tabla N° 8. Consumo de sustancias y violencia familiar y distribución por trastorno del ánimo.....	47
Tabla N° 9. Correlacional bivariado y multivariado.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Esquema de modelo circumplejo para el FACE III de Olson.....	19
Gráfico N° 2. Potencia de muestra, proporción de grupo “A”; personas no expuestas.....	30
Gráfico N° 3. Potencia de muestra, proporción de grupo “B”, personas expuestas.....	30
Gráfico N° 4. Diagrama de flujo del desarrollo de la investigación.....	34
Gráfico N° 5. Número de casos según cohesión familiar y trastornos del estado de ánimo.....	41
Gráfico N° 6. Número de casos según flexibilidad y trastornos del estado de ánimo.....	43

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1. Matriz de consistencia.....	66
Anexo N° 2. operacionalización de variable.....	68
Anexo N° 3. Consentimiento informado.....	70
Anexo N° 4. Ficha de recolección de datos (formato de tesis UPSJB).....	72
Anexo N° 5. instrumento (formato de tesis UPSJB).....	73
Anexo N° 6. Volante informativo.....	80
Anexo N° 7. Resolución de aprobación del CEI.....	81
Anexo N° 8. Permiso de aplicación de proyecto en el centro de salud.....	82
Anexo N° 9. Tabla bivariada total.....	83
Anexo N° 10. Análisis de gráficos acíclicos dirigidos (Directed Acyclic Graphs, DAGs).....	85
Anexo N° 11: Evidencia, captación y explicación de consentimiento informado a la población diana.....	86

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial la salud mental hoy en día se ha convertido en uno de los indicadores con mayor importancia, ya que tras la pandemia por el SARS COV – 2 se ha presentado un aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo.^{7,8} Según Lebel et al., reportó una prevalencia del 37% de síntomas clínicamente elevados de depresión y hasta un 56.6% de ansiedad.⁹ Múltiples estudios han mostrado que los trastornos de índole mental afectaron principalmente a las mujeres, especialmente a las gestantes.^{10,11,12} Durante el progreso del embarazo existe un 35% de probabilidad de aparición de depresión y ansiedad, en comparación con un escenario prepandémico.^{12,13} Además, Shorey et al. mostró en su revisión sistemática que aproximadamente 12% de mujeres puérperas que pueden presentar depresión postparto.⁶ Esta susceptibilidad propicia un mayor riesgo a tendencias de suicidio.¹⁴

Nuestro país se encuentra mejorando las estrategias de atención oportuna en pacientes que presenten algún trastorno del estado de ánimo, incrementando el número de personal y centros de salud asistenciales.⁶ Sin embargo, se ha visto que la atención médica-psicológica aún no se realiza con la integración de la familia, pese a la modificación de atención a un Modelo Atención Integral de Salud (MAIS).^{15,16}

En el Modelo Circumplejo de la Familia de Olson, las familias se determinan según dos variables: Cohesión y adaptabilidad familiar. La primera de estas variables es definida por el nivel de lazos emocionales, tiempo, recreaciones y límites que los integrantes de la familia tienen entre ellos. Las familias con una cohesión familiar desligada, separada o enmarañada son aquellas que no presentan un equilibrio entre las determinantes. En el ámbito de la

adaptabilidad familiar las familias de tipo caóticas y rígidas son los extremos que no muestran indicadores de disciplina, organización, reglas ni roles adecuadas dentro de la familia, generando así un ambiente familiar inestable.^{17,18} Diversos estudios han mostrado la relevancia de que los padres cuenten con una adecuada funcionalidad familiar y buena salud mental para el desarrollo profesional de sus hijos.¹⁹ Otros estudios han mostrado que una correcta lactancia materna puede garantizar un mejor desarrollo cognitivo en sus hijos al enfrentar como factor de riesgo de la interrupción de dicho vínculo el estado emocional de la madre, la cual puede alterarse por un ambiente social poco saludable.^{3,7,8,20,21} A pesar de todo, no se ha visto que dentro de los controles prenatales exista un seguimiento del estado de salud mental de la madre ni de su entorno familiar, capaz de realizar una atención médica-psicológica preventiva a todos los eventos ya mencionados. Es por ello que el presente proyecto pretende estudiar el ambiente familiar de las gestantes para poder aportar un enfoque de la realidad que atraviesa cada madre y se pueda desarrollar un plan de trabajo para el fortalecimiento de la salud mental en este grupo de riesgo.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Existe relación entre el nivel de soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo en madres gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Existe relación entre el tiempo de gestación y los trastornos del estado de ánimo en gestantes del centro de salud Pachacamac durante el año 2022?

- ¿Existe relación entre edad materna y nivel de soporte familiar en gestantes del centro de salud Pachacamac durante el año 2022?
- ¿Existe relación entre tipos de familia y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022?

1.3. Justificación

1.3.1. Justificación Teórica:

En 1990 el programa de Naciones Unidas (PNUD), presentó los indicadores de desarrollo humano (IDH) que son necesarios para fortalecer el progreso de un país. Los panoramas que se miden son vida digna, nivel educativo y vida larga y saludable, los cuales tienen como indicadores la esperanza de vida al nacer, media de años de vida de escolaridad, años esperados de escolarización y el ingreso nacional bruto per cápita. Según el último reporte del Instituto Peruano de Economía, en el 2019 Perú mostró un incremento favorable de un 0.777, siendo el mejor puntaje de desarrollo humano a comparación de años anteriores en nuestro país.²² Pero dicho progreso se ha visto afectado tras atravesar una pandemia.

Como se ha mencionado, los factores que incrementan un desarrollo cognitivo superior están vinculados a una lactancia materna continua la cual puede verse afectada por el deterioro de la salud mental de la madre. De igual manera, la exposición de un niño en un entorno familiar óptimo proporciona el desarrollo de aspiraciones individuales y un buen rendimiento académico, siendo dichos factores los que se involucran dentro de las esferas de desarrollo educativo en el IDH. Por otro lado, se ha evidenciado que uno de los factores que entorpecen el acceso a los sistemas de salud y la garantía de una vida saludable, es el nivel de adaptabilidad familiar, en especial la capacidad de toma de decisiones de la madre. Este factor nuevamente

muestra ser un valor importante en el estudio de la salud mental y entorno social de nuestras gestantes.

Es por ello por lo que el presente proyecto se enfocará en dar estimaciones de la relación familiar y la salud mental que presentan las gestantes previo al nacimiento de un nuevo ser. De esta manera aportará cimientos para futuras investigaciones que puedan visibilizar estrategias para el crecimiento en el IDH en nuestro país.

1.3.2. Justificación metodológica:

En primer lugar, el desarrollo de este estudio permitirá contar mayor producción científica respecto al tema, aportando mayor literatura científica dentro de nuestro país. La investigación al ser descriptiva, correlacional y transversal busca identificar en tiempo real la situación de las gestantes, tanto su nivel social por el entorno familiar como su salud mental. Nuestro objetivo es estudiar la relación entre estas dos variables para denotar la importancia de los posibles factores desencadenantes de una alteración mental. Las variables que se estudiarán bajo esta problemática son: Soporte familiar, la cual se encuentra subdividida por las dimensiones Cohesión y Adaptabilidad familiar. La segunda variable es el trastorno del estado de ánimo. Pretendemos responder las siguientes interrogantes: ¿Qué porcentaje de gestantes cuentan con un ambiente familiar idóneo para criar un hijo?, ¿Qué porcentajes de madres tienen buena salud mental? y su relación entre estas. De este modo se tendrá un panorama claro de la realidad sobre el enfoque familiar en un primer nivel de atención. Además, brindará los cimientos necesarios a estudios de mayor nivel que puedan sustentar una mejor gestión para la prevención de esta problemática.

1.3.3. Justificación práctica:

En el caso de las gestantes, la problemática presentada es poco estudiada e insuficientemente tomada en cuenta al momento de realizar los controles prenatales (CPN). Generalmente los sistemas de salud en el primer nivel de atención realizan un único control psicológico, centrado en evaluar el estado de salud mental de las gestantes recién captadas. Sin embargo, no utilizan herramientas para identificar el tipo de familia en la que la gestante se desenvuelve, lo que limita la capacidad de prevenir el desencadenamiento o empeoramiento de posibles trastornos del estado de ánimo.

1.3.4. Justificación social:

Por lo expuesto, al tratar más a fondo el entorno familiar como un factor importante dentro del primer nivel de atención, se podrá fortalecer el estado emocional de la gestante. Es necesario identificar los tipos de familia para conllevar al desarrollo de un mejor ambiente familiar que pueda educar a los hijos que están por venir. De esta manera, se podrá contribuir en la disminución de la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en la población a partir de las gestantes y su entorno, protegiendo así la infancia de sus hijos.

1.4. Delimitaciones del área de estudio

Delimitación espacial: Centro de Salud Pachacamac, el cual es un establecimiento de salud de categoría I-3 ubicado en Avenida Colonial S/N esquina con Castilla, distrito Pachacamac, Lima – Perú. Pertenece a la Red integrada de Salud Pachacamac-Manchay que, a su vez, pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

Delimitación temporal: El presente estudio, se basó en un estudio transversal, de las gestantes que son atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante la aplicación del estudio en el periodo de febrero a agosto del año 2022.

Delimitación social: se tuvo como población a todas las madres que aun seguían siendo gestantes y aceptaron participar en la encuesta.

Delimitación conceptual: se identificó la relación de la prevalencia de madres gestantes con trastornos del estado de ánimo y su relación con el nivel de soporte familiar.

1.5. Limitaciones de la investigación

El presente estudio contó con limitaciones de tiempo, ya que se realizó tomando como referencia un periodo limitado del mismo, por motivos de que las gestantes cuentan con un periodo de gestación exacta. Sin embargo, se cumplió con el tamaño de muestra necesario para que la investigación sea viable.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivos generales

Determinar la relación entre el nivel de Soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.

1.6.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre el Tiempo de gestación y los trastornos del estado de ánimo que afrontan las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.

- Comprobar la relación entre edad materna y nivel de soporte familiar en gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.
- Establecer la relación entre tipos de familia y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.

1.7. Propósito

Nuestro estudio tuvo como fin apoyar en la identificación de pilares importantes para el mantenimiento de una adecuada salud mental dentro del núcleo básico de la sociedad, en el marco del desarrollo de un nuevo ser. Es de suma importancia revelar los panoramas realistas del desarrollo psicosocial de las gestantes. De esta forma, se generará información descriptiva para que las entidades pertinentes puedan brindar un apoyo oportuno y eficiente hacia estos problemas.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes bibliográficos

2.1.1. Antecedentes internacionales

Savory et al. (2021) en su artículo titulado **“Prevalencia y predictores de mala salud mental entre las mujeres embarazadas en Gales”**. Mediante una encuesta transversal, se realizó un estudio de una muestra de gestantes mayores de 18 años, con una gestación menor o igual a 18 semanas. Aplicaron las encuestas de “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)”, la “Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada 7” (GAD-7) y otras herramientas asociadas con la salud perinatal. Teniendo como uno de los objetivos describir la relación entre mala salud mental y características sociodemográficas y redes de apoyo. Los análisis de datos fueron realizados mediante chi cuadrado y pruebas U de Mann-Whitney. Como resultados encontraron que los estados de ansiedad y depresión se presentaron en un 11.6% de los participantes, de las cuales en un 25,7% se halló positividad en EPDS, pero no GAD-7, y en un 45, 7% se halló positividad en el EPDS y el GAD-7. Dentro de los factores relacionados a la presencia de una mala salud mental en gestantes fueron identificados: tener pareja (pero no vivir juntos) y tener una pobre adaptabilidad familiar. Sin embargo, las características destacadas que se asocian a una menor incidencia de mujeres que dan positivo a cualquiera de las encuestas fueron: mayor apoyo social de la familia y mayor apoyo en redes sociales para evaluar disponibilidad financiera. Se concluyó que los problemas de salud mental durante el periodo gestacional son comunes. Los autores refieren que tras el parto existe poca probabilidad de atención médica ya que existen altas demandas, por lo que se centran en atender a los pacientes con enfermedades graves dentro esa población. Los investigadores sugirieron la generación de nuevas estrategias de intervención para este conjunto de pacientes.²³

Hawkins M et al. (2020) en su artículo titulado **“Participación familiar en el embarazo y salud psicológica entre las mujeres negras embarazadas”**, fue un estudio transversal en el que aplicaron las encuestas “Escala de Estrés Percibido (PSS)”, “The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)”, “Escala de ansiedad relacionada con el embarazo”, asociándose con su reciente encuesta que valora la participación familiar en una población de 203 participantes. El estudio demostró que existía una correlación significativa del involucramiento paternal con los trastornos del estado de ánimo, a excepción de la ansiedad. Se encontró además correlación con niveles bajos de depresión ($\beta = -1.3$, $p < 0.001$), estrés ($\beta = -0.8$, $p < 0.001$), y ansiedad relacionada con el embarazo ($\beta = -0.39$, $p < 0.01$); Enfocándonos en la salud mental de aquellas gestantes que referían no tener algún tipo de apoyo de su pareja, presentaron estados de depresión obteniéndose que el 50% de las mujeres negras embarazadas presentaron una puntuación de mayor o igual a 16 en el score del CES-D. Los investigadores concluyeron que el involucramiento del padre durante la gestación está altamente relacionado con la protección de alguna alteración en el bienestar materno.²⁴

Kadengye et al. (2020) en su investigación titulada **“Efecto del poder de negociación intrafamiliar de las mujeres en la atención médica postnatal e infantil en las zonas rurales de Uganda: resultados de una encuesta transversal en el distrito de Kyenjojo”**. Estudio descriptivo transversal, donde obtuvieron una muestra seleccionada al azar de 323 mujeres con antecedente de haber dado a luz en los 59 meses anteriores de ser encuestados. Para la evaluación de tomas de decisiones en los roles familiares en la que aplicaron tres preguntas. Otras variables medidas fueron la capacidad de asistencia médica post natal y control de crecimiento y desarrollo del neonato. Además, encuestaron si la búsqueda de atención médica ante presencia de fiebre, tos o dificultad respiratoria estaba relacionada con la contribución de la madre en la toma de decisión final. El

análisis de datos fue realizado mediante STATA, en la que aplicaron una regresión logística con datos binarios, ajustando el análisis mediante una distribución de Poisson y riesgo relativo. Los investigadores identificaron que la participación de las pacientes en la decisión final sobre la atención de la salud se relaciona con un 20% más de probabilidad de recibir control médico postnatal e infantil (RR = 1,43, IC [1,08, 1,89]). Destacaron la importancia de contar con una adaptabilidad familiar idónea para tener la capacidad de decidir y cambiar roles en momentos de emergencia y así lograr acceder a los servicios de salud para una atención materno infantil oportuna posterior al parto.²⁵

Cheng ER et al. (2016) en su publicación titulada “La influencia del apoyo prenatal de la pareja en los resultados del embarazo”. Estudio transversal en dos bases de datos secundarias de los proyectos VIVA y ACCESS que contienen una población total de 1764 mujeres. Las encuestas que se aplicaron fueron la escala de depresión post parto de Edimburgo y 7 ítems para detectar ansiedad en mujeres embarazadas. El apoyo paternal se midió mediante una encuesta de Likert de 4 ítems. Como resultados obtuvieron que un bajo soporte paternal se asociaba a altos niveles de ansiedad y depresión (Odds ratio [OR] 1.9; 95% coeficiente de intervalo [CI]: 1.1–3.2 y OR 1.5; 95% CI: 1.1–2.2, en el proyecto VIVA y ACCESS respectivamente). Además, se encontró depresión prenatal entre los participantes del proyecto ACCESS (OR 2.7; 95% CI: 1.9 -- 3.8). El proyecto VIVA, reveló que un bajo soporte paternal durante el periodo fetal se asocia a presencia de bajo peso al nacer (beta = -144 g; 95% CI: -254 a -35), menor edad gestacional al nacer (beta = -0.4 semanas, 95% CI: -0.8 a -0.1), y disminución del crecimiento fetal (beta = -0.21; 95% CI: -0.39 a -0.03). Los investigadores concluyeron que el estado emocional de la gestante tiene el doble de probabilidad de desencadenar ansiedad y depresión natal. Así, es de considerable importancia el apoyo de la pareja durante el proceso de gestación.²⁶

2.1.2. Antecedentes nacionales

Vásquez C. (2021) en su investigación titulada “Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en estudiantes de una institución educativa, independencia 2021”. Estudio transversal correlacional, que tuvo como muestra a 134 estudiantes de 1ero a 3ro de secundaria, con el objetivo de determinar la relación de funcionamiento familiar y las dimensiones de afrontamiento de estrés. Las herramientas que usaron fueron 2 encuestas, el FACE III (para medir el funcionamiento) y el cuestionario COPE (para medir el afrontamiento de estrés). Se obtuvo como resultado una correlación positiva débil entre ambas variables $Rho = 0.56$, concluyendo que las estrategias de afrontamiento dirigido al problema con el funcionamiento familiar de funcionamiento familiar con una $p = 0.524$. De acuerdo con lo descrito por el autor, el hallazgo de estos resultados nos muestra una problemática seria en este tipo de población, ya que las alteraciones de estrés se están diagnosticando desde etapas tempranas de la vida humana, llevándonos a perpetuar las altas tasas de alteraciones de la salud mental. Las personas adultas en los últimos periodos han mostrado un aumento de la prevalencia de signos de somatización ante periodos de estrés, capaz de tornarse a un trastorno incapacitante en el ámbito laboral como social de la persona.²

Guevara-Beltrán y Guevara Ríos (2020) en su artículo titulado “Relación entre la calidad de vida y los modos de afrontamiento al estrés en adolescentes embarazadas que se atienden en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima”, es estudio observacional, de tipo transversal correlacional, en la que encuestaron a 350 gestantes adolescentes de 13 a 19 años de edad, entre los años de 2017 a 2018, con la herramienta de “COPE de afrontamiento del estrés” y “la encuesta de calidad de vida” Olson y Barnes. Los resultados que reportan fueron, la edad promedio fue de 17.08 años, donde mostraban una calidad de vida en un 31.1 bueno. La valoración del afrontamiento del estrés obtuvo un puntaje medio de 61.93. La relación entre

calidad de vida y formas de afrontar el estrés no muestra una relación estadísticamente significativa ($p = 0.226$) de igual manera con la búsqueda de soporte emocional ($p = 0.993$). Los autores refieren que los factores socioeconómicos medio bajos y muy bajos mostraban un distanciamiento en sus entornos familiares, a diferencia de las participantes que integran familias extensas, las cuales mostraban grados de satisfacción alto.²⁷

Quispe M. (2020) en su publicación titulada “**Cohesión familiar y autoestima en estudiantes de una institución pública-Ayacucho 2020**”, que es un estudio epidemiológico en el que encuestaron a 40 estudiantes de 3^{er} grado, con las herramientas de estudio Escala de Rossemberg para medir autoestima y la escala de “FACES III” para la medición de cohesión familiar. Tuvieron como objetivo revelar la relación entre tipo de cohesión familiar y los niveles de autoestima. El estudio identificó que el 45.5% de los estudiantes contaba con una familia constituida. El nivel de cohesión familiar en su mayoría (50%) de los estudiantes se encontraban en una familia de tipo semi relacionada, siendo la edad media de los encuestados 14 años. El nivel de autoestima sobresaliente fue el nivel medio (50%) y bajo (22.7%) terminándose como niveles no idóneos para el desarrollo de una población saludable. La relación entre los niveles de autoestima y la cohesión familiar postulada por el autor resultó significativa (p -valor =0.047). De esta forma, se demostró la relevancia que tiene el ambiente familiar y tipo de relación de los miembros de una familia frente al desarrollo psicosocial del niño. Además, sugieren fuertemente una intervención educativa y médica a los adultos que desean formar una familia.²⁸

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Fundamentos de trastornos del estado de ánimo

2.2.1.1. Enfoque teórico:

Los trastornos del estado de ánimo, también llamados trastornos afectivos, son aquellas alteraciones de las sensaciones anímicas normales. Estas se pueden mostrar como una sobreexpresión capaz de causar una limitación de desarrollar una vida cotidiana con un progreso natural, a consecuencia de la afectación de nuestra salud mental.^{29,30} En otras palabras, es normal sentir tristeza, ansiedad y estrés, en pequeños momentos de nuestra vida, sin la capacidad de alterar nuestra rutina diaria. Sin embargo, al momento de somatizar estos estados reflejan el desborde y descontrol de estos sobre nuestra salud física, emocional y social.

