

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“Clima familiar y depresión en puérperas inmediatas
atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos
Showing Ferrari Huánuco 2025”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

AUTORA: Santiago Ordoñez, Sonia Toribia

ASESOR: Calderon Carrillo, Manuel Santiago

HUÁNUCO – PERÚ

2026

U

D

H



TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud mental

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias sociales

Sub área: Psicología

Disciplina: Psicología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de licenciado(a) en psicología

Código del Programa: P05

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04351024:

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22414679

Grado/Título: Licenciado en Psicología

Código ORCID: 0009-0004-7493-863X

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Calero Bravo, Roberto Angelo	Maestro en economía	71586889	0000-0002-7060-7866
2	Chiclote Robles, Leydy Jackeline	Maestro en educación, mención: investigación y docencia superior	47165840	0000-0001-5689-7118
3	Mendoza Morales, Carmen Teófila	Maestra en gestión pública	22515653	0000-0002-5360-1649



Facultad de Ciencias de la Salud
Programa Académico Profesional de Psicología

"Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia"
"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **15:00 P.M.** horas del día **16** del mes de **julio** del año dos mil veintiséis, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ciudad universitaria La Esperanza en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

- MG. ROBERTO ANGELO CALERO BRAVO **PRESIDENTE**
- MG. LEYDI JACKELINE CHICLOTE ROBLES **SECRETARIO**
- MG. CARMEN MENDOZA MORALES **VOCAL**
- MG. CECILIA ALEJANDRINA MANRIQUE ALCOCER (**JURADO ACCESITARIO**)
- **ASESOR DE TESIS** MG. MANUEL SANTIAGO CALDERON CARRILLO

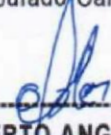
Nombrados mediante Resolución N° 4947-2025-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis titulada. **"CLIMA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI HUÁNUCO 2025"**;

Presentado por la Bachiller en Psicología, **SRA. SANTIAGO ORDOÑEZ, SONIA TORIBIA**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo
(a) aprobado por Unanimidad con el calificativo cuantitativo
de Buena y cualitativo de Buena.

Siendo las, 16:14 Horas del día 16 del mes de Julio del año 2026, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


MG. ROBERTO ANGELO CALERO BRAVO

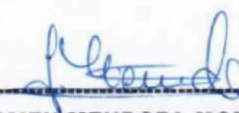
0000-0002-7060-7866- DNI: 71596889

PRESIDENTE


MG. LEYDI JACKELINE CHICLOTE ROBLES

0000-0001-5689-7118- DNI: 47165940

SECRETARIA


MG. CARMEN MENDOZA MORALES

0000-0002-5360-1649- DNI: 22515653

VOCAL



VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: SONIA TORIBIA SANTIAGO ORDOÑEZ, de la investigación titulada "CLIMA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI HUÁNUCO 2025", con asesor(a) MANUEL SANTIAGO CALDERON CARRILLO, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 2259-2025-D-FCS-UDH del P. A. de PSICOLOGÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 21 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 01 de abril de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

5%

2

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

3%

3

repositorio.autonoma.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

1%



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA

D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Todo mi amor y aprecio para mis papás, a quienes les debo la vida, y para mis hijos, por su apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTO

Quisiera manifestar mi más sincero agradecimiento, a todos los que de una u otra forma contribuyeron en mi desarrollo profesional, incluyendo al plantel administrativo, al cuerpo académico de la Universidad de Huánuco, mis compañeros y amigos de aula por todo su apoyo.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	X
CAPÍTULO I	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	18
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	18
1.3 OBJETIVO GENERAL	18
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	19
1.5.2 JUSTIFICACIÓN PRACTICA	20
1.5.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	20
1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO II	22
BASES TEÓRICAS.....	22
2.1 ANTECEDENTES	22
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	22
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	23
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES	25
2.2 BASES TEÓRICAS	27
2.2.1 CLIMA FAMILIAR	27
2.2.2 LA DEPRESIÓN	36
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	47
2.4 HIPÓTESIS.....	48
2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL	48
2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	48

2.5 VARIABLES	49
2.5.1 VARIABLE 1: CLIMA FAMILIAR	49
2.5.2 VARIABLE 2: DEPRESIÓN	49
2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51
CAPÍTULO III	53
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.2 ENFOQUE	53
3.3. NIVEL O ALCANCE	53
3.4 DISEÑO	54
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	54
3.5.1 POBLACIÓN	54
3.5.2 MUESTRA	55
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
3.6.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.7 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS	60
3.7.1 PLAN DE TABULACIÓN	60
3.7.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS	61
CAPÍTULO IV	62
RESULTADOS	62
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	62
4.2 RESULTADO INFERENCIAL	71
CAPÍTULO V	82
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	82
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Puérperas asistidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - 2025	55
Tabla 2 Puérperas asistidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – 2025	56
Tabla 3 Resumen de procesamiento de casos	57
Tabla 4 Estadísticas de fiabilidad	58
Tabla 5 ANOVA	58
Tabla 6 Resumen de procesamiento de casos	59
Tabla 7 Estadísticas de fiabilidad	59
Tabla 8 ANOVA	60
Tabla 9 Nivel de depresión de puérperas inmediatas	62
Tabla 10 Nivel de depresión afectiva de puérperas inmediatas	63
Tabla 11 Nivel de depresión fisiológica de puérperas inmediatas	64
Tabla 12 Nivel de depresión motora de puérperas inmediatas	65
Tabla 13 Nivel de depresión psicológica de puérperas inmediatas	66
Tabla 14 Nivel de clima familiar de puérperas inmediatas	67
Tabla 15 Nivel de relaciones del clima familiar de puérperas inmediatas	68
Tabla 16 Nivel de desarrollo del clima familiar de puérperas inmediatas	69
Tabla 17 Nivel de estabilidad del clima familiar de puérperas inmediatas	70
Tabla 18 Prueba de normalidad	71
Tabla 19 Nivel de relación del clima familiar y la depresión	72
Tabla 20 Nivel de relación del clima familiar y la depresión afectiva	74
Tabla 21 Nivel de relación del clima familiar y la depresión fisiológica	76
Tabla 22 Nivel de relación del clima familiar y la depresión motora	78
Tabla 23 Nivel de correlación del clima familiar y la depresión psicológica.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de depresión de puérperas inmediatas	62
Figura 2 Nivel de depresión afectiva de puérperas inmediatas	63
Figura 3 Nivel de depresión fisiológica de puérperas inmediatas	64
Figura 4 Nivel de depresión motora de puérperas inmediatas	65
Figura 5 Nivel de depresión psicológica de puérperas inmediata	66
Figura 6 Nivel de clima familiar de puérperas inmediatas.....	67
Figura 7 Nivel de relaciones del clima familiar de puérperas inmediatas	68
Figura 8 Nivel de desarrollo del clima familiar de puérperas inmediatas	69
Figura 9 Nivel de estabilidad del clima familiar de puérperas inmediatas	70
Figura 10 Nivel de relación del clima familiar y la depresión	72
Figura 11 Nivel de relación del clima familiar y la depresión afectiva	74
Figura 12 Nivel de relación del clima familiar y la depresión fisiológica	76
Figura 13 Nivel de relación del clima familiar y la depresión motora	78
Figura 14 Nivel de correlación del clima familiar y la depresión psicológica	80

RESUMEN

Estudio que buscaba determinar la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025. Siendo un tipo de estudio básica o elemental, enfoque cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental, transaccional correlacional, siendo los instrumentos la escala de clima social familiar (FES) con sus dimensiones relaciones, desarrollo y estabilidad con una confiabilidad mediante la prueba del alfa de Cronbach de ,823 siendo buena y la escala de autoevaluación de la depresión de Zung (EAMD), con una confiabilidad de ,720 siendo aceptable alfa de Cronbach. Los resultados del clima familiar el 53,4% presentan un nivel muy bueno, el 34,6% bueno, el 9% medio y el 1,5% malo y muy malo, también según la depresión el 60,4% presentan un normal o ausencia de depresión, el 37,3% depresión leve y el 2,2% depresión moderada. Concluyendo que no existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025, con un Sig. (bilateral) de ,578 > 0,05 (alfa).

Palabras clave: Clima familiar, relaciones, desarrollo, estabilidad, depresión, afectiva, fisiológica, motora, psicológica.

ABSTRACT

A study designed to determine the relationship between family environment and depression in women in the immediate postpartum period treated at the Carlos Showing Ferrari Maternal and Child Hospital in Huánuco in 2025. It was a basic or elementary study with a quantitative approach, correlational level, and a non-experimental, cross-sectional correlational design. The instruments used were the Family Environment Scale (FES) with its dimensions of relationships, development, and stability, demonstrating good reliability (Cronbach's alpha of .823), and the Zung Self-Rating Depression Scale (ZEDDS), with acceptable reliability (Cronbach's alpha of .720). Regarding family climate, 53.4% of the participants presented a very good level, 34.6% a good level, 9% a medium level, and 1.5% poor or very poor levels. As for depression, 60.4% presented normal or no depression, 37.3% mild depression, and 2.2% moderate depression. The study concluded that there is no relationship between family climate and depression in postpartum women treated at the Carlos Showing Ferrari Maternal and Child Hospital in Huánuco in 2025, with a significance level (two-tailed) of .578 ($p > 0.05$, alpha).

Keywords: Family climate, relationships, development, stability, depression, affective, physiological, motor, psychological.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con un reporte de la Organización Mundial de la Salud (2023), por lo menos 40 millones de mujeres podrían sufrir cada año un inconveniente de salud prolongado debido al parto, conforme a un estudio publicado en *The Lancet Global Health*. La investigación, incluida en un especial dedicado a la salud en la maternidad, destaca la alta prevalencia de trastornos posparto que persisten meses o años posteriores al parto. Estos incluyen dolores mientras mantienen relaciones sexuales (dispareunia), que se da en más de la tercera parte (35 %) de las mamás después de dar a luz, lumbalgia (32 %), pérdida de control de las heces (19 %), pérdida de control de la orina (8 %–31 %), ansiedad (9 %–24 %), depresión (11 %–17 %), dolor en el perineo (11 %), fobia al parto (tocofobia) (6 %-15 %) e incapacidad para concebir de nuevo (11 %).

Numerosas patologías que afectan al posparto ocasionan a las madres un sufrimiento significativo en su vida diaria que persiste mucho tiempo posterior al parto, ya sea a escala física o emocional; no obstante, estas patologías se evalúan, se detectan y se diagnostican con menor frecuencia a la que sería deseable. Las mujeres requieren, durante toda su vida y después del embarazo, acceso a una amplia gama de servicios de atención sanitaria que atiendan sus inquietudes y cubran sus necesidades, de modo que no solo superen el parto, sino además gocen de buena salud y de un alto nivel de calidad de vida.

El informe de investigación se estructura en los siguientes capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema, en el que se expone y plantea el problema, los objetivos generales y específicos, la razón de ser de la investigación (desde una perspectiva teórica, metodológica y práctica), las restricciones y la viabilidad del estudio. Capítulo II: Marco Teórico, encontrándose los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, los conceptos básicos, las hipótesis, las variables y la matriz de operacionalización de las variables. Capítulo III: Metodología de la investigación, que abarca el tipo de estudio, el enfoque, el nivel o alcance, el diseño, la población y la muestra, el método de muestreo, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, y las técnicas de procesamiento y análisis de datos (métodos estadísticos). Capítulo IV: Resultados, que

comprende el análisis de los datos expuestos en tablas y gráficos, así como el análisis inferencial, que expone la comprobación y verificación de las hipótesis. Capítulo V: Discusión. Conclusiones, sugerencias y recomendaciones y las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2020), refiere que la depresión es un trastorno afectivo caracterizado por un estado de ánimo persistentemente abatido, acompañado de sentimientos intensos de tristeza, llanto frecuente ya sea de forma espontánea o sin una causa evidente, así como una marcada pérdida de interés o placer por actividades que anteriormente resultaban satisfactorias. Las personas con depresión suelen experimentar pensamientos negativos hacia sí mismas, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, desesperanza y, en algunos casos, ideación suicida. Este trastorno puede afectar tanto el funcionamiento emocional como el físico y social de quien lo padece, interfiriendo significativamente en la vida diaria. Cerca del 15% de la población adulta ha presentado síntomas de depresión, siendo mayor en féminas que en varones. En jóvenes de entre 12 y 29 años, los síntomas depresivos han mostrado un incremento alarmante en los últimos años, en parte asociado a contextos de violencia, inestabilidad familiar, pobreza, desempleo y falta de acceso a servicios de salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la depresión, también denominada trastorno depresivo, constituye uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial. Se caracteriza mediante un mal humor persistente, así como falta de interés o de satisfacción en la mayoría de las acciones diarias, incluso aquellas que previamente resultaban placenteras. Estos síntomas deben mantenerse durante un periodo considerable de tiempo para ser considerados clínicamente relevantes. A diferencia de los cambios emocionales transitorios propios del día a día, la depresión representa una alteración significativa del funcionamiento psíquico que afecta múltiples esferas de la vida de la persona. Entre sus consecuencias más notables se encuentran las dificultades en las relaciones familiares, sociales y comunitarias, así como un deterioro en el desempeño académico y laboral. En algunos casos, estos ámbitos no solo se ven afectados por la

depresión, sino que también pueden actuar como factores desencadenantes o agravantes del trastorno. Las estadísticas reflejan la magnitud del problema: se estima que el 3,8% de la gente en el mundo padece depresión, lo que abarca al 5% de los adultos (el 4% de los varones y el 6% de las damas) y al 5,7% de los mayores de 60 años. A nivel mundial, se calcula que unos 280 millones de individuos viven con esta condición. Existe una clara diferencia de prevalencia entre géneros, ya que la depresión es aproximadamente un 50% más común en mujeres que en hombres. Esta disparidad se acentúa en determinadas etapas de la vida, como el embarazo y el posparto: más del 10% de las mujeres embarazadas y de las puérperas presentan síntomas depresivos, lo cual puede tener implicaciones significativas tanto para su salud como para el desarrollo del recién nacido. Un aspecto particularmente alarmante es la estrecha relación entre depresión y suicidio. Según la OMS, cada año se suicidan más de 700 000 personas. Entre las personas de 15 a 29 años, la cuarta causa principal de muerte es el suicidio, lo que pone de relieve la gravedad del trastorno y la necesidad urgente de estrategias efectivas de prevención, diagnóstico y tratamiento. En este contexto, la depresión no solo debe entenderse como un problema individual, sino también como un desafío de salud pública que requiere atención integral desde los sistemas de salud, la comunidad y las políticas públicas.

De acuerdo con los datos publicados por Statista Consumer Insights (2024), la depresión se posiciona como la razón principal de discapacidad y contribuye significativamente a la incidencia global de enfermedades. Esta realidad refleja no solo el elevado número de personas afectadas, sino también el impacto funcional y social que este trastorno genera en múltiples dimensiones de la vida cotidiana. Entre los países con mayores tasas de incidencia de problemas de salud mental vinculados a la depresión se encuentran Australia, Estados Unidos y el Reino Unido. En Australia, el 48% de la población encuestada reportó haber experimentado dificultades relacionadas con la salud mental, específicamente síntomas depresivos, durante los últimos 12 meses. En Estados Unidos, la proporción es del 44%, mientras que en el Reino Unido alcanza el 39%. Estas cifras evidencian un fenómeno común en países con altos niveles de urbanización, competitividad laboral y estilos de vida acelerados, factores que suelen asociarse al aumento

del estrés crónico y de trastornos del estado de ánimo. En el contexto europeo, España ocupa el séptimo lugar, con un 30% de las personas encuestadas que afirman haber experimentado problemas de salud mental relacionados con la depresión, cifra que representa un incremento del 1% respecto al año anterior. Alemania, por su parte, presenta una tasa superior, con un 34% de su población afectada, posicionándose por delante de España en términos de prevalencia. Estas cifras no solo ilustran la magnitud del problema, sino que también ponen de manifiesto la necesidad de una respuesta urgente desde los sistemas sanitarios, a través de estrategias de prevención, atención temprana y fortalecimiento de los servicios de salud mental. Además, el aumento progresivo de estos datos en países desarrollados plantea interrogantes sobre el papel de factores socioculturales, económicos y tecnológicos en la salud emocional de las personas, así como sobre la importancia de implementar políticas públicas que promuevan el bienestar psicológico como una prioridad en la agenda global.

De acuerdo con el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2024), la depresión constituye una de las enfermedades psicológicas más populares del país. Se trata de una condición que, si no es diagnosticada ni tratada de manera oportuna, puede evolucionar hacia cuadros clínicos graves, incluyendo la conducta suicida. Durante el año 2023, el MINSA registró 280,917 casos de personas atendidas por depresión en los diferentes establecimientos de salud pública. Esta cifra refleja una preocupación creciente en el ámbito de la salud pública, especialmente al considerar que un 75.5% de los casos corresponden a mujeres y un 16.5% a personas menores de edad, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad de estos grupos frente a factores de riesgo psicosociales. En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, la coordinadora de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA), Katia Caballero, indicó que solo en ese establecimiento se atendieron 1,216 personas por trastornos depresivos durante el mismo año. Según sus declaraciones, los casos que ameritan hospitalización son aquellos en los que los síntomas depresivos adquieren un nivel severo, interfiriendo gravemente con el funcionamiento psicológico, social y conductual del paciente. Por su parte, Jorge Pizarro Sánchez, jefe de la UHSMA del Hospital María Auxiliadora, señaló que los cuadros depresivos suponen entre el 30% y

el 40% de todos los pacientes tratados en su centro de salud. Asimismo, explicó que este tipo de trastornos se presenta con mayor frecuencia en mujeres de entre 20 y 40 años, etapa de la vida marcada por múltiples exigencias laborales, familiares y sociales, lo que puede incrementar la exposición al estrés y al desgaste emocional. En el caso de los varones, se ha identificado que los signos más comunes que motivan una hospitalización son el aislamiento social, la tristeza profunda y la presencia de ideación suicida, síntomas que suelen estar subdiagnosticados debido a barreras culturales relacionadas con la expresión emocional masculina.

