



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

La depresión postparto y su relación con la autoestima, la disfunción familiar y el apoyo social

Trabajo fin de estudio presentado por:	Roxana Carolina Aumenta
Línea de investigación:	Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria
Directora:	Dra. Cristina Medina Pradas
Fecha:	Junio 2022

## Índice de contenidos

Resumen	5
Abstract	6
1. Marco teórico	7
1.1 Depresión postparto	7
1.1.1 Definición y criterios diagnósticos de la Depresión postparto	7
1.1.2 Factores asociados a la Depresión postparto	13
1.2 Autoestima	16
1.2.1 Definición de Autoestima	16
1.2.2 La influencia de la autoestima en la salud mental de la mujer en el postparto	16
1.3 Disfunción Familiar	16
1.3.1 Definición de Disfunción Familiar	16
1.3.2 La influencia de la disfunción familiar en la salud mental de la mujer en el postparto	17
1.4 Apoyo Social	18
1.4.1 Definición de Apoyo Social	18
1.4.2 La influencia del apoyo social en la salud mental de la mujer en el postparto	18
1.5 Relación entre la Depresión Postparto y la Autoestima, la Disfunción Familiar y el Apoyo Social: Estado de la cuestión	19
2. Justificación	20
3. Objetivos	21
4. Hipótesis	22
5. Marco metodológico	23
5.1. Participantes	23
5.2. Instrumentos	24
5.3. Procedimiento	27
5.4. Análisis de datos	28

6. Resultados	29
6.1. Sintomatología depresiva posparto, niveles de autoestima, grado de disfunción familiar y apoyo social percibido en la muestra	29
6.2. ¿Varía la sintomatología depresiva posparto en función de la edad?	30
6.3. Relación de la depresión posparto con autoestima, disfunción familiar y apoyo social	30
7. Discusión	32
Referencias bibliográficas	35
Anexo A. Cuestionario de datos sociodemográficos	39
Anexo B. Escala de depresión postparto de Edimburgo	40
Anexo C. Escala de Autoestima de Rosenberg	41
Anexo D. Cuestionario APGAR	42
Anexo E. Cuestionario de Apoyo Social	43
Anexo F. Informe de valoración del TFM	44
Anexo G. Consentimiento informado	45
Anexo H. Compromiso de confidencialidad	47

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Sintomatología de la depresión postparto	8
<b>Tabla 2.</b> Datos de la muestra (N=38).	24
<b>Tabla 3.</b> Descripción de medidas e instrumentos del estudio.	27
<b>Tabla 4.</b> Descripción de las variables cuantitativas (N= 38).	29
<b>Tabla 5.</b> Coeficientes de correlación (valores p) de sintomatología depresiva postparto y edad (N=38).	31
<b>Tabla 6.</b> Coeficientes de correlación (valores p) de sintomatología depresiva postparto con autoestima, apoyo social y disfunción familiar.	32

## Resumen

Visibilizar a la madre después del parto y tomar en verdadera consideración su estado de ánimo es uno de los objetivos prioritarios de la psicología perinatal. Existe riesgo en las mujeres embarazadas de padecer depresión después del parto, y ello influye no sólo en la mujer, sino también en su bebé y pareja. Por ello, es importante investigar factores que puedan relacionarse con la depresión postparto, de cara a prevenirla. El presente estudio se planteó analizar la relación de la depresión postparto con la autoestima, la disfuncionalidad familiar y el apoyo social en una muestra de 38 mujeres que habían sido madres en el último año, así como su relación con la edad de las mujeres. Se midieron las diferentes variables con instrumentos validados para tal fin y, tras los análisis estadísticos, los resultados no arrojaron correlaciones estadísticamente significativas entre depresión posparto, ni con autoestima, ni con disfunción familiar, ni con apoyo social percibido. Por el contrario, sí se encontraron relaciones muy significativas con edad, en el sentido de presentar mayores niveles de sintomatología depresiva posparto las más jóvenes. Se concluye que la muestra ha sido muy pequeña y poco representativa como para poder considerarse resultados concluyentes. Se discuten los mismos a la luz de su aplicación en el contexto de la psicología general sanitaria y se comentan limitaciones y prospectiva.