2.2.1.2. Componente teórico

2.2.1.2.1. Trastorno de ansiedad

La ansiedad es un síntoma que se puede presentar normalmente en la vida cotidiana. Esta aparece por la necesidad de supervivencia, manteniéndonos en un estado de alerta ante cualquier catástrofe que pueda suceder. En el aspecto patológico, se puede presentar según la “Clasificación Internacional de Enfermedades, 11va Edición” (CIE-11) y el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-V), como sensación de malestar asociado a síntomas somáticos u objetivos.³¹ En el transcurso de las actualizaciones de la definición de ansiedad, a diferencia del CIE – 10 donde la conceptualizan como la aprehensión de posibilidades preocupantes de futuras desgracias, en el CIE – 11 se especifica como la preocupación excesiva a múltiples eventos del día a día con mayor frecuencia relacionados a la familia, factores económicos, trabajo y estudios. Estas se caracterizan por la presencia de temor, despersonalización, capaz de afectar de manera física, con síntomas adrenérgicos u gastrointestinales como palpitaciones, náuseas y dolor abdominal.³² Dentro de su clasificación nos regimos a dos guías: el DSM V lo clasifica como trastorno del pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad social (fobia social), fobias específicas, trastorno de ansiedad

generalizada.³⁰ CIE- 11, en su intento de adaptarse al DSM-V en el 2019 nos presentó su catalogación como: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo.^{29,33}

2.2.1.2.2. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Se caracteriza por preocupación excesiva por múltiples problemas que persisten por varios días incluso meses. Pueden presentar tensión muscular, hiperactividad, nerviosismo, dificultad para concentrarse, trastorno del sueño y síntomas adrenérgicos.^{33, 34} Se ha visto asociado a alta prevalencia de comorbilidad a lo largo de la vida (81,9% [0,7%]), en especial con depresión mayor (63,0% [0,9%]) y otros trastornos de ansiedad (51,7% [0,9%]).³⁵ La carga genética si es de relevancia médica ya que se muestra una predisposición del 30% en el individuo, siendo el 5-HTT, 5-HT1A, MAOA los genes con aparente susceptibilidad en el TAG.³⁶

2.2.1.2.3. Trastorno de ansiedad social

Se define como aquel trastorno donde el individuo experimenta miedo o angustia marcada junto a características físicas como rubor, sudoración, en situaciones sociales. Los síntomas permanecen por varios meses provocando un deterioro significativo de manera personal, con su familia, en áreas educativas y demás.³⁷ El miedo es a las evaluaciones negativas y no a las situaciones que experimentan. Dentro del DSM V, los subtipos que se pueden presentar son el de solo evidenciarse en momentos donde destaque el rendimiento del individuo.²⁹ El curso de esta enfermedad puede desarrollar comorbilidad como adherencia a drogas, consumidas por crear una disminución de las sensaciones de angustias.³⁸

2.2.1.2.4. Trastorno de pánico

Una característica distintiva de este trastorno es que los “ataques de pánico” son inesperados y que no están asociados a un estímulo particular. Además, puede presentar episodios de miedo discreto, dificultad para respirar, anginas estables, mareo, sofoco³¹. Existe un factor de herencia genética, en la que los familiares de primer grado presentan tasas más altas de trastorno de pánico, que aquellos que tienen antecedentes de cualquier otro tipo de alteración del estado de ánimo.^{29,39}

2.2.1.2.5. Agorafobia

Como el mismo término refiere, la agorafobia se entiende como la fobia a los espacios abiertos.⁴⁰ Produce miedo y ansiedad excesiva, como respuesta a la sensación de exponer su vida fuera de su casa.²⁹ El inicio puede darse tanto súbitamente como presentar antecedentes de eventos traumáticos en el pasado; la cuales se relaciona a la heredabilidad hasta en un 61%.⁴¹

2.2.1.2.6. Mutismo selectivo

Se caracteriza por la selectividad del habla, en situaciones sociales, capaz de revertirse con sus padres. Tiene un tiempo de duración mínima de un mes y generalmente está relacionada con niños y adolescentes.³¹ La persistencia de este trastorno puede dificultar el desarrollo académico. Los diagnósticos diferenciales para el descarte de trastorno del lenguaje son: el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el Síndrome de Landau-Kleffner (LKS), el mutismo selectivo y la afasia adquirida.²⁹

2.2.1.2.7. Trastornos de estrés

Se caracteriza por síntomas autonómicos (taquicardia o sudoración), como síntomas emocionales provocados ante una exposición a un evento

amenazante para la vida. Generalmente comienza a disminuir unos días después del evento o después de la eliminación de la situación amenazante, denominándose así trastorno de estrés agudo (TEA).^{29,42,43} La progresión y mantenimiento en tiempo a una cronicidad, debido a recuerdos intrusivos, flashbacks, pesadillas, intensificación de la sensación de amenaza general conllevan a un estado de hipervigilancia o sobresaltos exagerados a estímulos externos.^{42,44}

2.2.1.2.8. Depresión

Los síntomas depresivos pueden incluir desinterés o placer en muchas, sino todas las actividades, insomnio o, por el contrario, hipersomnia, inapetencia o baja de peso, agitación psicomotora, hipoactivo, desconcentración, pensamientos de inutilidad o incluso culpa. Estos síntomas y signos pueden persistir mínimamente durante tres a cuatro meses sin ayuda psicológica.^{31,45} En la mayoría de los casos se puede presentar una remisión total al año del primer episodio (también conocido como trastorno depresivo de un solo episodio).²⁹ La presentación de otro evento depresivo, varios meses después del primer evento se denomina trastorno depresivo recurrente la cual tiene como característica importante que no haya presentado una alteración mínima de su estado de ánimo.⁴⁶

La relación de frecuencia de depresión según sexo es predominante en mujeres, pero los pocos casos presentes en hombres están relacionados con el progreso al suicidio.^{9,11}

2.2.2. Fundamentos teóricos de la familia

Científicamente se ha evaluado este componente de manera antropológica y sistémica. La primera se refiere que todo ser humano es dependiente de una familia, ya que somos seres sociales por naturaleza por depender de un

núcleo social para nuestro desarrollo. Diversos autores lo definen como la primera escuela de la humanidad.⁴⁷ De manera sistémica se conceptualiza la formación de un grupo de personas sin necesidad de dependencia de vínculos sanguíneos, las cuales cumplen una función o rol determinado viviendo en un mismo hogar. En el modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ministerio de Salud (MINSA) se muestra la tipología de familia que existen: A) familia nuclear, aquella constituida por padres e hijos; B) familia extendida, aquella que está conformada con la familia nuclear y parientes de tercera generación; C) familia ampliada, conformada por la familia nuclear además de parientes como familia, cuñados, primos entre otros; D) familia monoparental, aquella formada solo por el padre o la madre más los hijos; y la E) familia reconstituida, que es aquella formada por uno de los padres con un nuevo compromiso y los hijos.^{15,16}

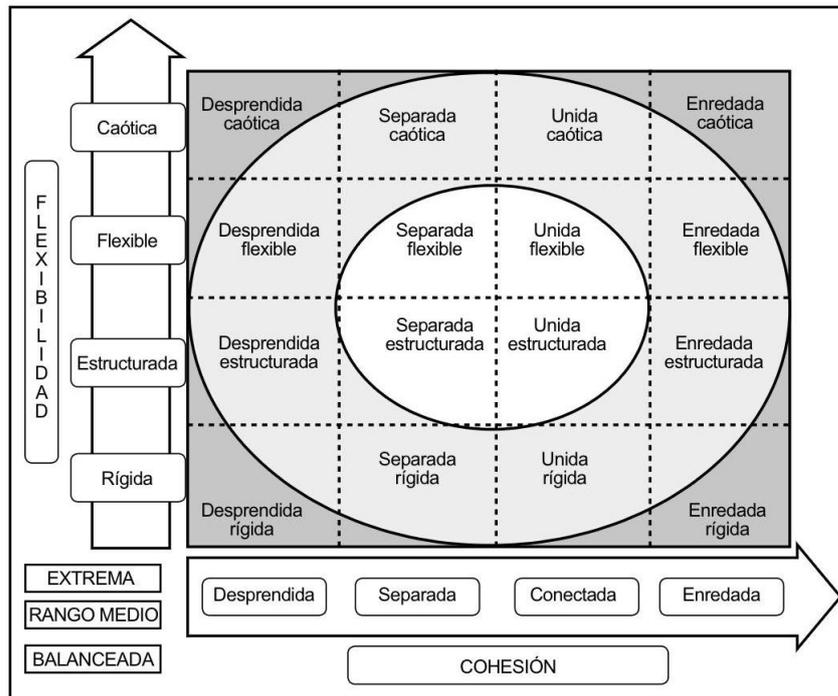
2.2.2.1. Adaptabilidad Familiar

La adaptabilidad familiar es definida por Olson (1985) como una habilidad o capacidad para cambiar los papeles y reglas en el liderazgo dentro de un grupo familiar en respuesta a posibles problemas situacionales, en referencia al grado de flexibilidad de aquellos que conforman ese grupo familiar al presentarse diversos cambios.^{48,49} Esta adaptabilidad puede llegar a ser dimensionada y eventualmente clasificada en los siguientes niveles: 1) Rígidas, que son aquellas familias con un autoritarismo parental fuerte y renuente a los cambios; 2) Estructuradas, que son aquellas familias con la capacidad de equilibrar el cambio y su respectiva estabilidad para lograr ser funcionales y compartir roles cuando sea necesario; 3) Flexibles, que son aquellas que son muy abiertas a la posibilidad de cambios manteniendo un balance saludable de poder entre padres e hijos; y 4) Caóticas, que son aquellas en las que se aprecia una fuerte falta de estructuración y de liderazgo y en la que los roles cambian frecuentemente entre padres e hijos.^{49,50,51} Su importancia radica en el hecho de que, junto a la dimensionalidad de la

cohesión familiar y su correlación, se determinan distintos niveles de funcionalidad familiar.^{52,53}

2.2.2.2. Cohesión familiar

La cohesión familiar hace referencia al vínculo emocional que une a aquellos miembros pertenecientes a un determinado grupo familiar.^{48,49} Es un término, al igual que en el anterior concepto, es dimensionado con el fin de evaluar la magnitud en la que miembros de un determinado grupo familiar se encuentran conectados o no unos con otros, determinando así la disfuncionalidad o no de dicho grupo.^{52,53,54,55} Esta dimensión al ser evaluada se clasifica en: A) Desligadas, que son aquellas familias que presentan una autonomía individual y se encuentran, en lo general, separados emocionalmente; B) Separadas, que son aquellas que pueden presentar cierta independencia entre sus componentes y cuentan con un equilibrio definido entre estar solos y en conjunto a pesar de preferir la primera opción; C) Conectadas, que son aquellas en las que se presentan cierta dependencia y gran cercanía emocional entre sus miembros prefiriendo sus momentos en conjunto a sus momentos en soledad; y D) Aglutinadas, que son aquellas en las se caracterizan por una gran dependencia y cercanía familiar que conduce a un escaso desarrollo individual.^{48, 49, 53} Su importancia radica en que dependiendo del nivel donde se encuentren, según Olson, se puede facilitar o dificultar el funcionamiento familiar.



Fuente: Elaborado por Juan Carlos Bazo-Alvarez y colaboradores, basado en el manual original del FACES III de Olson, Portner y Lavee (1985)

Gráfico 1. Esquema de modelo circunplejo para el FACE III de Olson. El eje “x” e “y” están representadas por las variables cohesión y flexibilidad familiar, generando así la clasificación de los 16 tipos de familias.

2.3. Marco conceptual

A continuación, se explicarán las definiciones sobre diversas palabras que se han utilizado a lo largo de este manuscrito.

2.3.1. Gestación

Es el estado de espera de un nuevo ser, el cual inicia en el momento de la implantación del óvulo fecundado, y termina en el parto. El tiempo de duración en el ser humano es de 9 meses o 41 semanas y 7 días. Se clasifica en 3 trimestres para el agrupamiento de posibles eventos patológicos que pueda

cursar. Durante este tiempo la madre experimenta cambios hormonales y anatómicos para el adecuado desarrollo y crecimiento del feto.⁵⁶

2.3.2. Multípara

Hace referencia a aquella mujer que ha cursado por más de 1 parto.⁵⁶

2.3.3. Nulípara

Hace referencia a aquella mujer que no ha cursado el proceso del parto, a pesar de haber estado experimentado con una gestación actual o previa.⁵⁶

2.3.4. Trastorno mental

Es la alteración del estado mental de las personas, la cual se logra identificar por estudios específicos por especialistas, por actitudes o pensamientos aberrantes las cuales pueden lograr incapacitar a la persona. Estas pueden clasificarse según gravedad en: leve moderado y severo. Además, un mismo sujeto puede tener más de una alteración en la salud mental en un tiempo determinado.⁹

2.3.5. Síntomas autonómicos

Son aquellos síntomas que se desencadenan después del estímulo simpático del sistema nervioso central, en los que se ven signos como la frecuencia cardíaca acelerada (taquicardia), la frecuencia respiratoria rápida (taquipnea) sudoración sin necesidad de esfuerzo físico y síntomas gastrointestinales.⁵⁷

2.3.6. Patológico

Es aquel estado distinto a lo normal, ya sea en el funcionamiento o formas del cuerpo humano. Durante la gestación existen cambios positivos de la madre sin necesidad de ser anormal ni capaz de poner en riesgo la vida de la gestante.^{57, 58}

2.3.7. Soporte familiar

Se entiende por el apoyo que esta puede brindar a un miembro de la familia ya sea emocional o económico. Este término también abarca el juego de roles que la familia comparte y la unión sentimental que se tienen entre ellos.⁵⁹

2.3.8. Controles prenatales

Son aquellos controles necesarios que la gestante debe tener de su bebe mientras se encuentra en su vientre, las recomendaciones mínimas según la OMS son más de 7 controles prenatales hasta el momento del parto.⁶⁰ Según el Ministerio de salud del Perú, determinó que el número de controles mínimo que debe de tener una gestante es de seis.⁶¹

2.3.9. Violencia familiar

Es aquella violencia que es impartida dentro de un domicilio, en esta comprende actos de maltrato físico y psicológico, integrando también la violación.⁶²

2.3.10. Abuso de sustancias

Es el consumo de sustancias psicoactivas de manera abundante, la cual puede generar alteraciones en el sistema nervioso central llevando a un deterioro neurológico y comprometiendo otros órganos, siendo capaz de

intervenir en las alteraciones conductuales de las personas. En nuestro país se consumen más 3 principales drogas: Alcohol, tabaco y la marihuana.⁶³

2.3.11. Consumo de sustancias

Son aquellas personas que refieren haber ingerido alguna sustancia psicoactiva sin tener dependencia de estas.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

- **HG1:** Existe relación entre el soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.
- **HG0:** No existe relación entre el nivel de soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.

2.4.2. Hipótesis específicas

- **HE1:** Existe relación entre el tiempo de gestación y trastornos del estado de ánimo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.
- **HE0:** No existe relación entre el tiempo de gestación y trastornos del estado de ánimo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.
- **HE2:** Existe relación entre la edad materna y el nivel de soporte familiar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.

HE0: No existe relación entre la edad materna y el nivel de soporte familiar que afrontan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.

- **HE3:** Existe relación entre tipos de familias con algún trastorno del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.

HE0: No existe relación entre tipos de familias con algún trastorno del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacamac durante el año 2022.

2.5. Variables

2.5.1. Variables primarias

2.5.1.1. Definición conceptual de la variable uno: Soporte familiar

El soporte familiar está definido como el apoyo emocional y/o económico que puede brindar la familia a sus mismos integrantes. Está considerado también dentro de los estudios de soporte social. Como se explica en el apartado 2.2.2.2 y 2.2.2.3 del marco teórico, se clasifican en 8 tipos de familia.

2.5.1.2. Definición conceptual de la variable: trastornos del estado de ánimo.

El trastorno del ánimo es una patología psiquiátrica que contiene alteraciones en los niveles de estrés, depresión y ansiedad, las cuales pueden llegar a incapacitar al paciente de manera física e incluso llegar a comprometer su vida. Estas patologías tienen grados de varianza, como leve, moderado y severo, ya que son determinadas por el nivel de compromiso y características clínicas que presenta el paciente. Estos trastornos pueden encontrarse

individualmente como también presentar una mezcla de signos y síntomas entre ellas.

2.5.1.3. Definición conceptual de la variable confusora: violencia familiar

La violencia familiar, es aquel acto que inflige a una persona reconocida como integrante de un determinado grupo familiar a otro miembro del mismo grupo. Este acto puede ser presentado de manera física o psicológica.

2.5.1.4. Definición conceptual de la variable confusora: Abuso de sustancias

Es el consumo de cualquier sustancia psicoactiva de manera desmesurada, por cualquier vía, ya sea inhalatoria, oral, intravenosa, etc. capaz de generar dependencia.