De acuerdo con el Seguro Integral de Salud (SIS, 2023), la depresión representa una de las principales causas de atención en salud mental entre la población afiliada, abarcando desde cuadros moderados hasta casos graves. Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 en 2020, el SIS ha financiado más de 650,000 atenciones relacionadas con diagnósticos depresivos, lo que evidencia un incremento sostenido en la demanda de servicios vinculados a este trastorno. Esta cifra refleja no solo el impacto psicosocial de la pandemia, sino también una creciente visibilización de los problemas de salud mental en la agenda pública. El análisis estadístico del SIS revela que el 77% de las atenciones correspondieron a mujeres, mientras que solo el 23% fueron hombres, una tendencia consistente con datos internacionales que indican una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres, posiblemente debido a factores biopsicosociales como el rol de género, la sobrecarga de tareas de cuidado, la violencia doméstica y la desigualdad estructural. Asimismo, el número de atenciones ha presentado una evolución marcada: en el año 2020, se cubrieron más de 83 000 consultas médicas; en 2021, esa cifra aumentó a más de 270 000; y, a fecha de octubre de 2022, se registraron más de 292,000 intervenciones financiadas de forma integral y gratuita, lo que evidencia una necesidad creciente de fortalecer los servicios especializados en salud mental en todo el país. En cuanto a la distribución demográfica, los adultos de más de 30 años son el grupo más afectado, aunque en los últimos años se ha observado un incremento preocupante en la incidencia de síntomas depresivos en jóvenes y adolescentes, posiblemente asociado a factores como el desempleo, la incertidumbre académica, el uso excesivo de tecnologías y la escasa comunicación emocional en el entorno familiar. Desde

una perspectiva geográfica, Lima concentra la mayor cantidad de atenciones financiadas, lo cual se explica por su alta densidad poblacional y mejor infraestructura sanitaria. Sin embargo, regiones como Cusco (45,795 atenciones), Junín (39,339), Puno (31,518) y Ayacucho (29,608) también presentan cifras elevadas, reflejando una fuerte demanda en zonas de la sierra del país, donde los determinantes sociales de la salud, como, por ejemplo, la pobreza y el escaso acceso a los servicios, agravan las condiciones de vulnerabilidad emocional. En contraste, las regiones con menor número de atenciones fueron Madre de Dios (3,870), Tumbes (3,982), Ica (6,334), Amazonas (8,539) y Moquegua (9,084), en parte por su menor densidad poblacional, pero también por deficiencias en la cobertura del sistema de salud mental, especialmente en zonas rurales de la selva y costa peruana.

Según la revista persona Salud (2024), refiere que en el contexto peruano, un estudio epidemiológico llevado a cabo en 2012 en las zonas urbanas de Lima Metropolitana y Callao reveló que la prevalencia de vida de la depresión alcanzaba un 17.3%, es decir, que casi una de cada seis personas había experimentado depresión en algún momento de su vida. Además, la prevalencia anual que refleja el porcentaje de personas que presentaron depresión durante un año determinado fue del 6.2%, lo que indica una considerable carga continua de este trastorno en la población. En ese mismo período, la depresión constituyó aproximadamente el 3.9% de la carga total de enfermedades en el país, posicionándose como una de las principales causas de discapacidad y afectación funcional. Este dato subraya la importancia de priorizar la salud mental en las políticas públicas, dado que la depresión no solo afecta el bienestar emocional sino también la productividad laboral, la calidad de vida y las relaciones sociales. Además, la alta prevalencia y la significativa contribución a la discapacidad reflejan un impacto considerable en el sistema de salud nacional, que demanda estrategias integrales para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. Estudios posteriores sugieren que estas cifras podrían haberse incrementado, especialmente considerando factores recientes como el brote de COVID-19, que ha agravado los desafíos de salud psicológica a nivel mundial y local.

Según datos de la Dirección Regional de Salud de Huánuco en 2020, se registraron alrededor de 5,600 atenciones a personas diagnosticadas con trastornos relacionados a la ansiedad, depresión, estrés y casos de violencia intrafamiliar. Durante el periodo de cuarentena por la pandemia de COVID-19, se observó un notable aumento en la demanda de atención psicológica y psiquiátrica, atribuible a las alteraciones emocionales y sociales provocadas por esta crisis sanitaria. De acuerdo con el Colegio de Psicólogos de Huánuco en 2021, aproximadamente el 80% de la población urbana presenta algún tipo de problema de salud mental, cifra que representa un incremento alarmante en comparación con el 30% registrados años atrás, evidenciando un deterioro significativo en el bienestar emocional de los ciudadanos. Esta situación refleja una alta prevalencia de depresión y otros trastornos mentales en la región, afectando a diversos grupos etarios, incluyendo niños, adolescentes y adultos mayores. En cuanto a la atención hospitalaria, se reportaron 229 usuarios atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán y 189 en el Hospital de Tingo María por estos problemas. Además, las redes de salud de las provincias de Huánuco han registrado un elevado número de casos, con 1.893 consultas en Huánuco, 1.333 en Puerto Inca, 895 en Leoncio Prado, 343 en Pachitea, 272 en Huamalíes, 247 en Dos de Mayo, y 234 en Ambo, todos con diagnósticos de ansiedad, estrés, depresión y violencia doméstica. Pese a la magnitud del problema, el presupuesto asignado por las autoridades para la promoción y atención de la salud mental sigue siendo insuficiente, limitando la capacidad de respuesta y el desarrollo de programas efectivos para revertir esta tendencia negativa en la salud mental de la población huanuqueña. Esta realidad destaca la urgente necesidad de fortalecer las políticas públicas, ampliar la cobertura de servicios de salud mental y aumentar la inversión en prevención, tratamiento y rehabilitación para atender integralmente a los afectados.

Realidad que se ve plasmado durante el proceso de atención de puerperas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, observando tristeza intensa, irritabilidad, llanto frecuente, problemas para dormir y comer, como la pérdida de interés en el recién nacido. En algunas de ellas se observa sentimientos de culpa, desesperanza, fatiga, problemas de

concentración y atención al bebe, síntomas que en muchas de ellas se mantienen por mucho tiempo.

Realidades reflejadas en mujeres postparto que en situaciones poniendo en riesgo la salud integral del recién nacido, siendo de mucha preocupación su atención inmediata.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?
- ¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?
- ¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?
- ¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?

1.3 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.
- Analizar la relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.
- Establecer la relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.
- Demostrar la relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El siguiente estudio se ha llevado a cabo a fin de contribuir a los datos existentes acerca del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas ingresadas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari en Huánuco. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2023) refiere que aproximadamente 280 millones de personas en el mundo sufren de depresión. Algunos de los signos de la depresión son la pena constante, la baja motivación o la falta de interés por las aficiones, y los sentimientos de inutilidad o culpa. El clima familiar, entendido como la calidad de las relaciones y el ambiente emocional dentro del núcleo familiar, puede influir significativamente en la aparición y evolución de la depresión en las mujeres durante el puerperio. Por lo tanto, esta investigación analizará cómo la depresión afecta el clima familiar en puérperas inmediatas, lo que podrá favorecer a los profesionales de salud encargados de su atención.

1.5.2 JUSTIFICACIÓN PRACTICA

Se aplicó instrumentos validados para evaluar la depresión y el clima familiar en púerperas inmediatas ingresadas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Esto permitirá identificar las necesidades emocionales y familiares de cada madre, facilitando un abordaje más personalizado. Con base en los resultados, se podrán implementar estrategias de apoyo como grupos de contención emocional, talleres de fortalecimiento familiar y asesoría psicológica, que favorezcan un ambiente saludable para la madre y su familia. Asimismo, se promoverán actividades que mejoren la comunicación y las relaciones familiares, así como técnicas de relajación y manejo del estrés para disminuir los síntomas depresivos. Estas acciones servirán para mejorar el bienestar psicológico de las madres en el que han dado a luz y fortalecerán su entorno familiar, apoyando así su recuperación integral durante el puerperio.

1.5.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Con el fin de lograr los propósitos de esta investigación se utilizó instrumentos validados, los cuales facilitarán la recolección y análisis de datos relacionados con el estado emocional y el ambiente familiar de las púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari en Huánuco. Asimismo, se llevarán a cabo entrevistas individuales para obtener una comprensión más profunda y cualitativa de las experiencias personales y familiares de las participantes. De esta manera, se podrá abordar integralmente la relación entre el clima familiar y la depresión en el puerperio.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presenta las siguientes limitaciones:

- La carencia de datos sobre el grado de depresión de madres recién dadas a luz asistidas en el hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari quien dificulta contar con un perfil porcentual sobre el caso, siendo subsanado al encontrar algunos informes en revistas científicas que hablan sobre el tema.

- La negativa de algunas puérperas en aceptar el proceso de evaluación como de formar parte del estudio dificulta el total de la muestra programada como de los resultados previstos, explicándoles la razón del estudio lo cual accedieron al proceso de evaluación.

1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue posible debido a que:

- Se dispuso de la información y las aptitudes requeridas acerca del clima familiar y la depresión que nos permitirá abordar el tema.
- Se realizó las coordinaciones verbales con el director del hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari para el permiso respectivo.
- Se dispuso de los medios financieros, materiales y de personal necesarios para llevar a cabo el estudio.
- Se contó con los instrumentos la escala de clima social familiar FES Moos y el inventario de depresión ZUNG que permitirá la obtención de datos
- Los gastos económicos utilizados en el desarrollo del estudio estuvieron a cargo de la misma investigadora en un 100%

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En México, Juárez (2024), realizó la tesis titulada: Cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación a depresión post parto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.7. Con el fin de identificar el vínculo entre la cohesión familiar, la capacidad de adaptación y la depresión posparto en mujeres de entre 15 y 44 años dadas de alta. Empleando una metodología de diseño cuantitativo, de relación y de corte transversal; estuvo compuesta la muestra por 124 pacientes en etapa de puerperio brindados por ARIMAC de la UMF 7 y siendo valorados a través de los instrumentos Cuestionario de Edimburgo que mide la depresión postparto y la Escala de Evaluación FACES III, presentando ambas confiabilidades por el alfa de Cronbach. Finalizando con que, se visualizó un vínculo entre la cohesión de la familia y la depresión posparto, pero no se pudo identificar vínculo con la adaptabilidad de la familia en las pacientes en etapa puerperio de la UMF 7 en México.

En Ecuador, Benítez & Puente (2021), realizó la investigación: Depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de salud INNFA del cantón Morona, 2020 – 2021. Buscando establecer la depresión postparto y su asociación con el tipo de familia, dentro del hospital INNFA. Bajo una metodología de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal; la muestra estuvo establecida por 100 mujeres del centro de salud INNFA del cantón Morona en Ecuador, y los instrumentos empleados fueron Encuesta sobre la Tipología Familiar y el Test de Edimburgo que mide la depresión postparto. Por consiguiente, se identificó una asociación estadística entre la depresión postparto y la tipología de la familia en mujeres del hospital INNFA en Ecuador.

En El Salvador, Vallecampo (2021), realizó estudio denominado: Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio

inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. Con miras a establecer el vínculo entre el riesgo y los factores relacionados con la depresión después del parto en el período posparto temprano entre mujeres con bajo riesgo obstétrico que fueron tratadas en el Hospital Nacional Zacamil. Estudio realizado mediante un método de enfoque cuantitativo, nivel relacional, y de diseño transversal y prospectivo; 180 mujeres en el puerperio inmediato integraron la muestra, y siendo estas mismas valoradas por los instrumentos Test de Depresión Postnatal de Edimburgo y la Encuesta de Factores de Riesgo. En definitiva, se pudo establecer un vínculo significativo entre la depresión posparto y el riesgo y los factores asociados en las madres tratadas en el centro de salud nacional Zacamil.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Payano & Vizurraga (2024), en el estudio titulado: Depresión posparto y su relación con el apoyo social percibido en puérperas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2022. Con miras a estudiar La asociación entre la depresión después del parto y el respaldo social experimentado por las mujeres en el posparto de la Unidad de Salud Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco. A través de un método de nivel fundamental con un enfoque cuantitativo, nivel relacional y un diseño no experimental, el estudio contó con una muestra de 70 madres en el posparto, medidos mediante los instrumentos el Test que mide la Depresión Posparto y el Cuestionario que mide el Apoyo Social Percibido, Ambos fueron considerados válidos por los especialistas y fiables, de acuerdo con la medida del alfa de Cronbach. Al final, se pudo establecer un vínculo estadísticamente significativo entre la depresión después del parto y el respaldo social que sentían las mujeres en el posparto del hospital.

Levy (2024), en la investigación: Factores relacionados a depresión posparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. Tuvo como finalidad establecer el vínculo entre los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales y la depresión puerperal entre las mujeres en el posparto temprano en el Hospital Amazónico. Desarrollado

mediante un método de tipo deductivo, enfoque cuanti-cualitativa, nivel relacional – no experimental y de diseño transversal, descriptivo y relacional; la muestra se constituyó por 109 puérperas del Hospital Amazónico de Yarinacocha y los instrumentos empleados fueron el Test de Depresión Postparto de Edimburgo – EDPE y una ficha de recopilación de información acerca de los factores relacionados (sociodemográficos, obstétricos y del recién nacido). Estudio concluyó que se identificaron factores vinculados a la depresión posparto entre las mujeres en el período posparto temprano en el Hospital Amazónico.

Latorre (2023), en la tesis denominada: Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un Hospital de Sicuani. Buscando identificar el vínculo existente entre ansiedad y depresión posparto en puérperas adultas, atendidas en un Hospital de Sicuani. Bajo un método de tipo cuantitativo, diseño no experimental – transversal y de nivel relacional; se constituyó la muestra por 94 puérperas adultas que atendidas en un Hospital de Sicuani y los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y el Test de Depresión Postparto de Edinburgh – EPDS, presentando confiabilidades a través del alfa de Cronbach. Se pudo concluir que, se pudo identificar un vínculo positivo, moderado y significativo entre la ansiedad rasgo y la depresión posparto, pero no se pudo establecer una asociación significativamente estadística entre la depresión posparto y la ansiedad estado.

Ramos & Rivera (2022), en el estudio titulado: Asociación entre depresión posparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. Con el objetivo de determinar el vínculo entre la depresión después del parto y el apoyo del cónyuge en las mujeres que acuden a un centro de salud materno-infantil. Elaborado bajo una metodología de tipo observacional, diseño relacional - descriptivo y de corte transversal; 122 mujeres de un centro materno infantil de Lima Metropolitana constituyeron la muestra y medidos bajo el Test de Depresión Postparto de Edimburgo y la Escala de Apoyo de la Pareja en el Postparto, mostrando ambas fiabilidades a través del alfa de Cronbach. Por consiguiente, se pudo mostrar una asociación inversamente

moderada entre la depresión después del parto y el respaldo del cónyuge en las mujeres que acuden a un centro de salud materno infantil de Lima.

Chávez (2021), en la investigación: Factores sociales en la depresión post parto en madres adolescentes. Hospital II E Simón Bolívar, 2020. Con el propósito de establecer la asociación entre ciertos aspectos sociales y la depresión posparto en adolescentes que han dado a luz y que han sido ingresadas en el Hospital Simón Bolívar II-E. Por medio de una metodología de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, la muestra se integró por 68 adolescentes atendidas en el periodo de enero – junio, y siendo medidos por medio de los instrumentos Encuesta de Factores Sociales y el Test de Depresión Postnatal de Edimburgo – EDPE. Se pudo finalizar con que, se identificó una asociación significativa entre determinados aspectos sociales, como edad, situación laboral actual y situación financiera, y la depresión posparto en adolescentes tratadas en el Hospital II E Simón Bolívar.

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Palpa (2024), en la tesis denominada: Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el primer trimestre del año 2021. Buscando establecer la incidencia de la depresión puerperal entre las pacientes tratadas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán. Se utiliza un método aplicado con un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y un diseño transversal no experimental; la muestra se constituyó por 47 mujeres en periodo de postnatal del Hospital Regional Hermilio Valdizán, y el instrumento empleado fue el Test de Depresión de Edimburgo. En consecuencia, se pudo ver que el 57.4% de la muestra estudiada se encontró en un nivel de sin riesgo de depresión postparto, el 25.5% se encontró que estaban en riesgo de desarrollar depresión después del parto, y solo el 17% se clasificó como casos probables de depresión después del parto.

Camac (2022), en el estudio titulado: Niveles de depresión en madres adolescentes de 12 a 19 años en los puestos de salud de Huánuco 2020. Con miras a establecer los grados de depresión en madres adolescentes. Bajo una metodología de tipo básico, alcance descriptivo, enfoque cuantitativo y de diseño descriptivo; se integró a la muestra 65 madres adolescentes de entre 12 a 19 años, y el instrumento empleado fue la Escala de Autoevaluación del Zung de Depresión, siendo esta misma fiable por el alfa de Cronbach. Por consiguiente, se observó que el 50.8% de las madres adolescentes manifestaron un grado de depresión leve, el 41.5% no presentaron depresión, el 6.2% un grado intermedio y solo el 1.5% un grado grave de depresión.

Tueros (2022), en su estudio: Factores de riesgo a la depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2021. Presentando como finalidad establecer los elementos peligrosos vinculados a la depresión post parto en mujeres asistidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Siendo la metodología con un tipo de estudio descriptivo correlacional, nivel observacional, transversal analítica, diseño no experimental descriptivo correlacional. La población conformada por 404 puérperas atendidas en el hospital materno infantil y la muestra fueron 163, con edades que oscilan entre los 33 a 37 años siendo el muestreo no probabilístico con estado de civil conviviente. Concluyendo que el tipo de parto muestra asociación significativa con la depresión. También los resultados muestran que el 15.95% con antecedentes de aborto con riesgo de depresión.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CLIMA FAMILIAR

LA FAMILIA

En sociedades primitivas o aisladas, puede ser la única forma de organización, pero es el nivel organizativo y la primera de las escalas sociales. En un marco social, su pertinencia es sumamente significativa porque en él se forman muchos aspectos culturales y actitudinales de las personas. Casi todas las tareas diarias de las personas se producen en el seno de la familia, y es aquí donde se aprenden las principales pautas de la vida posterior, como la convivencia, la resolución de conflictos, la ayuda mutua y la empatía (Romero, 2002).

Del Pico (2011) ofrece una visión acerca de la familia. primeramente, afirma que una familia es un colectivo social compuesto por parentesco basado en la descendencia común, es decir, por relaciones consanguíneas. Además, una familia se compone de personas que están relacionadas por la sangre y configuran una morada. Seguidamente, la familia constituye un establecimiento social donde se forman las virtudes individuales, las normas, las maneras de razonar, los sentimientos y la forma de obrar, que afectan a la integración de los individuos en la sociedad.

Una familia es una agrupación de individuos que tienen un sentimiento de adhesión y desarrollan vínculos estrechos y mutuamente beneficiosos (Oseda et al., 2020). Es en la familia donde se adquieren las pautas de comportamiento adecuadas para la integración en una determinada comunidad.

Asimismo, Ramírez (2005) considera que la familia debe cumplir con cinco funciones primordiales:

1. **Función económica:** El fin de cualquier familia es alcanzar o mantener el bienestar de sus miembros, y esto se logra a través del trabajo, que es la fuente que proporciona a los padres el dinero necesario para hacer frente a necesidades elementales como la alimentación, la ropa, la vivienda, la atención sanitaria, la recreación y la educación.
2. **Funcionamiento emocional:** Se refiere a la expresión de sentimientos y emociones como muestra de afecto, seguridad, ternura y cuidado de

los padres hacia los hijos. Estos son aspectos fundamentales para la coordinación y fortalecimiento de la estructura familiar y son esenciales para el avance del proyecto familiar.