**Palabras clave:** Perinatal, Salud Mental, Maternidad, Puerperio, Mujer.

## Abstract

Making the mother visible after childbirth and taking into real consideration her state of mind and the risk of suffering depression after childbirth is one of the priority objectives of perinatal psychology. For this reason, the present study aimed to analyze the relationship between postpartum depression and self-esteem, family dysfunction and social support in a sample of 38 women who had become mothers in the last year, as well as its relationship with the age of the mothers. Significant correlations were found between levels of depression and self-esteem and age, and weaker correlations with family dysfunction. The results are discussed in the light of general health psychology and their prospective and clinical application are commented on.

**Keywords:** Perinatal, Mental Health, Maternity, Puerperium, Woman.

## 1. Marco teórico

### 1.1 Depresión postparto

#### 1.1.1 Definición y criterios diagnósticos de la Depresión postparto

La maternidad es un periodo en el que transcurren cambios de tipo físico, cognitivo, emocionales e interpersonales que afectan todas las áreas de la vida de la pareja, aunque afectan especialmente a la madre (Sierra et al., 2019). Pese a que el embarazo y postparto son momentos en el ciclo de vida de la mujer de especial vulnerabilidad y sensibilidad, es socialmente aceptado que debe vivirse como un momento de bienestar y disfrute, pero la realidad muestra que muchas mujeres transitan este periodo con ansiedad e intenso malestar emocional.

La depresión es un trastorno muy común en la población mundial y afecta al funcionamiento de las personas a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y anímico. Muchas personas en el mundo padecen este malestar intenso, sin importar la religión, raza, cultura o nacionalidad (Guadarrama et al., 2006). Según Latorre-Latorre et al. (2006) es para el año 2030 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que esta enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad en el mundo. Sin embargo, aunque la depresión mayor tiene mucha importancia en la población general, la depresión después del parto es poco reconocida, a pesar de que el embarazo, parto y postparto son momentos del ciclo vital de la mujer donde estos trastornos se dan con bastante frecuencia.

Según Orozco (2013), se puede considerar la DPP como el trastorno depresivo, sin psicosis, que padece la mujer durante el primer año después del parto. Por su parte, García et al. (2016), la definen como esa enfermedad depresiva, tan frecuente en ambos géneros, pero que se desarrolla en la mujer después del parto y que es consecuencia de todos esos cambios que se dan durante el embarazo. Es un estado caracterizado por sentimientos de tristeza, baja autoestima, falta de interés y pérdida de disfrute de actividades que antes de este periodo resultaban placenteras (ver tabla 1). Esta afección no solo aqueja y genera sufrimiento en la madre, sino también en todo su entorno más cercano.

Los episodios depresivos en la mujer después del parto conllevan una serie de síntomas comunes a los de la depresión que puede sufrir una persona en cualquier momento de la vida (Jadresic, 2014). Incluso el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su última versión (DSM-V, 2013) tiene un especificador “periparto” para apoyar en mayor medida el diagnóstico de DPP.

Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el postparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentará el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto (DSM-V, 2013).

**Tabla 1.** Sintomatología de la depresión postparto.

- 
- Tristeza
  - Sintomatología ansiosa: pánico, temblores, taquicardia, taquipnea, ira, angustia, crisis de llanto, etc.
  - Raramente pueden aparecer comportamientos agresivos hacia el bebé
  - Pereza y falta de motivación
  - Pérdida y/o disminución del deseo sexual
  - Miedo a autolesionarse o hacer daño al bebé
  - Irritabilidad y sentimientos de culpa
  - Fatiga y cansancio
  - Confusión y dificultades para concentrarse
  - Conductas sobreprotectoras hacia el niño con consultas excesivas al especialista motivadas por creer que el niño está siempre enfermo
  - Alteraciones de la memoria
  - Alteración del sueño y del apetito
- 

*Fuente: adaptado de Barrio et al. (2000).*

Además de esta sintomatología, propia de la disforia y del trastorno depresivo después del parto, Jadresic (2014) considera que en los casos más graves las madres pueden tener ciertas fantasías, pensamientos y miedos sobre hacerle daño al bebé, incluso pueden llegar a sentir



indiferencia. En consecuencia, aparecerán emociones negativas, el vínculo madre-hijo/a se verá afectado y la interacción entre ambos resentida.