2.6. Definición de conceptos operacionales

2.6.1. Definición operacional de variable “soporte familiar”

Esta variable estará determinada por dos dimensiones, adaptabilidad y cohesión familiares, las cuales son del tipo de variables categóricas. Constan de 20 preguntas de las cuales 10 pertenecen a cada una, teniendo como puntuaciones del 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5). Como se mencionó en el marco conceptual, se clasifican en 8 subtipos de familia: desligada, separada, conectada, aglutinada, rígida, estructurada. flexible y caótica.

2.6.2. Definición operacional de la variable “trastornos del estado ánimo”

Es una variable de tipo categórica, define a aquellos que presentaron alguna alteración de una de sus tres dimensiones, ansiedad, estrés y depresión, siendo identificadas dentro de 21 preguntas (7 ítems por cada dimensión).

2.6.3. Definición operacional de variable “violencia familiar”

Está identificado por la dimensión de experiencias de maltrato, dividido en los indicadores psicológico y físico. Esta variable dicotómica es interrogada por 5 preguntas, las cuales responden a formas de agresión física y/o emocional antes o durante su gestación.

2.6.4. Definición operacional de variable “Abuso de sustancias”

Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas; tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o somníferos, alucinógenos, opiáceos, etc.

Tabla N°01. Definición operacional de Variables secundarias.

VARIABLES SECUNDARIAS			
EDAD			
DEFINICIÓN OPERACIONAL	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Tiempo que ha vivido una persona desde el momento del nacimiento hasta la actualidad.	A. 12 – 17 años 11 meses y 29 días B. 18 – 29 años 11 meses y 29 días C. 30 – 59 años 11 meses y 29 días D. 60 a más años	Intervalos	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTADO CIVIL			
Determinar el tipo de vínculo familiar en el que se encuentra, según estado civil.	a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Divorciada e. Conviviente	Nominal	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
EDAD GESTACIONAL			
Tiempo en Semanas de gestación agrupadas por trimestre.	A. 1 – 13.5 semanas B. 14 – 27 semanas C. 28 – 41 semanas	Intervalos	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente: Propiedad del autor, tabla de operacionalización de variables.

Tabla N°01. Definición operacional de Variables secundarias. (contin.)

DIAGNÓSTICO PREVIO DE ALGUNA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA			
Diagnóstico previo de alguna patología psiquiátrica en la infancia por un personal certificado en salud mental.	A. SI B. NO	Nominal	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ANTECEDENTES DE PARTOS PREVIOS			
Antecedente de partos previos para la determinación si es primípara o multípara.	A. SI B. NO	Nominal	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES			
Cantidad de controles prenatales que ha asistido la gestante hasta el momento de la encuesta.	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 g. 7 h. 8 i. Mayor a 8	Cuantitativo	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ANTECEDENTE DE DEFUNCIÓN FAMILIAR			
Antecedente de fallecimiento de familiares cercanos durante la pandemia por COVID 19.	A. . si B. no	Nominal	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ACTIVIDAD LABORAL			
Antecedentes de ingresos económicos estables de la familia en los últimos meses.	A. si B. no	Nominal	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente: Propiedad del autor, tabla de operacionalización de variables.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Enfoque de la Investigación:

cuantitativo, la cual es posible de medir las variables de manera numéricamente mediante el uso de herramientas estadísticas. El enfoque tiene el objetivo de permitir la descripción, explicación, predicción y control de las fuentes y la predicción de ocurrencia respecto la problemática a investigar. utilizando un Método hipotético – deductivo, la que se centra en la creación de una hipótesis mediante dos supuestos, uno universal y otro empírico, la cual llevará a la contrastación de la hipótesis.^{64,65}

3.1.2. Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo ya que no se busca intervenir en el curso natural del desarrollo personal de cada gestante. Además, se aplicará de manera única en tiempo, espacio y persona, tratando de establecer un panorama actualizado de la realidad que afronta cada paciente gestante.⁶⁴

3.1.3. Nivel de investigación

El nivel correlacional ya que se relacionan dos variables primarias: nivel de soporte familiar y la variable secundaria, trastorno del estado de ánimo; buscando la relación capaz de aceptar o rechazar una hipótesis.⁶⁵

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Toda madre gestante que esté cursando cualquier trimestre de gestación durante el año 2022. Total 182.

3.2.2. Criterio de inclusión

Ser gestante y estar cursando sus controles prenatales en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.

3.2.3. Criterio de exclusión

Antecedente de diagnóstico de algún trastorno mental-emocional. No llenar la aceptación en el consentimiento informado, encuestas mal llenadas o incompletas, ser menor de edad o no desear ser incluida en el estudio.

3.2.4. Muestra

Nosotros de forma conservadora reunimos 118 pacientes quienes cumplieron todos los criterios. Con ello realizamos el cálculo de potencia de estudio por ser un estudio no probabilístico, tipo censal ya que contaremos con el total de población sin necesidad de discriminar a ninguna gestante durante la aplicación del presente proyecto y no necesitar una muestra representativa.⁶⁵

3.2.5. Cálculo de poder estadístico

Es aquel que representa la probabilidad de rechazar una hipótesis falsa, sin errar en la decisión (sin cometer un error tipo II) ya que el error de tipo I se supedita eligiendo una significancia al 5% (entendiendo que las comparaciones serán significativas 1/20).⁶⁶ Se le conoce estadísticamente como $1-\beta$, teniendo un valor del 80% (mínimo aceptado en la literatura

biomédica).⁶⁷ Para ello es necesario contar con: un cálculo muestral, nivel de significancia estadística (valor de α) y tamaño de efecto (magnitud mínima de la asociación de los grupos clínicamente relevantes).⁶⁸ Es por ello por lo que en el momento de la producción del protocolo determinamos la cantidad de muestra que necesitamos para obtener una potencia de muestra óptima ya que representará la precisión que debe alcanzar el estudio en referencia a los antecedentes. Dándonos la posibilidad de ajustar el tamaño muestral dentro de cada grupo perteneciente al estudio. Para esto nos guiamos de la fórmula:

$$z = \frac{p_A - p_B}{\sqrt{\frac{p_A(1-p_A)}{n_A} + \frac{p_B(1-p_B)}{n_B}}}$$

En nuestro caso, al calcular la potencia alcanzada nuestro estudio, Siendo “n” nuestro número de muestra que encuestamos (118), designamos $\alpha = 5\%$. En cuanto la estimación de proporciones según los antecedentes de expuestos y no expuestos que utilizamos fueron 65.9% y 0.0% respectivamente, obteniendo estos porcentajes de los pacientes que reportan haber tenido ansiedad en ambientes familiares desligada y conectada (en el mismo orden), siendo “conectada” un ambiente familiar idóneo.⁶⁹ Dándonos como resultado: que se tuvo una potencia de muestra del 0.9544, teniendo así un porcentaje aceptable de error tipo 2 en nuestros resultados.

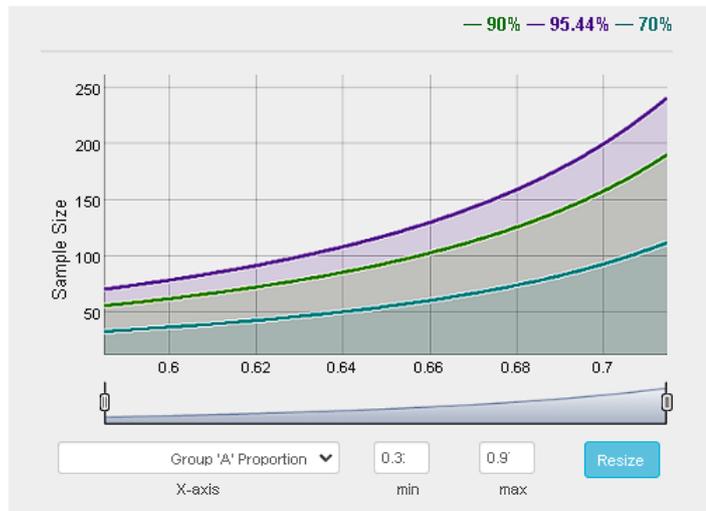


Gráfico 2: Potencia de muestra, proporción de grupo "A"; personas no expuestas,

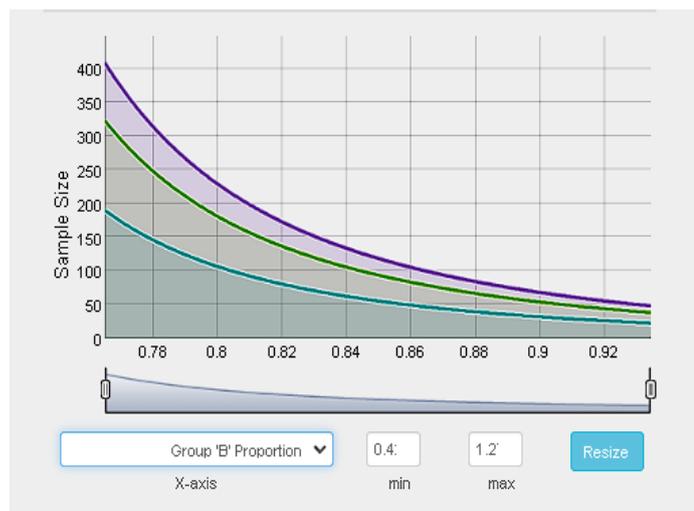


Gráfico 3: Potencia de muestra, proporción de grupo "B"; personas expuestas,

Además, el resultado de este cálculo nos muestra que la diferencia de las proporciones de personas no expuestas es directamente proporcional a la potencia de estudio, en cambio, en el grupo de expuestos a mayor porcentaje de exposición se necesitará menor muestra (gráfico 2). Es necesario resaltar que mientras existan mayores diferencias entre las proporciones de expuestos y no expuestos, se puede encontrar mayor potencia de estudio.

3.2.6. Muestreo

Se realizará un muestreo por conveniencia ya que seleccionaremos a las gestantes que cursan atenciones de control prenatal en el Centro de Salud Pachacamac. De tipo censal ya que contamos con acceso de aplicar el estudio a todas las gestantes del centro de salud.⁶⁵

3.3. Medios de recolección de información

Para la difusión de nuestras encuestas, la vía principal fue física. Se encontraron impresas junto con el consentimiento informado y se entregó únicamente a las madres gestantes que pasen control obstétrico en el Centro de salud Pachacamac.

La variable soporte familiar, fue recolectada mediante la encuesta **“Escala de Evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar” (FACE III)**, modificado por David Olson en 1985, cuya última versión consta de 20 ítems que determinan los grados de dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad familiar). Estas se encuentran distribuidas en 10 ítems para cada uno mediante una escala tipo Likert.⁴⁸ La dimensión cohesión familiar enfoca su estudio en el grado de unión familiar de índole afectiva, clasificándolos como: “Desligada”, “Separada”, “Conectada” y “Aglutinada”.^{49,53} En el ámbito de adaptabilidad familiar se estudia la repartición de roles, así como la versatilidad de cambiar y ajustar sus responsabilidades frente a momentos de crisis, dentro de la familia, se definen en 4 niveles, “familia rígida”, “estructurada”, “flexible” y “caótica”. En ambas dimensiones los extremos son considerados tipos de familia no idónea para el desarrollo humano. En el año 2003 fue validada en su versión en español en una muestra de 270 familias elegidas aleatoriamente resultando un índice de alfa de Cronbach de 0.7, por lo que se considera como una encuesta fiable.⁶⁹

En cuanto la variable Trastornos del estado del ánimo, se utilizó la **“Escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés” (DASS-21)** creada en 1995 por Lovibond, en la que se realiza una medida cuantitativa en la que evalúa sus tres dimensiones con 21 ítems teniendo 4 opciones de respuesta: a) “No me ha ocurrido”, b) “me ha ocurrido un poco o poca parte del tiempo”, c) “me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo” y d) “me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo”), de las cuales se obtendrán puntajes para la determinación de la gravedad de cada dimensión en “leve” “moderada” y “severa”.⁷⁰ Esta herramienta no es de índole diagnóstico ya que necesitará de una evaluación clínica profesional. La encuesta cuenta con validación en el habla español en una muestra de adolescentes, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.8 de manera general. Específicamente la variable depresión mostró un alfa de Cronbach en un 0,91 a diferencia de las dimensiones de ansiedad y estrés que contaron con un índice de 0.88, encontrando también que el coeficiente omega fue óptimo.⁷¹

Y para el análisis de las variables “confusoras” violencia familiar y abuso de sustancias se usaron las herramientas: **“La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)”** y el identificador de abuso familiar en gestantes con la herramienta **“Abuse Assessment Screen (AAS)”**.

El proyecto ASSIST de la OMS, brindó como resultado el manual para la aplicación e identificación de personas que consumen sustancias psicoactivas en el primer nivel de atención. De esta manera proporcionarles una atención oportuna mediante su derivación a especialistas. El cuestionario consta de 8 preguntas, identificando el consumo de Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos, Otras drogas.⁷² Revelando la puntuación de riesgo con cada sustancia que el usuario reporta que consumió. La puntuación final, clasifica a los encuestados según el nivel de riesgo para

cada sustancia, “bajo”, “moderado” o “alto”. El manual y la herramienta presenta su versión en español validada en el 2021, en el que el análisis psicométrico con 229 alumnos en la ciudad de México reveló que la prueba obtuvo una confiabilidad adecuada con una Alpha de Cronbach = 0.84 con un intervalo de confianza de 95%.⁷³

El AAS, fue propuesto en 1992 por Judith McFarlane y coautores, el cual consta de 5 preguntas enfocando la forma de violencia, ya sea física, psicológica o sexual. Además, considera si las agresiones sucedieron durante la gestación, interrogando quién lo realizó y número de veces que experimentó la agresión.⁷⁴ Esta herramienta ha obtenido valor en el uso en los centros de salud de primer nivel de atención de distintos países ya que logra obtener una sensibilidad del 93-94% y una especificidad de 55-99%. Se encuentra validada en la versión en español, publicado el 2016, estudio transversal, donde estudiaron a 1329 gestantes durante los años 2008-2009 en 9 centros de salud. Donde se encontró que la versión en español mantuvo una especificidad superior a 97% en todos los tipos de abuso y sensibilidad 100% en los casos de abusos severos, sin embargo, los casos de abuso no severos mostraron sensibilidad menor.⁷⁵ Esta versión cuenta con 7 preguntas dicotómicas, teniendo como fin agregar dos interrogantes que visibilicen la violencia emocional.

3.4. Técnica de procesamiento de datos

Con la información recolectada se creó una base de datos en Excel, la cual se almacenó en una carpeta en crudo. Posterior al enrolamiento donde asignamos un código de identificación, para asegurarnos de la protección de cualquier información que revele su identidad ya sea directa o indirectamente, procedimos a la creación de un libro Excel codificado la cual se utilizó en el resto del análisis estadístico.

Para el procesamiento de datos utilizamos Microsoft Excel 2021 y R Studio v4.1.0.

3.5. Diseño y esquema de análisis estadísticos

Después de realizar el filtrado de las encuestas se corroboró el correcto llenado de estas, en una base de datos, cumplimiento de los criterios de inclusión exclusión y eliminación, la cual en primera instancia fue elaborada en el programa Excel 2021. Posteriormente, esta fue adaptada al programa estadístico R Studio y se procedió al análisis. **(Véase Gráfico 3)**

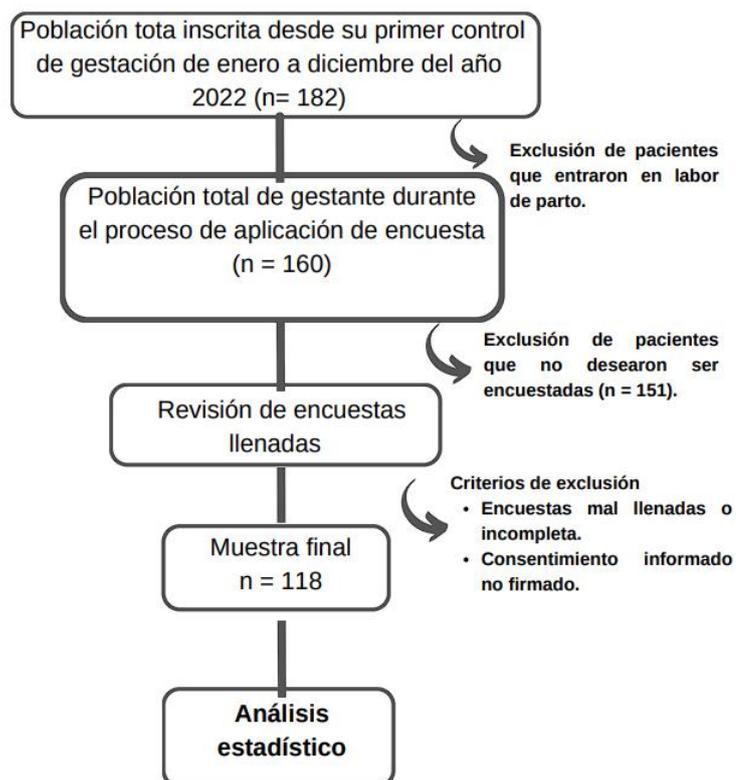


Gráfico 4: Diagrama de flujo de la obtención de la muestra

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos univariados, la data de tipo cuantitativa se analizó en tablas de frecuencia, viendo el tipo de distribución.

Las variables de tipo categóricas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes, identificando la prevalencia.

Para el análisis bivariado se diseñaron tablas de doble entrada, comparativa entre todas las variables. Consideramos la variable soporte familiar como probable exposición y los trastornos del estado de ánimo como posibles desencadenantes.

Realizamos, además, una evaluación relacional entre las variables predictoras intervinientes con el test exacto de Fisher y se hizo una comparación entre el puntaje promedio de los diferentes grupos de interés (categorías de variables predictoras usando la prueba de Kruskal-Wallis).⁷⁶

Finalmente, decidimos realizar análisis de correlación, regresión lineal y regresión lineal múltiple ajustando y la regresión de Poisson para el cálculo de PR de las co-variables con potencial confusor.

3.6. Aspectos éticos

En primer lugar, el presente trabajo contó con la aprobación por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC con el código de registro N° 1762-2022-CIEI-UPSJN y de manera formal el permiso para realizar el estudio desde el departamento de jefatura del centro de salud Pachacamac. **(véase en anexos)**

Durante la aplicación de la investigación se explicó a la población los principios de la bioética que se debe respetar en cada proceso de investigación y en su atención como paciente, los cuáles son: beneficencia, no maleficencia, el principio de justicia y el de autonomía.