3. Función de socialización: Los hombres vivimos en sociedad y nos relacionamos con los demás.
4. Función es la reproducción: la función básica de todas las familias es la preservación de la especie, que se consigue mediante la procreación, asegurando la supervivencia y perpetuación de la especie humana. Pero hay otro punto, sin embargo, que es simplemente la procreación sin responsabilidad. En ella, no tenemos ninguna responsabilidad por los nuevos seres que traemos al mundo, y los abandonamos sin asistencia.
5. Función recreativa: proporcionar a las familias tiempo para la diversión y el esparcimiento como forma de escapar de la rutina y potenciar la camaradería a través del juego y la distracción.

Romero (2002) señala que son rasgos especiales de cada individuo y constituyen el fundamento de su desarrollo individual y de los papeles que desempeña en la sociedad. Estas bases están influenciadas por la familia, principalmente por los valores de los padres, que se transmiten a la siguiente generación y se desarrollan en la sociedad:

- a. El afecto. Es la base de la felicidad familiar. Los principios generales que se fomentan en la familia sólo tienen sentido a través del amor mutuo. Esta condición crea el espacio óptimo para la coexistencia y el desarrollo de todos los integrantes familiares.
- b. Entendimiento. Fruto de la capacidad de empatía para comprender aspectos de los sentimientos y actitudes del otro, y el ejemplo de los padres puede servir de ejemplo para sus hijos de comprensión y respeto de las diferencias especiales entre los distintos individuos.
- c. Respeto. Consiste en tratar las actuaciones (y las concepciones que las orientan) ajenas con respeto, partiendo del entendimiento de las distintas diferencias que existen entre personas. El respeto constituye el principio fundamental en cualquier relación de convivencia entre humanos, y en la familia el respeto a las diferencias puede expresarse también en el ámbito social.

- d. Compromiso. Es todo el soporte y ayuda ofrecida y recibida, junto con el resto de familiares, para que cada uno pueda alcanzar sus propios fines y satisfaga sus necesidades, creando además un espacio propicio para la armonía de la familia a través de los propios hábitos de convivencia que cada uno asume.
- e. Responsabilidad. Son todas aquellas acciones que cada miembro familiar asume como obligatorias y que se desarrollan por su implicación en el bienestar familiar. Su violación puede volver inestable e incierta el vínculo familiar y afectar su prosperidad.
- f. La comunicación. No puede haber una vida de coexistencia humana sin la manifestación activa de uno de los valores principales en el seno familiar: la comunicación. Estar abierto a ideas que no se conocen o se creen diferentes, escuchar a los demás, comunicar y compartir las propias experiencias e inquietudes y expresar las propias ideas son muy importantes para el adecuado equilibrio dentro de la familia.
- g. Justicia. Es la distribución de lo que corresponde a cada uno a cada uno, valor que ofrece estabilidad y seguridad a sus miembros con un sentimiento de igualdad respecto a su desarrollo.
- h. Tolerancia. Basada en el respeto a los modos de comportamiento y a los pensamientos que los guían, aunque sean contrarios a los propios.
- i. Honestidad. Basada en el sentido del honor para promover la veracidad en el marco de la confianza entre los familiares. La honradez constituye uno de los valores más apreciados en la familia y genera relaciones sólidas y leales.

Para las Naciones Unidas (ONU), las sociedades tienen diferentes estructuras familiares, que están conformadas por diferentes alianzas, que a su vez determinan modelos de familia que son universales por su esencia (ONU, 1994 referido por De La Cruz, 2022).

- Familia nuclear: formada por padres e hijos.
- Familia monoparental: formada por uno de los padres, con falta o escasez de las relaciones de contacto.
- Familia polígama: formada por ambos progenitores, donde el padre o la madre tienen múltiples parejas.

- Familia mixta: conviven diferentes generaciones. - Familia extensa: formada por generaciones que conviven y otros parientes.
- Familia reorganizada: los padres conviven con otras parejas que tienen hijos con otros cónyuges.
- Familias migrantes: compuestas por integrantes de diferentes orígenes sociales.
- Familia distanciada: falta de afecto y desatención por parte de los otros familiares.
- Familias enredadas: estructura en la que los padres son dominantes.

DEFINICIÓN DE CLIMA FAMILIAR

El clima familiar se conceptualiza como aquel contexto social familiar y se caracteriza por tres elementos clave, cada uno de los cuales, a su vez, consta de cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, agencia y componentes intelectuales, culturales y sociales (Moos, 1996).

Según Gembeck y Locke (2007), el clima familiar se compone del entorno que perciben e interpretan los propios integrantes de la familia, y se comprobó que este ambiente posee un impacto significativo en el desenvolvimiento conductual, social, emocional, corporal y mental de los miembros, así como en los individuos y sus personalidades.

López y Ramos (2010) afirman que el ambiente social familiar es un espacio en el que la totalidad los miembros se adaptan a sus circunstancias e interactúan a través de las relaciones interpersonales obtener los medios necesarios para el buen estado de cada uno de sus miembros.

Del mismo modo, para Zambrano y Almeida (2017), el clima social familiar está definido por las relaciones existentes entre los integrantes, lo que incluye en buena parte los modos comunicativos que surgen de las esferas afectiva y social. También incluye los modos de interacción y desarrollo humano que ocurren en el día a día de la familia.

Ramos y Risco (2019) afirman que el entorno de la familia responde a un grado de bienestar que se deriva de las relaciones entre sus integrantes, el cual está determinado por el nivel comunicativo, de cohesión e

interactividad, así como por el nivel organizativo y de dominio que la familia tiene sobre los demás, lo cual puede o no implicar conflicto.

TEORÍAS DEL CLIMA FAMILIAR

MODELO ECOLÓGICO

Bouché e Hidalgo (2008) descubrió que el empleo a largo plazo como elemento habitual de la familia expone una gran incidencia del entorno climático exterior. Asimismo, el ambiente familiar repercute significativamente en la relación entre los progenitores y los hijos. Este planteamiento asume que la falta de cooperación entre la familia y el entorno aumenta la posibilidad de que se ocasionen daños medioambientales y comportamientos nocivos.

Estrada (1986) apunta que el ambiente social de la familia y la personalidad a menudo se consideran buscadores de programas porque se comunican mutuamente y, por consiguiente, se ejercen la misma influencia. Al nacer, se establece un lazo entre los progenitores y el neonato, pero sobre todo con la madre, que es la responsable de subsanar los defectos básicos del bebé.

MODELO SISTÉMICO DE BEAVERS

Beavers (1981) caracteriza a la familia como un colectivo de sujetos autónomos y sin limitaciones que siguen en todo momento las reglas de su medio. Para analizar la familia como un colectivo dotado de identidad propia y conexiones de mayor alcance, se emplea un enfoque basado en la programación, en vez de basarse en los indicios conductuales de sus integrantes como rasgos perdurables. Las conclusiones de este tipo proporcionan la base para la organización familiar y los modelos que garantizan la buena salud y el desarrollo de capacidades; existen tres tipos de familias, y las familias sanas son las ideales.

MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Según la definición de Atri y Cohen (1987), una familia es una red abierta que comprende los sistemas de progenitores y hermanos, así como otros sistemas conexos, como el colegio y el lugar de empleo.

Epstein también consideró fundamental saber cuáles son los seis dominios del comportamiento para realizar un diagnóstico por parte de la familia. El ámbito de la resolución de conflictos consiste en determinar la solución idónea a una problemática. El dominio de la comunicación es el medio de comunicar información en una situación familiar y se distingue en cuatro niveles. Los derechos personales son atribuidos a la función procesal delegada de los derechos familiares. El aislamiento de los sentimientos hace referencia a la medida en que una familia se preocupa y cuida de las habilidades de sus miembros. La categoría de producto emocional es la capacidad familiar para apreciar la variedad y el refinamiento de la calidad. La gestión conductual supone los cambios que realiza la familia para determinar sus propios obstáculos y factores de riesgo, reconociendo las restricciones intelectuales que influyen en la familia tanto fuera como dentro de ella.

DIMENSIONES DEL CLIMA FAMILIAR

Ramos y Risco (2019) señalan que, en 1984, Moos y Trickett llevaron a cabo un estudio exhaustivo acerca del entorno familiar y lo desglosaron a través de un test, el cual presenta las siguientes dimensiones:

Relaciones: Consiste en el índice de libertad de comunicación y opinión en el seno familiar y el porcentaje de conflictos de la familia. Consta de las siguientes categorías:

- **Cohesión:** nivel de respaldo y afiliación existente entre los familiares. Esto les permite compartir las tradiciones y los valores que son típicos de su comunidad.
- **Expresión:** nivel de apertura emocional que existe en una familia. La voluntad de proporcionar afecto y calor a sus miembros.
- **Conflicto:** nivel de liberación de la expresión emocional de la ira y la agresividad dentro de la familia y con qué frecuencia se produce.

Desarrollo de capacidades: este aspecto se refiere a la valoración de la importancia dentro de la familia de determinados procedimientos para el fomento de las aptitudes personales que pueden o no ser provocados por la convivencia. Esto incluye:

- **Autonomía:** el grado de autonomía e independencia fomentado y el grado de confianza presente en cada familiar.

- Actuación: el grado de rivalidad dentro de la estructura familiar.
- Intelectual y cultural: nivel de participación en actividades culturales e intelectuales que realiza la familia.
- Social-recreativo: nivel de implicación de la familia en actividades de ocio y de deporte.
- Moral-religiosa: grado en que se ponen en marcha los valores éticos y espirituales establecidos a nivel familiar.

Estabilidad: Remite a la organización y los orígenes de la familia y se refleja en la forma en que se produce la dominación entre sus integrantes. Incluye:

- Organización: valora la división de roles y su relevancia en las tareas cotidianas familiares.
- Control: grado de cumplimiento riguroso de las normas fijadas en la vida familiar.

RASGOS DE UN CLIMA FAMILIAR ADECUADO

Moya y Cunza (2019), manifiestan que un adecuado ambiente familiar social posee las particularidades siguientes.

- Una comunicación correcta entre los progenitores permite a los niños adoptar decisiones, solucionar problemas y ordenar sus tareas cotidianas.
- Los menores criados en un ambiente familiar propicio sienten paz, seguridad y afecto.
- Los familiares llegan a respetar las reglas y valores comunicados mediante el sistema intrafamiliar, lo que da lugar a vínculos más fuertes.
- Los padres adquieren más confianza y seguridad en sus funciones.
- Los integrantes tienen más libertad de acción, aceptan las responsabilidades de sus actos y se esfuerzan siempre por ayudar a los otros integrantes.

En cambio, Rivera y Andrade (2010) señalan que las peculiaridades familiares son:

- Una buena red familiar queda demostrada cuando es capaz de proporcionar seguridad y confianza.

- Los afiliados, las parejas y los menores pueden manifestar sus emociones en función de la necesidad.
- Cada uno tiene un papel claro que desempeñar y demostrar.
- Los padres están atentos al bienestar de sus hijos.
- Los integrantes son capaces de cubrir diversas necesidades de tipo emocional.
- La manera en que los afiliados se relacionan entre sí crea un entorno sano y puede contribuir al desarrollo de diversas destrezas, cualidades y habilidades.
- Las familias tienen la capacidad de encontrar soluciones viables a todos los problemas complejos.

TIPOS DE CLIMA FAMILIAR

De acuerdo con Ackerman y Bernstein (1966), éstos refieren que existen dos tipos:

- Clima familiar afirmativo. Este tipo ayuda a motivar a los miembros hacia la realización personal, refuerza su autoestima y confirma constantemente su identidad.
- Clima familiar negativo. Se produce cuando un miembro de la familia experimenta problemas y presenta un estado de angustia, incertidumbre y confusión, lo que da lugar a comportamientos inadecuados entre los familiares, como agresividad, rebeldía y mala conducta. Como resultado, las interacciones familiares se inhiben y debilitan, se pierde autoridad y no se desarrollan las personalidades.

Coleman y Hendry (2003) examinan los siguientes modelos:

- Desestructurado. Tendencias de oposición. Ejemplos: alto grado de interacción con los familiares hacia el enfrentamiento, ausencia de respaldo dentro del núcleo familiar, carencia de fuerza y apoyo para el desarrollo y evolución a nivel personal.
- Orientación al control. Por ejemplo, ordenar los quehaceres domésticos, presentar las reglas familiares, reconocer los logros, sin embargo, no hay expresión familiar ni muestra de emociones.

- Estructuración. Propensión a la autonomía y a la expresión. Ejemplos de esto son la intensidad y la energía de las relaciones en la familia, que estimulan y refuerzan la independencia, las normas se dan con claridad y ayudan a una mejor coexistencia entre los familiares.

GRADOS DE CLIMA FAMILIAR

Moos et al. (1984, citado por Ramos, 2021) describen lo siguiente conforme al nivel del clima familiar:

Alto nivel de clima familiar: Este baremo está basado sobre la comunicación fluyente, el respeto mutuo, la cohesión entre los miembros y, ante todo, el cariño, donde se suelen intercambiar opiniones sobre la planeación familiar. Suelen compartirse experiencias de la vida cotidiana y de recreación, se respeta la individualidad de cada miembro del grupo familiar y se experimenta felicidad al vivir en armonía.

Clima social familiar moderado: Esta escala hace hincapié en un entorno de vinculación entre progenitores e hijos, en el que la comunicación es a menudo insuficiente y da lugar a otros resultados negativos. Las familias de esta franja son más propensas a tener problemas afectivos y de comportamiento y su gestión emocional es más compleja. Por este motivo, se cree que la familia debe proporcionar apoyo emocional a sus miembros cuando se producen vivencias nefastas. Esencialmente, los progenitores están llamados a proporcionar a los adolescentes un alto grado de seguridad y confianza, y esto es algo que se va forjando desde edades tempranas (infancia).

Clima social grado bajo: En esta fase, la falta de comunicación, tolerancia y respeto caracterizan a la familia. Este grupo tiende a utilizar la exigencia en lugar del diálogo, y la sanción suele emplearse como retribución más que para corregir. Ante las prohibiciones u obligaciones, los miembros de esta familia tienden a utilizar un lenguaje figurativo para no responsabilizarse de forma racional, el respeto no existe y, en ocasiones, el maltrato físico y psicológico está presente. En cuanto a las emociones, son muy contradictorias entre el amor y el odio. Las familias de este tamaño suelen declararse disfuncionales.

2.2.2 LA DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

Aguirre (2008) describe la depresión como la sensación de que tu vida se desmorona, y afirma que la depresión es habitual a nivel mundial, pero se manifiesta de forma diferente en las distintas culturas.

La depresión es una intensificación prolongada de los sentimientos comunes de tristeza y constituye una patología seria que puede prolongarse durante semanas o meses, con efectos sobre el organismo y la psique, afectando la nutrición y el sueño, y afectando el modo en que una persona puede evaluarse a sí misma, es decir, la autoestima y el concepto que las personas tienen de sí mismas (San Molina & Arranz, 2010).

Medline Plus (2018) expresa la depresión como sentimientos de melancolía, tristeza e infelicidad, señalando que diversas personas manifiestan estas emociones de forma ocasional, pero un periodo corto. Los sentimientos depresivos se convierten en clínicos o incapacitantes cuando afectan a la vida diaria de forma prolongada.

La OMS (2023) lo describe como un trastorno mental común, lo que significa un estado anímico depresivo, falta prolongada de interés por las actividades y apatía; Medline Plus (2023) dice que es sentirse mal, poco feliz, deprimido y decaído. Quienes se sienten así, pero por un corto período de tiempo.

Según Torres (2024), la depresión es una enfermedad psíquica común definida por la tristeza persistente y la indiferencia ante las ocupaciones cotidianas y afecta a todos los individuos.

TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

El modelo teórico que explica la variable de la depresión consta de teorías psicoanalíticas, conductuales y cognitivas, que se presentan a continuación.

TEORÍA PSICOANALÍTICA

La teoría psicoanalítica se basa en la idea de que hay una serie de fuerzas no conscientes que orientan el comportamiento de las personas,

configurando la manera en que pensamos e interactuamos con el medio que nos rodea. Por ello, el enfoque terapéutico de esta corriente pretende resolver los problemas afectivos inconscientes que surgen en el proceso de aprendizaje y desarrollo (Giraldo, 2018).

A este respecto, el fundamento de la depresión desde la óptica psicoanalítica se basa en la obra de Sigmund Freud, que propuso la noción de un estado de luto como secuela de una verdadera pérdida que se prolonga durante un periodo de tiempo apreciable, en el que prevalecen los sentimientos de melancolía y desaliento, se reduce la autoestima y falta significativamente la motivación para la vida (Ahunchai, 2020).

Las técnicas de tratamiento más comunes son la psicoterapia a breve o largo plazo; asimismo, los resultados se evidencian en las terapias representacionales y de apoyo. Por otra parte, la psicoterapia dinámica de duración limitada y la psicoterapia de ansiedad inducida a corta duración constituyen los fundamentos de este enfoque, que aborda la complejidad entre el subconsciente y sus representaciones existenciales (Barreira et al., 2021).

TEORÍA CONDUCTUAL

A partir del punto de vista del comportamiento, Seligman (1974) propuso la noción de impotencia aprendida, que describe un estado de desadaptación y falta de control sobre los estímulos perjudiciales para el bienestar, exhibiendo un comportamiento pasivo, indiferencia ante el perjuicio sufrido, confusión, anorexia, inestabilidad afectiva y falta de respuesta de alerta.

De este modo, las teorías del comportamiento emplean procedimientos objetivos que consiguen romper el proceso y el modelo conductual frente a dichas conductas, para Lewinsohn et al. (1993), la depresión es fruto de la falta de refuerzo favorables en el ambiente familiar., los amigos y las personas que componen las instituciones y organismos a los que se acude regularmente. Dicha teoría elabora técnicas basadas en la modificación del comportamiento para el tratamiento de la depresión a través de un sistema de premios y castigos que se adapta a cada necesidad y situación.

En definitiva, de acuerdo con este punto de vista, el análisis conductual funcional, la determinación de la conducta, la monitorización de la conducta, el adiestramiento en relajación, el adiestramiento en asertividad, el dominio

comportamental del humor, así como la supresión, el aplazamiento y la suplantación de los malos pensamientos son necesarios para la explicación de los trastornos psicológicos en términos conductuales, así como para dar explicación al comportamiento de las personas que necesitan proponer un modelo ajustado a sus exigencias para poder determinar, manejar y ejercer el dominio (Dávila y Lituma, 2021).

TEORÍA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN.

A partir una óptica cognitiva, la depresión es un desorden en el que influye la distorsión de la realidad, esto es, la interpretación que cada uno desarrolla de los estímulos del medio está relacionada con aspectos negativos o punitivos de las propias capacidades y actitudes, lo que incrementa las dificultades de superación, los trastornos del sueño, el sentimiento de soledad, el consumo abusivo de sustancias psicotrópicas, la dependencia de sustancias no químicas, la búsqueda de la perfección, el deterioro prematuro, etc. (Ibáñez y Morales, 2020).

De acuerdo con Beck (1996;1967), la depresión está causada por perspectivas negativas acerca de uno mismo, la entrada de información y las expectativas vitales, y dichos razonamientos suelen asumir un razonamiento injustificado, una abstracción selectiva, un pensamiento absolutista y una generalización de los desenlaces, haciendo que estos procesos se vuelvan caóticos, entendidos como tensos y catastróficos, desmotivando al paciente deprimido y estableciendo ideas firmes que demandan atención constante.