Siguiendo a Delgado (2016), en su trabajo podemos ver la clasificación de los distintos tipos de trastornos depresivos relacionados con el postparto, este autor recomienda tenerla muy presente ya que cada tipo, demanda una intervención diferente. Uno de ellos es la tristeza postparto, tristeza por el recién nacido o "*baby blues*" con unos datos de prevalencia aproximada del 30%-75% y con sintomatología afectiva de apariencia leve (inestabilidad emocional, llanto, estado irritable, alteraciones del sueño y del apetito) que se da después del parto (primeros 3-4 días) y no supera las dos semanas. Este estado desaparece pronto.

También se puede decir que son varios los estudios que, teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y el tiempo de persistencia durante el postparto, exponen de forma más precisa y amplían la clasificación de los diferentes trastornos depresivos que puede padecer la mujer al tiempo de nacer el bebé.

- *Depresión postparto leve o Maternity Blues*

Entre el segundo y el cuarto día después del parto aparece una sintomatología de carácter leve y transitoria, representada por dificultades para dormir, ansiedad, sentimientos de irritabilidad, inestabilidad emocional, dolor de cabeza, desórdenes relacionados con el apetito y sentimiento de minusvalía, y que remite naturalmente sin dejar secuelas (Barrio et al., 2000). Respecto al estado emocional en estos 10 primeros días después del nacimiento, Besteiro et al. (2001) hacen una afirmación importante sobre los sentimientos de culpa que tienen muchas mujeres por no disfrutar de este periodo o estar contentas como deberían, es por ello por lo que muchas de ellas no manifiestan su malestar emocional y sentimientos negativos. Transitan esta etapa reprimiendo esta sintomatología afectiva-emocional.

Si estas primeras manifestaciones depresivas persisten después de un breve tiempo (10 días), la situación puede complicarse y esto exige estar atentos al curso y gravedad de los síntomas. Es importante para el bienestar de la madre y el bebé, detectar rápidamente la presencia de un episodio depresivo mayor.

- *Depresión mayor posparto*

Hacia las 2-4 semanas tras el nacimiento del bebé, si la madre presenta una sintomatología más severa que la descrita anteriormente para la disforia posparto, estaríamos ante un cuadro de depresión mayor posparto (Orozco, 2013).

Retomando la clasificación que realizan Barrios et al. (2000), estos autores señalan que la forma de inicio más común es la depresión melancólica, que luego evoluciona a trastorno depresivo mayor y que es menos frecuente que se inicie con una sintomatología de tipo maníaca. La duración de este tipo de DPP fluctúa entre meses y hasta el año después del parto y suele ir acompañada de sentimientos de culpa, ambivalencia afectiva y percepción de incapacidad para responder a las demandas del bebé.

- *Psicosis postparto*

Después del parto y de unos días asintomáticos, aparecen de forma brusca y aguda, entre el tercer y noveno día, síntomas similares a los que se observan en cualquier psicosis no puerperal, y su duración puede llegar hasta los 2 y 3 meses. Forman parte del cuadro clínico la despersonalización, el desorden conductual, las alucinaciones, los delirios y la confusión. De las mujeres que sufren este trastorno, entre el 15% y 20% han tenido previamente algún episodio psicótico (Jadresic, 2017; Orozco, 2013).

En lo que a diagnóstico y tratamiento de la depresión postparto se refiere, Mendoza y Saldivia (2015) exponen que la mujer puede llegar a sufrir, desde las primeras semanas y hasta el primer año después de haber tenido su bebé, un intenso malestar y sufrimiento que evolucione a DPP propiamente. Este desorden psiquiátrico, de consideración frecuente después del parto, podría tener un impacto relevante en el bienestar de la madre y del hijo/a, con lo cual el sistema de salud debe tener como prioridad detectar y abordar correctamente este desajuste en la mujer.