También se le explicó la confidencialidad de los datos, los cuales estarán asegurados con clave para su acceso. Además, se realizó un proceso de enrolamiento en la que se asignará un código de encuestado, reemplazando su nombre en el Excel que se transfirió a toda la base de datos del paciente. Finalmente, eliminamos formas de identificación indirecta como ubicación, número de DNI, correos electrónicos, etc.

Todas nuestras encuestas cuentan con un acápite de consentimiento informado, donde se explican los procesos del presente proyecto, el responsable, la finalidad del estudio, los beneficios de atención y seguimiento que puede tener en el departamento de psicología. Así mismo se explica la capacidad de retiro voluntario en cualquier momento de la investigación, forma de protección y procesamiento de datos. Además, se les dejará un correo electrónico donde podrán presentar sus dudas y solicitudes.

Se les brindó folletos de asesoramiento psicológico, números de emergencia, información para la identificación clínica de los estados del trastorno del ánimo e inducción de la importancia del entorno familiar hacia la gestante y el bebé en camino. Con ello buscamos cumplir y asegurarnos de la protección del estado psicológico de la gestante y ser parte durante esta investigación en el apoyo de la atención integral del paciente.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Características poblacionales

En la población se evidencia que el 51.7% se encuentra en el rango de edad de 18 a 29 años. En su mayoría (el 73% de la población) se encontraba en una relación familiar de “convivientes”, siendo menos del 50% las que presentaban una relación “formal” (casada, n =27%).

En cuanto a otras de las características sociodemográficas, la mitad de la población refiere tener una estabilidad económica favorable. Como respecto a la variable de exposición a la COVID – 19, se cuestionó si presentaron antecedente de defunción de algún miembro de su familia, siendo el 30% los que sí tuvieron esa exposición.

En nuestra población encontramos que solo el 52% eran primigestas. en su mayoría al momento de la encuesta se encontraron en el tercer trimestre de su gestación (n=62%). A la hora de la encuesta las gestantes presentaron un número idóneo de controles prenatales (**mayor detalle en la tablas N 02 y N°03**).

Tabla N°02. Características sociodemográficas de la población de estudio

Características sociodemográficas								
	Edad		Estado civil		Estabilidad económica			
	#	%	#	%	#	%	#	%
18 a 29 años	61	51.7	Soltera	18	15.3	No	59	50.0
30 a 59 años	57	48.3	Casada	27	22.9	Si	59	50.0
			Conviviente	73	61.9			

Fuente: Propiedad del autor, realizado para el presente estudio. a partir de los resultados de la ficha de recolección de datos.

Tabla N°03. Características gestacionales

Características gestacionales									
Antecedente de parto			Trimestre			Número de controles prenatales			
	#	%		#	%		#	%	
No	52	44.1	Primer T.	11	9.3	1 c.	11	9.3	
Si	66	55.9	Segundo T.	45	38.1	2 c.	8	6.8	
			Tercer T.	62	52.5	3 c.	19	16.1	
							4 c.	12	10.2
							5 c.	10	8.5
							6 c.	29	24.6
							7 c.	14	11.9
							8 c.	11	9.3
						Más de 8 c.	4	3.4	

NOTA: En la columna estado civil, los tipos divorciada y viuda, no presentaron población.

Fuente: Propiedad del autor, realizado para el presente estudio. a partir de los resultados de la ficha de recolección de datos.

Los indicadores de hábitos nocivos y antecedentes de violencia doméstica mostraron que las sustancias más consumidas antes de la gestación fueron: tabaco (13%) y alcohol (47.5%), correspondientes al 52.5% del total de expuestos. Ninguna gestante reportó algún signo de dependencia a dichas sustancias.

La violencia familiar (tabla N° 04) estuvo presente en un 19.5% y fue el de índole psicológico el que tuvo mayor porcentaje, 14.4%.

Tabla N°04. consumo de sustancias y violencia familiar

Consumo de sustancias								
Consumo de sustancias			Consumo de tabaco			Consumo de alcohol		
	#	%		#	%		#	%
No	56	47.5	No	102	86.4	No	62	52.5
Si	62	52.5	Si	16	13.6	Si	56	47.5

Violencia familiar								
Maltrato (general)			Maltrato físico			Maltrato psicológico		
	#	%		#	%		#	%
No	95	80.5	No	115	97.5	No	101	85.6
Si	23	19.5	Si	3	2.5	Si	17	14.4

Fuente: Propiedad del autor, realizado para el presente estudio. a partir de los resultados de la encuesta ASSIST y ASS.

Prevalencias de Soporte familiar y los trastornos del estado del ánimo

Los tipos desligada y separada predominaron en la dimensión cohesión familiar con un 74.6% y 22.0% respectivamente, con un solo caso de familia aglutinada, correspondiente a un 0,8%. En cuanto a la dimensión flexibilidad familiar, se encontró que el 59.3% fue del tipo caótica, el tipo estructurada estuvo presente en un 24.6% y un 2.5% se encontraba en una familia rígida. Solo el 13.6% presentó un tipo de familia flexible (Véase en la tabla N°05).

Tabla N.05. Soporte familiar

Cohesión familiar			Flexibilidad familiar		
	#	%		#	%
F. desligada	88	74.6	F. rigida	3	2.5
F. separada	26	22.0	F. estructurada	29	24.6
F. conectada	3	2.5	F. flexible	16	13.6
F. aglutinada	1	0.8	F. caotica	70	59.3

Fuente: Propiedad del autor, realizado para el presente estudio. a partir de los resultados de la encuesta FACE III.

En los resultados generales de los trastornos del estado de ánimo, uno de los tres estados superó el 50% de la población, siendo la ansiedad con un 56.8%. Los indicadores de estrés y depresión se presentaron en un 33.9% y 37.3% respectivamente **(Véase en la tabla N°06)**.

Tabla N°06. Trastornos del estado del ánimo

Ansiedad			Estrés			Depresión		
	#	%		#	%		#	%
No	51	43.2	No	78	66.1	No	74	62.7
Si	67	56.8	Si	40	33.9	Si	44	37.3

Grado ansiedad			Grado estrés			Grado depresión		
	#	%		#	%		#	%
No ans.	51	43.2	No est.	78	66.1	No dep.	74	62.7
Leve	15	12.7	Leve	18	15.3	Leve	21	17.8
Moderado	33	28.0	Moderado	19	16.1	Moderado	19	16.1
Severo	10	8.5	Severo	3	2.5	Severo	2	1.7
Ext. Severo	9	7.6	Ext. Severo	0	0.0	Ext. Severo	2	1.7

Fuente: Propiedad del autor, realizado para el presente estudio. a partir de los resultados de la encuesta DASS-21.

Grado de Ansiedad, estrés y depresión

Como se mencionó, en nuestra muestra final, se encontró que el 56.8% presentaron síntomas de ansiedad. Dentro de ellas el 44.1% se encontraron entre los grados moderado a extremadamente severo.

La prevalencia de estrés que obtuvimos en la muestra fue de 33.9%, mostrándonos que el grado severo fue del 2.5% a diferencia del moderado que encabezó con un 16.1% y leve en un 15.3%.

Finalmente, los grados de depresión más frecuentes fueron leve y moderado, 17.8% y 16.1% respectivamente, reportándose cuatro casos entre severo y extremadamente severo, y que forman parte del 37.3% del porcentaje total de los expuestos. **(Véase en la tabla N°6)**

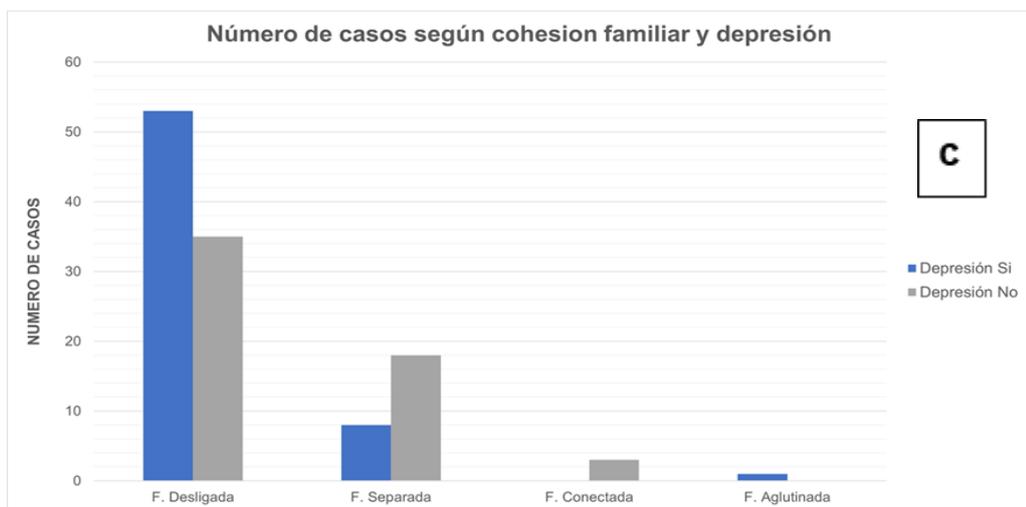
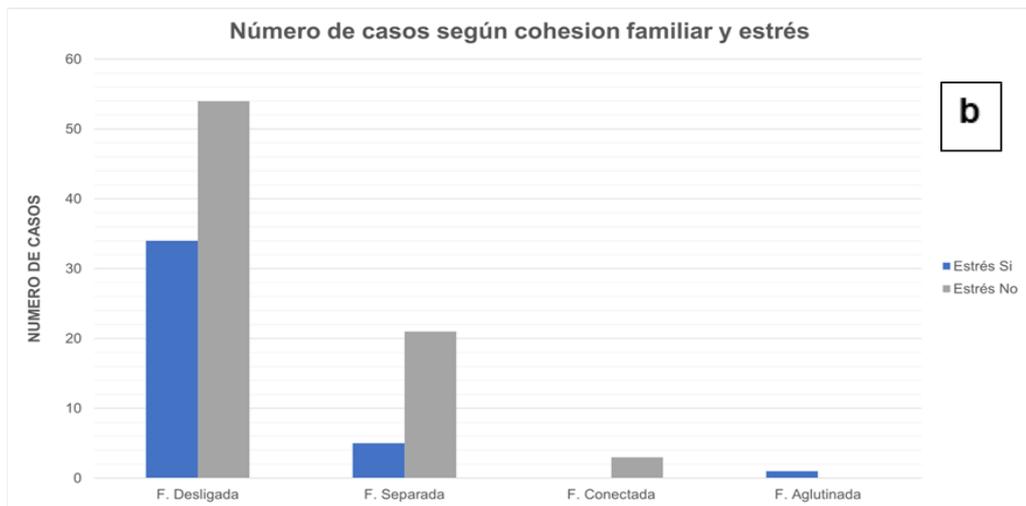
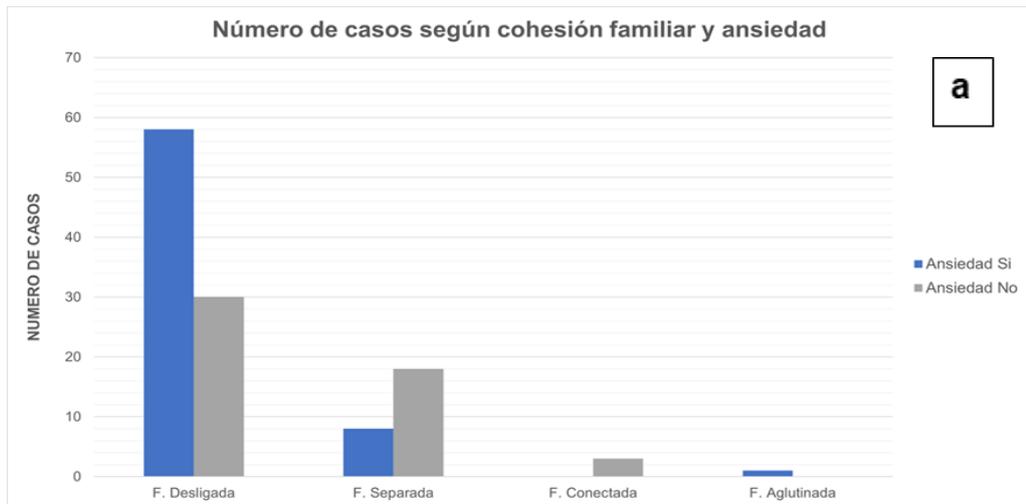


Gráfico 5: Número de casos según cohesión familiar y trastornos del estado de ánimo.

Interpretación:

De manera descriptiva, visualizamos las proporciones de las gestantes que refieren presentar síntomas de algún trastorno de ánimo, estratificado según el tipo de familia que reportaron. En el gráfico 5 apreciamos el tipo de trastorno del estado de ánimo que reportó mayor prevalencia fue la ansiedad con un 56.8% (figura 5-a). En segundo lugar, se encontró la depresión (figura 5-c) con un 37.3% y finalmente el estrés con un 33,9% (figura 5-b). La mayoría de las pacientes reportó encontrarse dentro de una familia del tipo desligada o separada. por lo que notamos que en estos grupos encontramos mayor cantidad de trastornos del estado de ánimo. De forma peculiar, las personas que reportaron una familia del tipo conectada no presentan ningún trastorno anímico. Se encontró que el único caso de familia aglutinada presentó los tres trastornos. Sin embargo, en la muestra estudiada, tenemos un pequeño porcentaje con este tipo de familia. Motivo por el cual, no se puede aseverar una correlación por el momento.

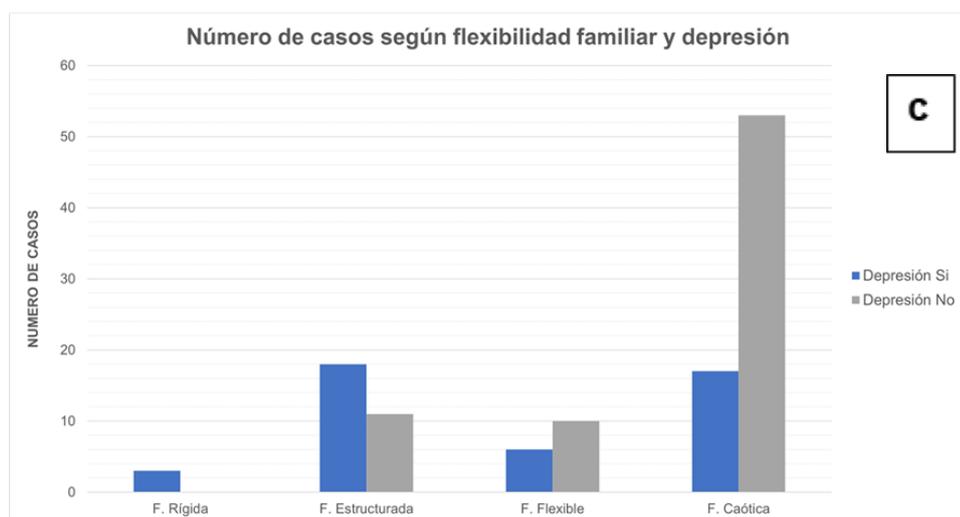
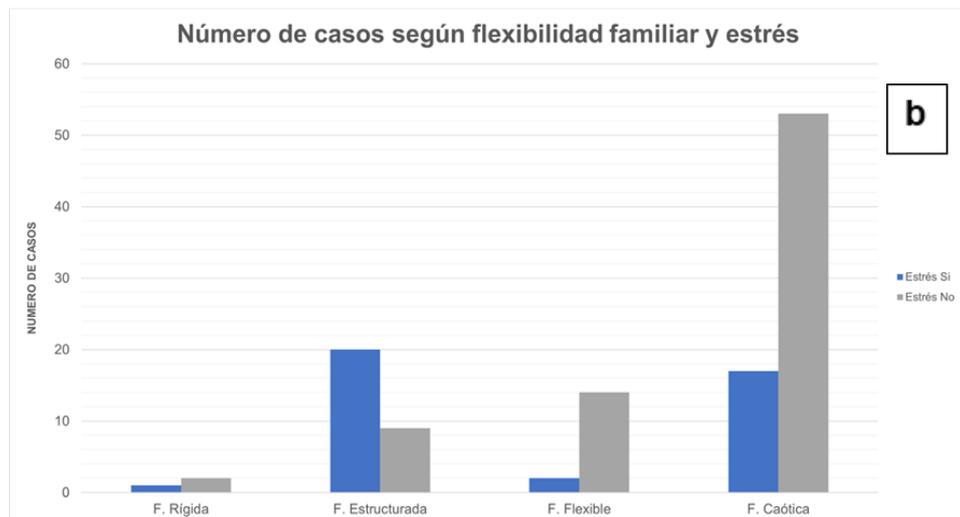
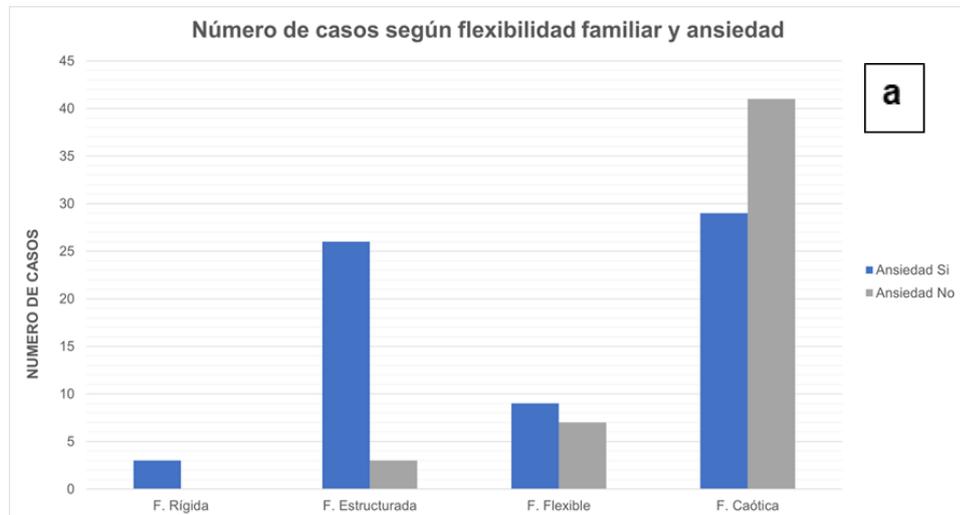


Gráfico 6: Número de casos según flexibilidad familiar y trastornos del estado de ánimo.