La teoría de la depresión cognitiva plantea modificar mediante herramientas cognitivas y metodologías comportamentales que potencien el desarrollo terapéutico, modificar los esquemas mentales disfuncionales, promover el proceso terapéutico mediante la activa participación del terapeuta y del enfermo, y en tal sentido, aumentar el apego al tratamiento, identificar y reemplazar los pensamientos irracionales, y por último, el entorno. El objetivo es reducir la incidencia de pensamientos críticos en favor de conductas sociales adecuadas (Pasantes et al., 2019).

DIMENSIONES

Bardelli & Solari (2021) mencionó que, conforma con el inventario de Zung, la depresión está conformada por las siguientes dimensiones:

AFECTIVO: Esta dimensión abarca los estados afectivos y los sentimientos de las personas que sufren depresión. Los indicadores clave de esta dimensión incluyen apatía, frustración, distimia, insatisfacción, tristeza persistente, apatía e irritabilidad. Estas emociones negativas suelen ser prominentes en los pacientes deprimidos.

FISIOLÓGICO: Los aspectos fisiológicos se refieren a los efectos físicos y corporales de la depresión en el cuerpo de una persona. Puede manifestarse en forma de indiferencia a la hora de satisfacer necesidades fisiológicas básicas como comer y dormir. Esto puede provocar problemas de salud y, en algunos casos, pérdida de interés por la actividad sexual.

MOTORA: Se tratarán los síntomas relacionados con la actividad física. Los síntomas de esta dimensión incluyen el letargo, pérdida del interés por las ocupaciones diarias y la incapacidad para encontrar placer en las cosas, lo que conduce a la inactividad y a la falta de energía.

PSICOLÓGICA: Esta dimensión engloba las funciones cognitivas y espirituales de la depresión. Engloban síntomas como desesperanza, culpabilidad, pensamientos suicidas, dificultad para concentrarse y otros problemas de pensamiento y percepción. Estas dimensiones psicológicas son características de las personas que sufren depresión.

TIPOS DE DEPRESIÓN

Conforme al Módulo de Atención Integral en Salud Mental del MINSA (2005, citado en Bocanegra, 2021), hay distintos trastornos depresivos, cuya intensidad y duración varían:

- Depresión grave. Se caracteriza por una serie de síntomas múltiples que afectan a diversas actividades y obligaciones que antes formaban parte de un estado confortable, como el trabajo, la educación, el sueño, la alimentación y el ocio. En la depresión grave, la persona es incapaz de trabajar y funcionar con normalidad. Es la más típica y la más sintomática. Cuando el paciente está muy letárgico y tiene suprimida la actividad psicomotora, también llamada melancolía, los casos más graves conducen al estupor depresivo. El paciente puede estar inmóvil y negarse a comer o beber.

- Distimia. Se considera un tipo leve de depresión y conlleva síntomas persistentes durante un periodo prolongado, tales como tristeza ocasional, cansancio y falta de ánimo, pero que no suelen perjudicar ninguna actividad ni la sensación de bienestar de la persona, aunque pueden causar angustia. Se manifiesta por la cronicidad, la precariedad del estado anímico, la ansiedad grave y alteraciones del humor. La autoestima reducida y los sentimientos de desesperanza son también signos de la distimia.
- Trastorno bipolar. Se conoce también como desorden bipolar. Es menos habitual que otros desórdenes depresivos. Este mismo cursa periódicamente con alteraciones del estado de ánimo. Alternativamente, hay etapas de euforia (maníaca) y de ánimo deprimido (depresiva). Estos vaivenes del estado de ánimo suelen ser bruscos y drásticos, pero por lo general son paulatinos.
- Trastorno ansioso-depresivo. Se manifiesta por la aparición de síntomas ansiosos y, a la vez, depresivos. Ambos se presentan en proporciones iguales y causan un malestar psicológico significativo. La ansiedad es la alteración de salud mental más común en la sociedad, después de la depresión (Bocanegra, 2021).
- Depresión psicótica. Se produce cuando la depresión grave se asocia a síntomas de esquizofrenia, como la pérdida de contacto con la realidad, delirios o alucinaciones.
- Depresión posparto. Los cambios hormonales y físicos ocurren cuando una madre está embarazada después del parto y tiene responsabilidades que son agotadoras y dolorosas para la mujer.

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

La sintomatología de la depresión conforme con Medline Plus (2023), abarcan:

- Dificultad para dormir o sueño excesivo.
- Dificultades para atender.
- Pensamientos suicidas.
- Cambios en la alimentación, pérdida o ganancia de peso.

- Falta de interés por realizar actividades de las que disfrutaba anteriormente, incluidas las sexuales.
- Sentimientos de inutilidad, impotencia, auto desprecio, culpabilidad o poca esperanza.
- Carencia energética.
- Aislamiento.
- Ira, irascibilidad e inquietud.

Los signos incluyen tristeza mórbida, falta de interés, agotamiento, limitación de la actividad y fatiga excesiva, que se manifiesta con poco esfuerzo. También hay culpabilidad, pensamientos pesimistas sobre el futuro, pensamientos de muerte, desconfianza en los demás y en uno mismo, y pérdida de libido y apetito. Sin embargo, los síntomas más comunes son los siguientes:

- Fatiga excesiva.
- Pérdida de energía e interés.
- Tristeza mórbida (Pla, 2024).

Conforme con el DSM5 (2024), la depresión se distingue cuando aparecen cinco o más sintomatologías en el plazo de dos semanas y muestran una modificación del funcionamiento anterior, tales como:

- Ánimo bajo prácticamente toda la jornada o cada día, tal y como lo describe la propia persona o lo observan otras personas.
- Disminución de la satisfacción en cualquier actividad la mayor parte del día.
- Adelgazamiento sin recurrir a dietas y aumento o reducción del apetito a diario.
- Hipersomnia.
- Atraso psicomotor diario.
- Falta de energía diaria.
- Enormes sensaciones diarias de culpabilidad.
- Dificultad para centrarse en las elecciones diarias e ideas continuas sobre la muerte, ideas suicidas o tentativas de suicidio sin un plan claro.

NIVELES DE DEPRESIÓN

La OMS (2012) propone que la depresión puede clasificarse en tres categorías: leve, moderada y grave. Estas clasificaciones se establecen en función del número de síntomas experimentados, su gravedad y su impacto en la vida diaria de la persona afectada.

- En el caso de la depresión leve, al menos dos de los tres principales síntomas de depresión han de estar presentes, que son: sentimiento de pena, desinterés y placer, e incremento de la fatiga. Además, deben estar presentes al menos dos de los otros síntomas mencionados antes. No obstante, estos síntomas no deben ser tan intensos que interfieran significativamente con las actividades de trabajo.
- En el caso de la depresión moderada, se describen dos de los tres síntomas típicos y, por lo general, cuatro síntomas adicionales. La persona afectada sigue siendo capaz de realizar actividades sociales, laborales y familiares, pero es probable que encuentre dificultades para llevarlas a cabo.
- La depresión grave se describe con tres síntomas típicos, acompañados de ansiedad y agitación significativas, falta de autoestima, culpabilidad y sentimientos de inferioridad. Con este nivel de depresión, también hay que tener en cuenta el riesgo de suicidio. Por lo general, las personas con depresión grave sólo pueden participar de forma limitada en actividades sociales, laborales y familiares.

FACTORES DE LA DEPRESIÓN

Factores biológicos: Se trata de cambios químicos cerebrales, concretamente en los transmisores nerviosos que regulan el estado de ánimo, como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina, junto con la genética y los cambios hormonales que se dan durante el embarazo, el puerperio y la menopausia, predisponen a la depresión (Kendler et al., 2006).

Factores psíquicos: las vivencias estresantes y lacerantes, incluidos los efectos adversos de acontecimientos vitales como el duelo, los problemas de pareja, la separación, el divorcio, las dificultades económicas y algún tipo de maltrato, pueden provocar falta de autoestima, pensamientos persistentemente malos y una gestión inadecuada del estrés. Las

percepciones y reacciones ante las adversidades de la vida pueden aumentar la susceptibilidad a la depresión (Monroe y Hadjiyannakis, 2017).

Factores sociales: este factor se refiere al ambiente social y de relaciones de una persona, incluida la ausencia de ayuda, la exposición a afecciones graves como cáncer, trastornos cardiovasculares, diabetes y trastornos neurológicos, y los antecedentes culturales que experimentan situaciones de discriminación por motivos de origen étnico, género, sexualidad o identidad de género, ya sea a nivel personal o en el seno de su familia, son riesgos probables de depresión (Monroe y Hadjiyannakis, 2017).

FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN

Según, Maset (2015), los factores de riesgo son los siguientes:

- **Sexo:** Las cifras dicen que la depresión es el doble de común en las féminas que en los hombres. Esto tiene que ver con la genética y las variaciones hormonales, y también con que las mujeres están más sometidas al estrés emocional, mientras que los hombres no ocultan sus emociones.
- **Antecedentes de la familia:** Los historiales familiares multiplican por dos el peligro de desarrollar una depresión grave. Aunque es necesario un componente genético para el desarrollo de este trastorno, la depresión puede desarrollarse, aunque no haya familiares con depresión.
- **Problemas vitales:** perder a una persona o un objeto eleva el riesgo de sufrir depresión.
- **Escenarios:** la soledad y el agotamiento físico contribuyen a la depresión.
- **Enfermedades físicas:** la diabetes, el cáncer, las cardiopatías, el trastorno hormonal de Parkinson, la ansiedad y los trastornos de nutrición pueden causar depresión.
- **Ciertos medicamentos:** Algunos medicamentos causan depresión como secuela.
- **Alcohol o sustancias:** una sobredosis de estas sustancias aumenta la vulnerabilidad depresiva, aunque la consecuencia subyacente de la depresión suele ser la adicción.

DEPRESIÓN POSTPARTO

El DSM-IV define la depresión posparto como una subcategoría de los trastornos depresivos graves y no como un único trastorno, e integra los síntomas depresivos que persisten durante un periodo aproximado de más de dos semanas tras el parto y que reúnen los parámetros de la depresión grave. Viene determinada por la aflicción, la pena, la apatía, que incluye desconcentración, alteraciones alimentarias, falta de sueño más allá de lo necesario para atender al lactante, ausencia o excesiva atención al bebé, cansancio constante y ansiedad o susceptibilidad (Milap Kumar et al., 2012).

Dentro de la depresión postparto existen síntomas psíquicos y también cambios biológicos, como: melancolía, trastornos del sueño, angustia, cansancio, fatiga casi todo el tiempo, sensación de culpabilidad, irascibilidad; cambios endocrinos, como el aumento del cortisol por alteraciones de la conexión entre el hipotálamo y las glándulas suprarrenales, inapetencia. Dichos síntomas y señales podrían estar mostrarse durante la gestación (Caparros, et ál., 2017).

La depresión posparto o perinatal consiste en un desorden del humor que aparece en las embarazadas y/o tras el parto. La palabra perinatal se utiliza para referirse al periodo anterior y posterior al nacimiento de un bebé. La depresión perinatal engloba la que se da durante el embarazo (depresión prenatal) y la que empieza tras el parto (depresión posparto). La depresión perinatal se manifiesta con sensaciones de tristeza intensa, ansiedad global y fatiga en las actividades diarias, incluido el cuidado de uno mismo (Torres, 2021).

Por ello, la depresión posparto constituye un trastorno psíquico de discapacidad, pero es curable y constituye uno de los impedimentos más frecuentes en el periodo de maternidad, pudiendo alcanzar al 10-15% de las púerperas, iniciándose generalmente en el periodo periparto, a pesar de que los síntomas de alteración del estado anímico aparecen generalmente a lo largo de la gestación o abarcan las 4 semanas siguientes al parto (APA, 2014).

DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

De acuerdo con Villegas et al. (2019) es relevante un precoz y correcta historial clínico, una exploración del estado psíquico y una exploración

corporal, evaluando los factores de riesgo y la historia de depresión postparto; asimismo, se interroga a la usuaria acerca de los síntomas de llorar, estar cansada, triste y rechazar a su hijo, el DSM- V señala que ante un depresivo elevada se dan cinco condicionantes para su pronóstico preciso:

- El humor debe presentar una cualidad depresiva.
- Tomar un tratamiento que dure un mínimo de dos semanas.
- Si va asociado a síntomas.
- Que estos síntomas provoquen incapacidad o incomodidad.
- Que no se incumplan los criterios de exclusión.

FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Entre los factores de riesgo más relevantes para la aparición de depresión postparto, indudablemente se hallan los antecedentes de tipo psiquiátrico, entre los que se destacan los trastornos depresivos precedentes, la ansiedad, la depresión postparto preexistente y los trastornos de la personalidad (Guintivano et al., 2018). Otros de los factores imputados son los que figuran agentes de estrés para la parturienta, como el maltrato corporal, psíquico o sexual. Asimismo, el grado socioeconómico también supone un riesgo significativo de depresión, entre los que sobresalen la educación, los niveles de ingresos y el tipo de ocupación (Tarongí, 2020). Entre los factores de tipo obstétrico, sobresalen los partos precoces y el posterior ingreso hospitalario del neonato debido a enfermedades comórbidas subyacentes (Guintivano et al., 2018).

Las pruebas clínicas señalan al estrés como factor desencadenante de la depresión después del parto. Algunos estudios ponen de manifiesto que la administración de una dosis exógena de corticosterona durante la gestación o el puerperio incrementa la conducta depresiva de la madre, además de modificar los cuidados y la asistencia maternos respecto al tiempo que se comparte y la alimentación con leche materna, y también reduce la multiplicación de células cerebrales en el hipocampo (Brummelte y Galea, 2010).

Se sugiere que los esteroides neuroactivos tales como la alopregnanolona, uno de los principales metabolitos de la progesterona,

constituyen un factor de protección, puesto que tiene efectos antidepresivos y ansiolíticos. Se comprobó que los bajos índices en sangre o líquido cefalorraquídeo se relacionan con la depresión grave; asimismo, los índices suelen incrementarse durante la gestación y caer bruscamente en el posparto (Schüle et al., 2014, Payne & Maguire, 2019). Los estudios revelaron que los bajos niveles de alopregnanolona se relacionaban con la aparición de DPP (Osborne et al., 2017).

Asimismo, la genética desempeña un papel relevante en el riesgo de padecer depresión posparto, pues tiende a predecir la enfermedad en diversos aspectos. Uno de los estudios realizados ha revelado que la probabilidad hereditaria de padecer DPP es del 50% aproximadamente (Viktorin et al., 2016). Por ello, puede evidenciarse la multicausalidad de padecer depresión posparto.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Para el tratamiento de la depresión posparto el enfoque ha de ser global, conjugando terapia a nivel psíquico, en determinados supuestos medicamentos y además una actuación social y en otros ámbitos, como el lugar de trabajo. Con el fin de establecer el tratamiento (y/o derivación) es necesario conocer: cuál es el principal detonante, riesgo de suicidio, severidad y tiempo de duración del cuadro depresivo, qué factores incrementan el episodio depresivo; los soportes y medios con los que la persona dispone para hacer frente a la circunstancia; el peligro de suicidio y el peligro para terceros, ya sea por agresión o por descuido (por ejemplo, atención a lactantes o niños de corta edad). Dentro del tratamiento no farmacológico, también está señalada la terapia a nivel psicológico interpersonal, la terapia cognitivo conductual, valorar en un primer momento el estado psíquico materno y dependiendo de la severidad y los riesgos, evaluar cada caso de forma individual y el soporte familiar. La utilización de medicamentos es una decisión considerada complicada que requiere evaluar los riesgos y ventajas para la parturienta y el neonato (Mora, 2016; Maldonado, 2011; Armas, 2019).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **CLIMA SOCIAL FAMILIAR**, se trata del contexto social familiar y se caracteriza por tres elementos clave, cada uno de los cuales, a su vez, consta de cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, agencia y componentes intelectuales, culturales y sociales (Moos, 1996).
- **RELACIONES**: Consiste en el índice de libertad de comunicación y opinión en el seno familiar y el porcentaje de conflictos de la familia (Ramos y Risco, 2019).
- **DESARROLLO**: este aspecto se refiere a la valoración de la importancia dentro de la familia de determinados procedimientos para el fomento de las aptitudes personales que pueden o no ser provocados por la convivencia (Ramos y Risco, 2019).
- **ESTABILIDAD**: Remite a la organización y los orígenes de la familia y se refleja en la forma en que se produce la dominación entre sus integrantes (Ramos y Risco, 2019).
- **DEPRESIÓN**: La OMS (2023) lo describe como un trastorno mental común, lo que significa un estado anímico depresivo, falta prolongada de interés por las actividades y apatía.
- **Afectivo**: Esta dimensión hace hincapié en los estados afectivos y los sentimientos de las personas que sufren depresión. Los indicadores clave de esta dimensión incluyen apatía, frustración, distimia, insatisfacción, tristeza persistente, apatía e irritabilidad.
- **FISIOLÓGICO**: Los aspectos fisiológicos se refieren a los efectos físicos y corporales de la depresión en el cuerpo de una persona. Puede manifestarse en forma de indiferencia a la hora de satisfacer necesidades fisiológicas básicas como comer y dormir.
- **MOTORA**: Se tratarán los síntomas relacionados con la actividad física. Los síntomas de esta dimensión incluyen el letargo, pérdida del interés por las ocupaciones diarias y la incapacidad para encontrar placer en las cosas, lo que conduce a la inactividad y a la falta de energía.
- **PSICOLÓGICA**: Esta dimensión enfoca los elementos cognitivos y espirituales de la depresión. Abarca síntomas como desesperanza,

culpabilidad, pensamientos suicidas, dificultad para concentrarse y otros problemas de pensamiento y percepción.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho: No existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Ha₁: Existe relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho₁: No existe relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

- Ha₂: Existe relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho₂: No existe relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

- Ha₃: Existe relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho₃: No existe relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

• Ha₄: Existe relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho₄: No existe relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

2.5 VARIABLES

2.5.1 VARIABLE 1: CLIMA FAMILIAR, es el contexto social en la familia y se caracteriza por tres factores vitales y cada una a su vez, está comprendida por elementos como: cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, agencia y componentes intelectuales, culturales y sociales (Moos, 1996).

Dimensiones

- Relaciones
- Desarrollo
- Estabilidad

2.5.2 VARIABLE 2: DEPRESIÓN. Es un trastorno mental común, lo que significa un estado anímico depresivo, falta prolongada de interés por las actividades y apatía (OMS, 2023).

Dimensiones

- Afectiva
- Fisiológica
- Motora
- Psicológica.