Estos mismos autores, destacan que para el diagnóstico de DPP la madre debe padecer al menos, durante dos semanas, los mismos síntomas que se presentan en cualquier episodio depresivo mayor. La actividad cotidiana y el cuidado del/de la bebé deben verse afectados, y en casos más graves, a estos síntomas pueden añadirse también ideas obsesivas relacionadas con el bebé, alteraciones del pensamiento y de la conducta, ansiedad y débil percepción respecto al rol materno (Mendoza y Saldivia, 2015).

Las expectativas sociales relacionadas con ser madre, el sentir satisfacción, estar contentas y disfrutar del momento del nacimiento, llevan a que muchas mujeres se muestren recelosas de revelar sus verdaderos sentimientos negativos relacionados con la maternidad. Esto dificulta la detección precoz y el diagnóstico a tiempo. Considerando esto, la incidencia de la

DPP puede estar subestimada y muchas mujeres podrían pasar desapercibidas y no estar recibiendo el tratamiento adecuado (Barrio et al., 2000).

En este sentido a Urdaneta et al. (2010) les resulta asombroso el subdiagnóstico de este trastorno afectivo, a pesar de que los datos encuentran que la prevalencia es superior a otras patologías obstétricas.

Para mejorar y destacar la importancia del diagnóstico precoz de DPP, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su última versión del año 2013, reemplaza el especificador “posparto” de la antigua versión por el de “periparto”. Este especificador puede aplicarse a todo episodio depresivo que se da en la mujer que esté comenzando el embarazo o bien en las cuatro semanas después del nacimiento (Jadresic, 2014).

A pesar de los cambios sucedidos sobre el diagnóstico, Tobón-Borrero (2015) sostiene y aclara que la mayoría de los estudios realizados hasta ahora se han centrado en identificar el problema de la DPP debido al impacto negativo que sus consecuencias tienen sobre la mujer. Sin embargo, sigue siendo necesario encender las alarmas y alertar sobre la falta de diagnóstico y la detección precoz, debido a que el trastorno depresivo después del parto es una alteración tan real y de grandes repercusiones, ya no solo sobre la salud y el bienestar materno, sino también sobre el bebé.

Resulta necesario e interesante marcar unas líneas generales de actuación para la realización de un buen diagnóstico. Efectuar con exactitud el diagnóstico de este trastorno, implica revisar la historia clínica completa de la madre, identificar factores de riesgos que puedan estar relacionados con la probabilidad de sufrir alteraciones mentales, enfatizar la importancia de la relación médico-paciente, ya que es en la consulta del médico donde es importante identificar los cambios emocionales y del estado de ánimo, consecuencias de la adaptación a la nueva situación y los cambios que puedan tener una fuerte asociación con un cuadro depresivo (Barrio et al., 2000).

En los últimos años, muchos de los trabajos han tenido como objetivo el intento de optimizar el diagnóstico y de proveer tratamientos tempranos y eficientes para este trastorno. Por ejemplo, se han diseñado varias escalas, entre ellas podemos encontrar la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) con sus estudios y revisiones sobre validez y fiabilidad. Como argumentan Urdaneta et al. (2010) esta escala ha mostrado ser un buen método de tamizaje de la depresión posparto, puesto que la mayoría de las madres con puntuaciones positivas en

esta prueba, al aplicarles posteriormente la encuesta diagnóstica para la depresión según el DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión.

Considerando lo anteriormente expuesto, es en realidad importante evaluar la severidad de los síntomas para poder asignar a cada caso un tipo u otro de DPP, y así de esta forma aplicar el tratamiento preciso e individualizado a cada madre. Como afirma Herrera (2018), debe considerarse siempre como tratamiento de primera línea la psicoterapia. Aunque durante el embarazo y en los casos de DPP más graves es preciso valorar el coste-beneficio de administrar antidepresivos debido a todos los riesgos que conlleva este tipo de tratamiento farmacológico en la madre y el bebé.