Interpretación:

Respecto al indicador flexibilidad familiar, como podemos apreciar en las figuras a, b y c del gráfico 6, la mayoría de nuestra muestra de estudio se identificaba estar principalmente en una familia con flexibilidad del tipo caótica tanto las que refieren algún trastorno del estado del ánimo como las que no. En segundo lugar, notamos que las gestantes con algún trastorno del estado de ánimo refieren un tipo de familia estructurada, teniendo en menor porcentaje las familias del tipo rígidas. Las familias del tipo flexible, el tipo ideal esperado, muestran porcentajes de pacientes con desarrollo de algunos trastornos, siendo en menor cantidad el estrés (gráfico 6).

Tabla N°07. Características de soporte familiar y distribución por trastorno del ánimo

Características	Total (%)	No ansiedad (%)	Ansiedad (%)	p valor*	No estrés (%)	Estrés (%)	p valor*	No depresión (%)	Depresión (%)	p valor*
N	118(100.0)	51 (43.2)	67 (56.8)		78 (66.1)	40 (33.9)		74 (62.7)	44 (37.3)	
Soporte familiar										
Cohesión familiar				0.00			0.06			0.25
F. desligada	88(74.6)	30(34.1)	58(65.9)		54(61.4)	34(38.6)		53(60.2)	35(39.8)	
F. separada	26(22.0)	18(69.2)	8(30.8)		21(80.8)	5(19.2)		18(69.2)	8(30.8)	
F. conectada	3(2.5)	3(100.0)	0(0.0)		3(100.0)	0(0.0)		3(100.0)	0(0.0)	
F. aglutinada	1(0.9)	0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)	1(100.0)	
Flexibilidad familiar				< 0.01			< 0.01			0.00
F. rígida	3(2.5)	0(0.0)	3(100.0)		2(66.7)	1(33.3)		0(0.0)	3(100.0)	
F. estructurad:	29(24.6)	3(10.3)	26(89.7)		9(31.0)	20(69.0)		11(37.9)	18(62.1)	
F. flexible	16(13.6)	7(43.8)	9(56.2)		14(87.5)	2(12.5)		10(62.5)	6(37.5)	
F. caótica	70(59.3)	41(58.6)	29(41.4)		53(75.7)	17(24.3)		53(75.7)	17(24.3)	

valor*: Valor p determinado por la prueba exacta de Fisher

Análisis bivariado entre soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo.

Interpretación:

Con un p-valor $< 0,05$ se obtuvo que la dimensión cohesión familiar mostró una correlación con el desencadenamiento del trastorno de ansiedad, siendo el tipo de familia desligada la que presentaba mayor porcentaje (65.9%) de gestantes con ansiedad. En segundo lugar, las pacientes que reportaron encontrarse expuestas a un tipo de familia separada refirieron presentar ansiedad (30.8%).

Referente a la flexibilidad familiar, mostró tener una correlación significativa frente a la depresión, y presentó que el tipo de familia con flexibilidad estructurada tiene mayor prevalencia de depresión con un 62.1% ($p < 0.01$). De igual manera se observó la existencia de correlación con los otros trastornos (ansiedad y estrés, p-valor < 0.01).

Aun así, las familias ideales, con un tipo flexible, mostraron menores porcentajes de desencadenamiento de algún trastorno del estado de ánimo.

Análisis bivariado de las variables violencia familiar y consumo de sustancias.

Estudios refieren que los trastornos de estados de ánimo se han visto relacionada con variables como consumo de sustancias y violencia familiar, encontrando en nuestra muestra que no representa una significancia necesaria para la correlación, con un “p valor” mínimo de 0.13. De igual manera obtuvimos similares resultados con la variable violencia familiar, la cual su valor p no obtuvo significancia relevante. (Véase tabla N° 08)

Tabla N°08. Consumo de sustancia y violencia familiar y distribución por trastorno del ánimo

Características	Total (%)	No ansiedad (%)	Ansiedad (%)	p valor*	No estrés (%)	Estrés (%)	p valor*	No depresión (%)	Depresión (%)	p valor*
N	118(100.0)	51 (43.2)	67 (56.8)		78 (66.1)	40 (33.9)		74 (62.7)	44 (37.3)	
Consumo de sustancias										
Consumo general				0.35			0.17			0.34
No	56(47.5)	27(48.2)	29(51.8)		41(73.2)	15(26.8)		38(67.9)	18(32.1)	
Si	62(52.5)	24(38.7)	38(61.3)		37(59.7)	25(40.3)		36(58.1)	26(41.9)	
Consumo de tabaco				0.42			0.16			1.00
No	102(86.4)	46(45.1)	56(54.9)		70(68.6)	32(31.4)		64(62.8)	38(37.3)	
Si	16(13.6)	5(31.3)	11(68.7)		8(50.0)	8(50.0)		10(62.5)	6(37.5)	
Consumo de alcohol				0.46			0.25			0.13
No	62(52.5)	29(46.8)	33(53.2)		44(71.0)	18(29.0)		43(69.4)	19(30.4)	
Si	56(47.5)	22(39.3)	34(60.7)		34(60.7)	22(39.3)		31(55.4)	25(44.6)	
Violencia familiar										
Maltrato (general)				0.48			0.81			0.63
No	95(80.5)	43(45.3)	52(54.7)		62(65.3)	33(34.7)		61(64.2)	34(35.8)	
Si	23(19.5)	8(34.8)	15(65.2)		16(69.6)	7(30.4)		13(56.5)	10(43.5)	
Maltrato físico				1.00			1.00			1.00
No	115(97.5)	50(43.5)	65(56.5)		76(66.1)	39(33.9)		72(62.6)	43(37.4)	
Si	3(2.5)	1(33.3)	2(66.7)		2(66.7)	1(33.3)		2(66.7)	1(33.3)	
Maltrato emocional				1.00			0.17			1.00
No	101(85.6)	44(43.8)	57(56.4)		64(63.4)	37(36.6)		63(62.4)	38(37.6)	
Si	17(14.4)	7(41.2)	10(58.8)		14(82.4)	3(17.7)		11(64.7)	6(35.3)	

lor*: Valor p determinado por la prueba exacta de Fisher

Análisis correlacional de estudios bivariado y multivariado

Para el análisis correlacional, filtrando grupos de interés, se realizó el cálculo de coeficiente de correlación y regresión lineal simple. Además, el uso de R^2 ajustado en la regresión lineal múltiple. Como se observa en la siguiente tabla:

Tabla N°09. Correlacional bivariado y multivariado															
Ansiedad															
Soporte familiar	Análisis de correlación			Regresión lineal simple				Regresión lineal múltiple				Regresión de Poisson*			
	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor
Cohesión familiar	-0.502	[-0.6; -0.3]	< 0.01	0.2451	-0.4823	-0.6352; -0.3293	< 0.01	0.2415	-0.4142	-0.6679 -0.1604	0.0016	0.2078	-0.0420	[-0.754; -0.0087]	0.0139
Flexibilidad familiar	-0.432	[-0.568; -0.273]	< 0.01	0.1797	-0.4207	-0.5822; -0.2593	< 0.01		-0.0866	-0.3435 - 0.1704	0.5059		-0.0190	[-0.0528; -0.0147]	0.2663
Estrés															
	Análisis de correlación			Regresión lineal simple				Regresión lineal múltiple				Regresión de Poisson*			
	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor
Cohesión familiar	-0.445	[-0.6; -0.3]	< 0.01	0.1909	-0.4704	-0.6446; -0.2962	< 0.01	0.1979	-0.3067	-0.5937 -0.0197	0.0365	0.1959	-0.0289	[-0.608; -0.0029]	0.0746
Flexibilidad familiar	-0.425	[-0.6; -0.3]	< 0.01	0.1739	-0.4556	-0.6338; -0.2773	< 0.01		-0.208	-0.4988 -0.0825	0.16		-0.0281	[-0.603; -0.0042]	0.0878
Depresión															
	Análisis de correlación			Regresión lineal simple				Regresión lineal múltiple*				Regresión de Poisson*			
	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor	R2 ajustado	Coef. Cor	IC 95%	p valor
Cohesión familiar	-0.363	[-0.5; -0.2]	< 0.01	0.1239	-0.3523	-0.5188; -0.1857	< 0.01	0.1168	-0.3248	-0.6016 -0.481	0.02	0.0928	-0.034	[-0.716; -0.0039]	0.0786
Flexibilidad familiar	-0.302	[-0.5; -0.1]	< 0.01	0.0832	-0.2970	-0.4695; -0.1245	0.0009		-0.0349	0.3151-0.2454	0.8057		-0.0111	[-0.0493; - 0.0272]	0.5669

Regresión lineal múltiple*: Correlación ajustada en base a las variables:

Edad, estado civil, trimestre, antecedente de parto, controles prenatales, muerte familiar, estabilidad económica, consumo de sustancias, y maltrato.

Interpretación:

Al observar la columna "análisis de correlación", se puede mostrar que el coeficiente de correlación es significativo con las variables depresión, ansiedad y estrés por tener un p-valor < 0.05. De manera específica con la variable ansiedad, regresión lineal nos muestra que la hay significancia con un coef. Cor. -0.4823 y un valor-p de < 0.01 significativo, una regresión lineal nos especifica que existe correlación con la dimensión cohesión familiar valor-p de 0.0016, y finalmente una regresión de Poisson encontramos la misma significancia con 0.0139, siendo significativo, y a su vez mostrándonos que la correlación existente entre las dos variables en especial con la dimensión cohesión familiar.

el análisis regresión simple además nos evalúa las variables predictoras, encontramos que la variable de cohesión y ansiedad nos refiere que por cada puntaje que se eleva en la cohesión familiar, la ansiedad baja en un -0.24 puntos en la prueba, teniendo un patrón inversamente proporcional.

Investigamos la relación con las otras variables investigadas, realizando la regresión lineal múltiple, presentando coeficiente de determinación, R^2 ajustado, discordante

en cuanto al análisis de correlación en la que podemos apreciar “r” de -0.5, sin embargo, encontramos un R^2 con un valor-p superior a 0,05 en la variables como “depresión”. Por tal motivo, se decide realizar la regresión de Poisson la cual indica una tendencia no lineal de la relación, entre las disminuciones de cohesión familiar y los trastornos del estado de ánimo.

Para las otras dimensiones dependientes, en la regresión de Poisson no se encontró una correlación.

4.2. Discusiones

Tras la obtención de los resultados y su respectivo análisis en el presente manuscrito, comparando con la literatura científica previa comentamos lo siguiente: Los estudios enfocados al desarrollo de la familia son de escasa cantidad dentro de nuestro país, en especial direccionados a la gestante. Diversas fuentes refieren que existe una alta prevalencia de familias disfuncionales.^{4,5,6}

Encontramos similitud dentro de esta investigación, ya que el total corresponde al 97.4%, que refirió encontrarse en una familia con una cohesión desfavorable. De ellos, el 74,6% fue del tipo de cohesión desligada, con un solo caso de familia aglutinada. Estos dos últimos son los tipos de familias de extremos negativos. Solo un 2.5% se encuentra en una familia con una cohesión conectada (ideal).

Sutanto F y Soetikno, y Utaminingtyas et al., mencionan que el funcionamiento familiar es un factor importante para el enriquecimiento individual del nuevo ser, como resultados un bienestar emocional de los hijos aumenta el afecto dentro de una familia sana. Además, se logra reflejar la consecuencia de la disfunción familiar en los niños en el reporte de caso de las investigadoras Sutanto F y Soetikno N.^{77,78}

El 61.8% de las gestantes refirió experimentar una familia con flexibilidad negativa, tipo caótica fue la que representó mayor prevalencia, con un 59.3%. Se refuerza el concepto de familias poco funcionales, en la determinación de roles. Solo un 13.6% estuvo expuesta a una familia flexible, como explica Schleider JL, et al, existe una marcada relación en el mejoramiento de los roles familiares para disminuir los niveles

de estrés en los hijos y padres al integrar la realización de terapias psicológicas en función a sus roles.⁷⁹

Los trastornos de estado de ánimo muestran una alta prevalencia dentro del estudio. El trastorno de ansiedad obtuvo mayor porcentaje (56.8%) en donde se encontró pacientes con grado de ansiedad moderado (28,0%).

Además, se encontró, de manera alarmante, 9 casos extremadamente severos, no alejándose a la realidad que enfrentamos a nivel nacional según el reporte del instituto nacional de salud mental en el año 2022 sobre este trastorno.⁸⁰

Los niveles de depresión no son ajenos a la prevalencia mundial, la OPS refiere que las gestantes son más propensas a desencadenar este trastorno en un 20 a 40%. Encontramos similares porcentajes en nuestra muestra, situándose dentro de esos rangos de prevalencia (37.3%).⁸¹

Existe un valor alarmante dentro de nuestras gestantes, según la revisión sistemática de Jahan N et al., en el que se analizaron 20 estudios, las gestantes pueden desarrollar depresión antenatal, la cual debe ser diagnosticada y tratada tempranamente médica y psicológicamente. Estas pacientes son más propensas a desarrollar depresión posparto, así como verse relacionado a parto prematuro y bajo peso al nacer de los neonatos.⁸²

En cuanto al estrés, si bien se representó menos del 50% de la población, hubo casos de grado severo y moderado, sin verse relacionado al tipo de familia que tenían. No obstante, la literatura evidencia la existencia de relación entre esas variables.^{83,84,85}

Respecto a las demás variables de características socio geográficas, posiblemente no se encontró relación en nuestro estudio por la muestra heterogénea según tipos de familia. Además, no logramos abarcar indicadores como: estrés crónico post pandemia, ambiente laboral y otros, que pueden verse relacionado al desencadenamiento de los trastornos.^{86,87}

Referente a las variables de uso de sustancias nocivas, en nuestra población, no se encontró referencia de consumo de alguna sustancia que pueda alterar la percepción de la realidad de la gestante, ni con significancia estadística en el coeficiente de correlación, pudiendo evitar un factor de riesgo como sesgo dentro de este estudio.

Como bien nos señala John-Kåre Vederhus, es necesario recordar que los miembros de la familia que tienen una puntuación de codependencia más alta también tienen más disfunción familiar y peor calidad de vida.⁸⁸

La violencia familiar no mostró correlación en nuestro estudio, sin embargo, ciertas fuentes refieren que aquellas mujeres que experimentaron violencia infantil en sus hogares aumentan las probabilidades de experimentar violencia de pareja y mala salud mental en un 29%. Es por tal motivo que presentar al menos un caso de violencia familiar y no tratarla, apoya la perpetuidad de desarrollar hijos con este defecto estadístico, además de verse relacionada con la depresión post parto y riesgo de suicidio de las madres.^{89,90}

Diversas investigaciones reportaron que el trastorno de estado de ánimo que más correlación presenta al soporte familiar, es la ansiedad, bien nos revela el estudio de Yanhui Wanga, Lili Tiana Leilei Guoa y E. Scott Huebner en la que refieren, además, el impacto que la familia puede desencadenar en el autoestima, lo que muestra concordancia con los resultados de este estudio, pudiéndose apreciar que el análisis reportó una correlación con significancia menor al 0.05%.⁹¹

El análisis multivariado reforzó la relación existente ya que, estudiando aun las variables capaces de desencadenar estos trastornos, como antecedentes de violencia familiar y consumo de sustancias, no se encontró correlación que pueden ser posibles sesgos. Se realizaron las medidas de correlación ajustada mediante los modelos de regresión buscando disminuir las potenciales confusoras, reportando así al PR ajustado de la regresión de Poisson significativo mayor a 0.70, y son los niveles de ansiedad los que se relacionan fuertemente a la dimensión cohesión familiar, resultados que se asemejan al estudio realizado por Tang Xian, Lu Zhuo y colaboradores⁹².

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

El tiempo de gestación no se vio relacionado a desencadenar algún trastorno del estado de ánimo ya que obtuvimos un p-valor mayores a 0.05 de significancia, siendo el estrés la que obtuvo un p-valor más bajo, 0.42. Pese a ello pudimos notar que el grupo de gestantes de nuestra población que presentaba mayor ansiedad cursaba el tercer trimestre (58.1%).

En nuestro estudio no logramos evaluar la relación de la edad materna con los niveles de soporte familiar, ya que nuestra muestra presentó una distribución muy heterogénea según los tipos de familia, teniendo un único caso que reportó estar en una familia del tipo aglutinada, acumulándose en gran porcentaje los reportes de familia del tipo desligada (74.6%).

Dentro de nuestra muestra identificamos que al menos el 56,8% de nuestras gestantes estaba cursando con síntomas de ansiedad aparente, con mayor porcentaje en el grado moderado (28%).

Es alarmante haber encontrado casos como el grado severo y extremadamente severo de algún trastorno del estado de ánimo mencionado, aun cuando utilizamos herramientas de detección aceptadas y distribuidas por el ministerio de salud como es el DASS-21.

Dentro de la tipología familiar estudiada, encontrar en su mayoría estado civil conviviente tiende a frustrar el concepto de familia, ya que nos basamos a las reglas de unión establecidas por cada ciudadano, teniendo como consecuencia, dificultad en el establecimiento de roles, y posiblemente en el dominio del nivel de cohesión familiar. En nuestra muestra se visibilizó que la mayoría reportó estar frente a una familia del tipo desligada con una flexibilidad familiar del tipo caótico con un 74.6% y 59.3% respectivamente.

En nuestro estudio las gestantes sí presentaron relación entre el nivel de Soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo según nuestro análisis de correlación, pero encontramos que la relación es mas especifica con la dimensión cohesión familiar y el estrés, según la regresión múltiple y la regresión de Poisson.

5.2. RECOMENDACIONES

Posterior a la revisión de literatura necesaria para el presente manuscrito, daremos recomendaciones en tres estratos, de mayor a menor envergadura. Las recomendaciones que podemos brindar son:

En primer lugar, creemos que es necesario a futuro la realización o inclusión de estudios sobre los tipos de familia desde un punto de vista de ambientes familiares (desde una percepción de unión y roles) en las encuestas nacionales. Como en el acápite de “características de los hogares y la población” que es estudiada por medio de las “encuestas demográficas y de salud familiar- ENDES”, producida por el instituto nacional de estadística e informática (INEI).

Para ello recomendamos la producción de un instrumento que mida las familias desde el enfoque del primer nivel de atención. Hemos encontrado diferentes instrumentos que abordan el diagnóstico familiar, pero aún no se encuentra validada en grandes grupos muestrales, o incluso según región o quintil dentro de nuestro país.