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Escala
Clima familiar	Es el contexto social en la familia y se caracteriza por tres factores vitales y cada una a su vez, está comprendida por elementos como: cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, agencia y componentes intelectuales, culturales y sociales (Moos, 1996).	Considerado como la interacción social de la familia mediante las relaciones, desarrollo y estabilidad que será evaluado mediante la Escala de clima social familiar FES Moos	Relaciones Cohesión Expresividad Conflicto Desarrollo Autonomía Actuación Intelectual – cultural Social – recreativo Moralidad religiosidad Estabilidad Organización Control	Cohesión Expresividad Conflicto Autonomía Actuación Intelectual – cultural Social – recreativa Moralidad religiosidad Organización Control	1-11-21-31-41-51-61-71-81-2-12-22-32-42-52-62-72-82-3-13-23-33-43-53-63-73-83 4-14-24-34-44-54-64-74-84-5-15-25-35-45-55-65-75-85-6-16-26-36-46-56-66-76-86-7-17-27-37-47-57-67-77-87-8-18-28-38-48-58-68-78-88 9-19-29-39-49-59-69-79-89-10-20-30-40-50-60-70-80-90	Escala de clima social familiar FES Moos	Ordinal 70-80 Excelente 65 – 69 Bueno 56 – 64 Tiende a bueno 41 – 55 Promedio 31 – 40 Malo 0 – 30 Deficitaria
Depresión	Es un trastorno mental común, lo que significa un estado anímico depresivo, falta prolongada de interés por las actividades y apatía (OMS, 2023).	Es la alteración del estado de ánimo o pérdida del interés de actividades afectivas, fisiológicas, motoras y psicológicas que será evaluado con el inventario de	Afectiva Fisiológica Motora	Deprimido Triste Melancólico Lloroso Variación diurna Sueño Apetito Reducción Sexo Gastrointestinal Agitación Atraso mental	1-2-3 4-5-6-7-8-9-10-11 12-13	Inventario de depresión ZUNG	Ordinal 0 - 24 Ausencia de depresión 25 – 49 Rango normal 50 – 59 Ligeramente deprimido

depresión del Psicológica	Confusión soledad	14-15-16-17-18-19-20	60 – 69
ZUNG	Desesperación		Moderadamente
	Indecisión		deprimido
	Irritabilidad		70 a 80
	Insatisfacción		Severamente
	Pensamiento		deprimido
	suicida		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo básico, aunque en ciertos textos puede predominar un tipo específico de redacción, los demás tipos no desaparecen por completo, sino que contribuyen al desarrollo del enfoque principal (Ñaupas et al., 2018).

El estudio básico sirvió para fortalecer los sustentos teóricos existentes como nuevas teorías a desarrollar sobre el clima familiar y la depresión en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

3.2 ENFOQUE

Siendo el enfoque cuantitativo, sustentado en el paradigma empirista, pone el foco en la evaluación y el cálculo como medios para descubrir patrones, elaborar hipótesis y crear teorías, haciendo uso de herramientas estadísticas para respaldar estos procesos (Bonilla, 2005).

El enfoque siendo cuantitativo permitió plantear el problema, formular objetivos y predecir resultados que serán contrastados mediante la aplicación del instrumento sobre el clima familiar y la depresión, permitiendo aceptar o negar la hipótesis sustentado con las bases teóricas y los resultados estadísticos obtenidos.

3.3. NIVEL O ALCANCE

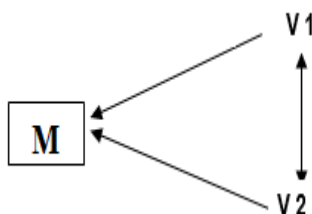
El nivel correlacional según Hernández et al. (2018) los estudios correlacionales permiten identificar relaciones entre variables, lo cual facilita predecir el valor aproximado de una a partir del comportamiento de otras con las que se relaciona.

Mediante este nivel a investigar permitió obtener la relación del clima familiar y la depresión en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

3.4 DISEÑO

El diseño que permitió obtener la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, será no experimental, transeccional, correlacional.

En los estudios de tipo no experimental, se emplean diversos símbolos cuya comprensión resulta clave para interpretar adecuadamente los diseños. Por ejemplo, **M** representa la muestra, **O** corresponde a la visualización o evaluación de una variable y **(r)** simboliza el coeficiente de correlación (Ñaupas et al., 2018, p. 365).



Donde:

M: muestra de puérperas asistidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

V₁: clima familiar

V₂: depresión

r: relación

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 POBLACIÓN

La población de estudio considerado por Briones (2002) como el conjunto de unidades que forman un colectivo en quien se estudió el fenómeno, siendo en esta oportunidad 400 puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el tercer trimestre del año 2025.

Tabla 1*Puérperas asistidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari - 2025*

Edad	Total	
	fi	%
15 – 19 años	110	28%
20 – 24 años	100	25%
25 – 29 años	70	18%
30 – 34 años	76	19%
35 – 40 años	44	11%
Total	400	100%

Nota: Registro de partos del H.M.I “CARLOS SHOWING FERRARI” - 2025

3.5.2 MUESTRA

La muestra, entendida en términos de una porción representativa de la población que reúne las condiciones necesarias para el estudio (Ñaupas et al., 2018).

La muestra consistió en 134 mujeres luego del parto o post parto, siendo el muestreo no probabilístico donde la selección de las unidades de muestra se determinó a discreción del investigador, quien las elige en función de características específicas que se ajustan a los objetivos del estudio. Entre los tipos más comunes se encuentran: el muestreo por conveniencia, el circunstancial y el de cuotas (Ñaupas et al., 2018).

Criterios de inclusión

- Mujeres puérperas
- Edades de 15 a 40 años
- Atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari
- Atendidas en los meses de septiembre a diciembre 2025
- No se encuentren asociado a un diagnóstico de discapacidad mental

Criterios de exclusión

- Mujeres luego de seis semanas de parto
- Edades mayores de 40 años
- No atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari
- Atendidas en los meses de enero a junio 2025
- Con diagnóstico de discapacidad mental

Tabla 2*Puérperas asistidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – 2025*

Edad	Total	
	fi	%
15 – 19 años	35	28%
20 – 24 años	33	25%
25 – 29 años	25	18%
30 – 34 años	26	19%
35 – 40 años	15	11%
Total	134	100%

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas de investigación constituyen un conjunto de reglas y procedimientos que orientan el desarrollo del proceso investigativo con el fin de alcanzar un objetivo determinado. Estas regulan cada etapa, desde la identificación del problema hasta la validación de hipótesis dentro del marco teórico existente, siendo parte integral del método científico (Ñaupas et al., 2018).

La técnica a utilizada fue la psicometría. Meneses (2016) manifiesta que la psicometría es una rama de la psicología por medio de teorías, métodos y técnicas relacionados a la aplicación de los test se encarga de medir de forma indirecta los aspectos psicológicos con la finalidad de realizar descripciones, clasificaciones, diagnóstico, explicaciones o predicciones sobre el comportamiento de las personas.

3.6.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha técnica

Nombre: Escala del clima social familiar (FES)

Autor: R.H. Moos y E.J. Trickett

Año de construcción: 1993

Evaluación: individual y colectiva

Duración: 20 minutos

Población: Grupos familiares, colegios, empresas, entre otros.

Edad de aplicación Niños y adolescentes.

Composición 90 ítems

Dimensiones: De relaciones, de desarrollo y de estabilidad.

Psicometría Alfa de Cronbach de 0.88 a 0.91

Objetivo: Evaluar y describir los vínculos interpersonales entre los familiares, los elementos de desarrollo clave dentro del núcleo familiar y su organización básica.

Instrucciones: El cuestionario de la escala de ambiente social se presenta en formularios que incluyen los ítems de cada escala. El encuestado escribirá sus contestaciones sobre la ficha de respuestas.

Escala de equivalencia de las respuestas: La máxima puntuación es de 10 puntos para cada una de las subescalas.

Se excluyen las subescalas de capacidad de expresión, autonomía y control, ya que la máxima puntuación en estas subescalas es de 9; los ítems 84, 85, 87 y 90 de estas subescalas se excluyen de la puntuación.

Confiabilidad: Tamayo y Vega (2022) realizó el proceso de confiabilidad por medio de una prueba piloto quien obtuvo un alfa de Cronbach de 0,750.

A partir de los datos que nos dio el instrumento y tras evaluar su fiabilidad mediante el alfa de Cronbach, el coeficiente de fiabilidad medio fue de 0,823, lo que se considera un buen resultado.

Tabla 3
Resumen de procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de casos				
		N	%	
Casos	Válido	133	99,3	
	Excluido ^a	1	,7	
	Total	134	100,0	
a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.				

Tabla 4
Estadísticas de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,823	4

Tabla 5
ANOVA

ANOVA					
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F Sig
Inter sujetos		9088,075	132	68,849	
Intra sujetos	Entre elementos	153139,76 7	3	51046,589	4180,65 7 ,000
	Residuo	4835,233	396	12,210	
	Total	157975,00 0	399	395,927	
Total		167063,07 5	531	314,620	

Media global = 27,56

Ficha técnica

Nombre: Escala de autoevaluación de la depresión de Zung (EAMD)

Autor: Dr. William Zung.

Año de construcción: 1965

Adaptación: Luis Astocondor (2001), adaptado en algunos pobladores de comunidades nativas aguarunas, Perú.

Administración: Autoaplicada

Duración: 20 minutos

Población: Adultos

Edad requerida: De 18 en adelante

Composición: 20 ítems

Dimensiones: La somática, afectiva, psicológica y motora

Psicometría: Alfa de Cronbach de 0,737. También Del Águila et al (2021), obtuvo una confiabilidad general de un alfa de Cronbach de 0,855 y 0,869 siendo aplicable.

Validez: Del Águila et al (2021), en su estudio propiedades psicométricas de la escala de depresión de Zung, se desarrolló mediante el juicio de expertos evaluando pertinencia, relevancia y claridad obtuvo una validez de 0.98 siendo excelente

Objetivo: medir las llamadas depresiones ocultas

Escala: A – muy poco tiempo o muy pocas veces /raramente. B – algún tiempo – algunas veces – de vez en cuando. C – gran parte del tiempo / muchas veces / frecuentemente. D – casi siempre / siempre / casi todo el tiempo

Calificación:

0 – 40 ausencia de depresión

40 – 49 depresión leve

50 – 59 depresión moderada

60 – 69 depresión severa

70 – más depresión grava

Confiabilidad: Obtenido los resultados del proceso de aplicación del instrumento y procediendo a obtener la fiabilidad se llevó a cabo con el coeficiente estadístico del alfa de Cronbach, el cual marcó un promedio de ,720 Aceptable.

Tabla 6
Resumen de procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	134	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	134	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 7
Estadísticas de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,720	5

Tabla 8
ANOVA

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Inter sujetos		3669,899	133	27,593		
Intra sujet os	Entre elementos	160938,319	4	40234,580	5201,29 7	,000
	Residuo	4115,281	532	7,735		
	Total	165053,600	536	307,936		
Total		168723,499	669	252,203		
Media global = 18.90						

3.7 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS

Arispe (2020), plantea que en esta fase se desarrolla luego de haber obtenido la información, durante la realización de la investigación es proyectada con anticipación, considerando lo que hará, en qué residirá y cómo se elaborará.

3.7.1 PLAN DE TABULACIÓN

De acuerdo a Rojas (2019), la tabulación fue considerada como el proceso por el cual la información seleccionada se establecen y agrupan, con base en hipótesis explícitas, en tablas para su análisis estadístico.

Habiendo obtenido los datos luego de haber realizado el proceso de evaluación con los instrumentos se procedió a procesar los resultados en una hoja de cálculo de Excel para luego ser llevado al SPSS – 26 donde posteriormente se presentará mediante tablas de distribución de frecuencia, figuras donde se plasma los resultados obtenidos de las variables.

3.7.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Considerado como la forma de valorar la evidencia que los datos brindan para comprobar una hipótesis. Triola (2009).

Habiendo realizado el procesamiento de los datos y presentados mediante la tabla de distribución de frecuencia y figuras se llevó a cabo una prueba de normalidad para determinar si debíamos utilizar métodos estadísticos paramétricos o no paramétricos, así como para identificar el tipo de prueba de correlación (de Pearson o de Spearman) que permitiría responder a la hipótesis formulada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

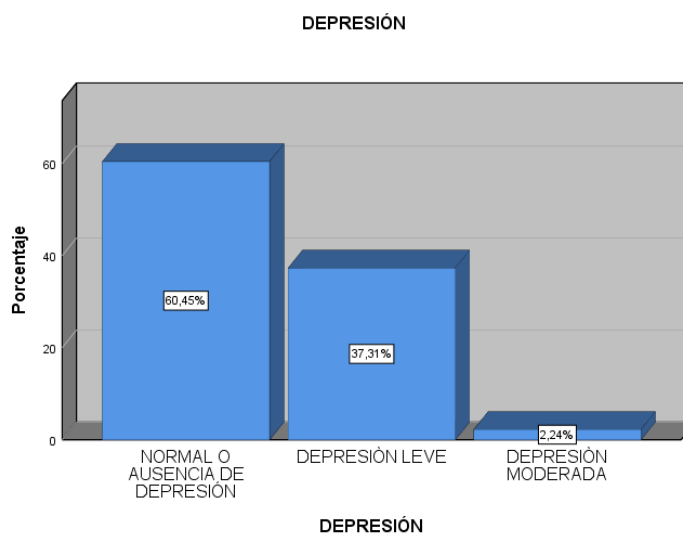
Tabla 9

Nivel de depresión de puérperas inmediatas

DEPRESIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
NORMAL O AUSENCIA DE DEPRESIÓN	81	60,4	60,4	60,4
DEPRESIÓN LEVE	50	37,3	37,3	97,8
DEPRESIÓN MODERADA	3	2,2	2,2	100,0
Total	134	100,0	100,0	

Figura 1

Nivel de depresión de puérperas inmediatas

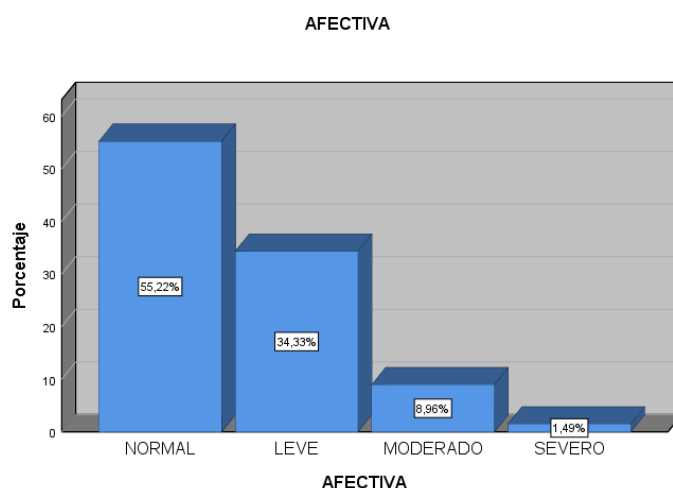


Según los resultados del nivel de depresión de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 60,4% presentan un normal o ausencia de depresión, el 37,3% depresión leve y el 2,2% depresión moderada.

Tabla 10
Nivel de depresión afectiva de puérperas inmediatas

AFECTIVA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL	74	55,2	55,2	55,2
	LEVE	46	34,3	34,3	89,6
	MODERADO	12	9,0	9,0	98,5
	SEVERO	2	1,5	1,5	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

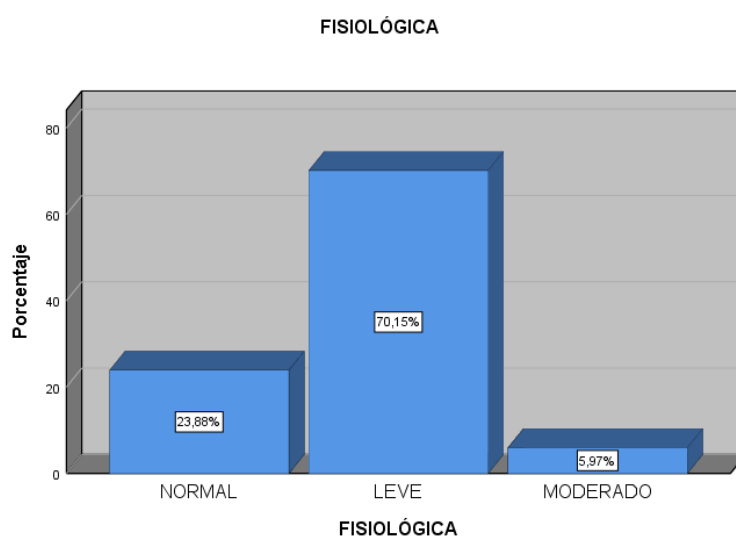
Figura 2
Nivel de depresión afectiva de puérperas inmediatas



Según los resultados del nivel de depresión - afectiva de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 55,2% presentan un normal desarrollo, el 34,3% leve, el 9% moderado y el 1,5% severo.

Tabla 11*Nivel de depresión fisiológica de puérperas inmediatas*

FISIOLÓGICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL	32	23,9	23,9	23,9
	LEVE	94	70,1	70,1	94,0
	MODERADO	8	6,0	6,0	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

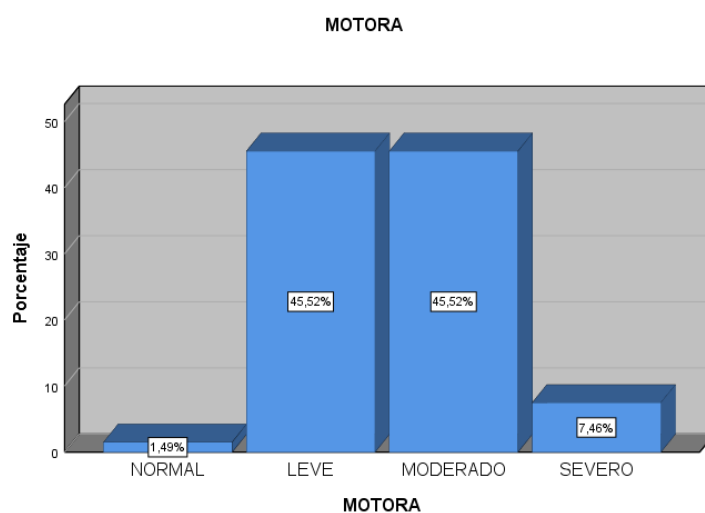
Figura 3*Nivel de depresión fisiológica de puérperas inmediatas*

Según los resultados del nivel de depresión - fisiológica de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 70,1% presentan un nivel leve, el 23,9% normal y el 6% moderado.