La literatura sobre el tema refiere que un adecuado manejo terapéutico de este trastorno incluye:

- *Tratamiento psicoterapéutico*: en lo que a este tipo de tratamiento se refiere, la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas ha sido demostradas por datos empíricos, recomendándose como tratamiento de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido (Mendoza y Saldivia, 2015). Por su parte, Delgado (2016) advierte que el tratamiento no farmacológico como la terapia interpersonal y la cognitivo conductual, solo deberían aplicarse en depresiones leves y moderadas.

- *Tratamiento psicofarmacológico*: las investigaciones sobre este tipo de tratamiento no son concluyentes y no refieren resultados fiables. La intervención psicológica está siempre en la primera línea de actuación para este trastorno, aunque puede suceder que algunas pacientes con DPP moderada a grave requieran intervención psicofarmacológica (los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), en estos casos es imprescindible la evaluación coste-riesgo del uso de estos psicofármacos (Barrio et al., 2000).

Es por esto, por lo que determinar la gravedad del trastorno depresivo es realmente importante a la hora de aplicar el tratamiento adecuado.

En lo que ha prevalencia se refiere, afirmarla conlleva cierta dificultad ya que los datos aportados por los diferentes estudios fluctúan entre el 5.8 % y el 50%. Estas diferencias pueden estar relacionadas con la propia complejidad sintomática de esta alteración. En muchos trabajos, al momento de hablar de prevalencia, no queda claro si se refieren al trastorno en su nivel leve y pasajero o a uno más grave y duradero. Por otra parte, la diversidad

de instrumentos de diagnóstico y la ausencia de estudios longitudinales, podrían sesgar los datos y dificultar la generalización de resultados (Besteiro et al., 2001).

También por su parte, Huber et al. (2015) exponen que los datos de prevalencia son variados y las tasas se mueven entre el 6% y un 38%. Esta oscilación está sujeta en gran medida a los instrumentos de evaluación utilizados, incrementándose al utilizar instrumentos de auto reporte como la Escala de Depresión de Edimburgo y disminuyendo al aplicar criterios clínicos más rigurosos.

A pesar de la dificultad para determinar la prevalencia real de DPP, ya que los estudios difieren en cuanto a metodología y poblaciones analizadas, en su trabajo Urdaneta et al. (2010) concluyen según resultados obtenidos en mujeres que fueron evaluadas con EPDS cerca de la quinta semana después del parto, que el riesgo de padecer DPP es elevado tanto en multíparas como primíparas sin encontrar diferencias significativas en el tipo de paridad.

Según Tobón-Borrero (2015) el trastorno depresivo mayor puede llegar a considerarse el punto medio entre la tristeza y la psicosis postparto en el continuo de los trastornos afectivos, y su prevalencia oscila entre el 10% y 15% llegando a adoptar valores de hasta el 50% cuando la mujer tiene una historia clínica previa de depresión postparto. Estudios realizados en España, muestran que el 13% de las madres, pueden sufrir este trastorno y en el caso de adolescentes los datos se incrementan hasta el 26%. Respecto al antecedente de depresión las cifras se incrementan hasta el 25% y si se ha padecido un episodio previo de depresión postparto la probabilidad de recurrencia en el próximo postparto puede llegar al 50%.

### 1.1.2 Factores asociados a la Depresión postparto

Varios autores han llegado a conclusiones similares sobre los factores de riesgo más fuertemente asociados y la influencia que tiene cada uno de ellos en el momento de desarrollar DPP. Se pueden enumerar como más relevantes los siguientes: antecedentes personales y/o diagnóstico previo de depresión, sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo, percibir pobre apoyo familiar y social, disfuncionalidad familiar y eventos vitales perturbadores antes y después del parto. Como factores de asociación moderada o baja encontramos problemas en la relación de pareja, estrés cotidiano, estrés en el cuidado del bebé, temperamento o conductas del bebé, autoestima baja y disforia postparto, problemas

socioeconómicos, no tener pareja, haber tenido un embarazo y parto complejo a nivel obstétrico, no haber planificado o deseado ser madre (Barrio et al., 2000; Delgado 2016; Mendoza et al., 2015).