Pese a que la encuesta FACE III ha obtenido un alfa de Cronbach esperado, incluso en población peruana, encontramos que existe un ítem que presta confusión dentro de nuestras gestantes, considerando que la realidad nacional sobre el estado civil en nuestro país es a predominio soltero.⁹³

De esta manera es de importancia la producción de más estudios relacionados a la familia, impulsado desde la medicina familiar, psicología y departamentos nacionales relacionados a este tema como el “Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables” o el “Ministerio de Salud” ya que como estado nos vemos responsables de cumplir el Decreto Legislativo de, “...promover investigaciones sobre la situación de la familia,

implementar políticas de fortalecimiento familiar, prevención y gestión...”. (artículo 8, decreto legislativo N 1408).^{94,95}

Entendemos nuestra realidad nacional con respecto a los recursos humanos de los profesionales que puedan brindar atención a aquellas gestantes que presentan signos de trastornos del estado de ánimo leves. Sin embargo, coincidimos en la recomendación de diferentes autores, que para evitar la recurrencia de la prevalencia dentro de las gestantes, es vital continuar con la evaluación y asegurar un seguimiento adecuado en el puerperio, desde el primer nivel de atención. Sugerimos que dentro de la atención integral que se le brinda a la gestante durante sus controles, se adicione una atención psicológica más durante su último trimestre de gestación, para de esta manera lograr disminuir falsos negativos que se pueden presentar en su primera visita al departamento de psicología.

Si pretendemos disminuir la tasa de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, es imprescindible abordar temas del aseguramiento del ambiente familiar, previniendo los factores involucrados al desencadenamiento de los trastornos del estado de ánimo en la madre durante y después de la gestación. Recomendamos el uso de propaganda en formato virtual o física de las herramientas de apoyo emocional y asesoría familiar desde los departamentos de psicología y medicina familiar para que de esta manera se logre cumplir con el código de los niños y adolescentes.⁹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Congreso constituyente de 1992. Capítulo II: de los derechos sociales y económicos. En: Constitución política del Perú 1993 [Internet]. 1993 [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/documentos/constitucion1993-01.pdf>
2. Vásquez Salas C. Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en estudiantes de una institución educativa, Independencia 2021. 2021 [citado el 13 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/70921>
3. Pereyra-Elías R, Quigley MA, Carson C. To what extent does confounding explain the association between breastfeeding duration and cognitive development up to age 14? Findings from the UK Millennium Cohort Study. PLoS One [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023];17(5):1–19. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0267326>
4. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. J Fam Ther [Internet]. 2000 [citado el 13 de marzo de 2023];22(2):144–67. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/1467-6427.00144>
5. Olson DH, Waldvogel L, Schlieff M. Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update. J Fam Theory Rev [Internet]. 2019 [citado el 13 de marzo de 2023];11(2):199–211. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jftr.12331>
6. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res [Internet]. el 1 de septiembre de 2018 [citado el 13 de marzo de 2023];104:235-48. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395618304928?via%3Dihub>
7. Vardi N, Zalsman G, Madjar N, Weizman A, Shoval G. COVID-19 pandemic: Impacts on mothers' and infants' mental health during pregnancy and shortly thereafter. Clin Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023];27(1):82–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8819552/>

8. Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M, Pedraz-Petrozzi B. Condiciones Médicas, Síntomas de Ansiedad y Depresión Durante la Pandemia por COVID-19 en una Muestra Poblacional de Lima, Perú. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. mayo de 2022;1–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003474502200052X>
9. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord [Internet]. el 1 de diciembre de 2020 [citado el 31 de marzo de 2023];277:5–13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7395614/>
10. OPS. La salud mental en la Región de las Américas [Internet]. 2017 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html>
11. OMS. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos [Internet]. OMS. Ginebra; 2022 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
12. Vescovi G, Riter H da S, Azevedo EC, Pedrotti BG, Frizzo GB. Parenting, mental health, and Covid-19: A rapid systematic review. Psicologia - Teoria e Prática [Internet]. 2021 [citado el 13 de marzo de 2023];23(1):1–28. Disponible en: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/226026>
13. Thul TA, Corwin EJ, Carlson NS, Brennan PA, Young LJ. Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2020 [citado el 13 de marzo de 2023];120:1–14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453020302146>
14. Alacreu-Crespo A, Guillaume S, Richard-Devantoy S, Cazals A, Olié E, Courtet P. Clinical dimensions associated with psychological pain in suicidal patients: one-year follow-up study. J Clin Psychiatry [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023];83(2). Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/psychological-pain-correlates-in-suicide/>

15. MINSA. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. [Internet]. Lima; 2012 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3388.pdf>
16. Salud Sin Límites Perú, Medicus Mundi. Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud [Internet]. Lima; 2011 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
17. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escr Psicol* [Internet]. el 30 de abril de 2010 [citado el 13 de marzo de 2023];3(2):30–6. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n2/art04.pdf>
18. Camacho P, Leon C, Silva I. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Rev enferm herediana* [Internet]. 2009 [citado el 13 de marzo de 2023];2(2):80–5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-559036>
19. Husa RA, Parrish JW, Johnson HS. Pre-Birth Household Challenges Predict Future Child's School Readiness and Academic Achievement. *Children* [Internet]. el 1 de marzo de 2022 [citado el 13 de marzo de 2023];9(414):1–11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8947585/>
20. Yate Z. A qualitative study on negative emotions triggered by breastfeeding; Describing the phenomenon of breastfeeding/nursing aversion and agitation in breastfeeding mothers. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2017 [citado el 13 de marzo de 2023];22(6):449–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684792/>
21. Ureño TL, Berry-Cabán CS, Adams A, Buchheit TL, Hopkinson SG. Dysphoric milk ejection reflex: A descriptive study. *Breastfeeding Medicine* [Internet]. el 1 de noviembre de 2019 [citado el 13 de marzo de 2023];14(9):666–73. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2019.0091>
22. IPE. Índice de Desarrollo Humano – IDH. [Internet]. Lima, Perú. IPE. 2021 Nov 26 [el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/indice-de-desarrollo-humano-idh/>
23. Savory NA, Hannigan B, John RM, Sanders J, Garay SM. Prevalence and predictors of poor mental health among pregnant women in Wales using a cross-sectional survey. *Midwifery* [Internet]. 2021 [citado el 13 de marzo de

- 2023];103. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138\(21\)00183-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266-6138(21)00183-2)
24. Hawkins M, Misra D, Zhang L, Price M, Dailey R, Giurgescu C. Family involvement in pregnancy and psychological health among pregnant Black women. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2021 [citado el 13 de marzo de 2023];35(1):42–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7890047/>
25. Kadengye DT, Atahigwa C, Kampire P, Mucunguzi S, Kemigisha E, Nyakato VN, et al. Effect of women’s intra-household bargaining power on postnatal and infant healthcare in rural Uganda—Results from a cross sectional survey in Kyenjojo district. Midwifery [Internet]. 2020 [citado el 13 de marzo de 2023];84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613820300383?via%3Dihub>
26. Cheng ER, Rifas-Shiman SL, Perkins ME, Rich-Edwards JW, Gillman MW, Wright R, et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. J Womens Health [Internet]. 2016 [citado el 13 de marzo de 2023];25(7):672–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985003/>
27. Guevara-Beltran NP, Guevara Ríos E. Relación entre la calidad de vida y los modos de afrontamiento al estrés en adolescentes embarazadas que se atienden en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2020 [citado el 13 de marzo de 2023];9(1):17–21. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/185>
28. Quispe M. Cohesión Familiar y Autoestima en estudiantes de una institución pública - Ayacucho 2020 [Internet]. [Ayacucho]: ULADECH; 2020 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/17952?show=full>
29. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ta ed. American Psychiatric Association, editor. 2013.

30. NIMH. Caring for Your Mental Health. [Internet]. Bethesda, EE. UU. NIH. [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/caring-for-your-mental-health>
31. OMS. CIE: Clasificación Internacional de enfermedades, 11.a revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. [Internet]. Ginebra; 2019 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
32. Bennett S, Walkup JT. Anxiety disorders in children and adolescents: Assessment and diagnosis. En: Brent D, Friedman M, editores. UpToDate [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/anxiety-disorders-in-children-and-adolescents-assessment-and-diagnosis?search=Anxiety%20disorders%20in%20children%20and%20adolescents:%20Assessment%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
33. Frota IJ, Campos De Moura Fé AA, Martins De Paula FT, Gomes VE, De Moura S, De E, et al. Anxiety disorders: history, clinical features, and current classifications. J Health Biol Sci [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023];10(1):1–8. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1361739>
34. Craske M, Bystritsky A. Generalized anxiety disorder in adults: Management. En: Stein MB, Friedman M, editores. UpToDate [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
35. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA Psychiatry [Internet]. 2017 [citado el 13 de marzo de 2023];74(5):465–75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594751/>
36. Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2017 [citado el 13 de marzo de 2023];19(2):159–69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573560/>

37. Schneier FR. Social anxiety disorder in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. En: Stein MB, Friedman M, editores. UpToDate [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/social-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>
38. Berger M, Li E, Amminger GP. Treatment of social anxiety disorder and attenuated psychotic symptoms with cannabidiol. *BMJ Case Reports*. 2020 Oct 7;13(10)
39. Goldstein B, Weissman MM, Adams PB, Horwath E, Lish JD, Charney D, et al. Psychiatric Disorders in Relatives of Proband With Panic Disorder and/or Major Depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994 May;51(5):383–94. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>
40. Real Academia Española. Agorafobia. [Internet] Madrid, España. Enclave. 2022. [Consultado 2022 Jun 23] Disponible en: <https://dle.rae.es/agorafobia>
41. Mosing MA, Gordon SD, Medland SE, Statham DJ, Nelson EC, Heath AC, et al. Genetic and environmental influences on the co-morbidity between depression, panic disorder, agoraphobia, and social phobia: A twin study. In: *Depression and Anxiety*. 2009. p. 1004–11.
42. Bryant RA. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2018 Dec 1;20(12).
43. van Zuiden M, Engel S, Karchoud JF, Wise TJ, Sijbrandij M, Mouthaan J, et al. Sex-differential PTSD symptom trajectories across one year following suspected serious injury. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(1).
44. Cosmo C, Seligowski A v., Aiken EM, van't Wout-Frank M, Philip NS. Heart Rate Variability Features as Predictors of Intermittent Theta-Burst Stimulation Response in Posttraumatic Stress Disorder. *Neuromodulation*. 2021; 25:588–95.
45. Vancappel A, Dansou Y, Godin O, Haffen E, Yroni A, Stéphan F, et al. Cognitive impairments in treatment-resistant depression: Results from the French cohort of outpatients (FACE-DR). *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021 Dec 1;6.

46. Gerolymos, C., Masson, M., Lancon, C., Richieri, R., Boyer, L., & Fond, G. (2022). Creating a new chapter in the DSM for late-onset depressive disorders. *L'Encephale*, 48(3), 229-231
47. Santelices Cuevas L. La familia desde una mirada antropológica: requisito para educar. *Pensamiento Educativo*. Chile; 2001, 28.
48. Olson DH. Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. Vol. 25, *Fam Proc*. 1986.
49. Olson, H., Sprenkle, D., & Russel, C. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*. Taylor and Francis.
50. Camacho, P., León, N., Cynthia, L., & Silva, M. (2009). Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes Family functioning according to the Olson Circumplex Model of Adolescent. *Rev enferm Herediana*, 2(2), 80-85.
51. MT. Corzo Coello, S., Flores H., Ponce R., Gómez C., González E., Fernández O., Dickinson B. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familia. *Atención primaria*. 1998 Mar 31. 21(5)
52. Villavicencio Arévalo DT, Villanueva Seclén MK. Cohesión - adaptabilidad familiar y actitudes sexuales en las adolescentes de una institución educativa de Chiclayo, 2017.
53. Aguilar Arias CG. Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en Adolescentes tardíos. 2017.
54. Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*. 2017 Aug 8;5(2).
55. Lei A, You H, Luo B, Ren J. The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific Reports*. 2021 Dec 1;11(1).
56. Cunningham, Gary F; Gant, Norman F; Leveno, Kenneth J; Gilstrap, Larry C; Hauth, John C; Wenstrom, Katharine D. *Williams Obstetrics*. 26 edición. Buenos Aires; Medica Panamericana; 2022 Mar 25.
57. Guyton, A.C. & Hall, J.E. *Tratado de Fisiología médica*. 13ª Edición. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill. 2014.
58. Vinay Kumar, Abul Abbas, Jon.C. Aster. Robbins y Cotran. *Patología estructural y funcional*. 10ª Edición. Barcelona, España. Elsevier. 2021.

59. Schetter CD, Brooks K. The nature of social support [Internet]. 2009. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/285451646>
60. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Internet] Ginebra. 2016 Nov 7 [Consultado 2022 Jun 23]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
61. MINSA. Seis controles prenatales deben seguir gestantes para una maternidad saludable. [Internet] Lima. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2014 Feb 04. [Consultado 2022 Jun 23]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32740-seis-controles-prenatales-deben-seguir-gestantes-para-una-maternidad-saludable>
62. MINSA. Violencia contra la mujer. [Internet] Lima. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2022 4 Ago. 01. [Consultado 2022 ago. 03]. Disponible en: <https://www.gob.pe/23879-violencia-contra-la-mujer>
63. Pilar Dughi Martínez, Carmen Contreras Martínez. Abuso de sustancias. Modulo 5. Lima, Perú: MINSA. 2005. Ene; 20.
64. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019 Jan;30(1):36–49.
65. López-Roldán, Pedro; Fachelli, Sandra. Metodología de la investigación social cuantitativa. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 2015.
66. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investig educ médica [Internet]. 2013;2(8):217–24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713727157>
67. Castro EMM. Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019;30(1):50–65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300045>
68. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. J Affect Disord [Internet]. 2019;253:292–302. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719302113>

69. Raúl E, Rosas P, Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Trillo MT, Irigoyen Coria AE, et al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*. 2002;30(10):624–30.
70. Osman A, Wong JL, Bagge CL, Freedenthal S, Gutierrez PM, Lozano G. The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *Journal of Clinical Psychology*. 2012 Dec;68(12):1322–38.
71. Contreras Mendoza I, Olivas Ugarte LO, de La Cruz Valdiviano C. Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validez, fiabilidad y equidad en adolescentes peruanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2020; 30(1).
72. OPS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria [Internet]. 2011. Disponible en: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>
73. Casas Muñoz A, Velasco Rojano ÁE, Loredó Abdalá A. Adaptación y validación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en adolescentes mexicanos de una población semirural. *Rev int investig adicciones* [Internet]. 2022 [citado el 3 de octubre de 2022];8(1):30-9. Disponible en: <https://www.riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad-2022-1-04>.
74. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992 Jun 17;267(23):3176-8. doi: 10.1001/jama.267.23.3176. PMID: 1593739.
75. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity and Reliability of the Spanish Version of the "Abuse Assessment Screen" among Pregnant Women. *Public Health Nurs*. 2016 May;33(3):264-72. doi: 10.1111/phn.12232. Epub 2015 Oct 14. PMID: 26464044.
76. González, M. Á. M., Villegas, A. S., Atucha, E. T., Fajardo, J. F. *Bioestadística amigable*. 4ª edición. Barcelona, España: Elsevier; 2020.

77. Sutanto F, Soetikno N. Family Dysfunction and Frustration on Adolescence Perception: A Case Study. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*. 2022;655:1617–21.
78. Utamingtyas C, Shanti P, Prastuti E, Tri Harsono Y. Family Dysfunction and Depressive Tendencies in Adolescents. *KnE Social Sciences*. 2022 Jan 28;125–31.
79. Schleider JL, Ginsburg GS, Keeton CP, Weisz JR, Birmaher B, Kendall PC, et al. Parental psychopathology and treatment outcome for anxious youth: Roles of family functioning and caregiver strain. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(1):213–24
80. INSMHDHN. Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad? [Internet]. MINSA. 2023 [citado 2023 Mar 1]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/696213-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>
81. OPS/OMS. Salud Mental [Internet]. PAHO. 2023 [citado 2023 Mar 1]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
82. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, Gaouaou N, Ibanez G. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Nov 23;18(1):455. doi: 10.1186/s12884-018-2087-4. PMID: 30470200; PMCID: PMC6251086.
83. Zhao H, Shi H, Chen C, Ren Z, He M, Li X, Li Y, Pu Y, Cui L, Wang S, Zhao J, Liu H, Zhang X. Association between pregnant specific stress and depressive symptoms in the late pregnancy of Chinese women: the moderate role of family relationship and leisure hobbies. *Z Gesundh Wiss*. 2022 Dec 28:1-12. doi: 10.1007/s10389-022-01806-z. Epub ahead of print. PMID: 36588662; PMCID: PMC9795448.
84. Herbell K, Zauszniewski JA. Stress Experiences and Mental Health of Pregnant Women: The Mediating Role of Social Support. *Issues Ment Health Nurs*. el 3 de julio de 2019;40(7):613–20.
85. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, et al. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*. el 17 de agosto de 2021;13(8).

86. Aydin R, Aktaş S, Kaloğlu Binici D. Examination of the effect of the perceived stress in the coronavirus-19 pandemic on marital adjustment, sexual life and intimate partner violence. *J Adv Nurs*. 2022;1–12.
87. Apaza Llantoy KD, Correa Lopez LE. Factors associated with depression, anxiety and stress in the context of COVID - 19 pandemic in police officers of metropolitan Lima, Peru. *Rev Fac Med Hum*. 2021 Oct;21(4):809–18.
88. Vederhus JK, Kristensen Ø, Timko C. How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Quality of Life Research*. 2019 Aug 15;28(8):2161–70.
89. Gartland D, Giallo R, Woolhouse H, Mensah F, Brown SJ. Intergenerational Impacts of Family Violence - Mothers and Children in a Large Prospective Pregnancy Cohort Study. *EClinicalMedicine*. 2019 Oct 1;15:51–61.
90. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE (Jef). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Aug 1;217(2):141–4.
91. Wang Y, Tian L, Guo L, Huebner ES. Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *J Appl Dev Psychol*. 2020 Jan 1;66.
92. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord*. 2019 Jun 15;253:292–302.
93. MIMP. Observatorio Nacional de las Familias [Internet]. Estadísticas. 2018 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/estadistica.html>
94. El Peruano. Decreto Legislativo para el fortalecimiento y la prevención de la violencia en las familias - Decreto Legislativo N° 1408. Lima: Presidencia de la República; 2018.
95. El Peruano. Decreto legislativo que modifica el Decreto Legislativo N° 1408. Lima: Congreso de la República; 2018 p. 82–3.
96. MIMP. Código de los niños y adolescentes. 2da Edición. MIMP, editor. Lima; 2022.