Tabla 12
Nivel de depresión motora de puérperas inmediatas

MOTORA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL	2	1,5	1,5	1,5
	LEVE	61	45,5	45,5	47,0
	MODERADO	61	45,5	45,5	92,5
	SEVERO	10	7,5	7,5	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Figura 4
Nivel de depresión motora de puérperas inmediatas

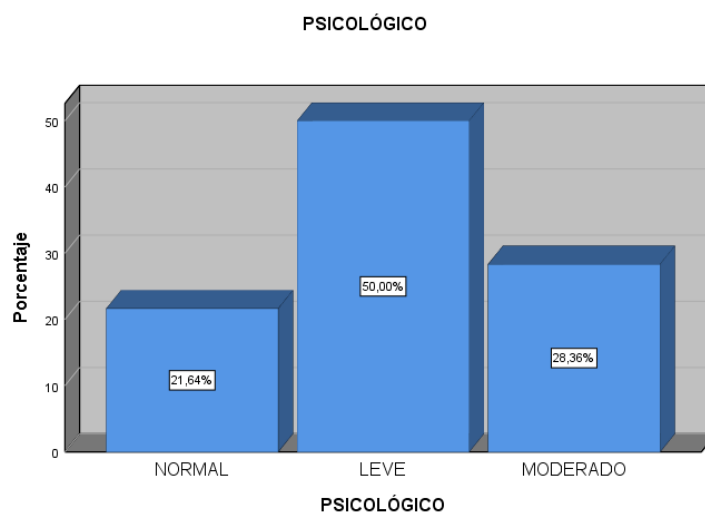


Según los resultados del nivel de depresión - motora de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 45,5% presentan niveles leve y moderado, el 7,5% severo y el 1.5% normal.

Tabla 13
Nivel de depresión psicológica de puérperas inmediatas

PSICOLÓGICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL	29	21,6	21,6	21,6
	LEVE	67	50,0	50,0	71,6
	MODERADO	38	28,4	28,4	100,0
	Total	134	100,0	100,0	

Figura 5
Nivel de depresión psicológica de puérperas inmediata

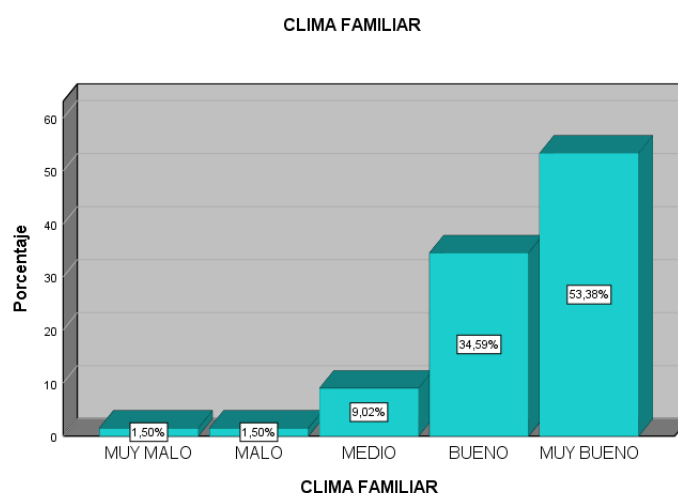


Según los resultados del nivel de depresión - psicológica de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 50% presentan nivel leve, el 28,4% moderado y el 21.6% normal.

Tabla 14
Nivel de clima familiar de puérperas inmediatas

CLIMA FAMILIAR					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY MALO	2	1,5	1,5	1,5
	MALO	2	1,5	1,5	3,0
	MEDIO	12	9,0	9,0	12,0
	BUENO	46	34,6	34,6	46,6
	MUY BUENO	71	53,4	53,4	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

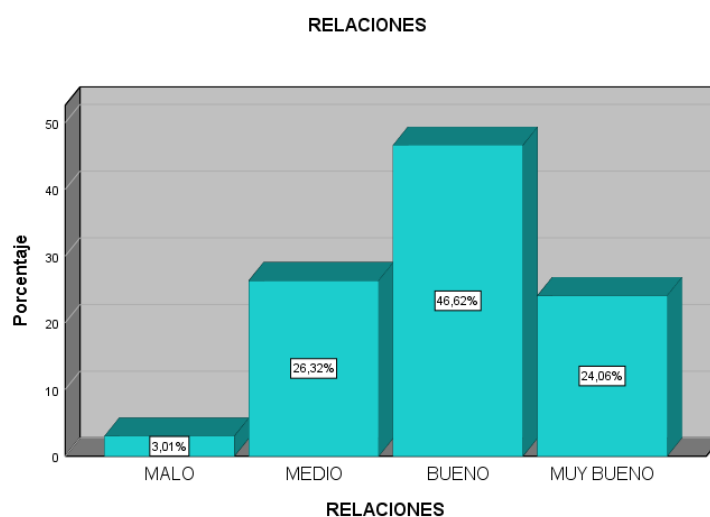
Figura 6
Nivel de clima familiar de puérperas inmediatas



Según los resultados del nivel de clima familiar de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 53,4% presentan un nivel muy bueno, el 34,6% bueno, el 9% medio y el 1,5% malo y muy malo.

Tabla 15*Nivel de relaciones del clima familiar de puérperas inmediatas*

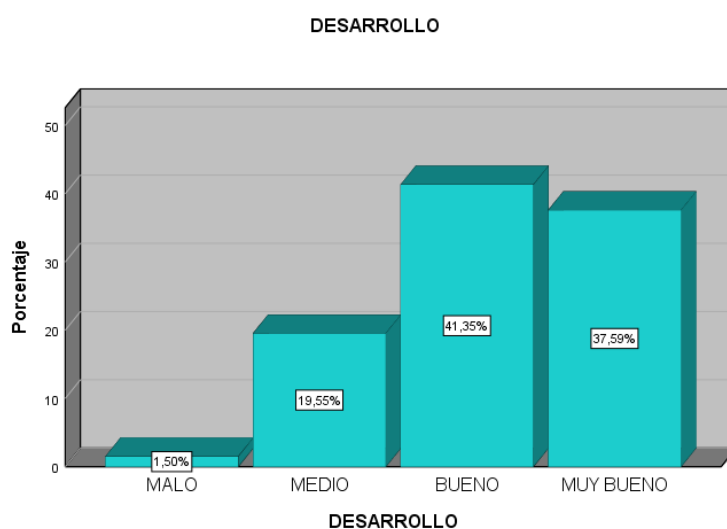
		RELACIONES			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALO	4	3,0	3,0	3,0
	MEDIO	35	26,3	26,3	29,3
	BUENO	62	46,6	46,6	75,9
	MUY BUENO	32	24,1	24,1	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Figura 7*Nivel de relaciones del clima familiar de puérperas inmediatas*

Según los resultados del nivel de relaciones del clima familiar de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 46,6% presentan un nivel bueno, el 26,3% medio, el 24,1% muy bueno y solo el 3% muestran niveles malos.

Tabla 16*Nivel de desarrollo del clima familiar de puérperas inmediatas*

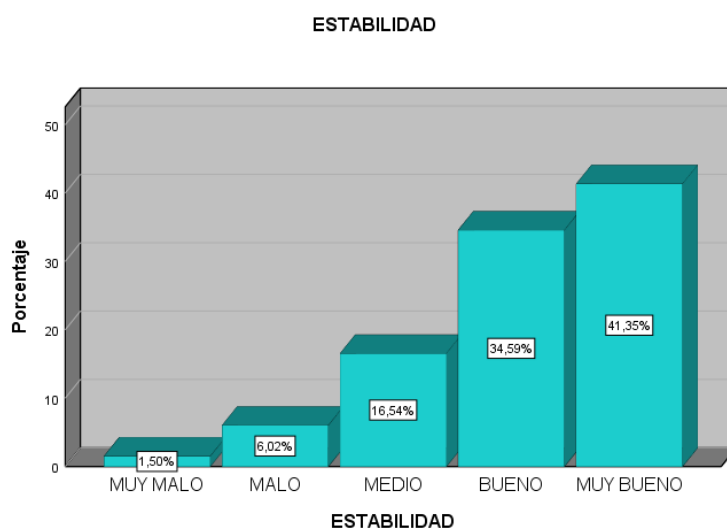
DESARROLLO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALO	2	1,5	1,5	1,5
	MEDIO	26	19,5	19,5	21,1
	BUENO	55	41,4	41,4	62,4
	MUY BUENO	50	37,6	37,6	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Figura 8*Nivel de desarrollo del clima familiar de puérperas inmediatas*

Según los resultados del nivel de desarrollo del clima familiar de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 41,4% presentan un nivel bueno, el 37,6% muy bueno, el 19,5% medio y el 1,5% malo.

Tabla 17*Nivel de estabilidad del clima familiar de puérperas inmediatas*

ESTABILIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY MALO	2	1,5	1,5	1,5
	MALO	8	6,0	6,0	7,5
	MEDIO	22	16,5	16,5	24,1
	BUENO	46	34,6	34,6	58,6
	MUY BUENO	55	41,4	41,4	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Figura 9*Nivel de estabilidad del clima familiar de puérperas inmediatas*

Según los resultados del nivel de estabilidad del clima familiar de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, el 41,4% presentan un nivel muy bueno, el 34,6% bueno, el 16,5% medio, el 6% malo y el 1.5% muy malo.

4.2 RESULTADO INFERENCIAL

Tabla 18

Prueba de normalidad

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SUMATORIA CLIMA FAMILIAR	,108	133	,001	,912	133	,000
DEPRESIÓN	,060	133	,200	,992	133	,685

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Realizado el proceso de evaluación de 133 puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco, mediante la prueba de Kolmogorov se obtuvo un promedio de ,200 > 0,05, indicando que la prueba estadística utilizada fue paramétrica siendo la prueba estadística correlacional de Pearson.

HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho: No existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

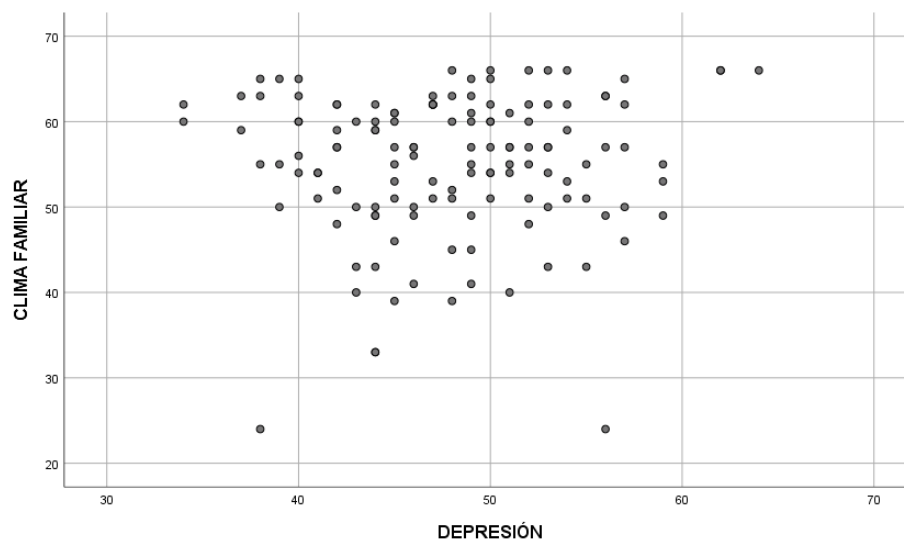
Tabla 19

Nivel de relación del clima familiar y la depresión

Correlaciones			
		SUMATORIA CLIMA FAMILIAR	DEPRESIÓN
CLIMA	Correlación de Pearson	1	,049
FAMILIAR	Sig. (bilateral)		,578
	N	133	133
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	,049	1
	Sig. (bilateral)	,578	
	N	133	134

Figura 10

Nivel de relación del clima familiar y la depresión



Según los resultados obtenidos sobre el clima familiar y la depresión mediante la correlación de Pearson se obtuvo un promedio de ,049 (correlación moderada), pero al presentar un Sig. (bilateral) de ,578 > 0,05

(alfa) se determina que no existe relación del clima familiar y la depresión en puerperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 1

Ha₁: Existe relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho₁: No existe relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Tabla 20

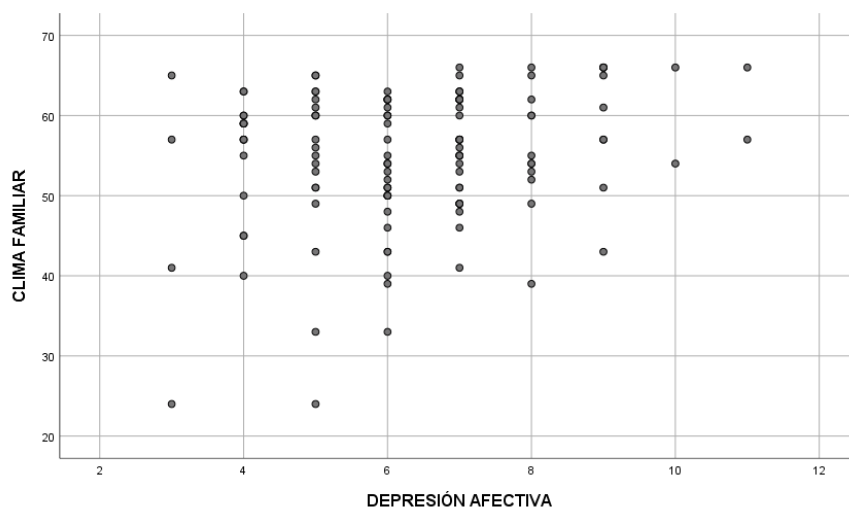
Nivel de relación del clima familiar y la depresión afectiva

Correlaciones			
		CLIMA FAMILIAR	DEPRESIÓN AFECTIVA
CLIMA FAMILIAR	Correlación de Pearson	1	,223**
	Sig. (bilateral)		,010
	N	133	133
DEPRESIÓN AFECTIVA	Correlación de Pearson	,223**	1
	Sig. (bilateral)	,010	
	N	133	134

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 11

Nivel de relación del clima familiar y la depresión afectiva



Según los resultados obtenidos sobre el clima familiar y la depresión afectiva mediante la correlación de Pearson se obtuvo un resultado promedio de ,223** (correlación positiva baja) y un Sig. (bilateral) de ,010 < 0,05 (alfa)

se determina que existe relación del clima familiar y la depresión - afectiva en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 2

H_{a2}: Existe relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

H_{o2}: No existe relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

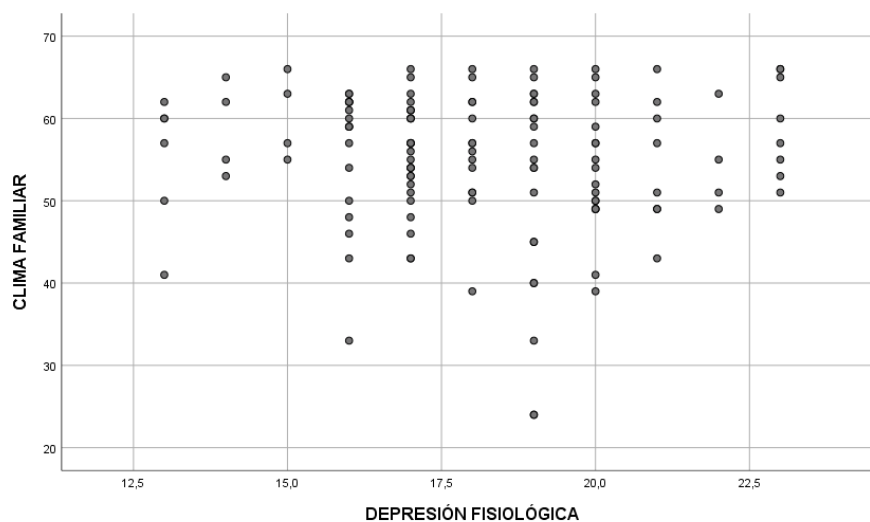
Tabla 21

Nivel de relación del clima familiar y la depresión fisiológica

Correlaciones			
		CLIMA FAMILIAR	DEPRESIÓN FISIOLÓGICA
CLIMA FAMILIAR	Correlación de Pearson	1	-,052
	Sig. (bilateral)		,551
	N	133	133
DEPRESIÓN FISIOLÓGICA	Correlación de Pearson	-,052	1
	Sig. (bilateral)	,551	
	N	133	134

Figura 12

Nivel de relación del clima familiar y la depresión fisiológica



Según los resultados obtenidos sobre el clima familiar y la depresión fisiológica mediante la correlación de Pearson se obtuvo un resultado

promedio de $-.052$ (correlación negativa muy baja) y un Sig. (bilateral) de $.551$ $> 0,05$ (alfa) se determina que no existe relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 3

Ha₃: Existe relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho₃: No existe relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

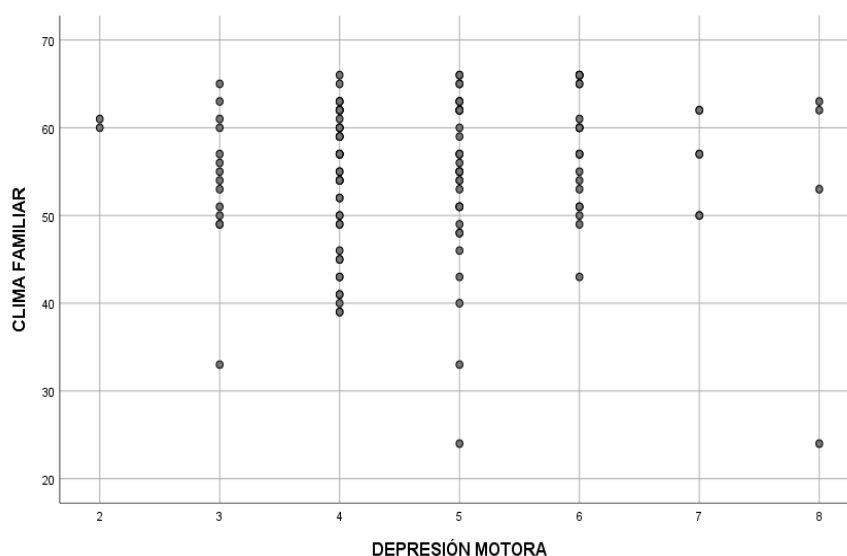
Tabla 22

Nivel de relación del clima familiar y la depresión motora

Correlaciones			
		CLIMA FAMILIAR	DEPRESIÓN MOTORA
CLIMA FAMILIAR	Correlación de Pearson	1	,043
	Sig. (bilateral)		,621
	N	133	133
DEPRESIÓN MOTORA	Correlación de Pearson	,043	1
	Sig. (bilateral)	,621	
	N	133	134

Figura 13

Nivel de relación del clima familiar y la depresión motora



Según los resultados obtenidos sobre el clima familiar y la depresión motora mediante la correlación de Pearson se obtuvo un promedio de ,043

(correlación positiva moderada), pero al presentar un Sig. (bilateral) de ,621 > 0,05 (alfa) se determina que no existe relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 4

Ha4: Existe relación del clima familiar y la depresión - psicológica en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Ho4: No existe relación del clima familiar y la depresión - psicológica en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

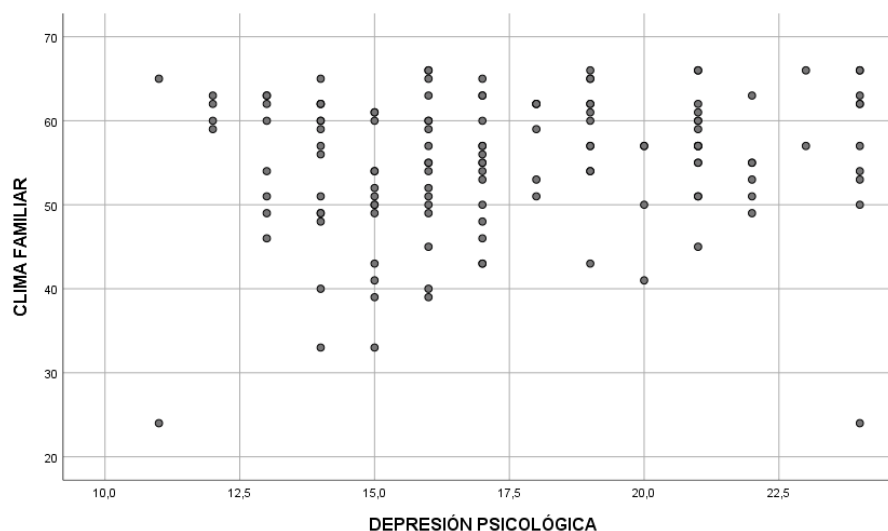
Tabla 23

Nivel de correlación del clima familiar y la depresión psicológica

Correlaciones			
		CLIMA FAMILIAR	DEPRESIÓN PSICOLÓGICA
CLIMA FAMILIAR	Correlación de Pearson	1	,128
	Sig. (bilateral)		,141
	N	133	133
DEPRESIÓN PSICOLÓGICA	Correlación de Pearson	,128	1
	Sig. (bilateral)	,141	
	N	133	134

Figura 14

Nivel de correlación del clima familiar y la depresión psicológica



Según los resultados obtenidos sobre el clima familiar y la depresión psicológica mediante la correlación de Pearson se obtuvo un promedio de

,128 (correlación positiva muy baja), pero al presentar un Sig. (bilateral) de ,141 > 0,05 (alfa) se determina que no existe relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Habiendo presentado los resultados sobre el clima familiar y la depresión mediante la prueba estadística correlación de Pearson se obtuvo un promedio de ,049 (correlación moderada), pero al presentar un Sig. (bilateral) de ,578 > 0,05 (alfa) se determina que no existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

A nivel específico también encontramos la no existencia de relación del clima familiar y la depresión fisiológica donde se obtuvo un resultado promedio de -,052 (correlación negativa muy baja) y un Sig. (bilateral) de ,551 > 0,05 (alfa). De igual forma no existe relación del clima familiar y la depresión motora por presentar un Sig. (bilateral) de ,621 > 0,05 (alfa). También no se obtuvo relación del clima familiar y la depresión psicológica por presentar un Sig. (bilateral) de ,141 > 0,05 (alfa).