Por su parte, Mendoza y Saldivia (2015) afirmaron que los factores socioculturales determinan en gran parte la salud mental de la madre recién parida. Es decir, la génesis DPP genera discusiones frente al impacto del “determinismo sociocultural”. Es evidente que la forma en que cada sociedad asume la gestación, el nacimiento, la transición de roles y la capacidad de las redes de apoyo de articularse en torno a estos acontecimientos tendrá relación con el devenir de cada postparto. Asimismo, estas autoras concluyeron también que las expectativas referidas al rol materno son tan altas que llegan a convertirse en una fuente de estrés importante para la madre, incluso el valor social positivo asignado a la maternidad puede llevar a que la mujer, a pesar de estar sufriendo y padeciendo estos síntomas depresivos, no busque ayuda profesional ni el apoyo correspondiente.

A continuación, se enumeran algunos de los factores asociados que se han encontrado con mayor frecuencia en las diferentes investigaciones y posteriormente se describe de forma precisa los factores asociados que serán objeto de investigación en nuestro estudio.

- *Diagnóstico previo de depresión (antecedentes psiquiátricos de depresión)*

Es importante tener en consideración los antecedentes psiquiátricos personales y familiares como posibles factores predictores asociados a sufrir un trastorno depresivo mayor después del parto. Los estudios de tipo prospectivos y retrospectivos señalan que la incidencia se incrementa entre un 10% y 24% cuando existe un diagnóstico previo de depresión en la mujer, incluso el riesgo se incrementa un 35% si la depresión se sufre durante el embarazo (Barrio et al., 2000). Por su parte, Evans et al. (2003) encontraron que el 71,4% de su muestra, con este predictor, desarrolló una DPP; estos datos finalmente señalan que tener antecedentes personales previos de depresión sería un importante factor de riesgo.

- *Número de hijos/as previos*

Respecto a la variable número de hijos, Jadresic et al. (1995) encontraron que aquellas madres que tenían uno o más hijos, mostraban mayor riesgo de padecer DPP que aquellas mujeres que se enfrentaban a su primer embarazo y parto, no obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, en su trabajo Besteiro et al. (2001) evidencian una relación negativa significativa entre número de hijos y depresión postparto.

El nacimiento del primer hijo puede considerarse fuente de estrés para la madre y ser madre primeriza puede tener una correlación más fuerte que en caso de haber tenido más hijos previamente (Urdaneta et al., 2010).

La literatura no muestra resultados concluyentes sobre la relación entre primigestas y múltiparas y la depresión postparto. Los datos difieren bastante entre unos autores y otros, aún más teniendo en cuenta si se considera haber tenido 2, 3 o más hijos.

- *Edad materna*

Son varios los trabajos que no han encontrado diferencias estadísticamente significativas que indiquen una asociación entre la edad y la depresión postparto (Jadresic et al., 1995; Evans et al., 2003). Por su parte, Besteiro et al. (2001) señalan que la edad a pesar de ser una variable estudiada en muchos trabajos no ofrece datos que demuestran su gran impacto como factor predictor asociado.

También Tobón-Borrero (2015) concluye su investigación revelando resultados que coinciden con las investigaciones previas de otros autores. Es así como consideramos que los datos sobre la influencia de esta variable no son nada esclarecedores y, aunque son muy pocos, existen algunos estudios como el de Lasheras et al. (2014) en el que se demarca de los resultados anteriormente mencionados y observan que las madres de 39 años en adelante presentan mayores tasas de DPP.

- *Otros antecedentes sociodemográficos asociados*

Las madres que tienen mayores ingresos tienen menor probabilidad de sufrir alteraciones del estado de ánimo, con lo cual la probabilidad de desarrollar DPP aumenta hasta 3 veces en las mujeres de menor nivel socioeconómico. Ser soltera, viuda o separada, también incrementa 2 veces más esta probabilidad. A nivel de formación educativa, aunque sin impacto estadístico, se observa que, a menor formación educativa, mayor prevalencia de DPP (Jadresic et al., 1995).