ANEXOS

ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Susan Milagros Mejia Grajeda

ASESOR: Mg. Victor Vasquez Matsuda

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: SOPORTE FAMILIAR Y TRASTORNOS ANSIOSOS DEPRESIVOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC DURANTE EL AÑO 2022.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Existe relación entre el nivel de soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo en gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Existe relación entre tipos de familias con algún trastorno del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022?</p>	<p>General: OG: Determinar la relación entre el nivel de Soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Definir la relación entre tipos de familias con los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p>	<p>General: HG1: Existe relación entre el nivel de soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022</p> <p>HG0: No existe relación entre el nivel de soporte familiar y los trastornos del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p> <p>Específicas:</p> <p>HE1: Existe relación entre tipos de familias con algún trastorno del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p>	<p>Variable 1: Soporte familiar</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unión familiar • Capacidad de afrontar cambios • Roles de familia - <p>Variable 2: trastornos del estado del ánimo</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, preocupación aumentada

<p>PE2: ¿Existe relación entre el tiempo de gestación y los trastornos del estado de ánimo en gestantes del centro de salud Pachacamac durante el año 2022?</p> <p>PE3: ¿Existe relación entre edad materna y nivel de soporte familiar en gestantes del centro de salud Pachacamac durante el año 2022?</p>	<p>OE2: Definir la relación entre el Tiempo de gestación y los trastornos del estado de ánimo que afrontan las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac el año 2022.</p> <p>OE3: Identificar la relación entre edad materna y nivel de soporte familiar en madres gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p>	<p>HE0: No existe relación entre tipos de familias con algún trastorno del estado de ánimo de las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p> <p>HE2: Existe relación entre el tiempo de gestación y trastornos del estado de ánimo en gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p> <p>HE0: No existe relación entre el tiempo de gestación y trastornos del estado de ánimo en gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p> <p>HE3: Existe relación entre la edad materna y el nivel de soporte familiar en madres gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p> <p>HE0: No existe relación entre la edad materna y el nivel de soporte familiar que afrontan las gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación nerviosismo • Malestar psicológico o reacciones fisiológicas • Respuesta de sobresalto aumentado } Irritabilidad • Dificultad de concentración • Estado de ánimo depresivo • Anhedonia • Sensación de inutilidad y culpa • Pensamientos de muerte o suicidio
--	---	---	---

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correlacional <p>- Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo- transversal 	<p>Población:</p> <p>Gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac. N= 150</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes que realicen su control prenatal en el centro de salud Pachacamac. tener más de 18 años. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haber tenido antecedentes de diagnóstico de algún trastorno mental. <p>Tamaño de muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muestra tipo censo. <p>Muestreo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muestreo por conveniencia, tipo censo (se trabajará con toda la población). 	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chi cuadrado. - T student para variables categóricas. - Media, mediana y moda. - Contraste de hipótesis. <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de recolección de datos. - Encuesta FACE III. - Encuesta DASS-21. - Encuesta ASSIST. - Encuesta AAS. <p>Todas las encuestas se encuentran validadas al español y en población de gestantes.</p>



Dr. Alina María Choque Güero
Medico Psiquiatra
CALPACHAC / B.O. 0117002

ASESOR TEMÁTICO



M.Sc. Victor Vasquez Matsuda

ASESOR METODOLÓGICO



Nombre: Carlos Culquichicón, MD, MSPH
ORCID: 0000-0001-5349-3521

ASESOR ESTADÍSTICO

Activ

ANEXO N° 2: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Susan Milagros Mejía Grajeda

ASESOR: Mg. Victor Vásquez Matsuda

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: SOPORTE FAMILIAR Y TRASTORNOS ANSIOSOS DEPRESIVOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC DURANTE EL AÑO 2022.

VARIABLE 1: SOPORTE FAMILIAR				
DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Cohesión familiar	Unión familiar	P1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí P5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos P7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia. P9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia P11. Nos sentimos muy unidos P13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente P15. Con facilidad podemos planear actividades familiares P17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones. P19. La unión familiar es muy importante.	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre	FACE III
		Adaptabilidad familiar		
Roles de familia				

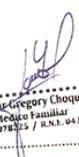
Tabla 2. Variable 2: Trastorno del estado de ánimo.

VARIABLE 2: TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO				
DIMENSIÓN	INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
ANSIEDAD	Ansiedad, preocupación aumentada	P.9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	a. No me ha ocurrido b. Me ha ocurrido un poco o poca parte del tiempo c. Me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo d. me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo	DASS- 21
	Agitación nerviosismo	P2. Me di cuenta que tenía la boca seca P3. No podía sentir ningún sentimiento positivo P4. Se me hizo difícil respirar P7. Sentí que mis manos temblaban P15. Sentí que estaba a punto del pánico P19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho esfuerzo físico P20. Tuve miedo sin razón		
ESTRÉS	Malestar psicológico o reacciones fisiológicas	P1. Me costó mucho relajarme P8. Sentí que tenía muchos nervios P11. Noté que me agitaba		
	Respuesta de sobresalto aumentado	P6. Reacción exageradamente en ciertas situaciones		
	Irritabilidad	P14. No tolera nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo P18. Sentí que estaba muy irritable		
DEPRESIÓN	Dificultad de concentración	P5. Se hizo difícil tomar iniciativa para hacer cosas P12. Se me hizo difícil terminar las cosas		
	Estado de ánimo depresivo	P13. Me sentí triste y deprimido		
	Anhedonia	P3. No podía sentir ningún sentimiento positivo. P16. No me pude entusiasmar por nada		
	Sensación de inutilidad y/o culpa	P17. Sentí que valía muy poco como persona		
	Pensamientos de muerte o suicidio	P10. Sentí que no tenía nada por que vivir P21. Sentí que la vida no tenía ni un sentido		

Tabla 3. Variables confusoras: Violencia Familiar y Abuso de sustancias.

VARIABLE: VIOLENCIA FAMILIAR				
DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Experiencia de maltrato	Maltrato físico	<p>P1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/pareja o por alguna persona importante para usted?</p> <p>P2. Durante el último año, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?</p> <p>P4. Desde que está embarazada, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?</p>	<p>1. SI</p> <p>2. NO</p>	AAS
	Maltrato emocional	<p>P3. Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?</p> <p>P5. Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?</p>		

VARIABLE: ABUSO DE SUSTANCIAS				
DIMENSIÓN	INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Consumo de sustancia	Experiencia de consumo	<p>P2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?</p> <p>P3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</p> <p>P4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</p> <p>P5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</p> <p>P6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</p> <p>P7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</p> <p>P8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)</p>	<p>a. Nunca</p> <p>b. Una o dos veces</p> <p>c. Mensualmente</p> <p>d. Semanalmente</p> <p>e. Diariamente o casi diariamente</p>	ASSIST


 Dr. Klinsma-Gregory Choque Güere
 Médico Familiar
 C.M.P. 076225 / R.N.E. 041902

ASESOR TEMÁTICO


 M.Sc. Victor Vasquez Matsuda

ASESOR METODOLÓGICO


 Carlos Culquichicon, MD, MSPH
 Orcid: 0000-0001-5349-3521

ASESOR ESTADÍSTICO

ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Título de Proyecto de Investigación:

“SOPORTE FAMILIAR Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC DURANTE EL AÑO 2022”

Nombre del investigador: Susan Milagros Mejía Grajeda

Institución: Universidad Privada San Juan Bautista

Correo de contacto: proyecto.soporte.gestante@gmail.com

Usted ha sido invitado a participar de esta investigación debido a que cuenta con el perfil adecuado para los requerimientos de la presente investigación.

OBJETIVOS Y PROPÓSITOS DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene por objetivo general determinar la relación entre los trastornos ansiosos depresivos y el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar de madres gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.

Esta investigación tiene como objetivos específicos definir la asociación entre primigestas y bajo nivel de cohesión y adaptabilidad familiar que afrontan las madres gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac, identificar la relación entre mayor tiempo de gestación y los trastornos ansiosos depresivos en madres gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac, determinar la relación de edad materna y adecuado nivel de soporte familiar que afrontan las madres gestantes atendidas en el centro de salud Pachacamac y determinar la asociación entre los trastornos ansiosos depresivos y madres gestantes multíparas atendidas en el centro de salud Pachacamac durante el año 2022.

PROCEDIMIENTO

Si usted acepta ser incluido en el estudio, su participación se basará en desarrollar 2 cuestionarios. siendo el primero sobre soporte familiar, determinada por las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar, a través de la escala FACE III, que consta de 20 preguntas de las cuales 10 pertenece a cada una, teniendo como puntuaciones del 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5). El segundo cuestionario se basará en evaluar los trastornos de estado de ánimo a través de la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés – 21 (DASS-21, por sus siglas en inglés), que se divide en las dimensiones de ansiedad, estrés y depresión, siendo identificadas dentro de 21 preguntas, perteneciendo 7 ítems a cada dimensión, ASSIST y AAS, cuentan con encuestas para marcas, ellas medirán si experimentaron algún evento de violencia y antecedente de consumo de alguna sustancia psicoactiva. estas respuestas se mantendrán en confidencia con el encuestado.

Los criterios de inclusión y exclusión de los participantes son los siguientes:

Criterios de inclusión

El proyecto está dirigido a todas las madres gestantes que estén cursando cualquier trimestre de gestación, y deseen llenar nuestra encuesta de investigación.

Criterios de exclusión

No desear participar en el estudio, ser gestantes menores de 18 años de edad, tener algún tipo de trastorno mental diagnosticado.

USO Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN E IDENTIDAD

El manejo de la información personal, y de los resultados obtenidos por estos cuestionarios se mantendrán en absoluta confidencialidad, sólo el investigador principal tendrá acceso a la información de los participantes, además que todos los participantes pasarán por un proceso de codificación con la intención de mantener en completo anonimato su identidad. Los resultados de las pruebas pueden ser enviados al correo electrónico que proporcione con un plazo máximo de espera de 2 semanas si así lo desea.

BENEFICIOS Y RIESGOS POTENCIALES

Dentro de los beneficios que obtendría usted al ser participante del estudio destaca en primer lugar el realizarse estudios de tamizaje de salud mental, detectando o descartando cuadros sugestivos de Trastorno de ansiedad, depresión y estrés. Cabe recalcar que estos corresponden a diagnósticos SUGESTIVOS, quiere decir, necesitan una evaluación completa por un profesional de la salud para considerarse el diagnóstico definitivo. Por otro lado, tras el momento de evaluación de su entorno social, apoyo familiar que usted experimenta, se le podrá dar asesoría en los consultorios del centro de salud Pachacamac, sobre métodos para mantener un entorno familiar favorable para su bebe en camino.

Dentro de los potenciales riesgos se considera la posibilidad de evocar recuerdos de momentos incómodos que ha experimentado en el pasado, generando signos clínicos de algunos de los trastornos mentales que puedan estar presentes al momento de realizar los cuestionarios. No obstante, este será detectado por el instrumento de manera oportuna, y será notificado al participante para que pueda acudir a los servicios de salud mental.

RETIRO VOLUNTARIO DEL ESTUDIO

Cabe recalcar que su participación es absolutamente voluntaria, y si a pesar de haber dado su consentimiento para integrar el estudio, en algún punto de este desea ser retirado del estudio, podrá hacerlo solicitándolo mediante el correo electrónico del contacto.

En caso de presentar dudas, o desea solicitar más información respecto al estudio, puede contactarse con el investigador principal enviando un correo a la dirección de contacto ubicada en la parte superior del documento, con el asunto: INFORMACIÓN SOPORTE FAMILIAR EN GESTANTES.

En base a todo lo mencionado previamente,

Yo, _____ identificado con el DNI número _____ he leído el documento y comprendido el contenido de este, por lo que BRINDO MI AUTORIZACIÓN para participar en este estudio de manera voluntaria. Además, reafirmo que he sido informado en lo siguiente:

- Los objetivos y el propósito de la investigación.
- Los beneficios y potenciales riesgos de participar en este estudio.
- El uso y manejo de mi información.
- Deseo ser contactado para continuar con estudios posteriores al presente proyecto

SI
No

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

LIMA, _____ DE _____ DEL 2022

ANEXO N° 4: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (FORMATO DE TESIS UPSJB)



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Título: SOPORTE FAMILIAR Y TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC DURANTE EL AÑO 2022.

Autor: Susan Milagros Mejía grajeda

Fecha:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de Recolección de Datos N° FICHA: _____ N° H.C.: _____

Correo electrónico:

CARACTERÍSTICAS

	Marcar la opción que corresponda
¿En qué rango de edad se encuentra?	a. 12- 17 años 11 meses y 29 días b. 18- 29 años 11 meses y 29 días c. 30- 59 años 11 meses y 29 días d. 60 a más años
¿Cuál es su estado civil?	a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Divorciada e. concubinato
¿En qué trimestre se encuentra su embarazo actual?	a. 1- 13 semanas b. 14- 27 semanas c. 28- 41 semanas
¿Ha tenido algún diagnóstico previo de algún tipo de trastorno del ánimo?	a. SI b. No
Antecedentes de partos previos al embarazo actual.	a. SI b. No
Número de controles prenatales hasta el momento.	a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 g. 7 h. 8 i. mayor a 8
Antecedente de fallecimiento de familiares cercanos durante la pandemia por covid 19.	a. SI b. No
Antecedentes de ingresos económicos estables de la familia en los últimos meses.	a. SI b. No

ANEXO N° 5: INSTRUMENTO (FORMATO DE TESIS UPSJB)

ENCUESTA N°01

"SOPORTE FAMILIAR (COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR FACE III)"

Presentación:

- El presente instrumento se utilizará para verificar las técnicas y desenvolvimiento de los niveles de tipo de familiar, y capacidad de relación interfamiliar, la ficha consiste en observar y marcar teniendo en cuenta la siguiente escala: nominal (escala de LIKERT)

Instrucciones:

Por favor conteste escribiendo en el espacio correspondiente. Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado NUNCA (1) CASI NUNCA (2) ALGUNAS VECES (3) CASI SIEMPRE (4) SIEMPRE (5)

N°	ITEMS	ESCALA				
		1	2	3	4	5
	UNION FAMILIAR					
01	Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí					
02	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
03	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
04	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
05	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
06	Nos sentimos muy unidos					
07	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
08	Con facilidad podemos planear actividades familiares					
09	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
10	La unión familiar es muy importante.					
	CAPACIDAD DE AFRONTAR CAMBIOS					
11	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
12	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
13	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
14	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
15	En nuestra familia las reglas cambian					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
	ROLES DE FAMILIA					
17	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
18	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
19	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
20	Es difícil decidir quién hace las labores del hogar					

INSTRUMENTO

ENCUESTA N°02

“ESCALA DE DEPRESIÓN, ESTRÉS Y ANSIEDAD-21 (DASS-21) ”

Presentación:

- El presente instrumento se utilizará para verificar las técnicas y desenvolvimiento de síntomas sugestivos de ansiedad estrés y depresión, la ficha consiste en observar y marcar teniendo en cuenta la siguiente escala: Nominal (escala de LIKERT)

Instrucciones:

Por favor conteste teniendo encuesta la siguiente escala de respuesta:

Por favor lea cada afirmación y marque la casilla del número 0, 1, 2 o 3 que indique cuánto de esa afirmación se aplica a su caso durante el último mes. No existen respuestas correctas o incorrectas. No gaste mucho tiempo en cada afirmación.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

0 = No se aplica a mí en absoluto. NUNCA

1 = Se aplica a mí en algún grado o parte del tiempo. A VECES

2 = Se aplica a mí en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo. A MENUDO

3 = Se aplica a mí, mucho. CASI SIEMPRE

N°	ITEMS	ESCALA			
		0	1	2	3
	ANSIEDAD, PREOCUPACIÓN AUMENTADA				
01	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
	AGITACIÓN NERVIOSISMO				
02	Me di cuenta que tenía la boca seca				
03	Se me hizo difícil respirar				
04	Sentí que mis manos temblaban				
05	Sentí que estaba a punto del pánico				
06	Sentí los latidos de mi corazón apesar de no haber hecho esfuerzo físico				
07	Tuve miedo sin razón				
	MALESTAR PSICOLÓGICO O REACCIONES FISIOLÓGICAS				
08	Me costó mucho relajarme				
09	Sentí que tenía muchos nervios				
10	Note que me agitaba				
	RESPUESTA DE SOBRESALTO AUMENTADO				
11	Reaccione exageradamente en ciertas situaciones				
	IRRITABILIDAD				
12	No tolera nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
13	Sentí que estaba muy irritable				
	DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN				
14	Se hizo difícil tomar iniciativa para hacer cosas				

15	Se me hizo difícil terminar las cosas				
ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO					
16	Me sentí triste y deprimido				
ANHEDONIA					
17	No podía sentir ningún sentimiento positivo.				
18	No me pude entusiasmar por nada				
SENSACIÓN DE INUTILIDAD Y O CULPA					
19	Sentí que valía muy poco como persona				
PENSAMIENTOS DE MUERTE O SUICIDIO					
20	Sentí que no tenía nada por que vivir				
21	Sentí que la vida no tenía ni un sentido				

ENCUESTA N°03
“La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias”
(ASSIST)

Presentación:

- El presente instrumento se utilizará para verificar riesgos de consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, y su frecuencia de consumo, para poder brindar la consejería adecuada al encuestado, manteniendo la confidencialidad con el encuestado. La ficha consiste en observar y marcar teniendo en cuenta la siguiente escala: nominal (escala de LIKERT)

Instrucciones:

Por favor conteste escribiendo en el espacio correspondiente. Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija, MARCAR el casillero que indique NUNCA, UNA O DOS VECES, MENSUALMENTE, SEMANALMENTE O DIARIAMENTE o CASI DIARIAMENTE.

N	ITEMS	ESCALA	
		NO	SI
	PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)		
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)		
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)		
d	Cocaína (coca, crack, etc.)		
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)		
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)		
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)		
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)		
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)		
j	Otras, especifique:		



N°	ITEMS	ESCALA				
		NUNCA	UNA O DOS VECES	MESES	SEMANAL	DIARIAMENTE O CADA DIARIAMENTE
	PREGUNTA 2: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?					
	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
	Cocaína (coca, crack, etc.)					
	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
	Otras, especifique:					
	PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?					
	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
	Cocaína (coca, crack, etc.)					
	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
	Otras, especifique:					
	PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					

	Cocaína (coca, crack, etc.)					
	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
	Otras, especifique:					
	PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?					
	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
	Cocaína (coca, crack, etc.)					
	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					

	PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)			
	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)			
	Cocaína (coca, crack, etc.)			
	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			

Otras, especifique: _____			
PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?			
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)			
Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)			
Cocaína (coca, crack, etc.)			
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
Otras, especifique: _____			

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)			
--	--	--	--

ENCUESTA N°04 Abuse Assessment Screen (AAS)

Presentación:

- El presente instrumento se utilizará para identificar algún acto de violencia dentro de la familia dentro de los últimos meses, de esta manera brindar consejería al encuestado, la ficha consiste en observar y marcar teniendo en cuenta la siguiente escala: nominal (escala de LIKERT). Todo lo revelado en la encuesta, se mantendrá en confidencia con el encuestado.