Hallazgos que son contrastados con el estudio elaborado en México, Juárez (2024), realizó la tesis titulada: Cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación a depresión post parto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.7. Llegando a la conclusión que, no se pudo identificar vínculo con la adaptabilidad de la familia en las pacientes en etapa puerperio de la UMF 7 en México. También a nivel nacional Latorre (2023), en la tesis denominada: Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un Hospital de Sicuani. Buscando identificar el vínculo existente entre ansiedad y depresión postparto en puérperas adultas, atendidas en un Hospital de Sicuani. Bajo un método de tipo cuantitativo, diseño no experimental – transversal y de nivel relacional; se constituyó la muestra por 94 puérperas adultas que atendidas en un Hospital de Sicuani y los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y el Test de Depresión Postparto de Edinburgh – EPDS, presentando confiabilidades a través del alfa de Cronbach. Se pudo concluir que, se pudo identificar un vínculo positivo, moderado y significativo

entre la ansiedad rasgo y la depresión posparto, pero no se pudo establecer una asociación significativamente estadística entre la depresión posparto y la ansiedad estado.

Considerando el clima familiar como aquel contexto social familiar y se caracteriza por tres elementos clave, cada uno de los cuales, a su vez, consta de cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, agencia y componentes intelectuales, culturales y sociales (Moos, 1996). También Ramos y Risco (2019) afirman que el entorno familiar responde a un grado de bienestar que se deriva de las relaciones entre sus integrantes, el cual está determinado por el nivel comunicativo, de cohesión e interactividad, así como por el nivel organizativo y de dominio que la familia tiene sobre los demás, lo cual puede o no implicar conflicto.

Moos et al. (1984, citado por Ramos, 2021) describen la relación al grado de clima familiar: Donde si presente en alto grado de clima familiar, está basada en la libre comunicación, el respeto mutuo, la cohesión entre los miembros y, sobre todo, el cariño, donde se suelen intercambiar opiniones sobre la planeación de la familia. Suelen compartirse experiencias de la vida cotidiana y de recreación, se respeta la individualidad de cada miembro del grupo familiar y se experimenta felicidad al vivir en armonía. Pero si es bajo, la familia se caracteriza por una escasez de comunicación, paciencia y respeto. Este grupo tiende a utilizar más las órdenes que el diálogo, y la sanción suele emplearse como retribución más que para corregir. Ante las prohibiciones u obligaciones, los miembros de esta familia tienden a utilizar un lenguaje figurativo para no responsabilizarse de forma racional, el respeto no existe y, en ocasiones, el maltrato físico y psicológico está presente. En cuanto a las emociones, son muy contradictorias entre el amor y el odio. Las familias de este tamaño suelen declararse disfuncionales.

De acuerdo a la depresión considerada por Torres (2024), como una enfermedad psíquica común definida por la tristeza persistente y la indiferencia ante las ocupaciones cotidianas y afecta a todos los individuos. El DSM-IV define la depresión posparto como una subcategoría de los trastornos depresivos graves y no como un único trastorno, e integra los síntomas depresivos que persisten durante un periodo aproximado de más de dos semanas tras el parto y que reúnen los parámetros de la depresión grave.

Viene determinada por la aflicción, la pena, la apatía, que incluye desconcentración, alteraciones alimentarias, falta de sueño más allá de lo necesario para atender al lactante, ausencia o excesiva atención al bebé, cansancio constante y ansiedad o susceptibilidad (Milapkumar et al., 2012).

Pero los resultados del clima familiar y la depresión afectiva se obtuvo un resultado promedio de ,223** (correlación positiva baja) y un Sig. (bilateral) de ,010 < 0,05 (alfa) se determina que existe relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Resultados que son contrastados por Vallecampo (2021), realizó estudio denominado: Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. En definitiva, se pudo establecer un vínculo significativo entre la depresión postparto y el riesgo y los factores asociados en las madres tratadas en el centro de salud nacional Zacamil de El Salvador. También en Ecuador, Benítez & Puente (2021), realizó la investigación: Depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de salud INNFA del cantón Morona, 2020 – 2021. Concluyendo así que, se pudo identificar una asociación estadística entre la depresión postparto y la tipología de la familia en mujeres del centro de salud INNFA del cantón Morona en Ecuador. A nivel nacional Payano & Vizurraga (2024), en el estudio titulado: Depresión posparto y su relación con el apoyo social percibido en puérperas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2022. Finalizando con que, se pudo establecer una asociación significativamente estadística entre la depresión después del parto y el respaldo social que sentían las mujeres en el posparto del hospital. A nivel local Palpa (2024), en el estudio denominada: Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el primer trimestre del año 2021. Concluye que, se visualizó que el 25.5% se encontró que estaban en riesgo de desarrollar depresión después del parto, y solo el 17% se clasificó como casos probables de depresión después del parto.

Existiendo algunos factores de riesgo, Maset (2015), menciona que los antecedentes familiares, duplican el riesgo de desarrollar una depresión grave. Aunque es necesario un componente genético para el desarrollo de

este trastorno, la depresión puede desarrollarse, aunque no haya familiares con depresión. También las enfermedades físicas como: la diabetes, el cáncer, las cardiopatías, el trastorno hormonal de Parkinson, los desórdenes de ansiedad y los de alimentación pueden causar depresión.

CONCLUSIONES

1. No existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025. Con un Sig. (bilateral) de $,578 > 0,05$ (alfa). Según el clima familiar el 53,4% presentan un nivel muy bueno, el 34,6% bueno, el 9% medio y el 1,5% malo y muy malo. También el 60,4% presentan un normal o ausencia de depresión, el 37,3% depresión leve y el 2,2% depresión moderada.
2. Existe relación de $,223^{**}$ (correlación positiva baja) del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.
3. No existe relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025, con un Sig. (bilateral) de $,551 > 0,05$ (alfa).
4. No existe relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025, con un Sig. (bilateral) de $,621 > 0,05$ (alfa).
5. No existe relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025, con un Sig. (bilateral) de $,141 > 0,05$ (alfa)

RECOMENDACIONES

A la Dirección del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

- Capacitar al personal asistencial del hospital en temas relacionados al abordaje de la depresión durante el pre y post parto en mujeres puérperas inmediatas.

Al personal de Psicología del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

- Desarrollar un programa de intervención psicológica breve para prevenir cuadros depresivos en mujeres puérperas inmediatas atendidas en el hospital.
- Capacitar a la familia para brindar apoyo familiar mediante la seguridad y confianza, la escucha y el diálogo como el reconocimiento del nuevo ser en madres puérperas inmediatas

Al programa académico de psicología de la Universidad de Huánuco

- Fomentar el desarrollo de programas de intervención con mujeres vulnerables para la prevención o atención en la depresión en mujeres durante el pre o posparto.
- Validar instrumentos con la población Huanuqueña dirigido a niños, adolescentes, jóvenes, adultos o adultos mayores según la necesidad del medio.

A futuros investigadores de la Universidad de Huánuco

- Desarrollar investigaciones relacionados al control y prevención de la depresión en mujeres puérperas inmediatas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N., y Bernstein, J. (1966). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Paidós Editorial; 2a Ed. <https://search.worldcat.org/es/title/diagnostico-y-tratamiento-de-las-relaciones-familiares-psicodinamismos-de-la-vida-familiar/oclc/758201578>
- Aguirre, A. (2008). Anthropology of depression. *PePsic periódicos de psicología*, 8(3), 563-601. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27180302>
- Ahunchai, C. (2020). Un abordaje crítico al desarrollo de la noción de depresión. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/29270>
- APA. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association, 5th ed. Chicago. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Armas, R. (2019). Medicina Interna Basada en Evidencia (3era ed.). Medycyna Praktyczna.
- Atri, M., & Cohen, J. (1987). Confiabilidad y validez del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar. *Revista mexicana de psicología*, 49-55.
- Bailon, E. (2019). Clima Social Familiar y Autoestima en Estudiantes de una Institución Educativa, Trujillo, 2017. Repositorio de la Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/13944>
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., y Calderón, A. (2017). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 4(45), 288-295. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v45n4/art04.pdf>
- Bardelli, M., & Solari, G. (2021). Tesis de licenciatura. Depresión en mujeres víctimas de violencia, Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran. Universidad Autónoma de Ica, Ica, Perú. <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1108>
- Barreira, I., Bevacqua, L., Bidal, M., Amaya, C y Varela, P. (2021). Efectividad de tratamientos breves y focalizados según la percepción de pacientes con ansiedad y depresión. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 29-37. <https://www.redalyc.org/journal/5728/572868251008/html/>
- Beavers, R. (1981). Un modelo sistémico de familia para terapeutas familiares. *Revista de terapia matrimonial y familiar*, 299-307.
- Beck, A. (1967). Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. Hueber.
- Beck, A. (1996). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Harper & Row.
- Benítez & Puente (2021). Depresión postparto y su relación con la tipología familiar, en el centro de salud INNFA del cantón Morona, 2020 – 2021. Universidad Del Azuay, Ecuador. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11522/1/17054.pdf>

- Bocanegra Abad, N. (2017). Autoestima y depresión en un grupo de adolescentes huérfanos y no huérfanos de Lima. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima. Perú. <http://hdl.handle.net/10757/621906>
- Bouché, J., & Hidalgo, F. (2008). Mediación y Orientación Familiar. Madrid, España: Dykinson.
- Brummelte, S. & Galea, A. (2010). Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. *Horm Behav*; 58(5): 769–79. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20688070/>
- Camac, S. (2022). Niveles de depresión en madres adolescentes de 12 a 19 años en los puestos de salud de Huánuco 2020. Universidad de Huánuco, Perú. <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/4189>
- Caparros, R., González, R., Strivens, H., Martínez, O. Romero, B., & Peralta, M. (2017). Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PloS one*, 12(8). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182817>
- Chávez, R. (2021). En la investigación: Factores sociales en la depresión post parto en madres adolescentes. Hospital II E Simón Bolívar, 2020. Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. <http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4304/TESIS%20ROSITA%20CHAVEZ%20PORTAL%20SB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Coleman, J., y Hendry, L. (2003). Psicología de la adolescencia. Ediciones Morata (ed.); Ilustrada. <https://books.google.es/books?id=94Od90KazNYC&printsec=frontcover&hl=ca#v=onepage&q&f=false>
- Dávila, Y. y Lituma, N. (2021). Impacto de la terapia de activación conductual en la depresión en adultos mayores del Centro Gerontológico Juan Pablo II del cantón Sigsig. Tesis de pregrado, Universidad Del Azuay. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10702>
- Del Águila Montoya, L. Pinedo, M. Soto, S. Torres, A. Tapullima, C. (2021). Escala de depresión de Zung: propiedades psicométricas en portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. <https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/358e/1581>
- De La Cruz, R. (2022). Clima social familiar y conducta disocial en estudiantes de una Institución Educativa Pública. Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima – Perú. <https://repositorio.unife.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ee47544b-e69c-4aff-9810-1d8cd0636216/content>
- Del Picó Rubio, J. (2011). Evolución y actualidad de la concepción de familia. Una apreciación de la incidencia positiva de las tendencias dominantes a partir de la reforma del derecho matrimonial chileno. [Artículo de revista, *Ius et Praxis*], 17(1), 31-56. <https://www.scielo.cl/pdf/iusetp/v17n1/art03.pdf>
- DSM5. (2024). Depresión. <https://orientacionpsicologica.es/dsm-5-depresion/>

- Estrada, L. (1986). El ciclo vital de la familia. México: Posada.
<https://books.google.com.pe/books?id=BMc24bkMvyoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Guintivano, J., Manuck, T. & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical obstetrics and gynecology*; 61(3): 591.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596076/>
- Gembeck, J. & Locke, E. (2007). La socialización de los comportamientos de afrontamiento de los adolescentes: relaciones con familias y docentes. 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.03.001>
- Giraldo, L. (2018). Algunas puntualizaciones sobre la depresión y la melancolía en torno a la obra de Sigmund Freud.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/15968>
- Ibañez, Y. y Morales, M. (2020). Depresión en adolescentes del colegio Eduardo Carranza de la ciudad de Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia.
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/143bdbb5-16d5-426a-8abf-c8a20c3d58a8/content>
- Juárez, C. (2024). Cohesión y adaptabilidad familiar y su asociación a depresión post parto en las pacientes de 15 a 44 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No.7. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/2928/469670.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kendler, Gardner, y Pedersen. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16390897/>
- La Haye, T. (1987). Manual del Temperamento: Descubra su Potencial. Primera edición. Miami, Florida. Editorial UNILIT.
https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=OP6WBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA107&dq=conceptos+de+familia&ots=_vu1riZWaf&sig=8i4dQPJ5D61WGYuHubtp6Hh2TwM#v=onepage&q=conceptos%20de%20familia&f=false
- Latorre, E. (2023). Ansiedad y depresión post parto en puérperas adultas, atendidas en un Hospital de Sicuani. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú.
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c9604038-d103-4e75-9fbb-66c7f1481aae/content>
- Levy, I. (2024). Factores relacionados a depresión postparto en puérperas inmediatas del Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2022. Universidad Nacional de Ucayali, Perú.
<https://apirepositorio.unu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9042a05f-c3d1-49fe-8955-ef78da100547/content>
- Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J. y Andrews, J. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSMIII—R disorders in high school students. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 133.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-843X.102.1.133>

- Llico, S. y Rodríguez, C. (2020). Clima social familiar y autoestima en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa Estatal del distrito Baños del Inca – Cajamarca. Repositorio de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1303>
- López, C., & Ramos, J. (2010). Relaciones de las conductas antisociales y delictivas y clima social familiar en alumnos de la institución educativa Nicolás La Torre del 1ro, 2do y 3er grado de secundaria de la ciudad de Chiclayo 2009. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/2092>
- Maldonado, M., Organización Panamericana de la Salud. (2011). Salud Mental Perinatal. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>
- Maset, J. (2015). Depresión. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/depresion/>
- Medline Plus (2018). Depresión. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
- Medline Plus. (2023). Depresión. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
- Meneses, (2016). Aproximación histórica y conceptos básicos de la psicometría chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://femrecerca.cat/meneses/publication/aproximacion-historica-conceptos-basicos-psicometria/aproximacion-historica-conceptos-basicos-psicometria.pdf
- Milap Kumar, R., Bailey, S. & Shahid, A. (2012). Postpartum Depression: A Review. J Health Care Poor Underserved; 23: 534–42. https://www.researchgate.net/profile/Rahn_Bailey/publication/225072971_Postpartum_Depression_A_Review/links/0c96051cd9ab51c0cc000000.pdf
- Monroe, y Hadjiyannakis. (2017). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. Handbook of Depression and Anxiety: A Biological Approach.
- Mora, M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. Rev. Méd. Costa Rica LXXIII (620), 511-514. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
- Moos, R. (1996). Understanding Environments: The Key to Improving Social Processes and Program Outcomes. American Journal of Community Psychology, 24, 193-201. <https://doi.org/10.1007/BF02511887>
- Moos, R., Moos, S. y Trickett J. (1984). Escala de clima social: Familia, Trabajo, Instituciones y Aulas. Edit. TEA. Madrid- España. <https://es.scribd.com/document/366633223/Manual-escalas-clima-social-de-Moos-pdf>
- Moya, M. y Cunza, D. (2019). Clima social familiar y resiliencia en estudiantes de 3°, 4° y 5° año de secundaria. Revista de Investigación Apuntes Universitarios, Vol. 9, N°2, pp.73-82. <https://www.redalyc.org/journal/4676/467663352006/html/>
- OMS. (2012). La depresión. Nota descriptiva No 369.
- OMS. (2023). Depresión. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw9cCyBhB