Instrucciones:

- Marque si o no en los casilleros correspondientes, en el caso de responder SI continuar con las sub-preguntas.



N°	ITEMS	ESCALA	
		SI	NO
01	En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional o físico por parte de su marido/pareja o por alguna persona importante para usted?		
02	<p>Durante el último año, ¿le han golpeado, dado patadas o causado algún otro daño físico?</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo?</p> <p>Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio [] Desconocido [] Otro [] Varias personas []</p> <p>¿Cuántas veces? []</p>		
03	<p>Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado o causado algún daño emocional?</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles)</p> <p>Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio [] Desconocido [] Otro [] Varias personas []</p> <p>¿Cuántas veces? []</p>		

04	<p>Desde que está embarazada, ¿le han golpeado, dado patadas o causado algún otro daño físico?</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles)</p> <p>Marido/Pareja <input type="checkbox"/> Exmarido/pareja <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Varias personas <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces? []</p> <p>Indique la gravedad de la lesión utilizando la siguiente escala (Si cualquiera de las descripciones fuera el caso, usar el de mayor puntuación):</p> <p>1- Amenazas de maltrato, incluyendo uso de armas. 2- Bofetadas, empujones: sin lesión y/o dolor persistente. 3- Puñetazos, patadas, moretones, cortes y/o dolor persistente. 4- Palizas, contusiones severas, quemaduras, huesos rotos. 5- Lesiones en la cabeza, lesiones internas y/o permanentes. 6- Uso de arma, herida por arma.</p>		
05	<p>Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, o causado otro daño emocional?</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles)</p> <p>Marido/Pareja <input type="checkbox"/> Exmarido/pareja <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Varias personas <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces? []</p>		
06	<p>Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles)</p> <p>Marido/Pareja <input type="checkbox"/> Exmarido/pareja <input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Varias personas <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántas veces? []</p>		
07	<p>¿Tiene miedo de su marido/pareja o de alguna persona de las que ha mencionado anteriormente?</p>		



ANEXO N° 6: VOLANTE INFORMATIVO

SALUD MENTAL

Es un estado de bienestar, permitiendo a las personas afrontar los problemas de una manera adecuada.

Su desequilibrio es una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial.



La cronicidad de alguna alteración emocional puede somatizarse como:

- Trastorno del sueño.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de pecho.
- Dolores musculares.
- Trastornos alimenticios.
- Dificultad respiratoria.

¿Qué es la ansiedad?
Sensación de angustia en cualquier momento del día. Puede presentarse como miedo constante del futuro.

El estrés

Es un estado de tensión físico y mental. Normalmente se da en respuesta a un estímulo. Los pensamientos del pasado no resueltos pueden llevar a una cronicidad.

La depresión

Sensación inmensa de tristeza, que persiste más allá de un periodo razonable. Esta relacionada a la pérdida de interés en la mayoría de las actividades. Si no es atendido oportunamente puede conllevar a las ideaciones suicidas.

TIPS para generar bienestar mental

RESPIRA HONDO, LENTO Y PROFUNDO DE VEZ EN CUANDO

↔

ELIGE ACTIVIDADES FÍSICAS QUE SEAN AGRADABLES PARA TI

EXTERIORIZA TUS SENTIMIENTOS, PENSAMIENTOS

LA FAMILIA COMO UN APOYO EMOCIONAL

La familia: es un grupo de personas unidas ya sea por relación sanguínea o sentimental.

Cada miembro debe tener un rol determinado, merece una relación y comunicación idónea capaz de aceptar negociaciones respetando a todos los miembros de la familia.

Existen tipos de familia según su relación sentimental y su capacidad de adaptarse cuando se enfrentan a una problemática.



Familia balanceada: Es aquella que cuenta con unión familiar y adaptabilidad idónea y saludable.



Familia de rango medio: Aquella que presentan dificultades en la unión o en la adaptación.



Familia de rango extremo: aquella familia que no se considera unida y tiene mala adaptabilidad. No es considerado sano vivir allí.

El entorno familiar es muy importante para el desarrollo de los niños, ellos no entienden los problemas que los adultos puedan enfrentar. Llegar a afectar su estado emocional.

Algunos estudios mencionan que los niños que crecen en un entorno familiar saludable, tienen mejor desarrollo académico y generan mejores expectativas para su futuro.

Contar con una salud mental materna es de suma importancia para perpetuar una correcta lactancia a su bebé, ya que puede ocasionar Pérdida del vínculo madre-hijo.



1. OMS, La OMS busca la urgente de transformar la salud mental y las ciudades en zonas. [Internet]. Ginebra, Suiza; 2022. (p. 17)
2. Roca RA, Pantoja JM, Jaimes R. Psicología: Asociación de Colaboradores. Federación de Colegios de Psicólogos del Perú. 2022. (p. 1, 95)
3. ID. APARICIO. (2013). Diagnostic and survival manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.).

CUIDAR DE TU SALUD MENTAL

ES CUIDAR DE TU BEBÉ



1. Marca la línea 113.
2. Elige la opción 5: Psicología y salud mental.
3. Identifícate con tu número de DNI o nombres y apellidos.
4. Recibe la orientación de tus sintomatologías.

Aquí no se diagnostica ni se da tratamiento médico.

Correo electrónico: infosalud@minsa.gob.pe
WhatsApp: 955557000 o 952842623

Link de toda la información: [Línea 113 Salud: Recibir información y orientación en salud - Servicio - Ministerio de Salud - Gobierno del Perú \(www.gob.pe\)](https://www.gob.pe)

Link de otros centros de salud de apoyo en salud mental:
[Conocer los Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú - Servicio - Ministerio de Salud - Gobierno del Perú \(www.gob.pe\)](https://www.gob.pe)

En caso de sentir algunos de estos síntomas no dudes en asistir con un personal de salud calificado.

ANEXO N° 7: RESOLUCION DE APROBACION DEL CIE-UPSJB



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N° 1762-2022-CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación fue **APROBADO** por el CIEI:

Código de Registro: **N° 1762-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"SOPORTE FAMILIAR Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC DURANTE EL AÑO 2022"**

Investigador (a) Principal: **MEJÍA GRAJEDA SUSAN MILAGROS**

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera que el proyecto de investigación cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB. De acuerdo a ello, el (la) investigador (a) se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética En Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Responsabilidad Social.

La aprobación tiene vigencia por un periodo efectivo de **un año** hasta el **22/11/2023**. De requerirse una renovación, el (la) investigador (a) principal realizará un nuevo proceso de revisión al CIEI al menos un mes previo a la fecha de expiración.

Como investigador (a) principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo aprobado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el (la) investigador (a) debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 22 de noviembre de 2022.





Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle N°
302-304 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
Ex km 300 La Angostura,
Subtanjalla

CHINCHA
Calle Albilla 108 Urbanización
Las Viñas (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2888

ANEXO N° 8: PERMISO DEL CENTRO DE SALUD

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

**SOLICITO: BRINDAR FACILIDADES CON
INFORMACION PARA TRABAJO DE
TESIS**

SEÑORA: MC. ISABEL ATAUJE GOMEZ
Medico Jefe del centro de salud “Pachacámac”

De mi mayor consideración,

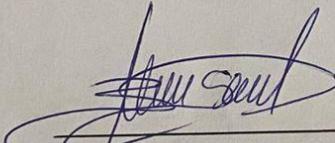
Estimada doctora, es muy grato dirigirme a Ud. en su calidad de directora del Centro de Salud “Pachacámac”, para saludarlo y a la vez para solicitarle me pueda brindar las facilidades para recabar algunos datos del establecimiento datos que se exigen como requisito indispensable para culminar así mi trabajo de investigación titulado “Soporte Familiar y Trastornos del Estado de Ánimo en Gestantes Atendidas en el Centro de Salud Pachacámac durante el año 2022” y con esto poder obtener mi título profesional de Médico Cirujano.

Entre los datos solicitados que son de mi interés es buscar algunos datos de historias clínicas en las pacientes mujeres atendidas en el centro de salud Pachacamac.

Agradeciendo por anticipado su gentil apoyo y en espera de una pronta respuesta, me despido de Ud. aprovechando la ocasión para testimoniara Ud. las muestras de mi especial consideración y estima, deseando goce de buena salud, así como de su familia.

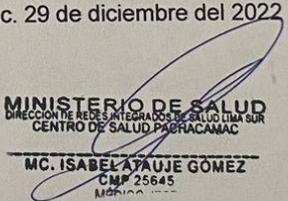
Pachacamac. 29 de diciembre del 2022

Atentamente,



SUSÁN MILAGROS MEJIA GRAJEDA
BACHILLER

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR
CENTRO DE SALUD PACHACAMAC



MC. ISABEL ATAUJE GOMEZ
CMF 25645
Médico

MC ISABEL ATAUJE GOMEZ
MEDICO JEFE

ANEXO N° 9: TABLA BIVARIADA TOTAL

Tabla N°8. Características de las gestantes y distribución por trastorno del ánimo

Características	Total (%)	No depresión (%)	Depresión (%)	p valor*	No ansiedad (%)	Ansiedad (%)	p valor*	No estrés (%)	Estrés (%)	p valor*
N	118(100.0)	74 (62.7)	44 (37.3)		51 (43.2)	67 (56.8)		78 (66.1)	40 (33.9)	
Factores personales										
Edad (años)				0.70			0.71			0.24
12 a 17	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
18 a 29	61(51.7)	37(60.7)	24 (39.3)		25(40.9)	36(59.1)		37(60.7)	24(39.3)	
30 a 59	57(48.3)	37(64.9)	20 (35.1)		26(45.6)	31(54.4)		41(71.9)	16(28.1)	
≥ 60	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
Estado civil				0.82			0.72			1.00
Soltera	18(15.3)	12(66.7)	6(33.3)		9(50.0)	9(50.0)		12(66.7)	6(33.3)	
Casada	27(22.9)	18(66.7)	9(33.3)		10(37.0)	17(63.0)		18(66.7)	9(33.3)	
Viuda	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
Divorciada	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	
Conviviente	73(61.9)	44(60.3)	29(39.7)		32(43.8)	41(56.2)		48(65.8)	25(34.2)	
Trimestre				0.96			0.96			0.42
Primer	11(9.3)	7(63.6)	4(36.4)		5(45.5)	6(54.5)		7(63.6)	4(36.4)	
Segundo	45(38.1)	29(64.4)	16(35.6)		20(44.4)	25(55.6)		33(73.3)	12(26.7)	
Tercer	62(52.5)	38(61.3)	24(38.7)		26(41.9)	36(58.1)		38(61.3)	24(38.7)	
Antecedente de parto				0.47			0.10			0.33
No	52(44.1)	35(67.3)	17(32.7)		27(51.9)	25(48.1)		37(71.2)	15(28.8)	
Si	66(55.9)	39(59.1)	27(40.9)		24(36.4)	42(63.6)		41(62.1)	25(37.9)	
Controles PN				1.00			0.78			0.89
1	11(9.3)	7(63.6)	4(36.4)		6(54.6)	5(45.4)		7(63.6)	4(36.4)	
2	8(6.8)	5(62.5)	3(37.5)		4(50.0)	4(50.0)		6(75.0)	2(25.0)	
3	19(16.1)	13(68.4)	6(31.6)		9(47.4)	10(52.6)		15(78.9)	4(21.1)	
4	12(10.2)	8(66.7)	4(33.3)		4(33.3)	8(66.7)		8(66.7)	4(33.3)	
5	10(8.5)	5(50.0)	5(50.0)		3(30.0)	7(70.0)		6(60.0)	4(40.0)	
6	29(24.6)	18(62.1)	11(37.9)		10(34.5)	19(65.5)		16(55.2)	13(44.8)	
7	14(11.9)	8(57.1)	6(42.9)		6(42.9)	8(57.1)		9(64.3)	5(35.7)	
8	11(9.3)	7(63.6)	4(36.4)		7(63.6)	4(36.4)		8(72.7)	3(27.3)	
>8	4(3.4)	3(75.0)	1(25.0)		2(50.0)	2(50.0)		3(75.0)	1(25.0)	
Muerte familiar (pandemia)				0.08			0.40			0.19
No	88(47.6)	51(57.9)	37(42.1)		36(40.9)	52(59.1)		55(62.5)	33(37.5)	
Si	30(25.4)	23(76.7)	7(23.3)		15(50.0)	15(50.0)		23(76.7)	7(23.3)	
Estabilidad económica				0.18			1.00			0.85
No	59(50.0)	41(69.5)	18(30.5)		25(42.4)	34(57.6)		38(64.4)	21(35.6)	
Si	59(50.0)	33(55.9)	26(44.1)		26(52.2)	33(47.8)		40(67.8)	19(32.2)	

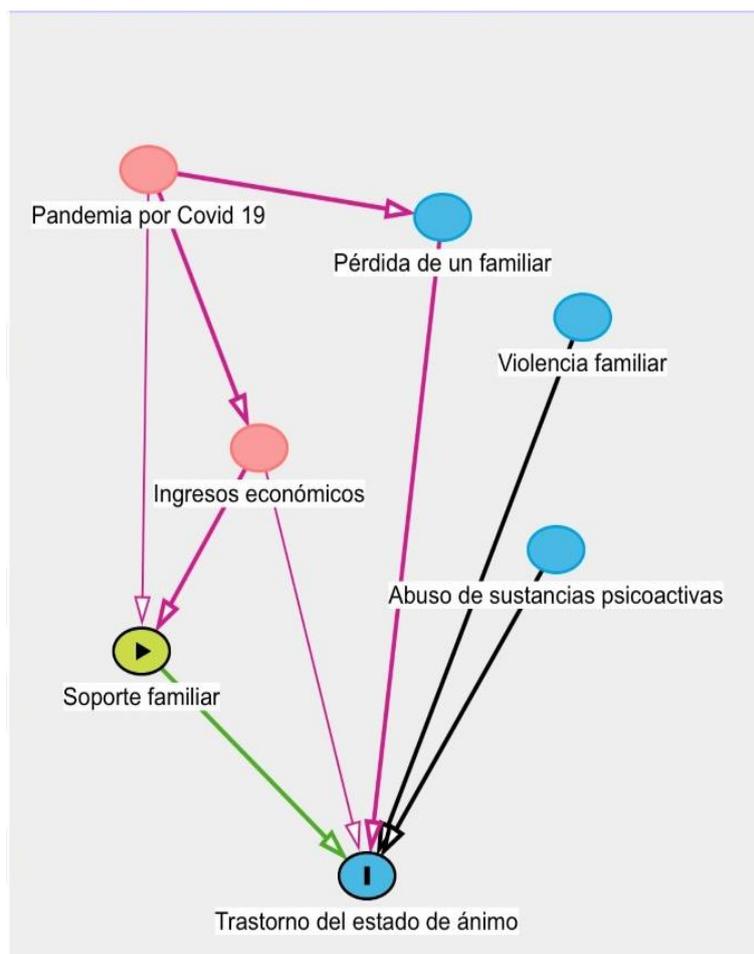
p valor*: Valor p determinado por la prueba exacta de Fisher

Tabla N°8. Características de las gestantes y distribución por trastorno del ánimo (cont.)

Características	Total (%)	No depresión (%)	Depresión (%)	p valor*	No ansiedad (%)	Ansiedad (%)	p valor*	No estrés (%)	Estrés (%)	p valor*
Consumo de sustancias										
Consumo general				0.34			0.35			0.17
No	56(47.5)	38(67.9)	18(32.1)		27(48.2)	29(51.8)		41(73.2)	15(26.8)	
Si	62(52.5)	36(58.1)	26(41.9)		24(38.7)	38(61.3)		37(59.7)	25(40.3)	
Consumo de tabaco				1.00			0.42			0.16
No	102(86.4)	64(62.8)	38(37.3)		46(45.1)	56(54.9)		70(68.6)	32(31.4)	
Si	16(13.6)	10(62.5)	6(37.5)		5(31.3)	11(68.7)		8(50.0)	8(50.0)	
Consumo de alcohol				0.13			0.46			0.25
No	62(52.5)	43(69.4)	19(30.4)		29(46.8)	33(53.2)		44(71.0)	18(29.0)	
Si	56(47.5)	31(55.4)	25(44.6)		22(39.3)	34(60.7)		34(60.7)	22(39.3)	
Violencia doméstica										
Maltrato (general)				0.63			0.48			0.81
No	95(80.5)	61(64.2)	34(35.8)		43(45.3)	52(54.7)		62(65.3)	33(34.7)	
Si	23(19.5)	13(56.5)	10(43.5)		8(34.8)	15(65.2)		16(69.6)	7(30.4)	
Maltrato físico				1.00			1.00			1.00
No	115(97.5)	72(62.6)	43(37.4)		50(43.5)	65(56.5)		76(66.1)	39(33.9)	
Si	3(2.5)	2(66.7)	1(33.3)		1(33.3)	2(66.7)		2(66.7)	1(33.3)	
Maltrato emocional				1.00			1.00			0.17
No	101(85.6)	63(62.4)	38(37.6)		44(43.8)	57(56.4)		64(63.4)	37(36.6)	
Si	17(14.4)	11(64.7)	6(35.3)		7(41.2)	10(58.8)		14(82.4)	3(17.7)	
Soporte familiar										
Cohesión familiar				0.25			0.00			0.06
F. desligada	88(74.6)	53(60.2)	35(39.8)		30(34.1)	58(65.9)		54(61.4)	34(38.6)	
F. separada	26(22.0)	18(69.2)	8(30.8)		18(69.2)	8(30.8)		21(80.8)	5(19.2)	
F. conectada	3(2.5)	3(100.0)	0(0.0)		3(100.0)	0(0.0)		3(100.0)	0(0.0)	
F. aglutinada	1(0.9)	0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)	1(100.0)	
Flexibilidad familiar				0.00			< 0.01			< 0.01
F. rígida	3(2.5)	0(0.0)	3(100.0)		0(0.0)	3(100.0)		2(66.7)	1(33.3)	
F. estructurada	29(24.6)	11(37.9)	18(62.1)		3(10.3)	26(89.7)		9(31.0)	20(69.0)	
F. flexible	16(13.6)	10(62.5)	6(37.5)		7(43.8)	9(56.2)		14(87.5)	2(12.5)	
F. caótica	70(59.3)	53(75.7)	17(24.3)		41(58.6)	29(41.4)		53(75.7)	17(24.3)	

p valor*: Valor p determinado por la prueba exacta de Fisher

ANEXO N° 10: ANÁLISIS DE GRÁFICOS ACÍCLICOS DIRIGIDOS (Directed Acyclic Graphs, DAGs)



ANEXO N°11: EVIDENCIA, CAPTACIÓN Y EXPLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA POBLACIÓN DIANA.