- OMS (2023). Más de un tercio de las mujeres padecen problemas de salud de larga duración tras el parto.
<https://www.who.int/es/news/item/07-12-2023-more-than-a-third-of-women-experience-lasting-health-problems-after-childbirth>
- Oseda, D., Ruiz, J., Hurtado, D. & Añaños, M. (2020). Clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes de una Universidad Pública de Lima. *Revista Conrado*, 16(77), 26-31.
<https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1563>
- Palpa, E. (2024). Incidencia de depresión posparto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el primer trimestre del año 2021. Universidad de Huánuco, Perú.
<https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5720/Palpa%20Mu%c3%b1oz%2c%20Edison%20Denmer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pasantes, D., lindao, M., Burgos, I. y Dimitrakis, I. (2019). La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. *Recimundo*, 3(2), 1095-1109.
<https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/492>
- Payano, L. & Vizurraga, D. (2024). Depresión posparto y su relación con el apoyo social percibido en puérperas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2022. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco – Perú.
http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/5066/1/T026_72098456_T.pdf
- Payne, J. & Maguire, J. (2019). Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. *Front Neuroendocrinol*; 52: 165–80.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30552910/>
- Pla, J. (2024). Depresión.
<https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/enfermedades/depresion>
- Ramírez, M. (2005). Familia, interacciones y desarrollo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 605-618.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832486045.pdf>
- Ramos, A. & Risco, R. (2019). CLIMA SOCIAL FAMILIAR. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAG_1b31111e8dc1ea7fa1acebe01de084f7
- Ramos, J. (2021). Relación entre el clima social familiar y autoestima en estudiantes del tercer, cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Santa María Reyna – Huancayo. Repositorio de la Universidad Continental.
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/8726/4/I_V_FHU_501_TE_Ramos_Moran_2021.pdf
- Ramos, M. & Rivera, L. (2022). Asociación entre depresión posparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An Fac Med*; 83(1): 19 – 24. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v83n1/1025-5583-afm-83-01-00019.pdf>
- Rivera, M., & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. *Revista de Psicología Uaricha*, 1-19.
<https://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/444/455>

- Romero, C. (2002). La familia desde una perspectiva sistémico-dinámica. En E. Gervilla (Coord.): Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras. Madrid: Editorial Narcea.
- San Molina, L., & Arranz, B. (2010). Comprender la depresión. Editorial Amat. https://books.google.com.pe/books?id=yC_1xY4jzNUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
- Schüle, C., Nothdurfter, C. & Rupprecht, R. (2014). The role of allopregnanolone in depression and anxiety. *Prog Neurobiol*; 113: 79–87. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301008213000968?via%3Dihub>
- Seligman, M. (1974). Depression and learned helplessness. John Wiley & Sons. <https://psycnet.apa.org/record/1975-07556-007>
- Tamayo, E., & Vega, P. (2022). Clima social familiar en los padres de los beneficiarios del programa intervención temprana en el sector Manzanares, Huaura, 2022. Huacho - Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. <http://hdl.handle.net/20.500.14067/7052>
- Tarongí, L. (2020). EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. [España]: Universitat Jaume I.
- Torres, B. (2024). Depresión, pandemia silenciosa. <https://bit.ly/3xWjn7l>
- Torres, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima 2021. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima – Perú. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5086>
- Tueros, J. (2022). Factores de riesgo a la depresión post parto en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2021. <https://repositorio.unheval.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/c6d713b6-a53b-4b29-b016-dafa9d3e5bbc/content>
- Viktorin, A., Meltzer-Brody, S., Kuja-Halkola, R., Sullivan, P., Landén, M. & Lichtenstein, P. (2016). Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. *Am J Psychiatry*; 173(2): 158–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26337037/>
- Villegas, N., Paniagua, A., & Vargas, J. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 1-9. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
- Vallecampo, A. (2021). Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Revista Científica Crea Ciencia*, 14(1), julio – diciembre. <https://camjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/13200>
- Zambrano, C., & Almeida, E. (2017). Clima social familiar y su influencia en la conducta violenta en los escolares. *Ciencia UNEMI*, 97-102. <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661258010/>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Santiago,S. (2026) “Clima familiar y depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025” [Tesis de pregrado, Universidad de Huánuco]. Repositorio institucional UDH.<http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Metodología
GENERAL ¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?	GENERAL Determinar la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.	GENERAL Ha: Existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025. Ho: No existe relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.	Clima familiar	Relaciones Cohesión Expresividad Conflicto Desarrollo Autonomía Actuación Intelectual cultural Social recreativo Moralidad religiosidad Estabilidad Organización Control	Cohesión Expresividad Conflicto Autonomía Actuación Intelectual – cultural – Social – recreativa – Moralidad – religiosidad Organización Control	Tipo Básica Enfoque Cuantitativo Nivel Correlacional Diseño No experimental – transeccional correlacional Población 400 puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025 Instrumento Escala de clima social familiar FES Moos
ESPECÍFICO ¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?	ESPECÍFICO Identificar la relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.	ESPECÍFICO Ha ₁ : Existe relación del clima familiar y la depresión - afectiva en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.				
¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?	Analizar la relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.	Ha ₂ : Existe relación del clima familiar y la depresión - fisiológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.				
¿Cuál es la relación del clima familiar y la	Establecer la relación del clima familiar y la					

depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?	depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.	Ha3: Existe relación del clima familiar y la depresión - motora en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.	Depresión	Inventario de depresión ZUNG	
¿Cuál es la relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025?	Demostrar la relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.	Ha4: Existe relación del clima familiar y la depresión - psicológica en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.		Afectiva	Deprimido Triste Melancólico Lloroso
				Fisiológica	Variación diurna Sueño Apetito Reducción Sexo Gastrointestinal
				Motora	Agitación Atraso mental
				Psicológica	Confusión soledad Desesperación Indecisión Irritabilidad Insatisfacción Pensamiento suicida

ANEXO 2 INSTRUMENTOS

ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR FES DE MOSS

Instrucciones:

Nº	INDICADORES	V	F
1	En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente uno a otros	✓	
2	Los miembros de la familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos	✓	
3	En nuestra familia peleamos mucho		
4	En general ningún miembro de la familia decide por su cuenta		✓
5	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos		✓
6	A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia		✓
7	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		✓
8	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a la iglesia	✓	
9	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado	✓	
10	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces	✓	
11	Muchas veces da la impresión de que en casos estamos "pasando el rato"	✓	
12	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos	✓	
13	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos	✓	
14	En mi familia nos esforzamos para mantener la independencia de cada uno	✓	
15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida	✓	
16	Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc).	✓	
17	frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa	✓	
18	En mi casa no rezamos en familia		✓
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios		✓
20	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir		✓
21	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		✓
22	En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todos.		✓
23	En la casa a veces nos molestamos tanto que golpeamos o rompemos algo	✓	
24	En mi familia cada uno decide por sus propias cosas	✓	✓
25	Para nosotros es muy importante el dinero que gane cada uno	✓	
26	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente	✓	✓
27	Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte	✓	✓
28	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, etc.	✓	
29	En mi casa muchas veces resulta difícil encontrar las cosas necesarias	✓	✓
30	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones	✓	
31	En mi familia estamos fuertemente unidos		✓
32	En mi casa comentamos nuestros problemas personales	✓	
33	Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera		✓
34	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere	✓	
35	Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor"	✓	
36	Nos interesan poco las actividades culturales	✓	
37	Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.	✓	
38	No creemos ni en el cielo o en el infierno	✓	
39	En mi familia la puntualidad es muy importante		✓
40	En la casa las cosas se hacen de una manera establecida		✓
41	Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que alguien sea voluntario		✓
42	En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	✓	

ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR FES DE MOSS

instrucciones:

Nº	INDICADORES
1	En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente uno a otros
2	Los miembros de la familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos
3	<i>En nuestra familia peleamos mucho</i>
4	En general ningún miembro de la familia decide por su cuenta
5	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos
6	A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia
7	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre
8	<i>Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a la iglesia</i>
9	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado
10	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces
11	Muchas veces da la impresión de que en casos estamos "pasando el rato"
12	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos
13	<i>En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos</i>
14	En mi familia nos esforzamos para mantener la independencia de cada uno
15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida
16	Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc).
17	frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa
18	<i>En mi casa no rezamos en familia</i>
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios
20	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir
21	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa
22	En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todos.
23	<i>En la casa a veces nos molestamos tanto que golpeamos o rompemos algo</i>
24	En mi familia cada uno decide por sus propias cosas
25	Para nosotros es muy importante el dinero que gane cada uno
26	<i>En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente</i>
27	Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte
28	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, etc.
29	En mi casa muchas veces resulta difícil encontrar las cosas necesarias
30	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones
31	En mi familia estamos fuertemente unidos
32	En mi casa comentamos nuestros problemas personales
33	<i>Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera</i>
34	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere
35	<i>Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor"</i>
36	<i>Nos interesan poco las actividades culturales</i>
37	Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.
38	<i>No creemos ni en el cielo o en el infierno</i>
39	En mi familia la puntualidad es muy importante
40	En la casa las cosas se hacen de una manera establecida
41	Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que alguien sea voluntario
42	<i>En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo, lo hace sin pensarlo más.</i>

V	F
X	
X	
X	
	X
	X
X	
X	
X	
X	
	X
	X
	X
X	
X	
	X
	X
X	
X	
X	
X	
	X
	X
X	
X	
X	
X	
	X
	X
X	
X	
X	

ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR FES DE MOSS

instrucciones:

Nº	INDICADORES	V	F
1	En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente uno a otros	X	
2	Los miembros de la familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos		X
3	En nuestra familia peleamos mucho		X
4	En general ningún miembro de la familia decide por su cuenta	X	
5	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos	X	
6	A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia	X	
7	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		X
8	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a la iglesia		X
9	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado	X	
10	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces		X
11	Muchas veces da la impresión de que en casos estamos "pasando el rato"	X	
12	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos	X	
13	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos	X	
14	En mi familia nos esforzamos para mantener la independencia de cada uno		X
15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida		X
16	Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc).		X
17	frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa	X	
18	En mi casa no rezamos en familia	X	
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios	X	
20	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir		X
21	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa	X	
22	En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todos.		X
23	En la casa a veces nos molestamos tanto que golpeamos o rompemos algo		X
24	En mi familia cada uno decide por sus propias cosas		X
25	Para nosotros es muy importante el dinero que gane cada uno	X	
26	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente	X	
27	Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte	X	
28	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, etc.		X
29	En mi casa muchas veces resulta difícil encontrar las cosas necesarias		X
30	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones		X
31	En mi familia estamos fuertemente unidos	X	
32	En mi casa comentamos nuestros problemas personales	X	
33	Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera	X	
34	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere		X
35	Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor"		X
36	Nos interesan poco las actividades culturales	X	
37	Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.	X	
38	No creemos ni en el cielo o en el infierno		X
39	En mi familia la puntualidad es muy importante		X
40	En la casa las cosas se hacen de una manera establecida		X
41	Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que alguien sea voluntario		X
42	En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		X

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN ZUNG

ESCALA

- 1-muy pocas veces,
2-algunas veces,
3-muchas veces
4-casi siempre.

Nº	INDICADORES	1	2	3	4
1	Me siento triste y deprimido	X			
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.			X	
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.		X		
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches		X		
5	Ahora tengo tanto apetito como antes		X		
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto			X	
7	Creo que estoy adelgazando		X		
8	Estoy estreñado.	X			
9	Tengo palpitaciones.	X			
10	Me canso por cualquier cosa.	X			
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.				X
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.			X	
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	X			
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.			X	
15	Me siento más irritable que habitualmente	X			
16	Encuentro fácil tomar decisiones				X
17	Me creo útil y necesario para la gente			X	
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				X
19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera	X			
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme		X		

- Menor o igual a 28 puntos (ausencia de depresión)
- Entre 28-41 puntos (depresión leve)
- Entre 42-53 puntos (depresión moderada)
- Mayor o igual a 53 (depresión grave)

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN ZUNG

ESCALA

- 1-muy pocas veces,
- 2-algunas veces,
- 3-muchas veces
- 4-casi siempre.

Nº	INDICADORES	1	2	3	4
1	Me siento triste y deprimido	X			
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.		X		
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.			X	
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches			X	
5	Ahora tengo tanto apetito como antes			X	
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto			X	
7	Creo que estoy adelgazando	X			
8	Estoy estreñado.	X			
9	Tengo palpitaciones.		X		
10	Me canso por cualquier cosa.			X	
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.	X			
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.			X	
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto		X		
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.			X	
15	Me siento más irritable que habitualmente		X		
16	Encuentro fácil tomar decisiones			X	
17	Me creo útil y necesario para la gente		X		
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.			X	
19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera	X			
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme			X	

- Menor o igual a 28 puntos (ausencia de depresión)
- Entre 28-41 puntos (depresión leve)
- Entre 42-53 puntos (depresión moderada)
- Mayor o igual a 53 (depresión grave)

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN ZUNG

ESCALA

1-muy pocas veces,
2-algunas veces,
3-muchas veces
4-casi siempre.

Nº	INDICADORES	1	2	3	4
1	Me siento triste y deprimido	✓			
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.		✓		
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	✓			
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches			✓	
5	Ahora tengo tanto apetito como antes				✓
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	✓			
7	Creo que estoy adelgazando			✓	
8	Estoy estreñado.	✓			
9	Tengo palpitaciones.	✓			
10	Me canso por cualquier cosa.			✓	
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.		✓		
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	✓			
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto			✓	
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.				✓
15	Me siento más irritable que habitualmente		✓		
16	Encuentro fácil tomar decisiones			✓	
17	Me creo útil y necesario para la gente				✓
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				✓
19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera	✓			
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme				✓

- Menor o igual a 28 puntos (ausencia de depresión)
- Entre 28-41 puntos (depresión leve)
- Entre 42-53 puntos (depresión moderada)
- Mayor o igual a 53 (depresión grave)

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN ZUNG

ESCALA

- 1-muy pocas veces,
- 2-algunas veces,
- 3-muchas veces
- 4-casi siempre.

Nº	INDICADORES	1	2	3	4
1	Me siento triste y deprimido		4		
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				4
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	4			
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches				4
5	Ahora tengo tanto apetito como antes		4		
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				4
7	Creo que estoy adelgazando	4			
8	Estoy estreñado.	4			
9	Tengo palpitaciones.	4			
10	Me canso por cualquier cosa.			4	
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.		4		
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.			4	
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				4
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.				4
15	Me siento más irritable que habitualmente	4			
16	Encuentro fácil tomar decisiones	4			
17	Me creo útil y necesario para la gente				4
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				4
19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera	4			
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme				4

- Menor o igual a 28 puntos (ausencia de depresión)
- Entre 28-41 puntos (depresión leve)
- Entre 42-53 puntos (depresión moderada)
- Mayor o igual a 53 (depresión grave)

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por SANTIAGO ORDOÑEZ, Sonia Toribia **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **Clima familiar y depresión en puérperas inmediatas** atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025. Cuyo objetivo es Determinar la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado Escala de clima social familiar FES Moos y la escala De Autoevaluación De Depresión Zung. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco 11 de octubre 2025

Juliano

31 años
Edad

FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por SANTIAGO ORDOÑEZ, Sonia Toribia **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **Clima familiar y depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.** Cuyo objetivo es Determinar la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado Escala de clima social familiar FES Moos y la escala De Autoevaluación De Depresión Zung. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco 11 de octubre 2025



FIRMA

34 años
Edad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por SANTIAGO ORDOÑEZ, Sonia Toribia bachiller en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: Clima familiar y depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025. Cuyo objetivo es Determinar la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado Escala de clima social familiar FES Moos y la escala De Autoevaluación De Depresión Zung. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco ____ de ____ 2025



282

FIRMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por SANTIAGO ORDOÑEZ, Sonia Toribia **bachiller** en Psicología de la Universidad de Huánuco, autor (a) de la investigación titulada: **Clima familiar y depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.** Cuyo objetivo es Determinar la relación del clima familiar y la depresión en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025.

Se firma el presente, habiendo accedido a participar en este estudio, conociendo los objetivos y fines de la investigación, y procediendo a desarrollar el instrumento denominado Escala de clima social familiar FES Moos y la escala De Autoevaluación De Depresión Zung. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas son anónimas, por lo que no se está consignando los nombres ni apellidos en el instrumento.

Lugar y fecha: Huánuco 11 de octubre 2025



33 años
Edad

FIRMA

ANEXO 4

PLAN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

N°	ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE
1	Presentación de documentos a mesa de partes del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari	Setiembre 2025	Bach. Sonia Santiago Ordoñez
2	Coordinación con las autoridades para el desarrollo del estudio al Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari	Setiembre 2025	Bach. Sonia Santiago Ordoñez
3	Planificación y preparación de los instrumentos e evaluar	Setiembre 2025	Bach. Sonia Santiago Ordoñez
4	Evaluación de los instrumentos a las puérperas inmediatas	Setiembre 2025	Bach. Sonia Santiago Ordoñez
5	Visita domiciliaria de algunas puérperas inmediatas	Octubre 2025	Bach. Sonia Santiago Ordoñez
6	Procesamiento de datos	Noviembre 2025	Bach. Sonia Santiago Ordoñez
7	Presentación de resultados a la dirección del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari	Enero 2026	Bach. Sonia Santiago Ordoñez

Santiago Ordoñez, Sonia

SOLICITUD PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Amarilis, 23 de 10 de 2025

Señor:

MC. Marco Antonio Jaramillo Luna

Director del Hospital Materno Infantil

“Carlos Showing Ferrari” - Huánuco

Asunto: Solicitud de autorización para la aplicación de instrumentos de tesis

De mi mayor consideración:

Yo, Sonia Toribia Santiago Ordoñez, identificada con DNI N° 04351024, Bachiller de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad de Huánuco, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar autorización para la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica en su institución.

Esta solicitud se enmarca en el desarrollo de mi tesis titulada:

“Clima familiar y depresión en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2025”

El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el clima familiar y los niveles de depresión en púerperas inmediatas, con el propósito de contribuir a una mejor comprensión de los factores psicosociales que inciden en la salud mental materna durante el periodo posparto.

Los instrumentos que serán aplicados son:

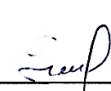
- Escala de Evaluación del Clima Familiar (FES adaptada o equivalente validado en Perú)
- Escala de autoevaluación de la depresión de Zung (EAMD)

Agradezco de antemano la atención prestada y la disposición para apoyar investigaciones que buscan fortalecer el abordaje integral de la salud mental. Quedo atenta a cualquier información adicional que se requiera.

Sin otro particular, me despido cordialmente.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD	
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO	
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO	
HOSPITAL MATERNO INFANTIL	
CARLOS SHOWING FERRARI	
Registra N°	Folios 26
Fecha	23 OCT 2025
Hora	10.55 a.m.
Recibido por	


Sonia Toribia Santiago Ordoñez
DNI: 04351024



HOJA DE ENVÍO Nº 11084

FECHA 23 OCT 2025

PARTICIPANTE SOPHIA SANTIAGO ORDÓÑEZ

ASUNTO APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
A DIABÉTICAS.

Pase a	Para	Fecha	Recibido
-CAPACITACIÓN			



CLAVE (MOTIVO DEL PASE)

1. Tomar nota y devolver ()	7. Trámite ()	13. Reinscripción ()
2. Invest. e Informe ()	8. Según solicitado ()	14. Entregar interesado ()
3. Estudio y opinión ()	9. Archivo ()	15. Adj. Referencia ()
4. Acción Inmediata ()	10. Pendiente ()	16. Rehacer ()
5. Por Correspondiente ()	11. Preparar respuesta ()	17. Observaciones ()
6. Firma y Sello ()	12. Preparar resolución ()	

OBSERVACIONES

ANEXO 5

FOTOGRAFÍAS