La mayoría de los estudios (algunos con resultados más concluyentes que otros) dejan el camino establecido para continuar y profundizar la investigación sobre la asociación y el peso que cada uno de los factores de riesgos descritos anteriormente tienen sobre la DPP. Este trabajo se enfocará de forma más concreta en la disfunción familiar, la autoestima y el apoyo social. También tendrá en consideración algunos antecedentes sociodemográficos como la edad, el nivel de estudio, la situación laboral y el estado civil, entre otros.

## 1.2 Autoestima

### 1.2.1 Definición de Autoestima

En muchas ocasiones, de forma independiente a las circunstancias que acontecen en la vida de la persona, una baja autoestima tendrá una relación directa con un pobre ajuste psicológico y adaptación a los sucesos vitales; sin embargo, en otras ocasiones, la autoestima y la depresión tienen una relación indirecta, y solo se asociarán en el caso de que ocurran situaciones estresantes y adversas (Herrero et al., 1995).

### 1.2.2 La influencia de la autoestima en la salud mental de la mujer en el postparto

Gil y Mariñelarena (2016) llevaron a cabo un estudio que les permitió observar y evaluar, a través de las declaraciones de algunas madres, como la insatisfacción con su propio cuerpo después del parto influía negativamente en la vida sexual. Estas mujeres sentían vergüenza de su cuerpo e incluso les generaba un intenso malestar exponerse ante sus parejas. Finalmente, la investigación concluye que el 11,4% del total de las mujeres que participaron en el estudio manifestaban sentirse incómodas con su cuerpo y esto afectaba su autoestima, su autoimagen, la sexualidad y la relación con su pareja, mientras que el 40% se percibía a sí misma como no recuperada después parto, pero no tenían sentimientos negativos hacia su propia imagen y el 31% afirma verse igual que siempre, sin grandes cambios.

## 1.3 Disfunción Familiar

### 1.3.1 Definición de Disfunción Familiar

De acuerdo con Velasco (2019), cuando en el seno familiar se producen una serie de acontecimientos estresantes y la familia se ve incapacitada para afrontarlos y gestionarlos,



podríamos hablar de disfunción familiar. Los problemas de comunicación entre los integrantes de la familia, la inflexibilidad en las normas y reglas, los roles familiares no definidos adecuadamente y la incapacidad de los miembros para adaptarse a los cambios que son propios del desarrollo del sistema familiar, pueden afectar la funcionalidad familiar.

### 1.3.2 La influencia de la disfunción familiar en la salud mental de la mujer en el postparto

En referencia a la relación DPP y disfunción familiar, la investigación de Manzano et al. (2002) utilizando el APGAR Familiar, concluye con la afirmación de que aquellas mujeres cuyo núcleo familiar se caracterice por la disfuncionalidad, tendrán un riesgo más elevado de desarrollar DPP.

Siguiendo en esta misma línea de estudio, la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo que estaría directamente relacionada con la presencia de síntomas depresivos en aquella mujer que no ha padecido embarazo de riesgo, llegando a suponer entonces, que en este periodo de gran vulnerabilidad que se da durante el embarazo y después del parto, la calidad de las relaciones familiares tendría una importante y directa repercusión en la vida afectiva de la madre (Dois et al., 2012).

En el estudio de Miranda (2017) utilizando la Escala de Depresión de Edimburgo y el APGAR, se halló una prevalencia de DPP de 27,4% del total y el 70% percibía a sus familias como disfuncionales. Con estos datos aportados se puede aceptar que la disfunción familiar tiene una relación significativa con la DPP, siendo la más frecuente la disfunción familiar del tipo leve.

También el estudio de Velasco (2019) sobre la disfunción familiar y la depresión postparto en puérperas, encuentran que el 63,4% presentan disfunción familiar, estos datos estarían indicando la significativa correlación entre DPP y disfuncionalidad familiar.

## 1.4 Apoyo Social

### 1.4.1 Definición de Apoyo Social

Podría considerarse como apoyo social todos los recursos que están disponibles y al alcance de la persona, y que contribuyen al bienestar general y a la adaptación del individuo a su entorno ante las circunstancias cambiantes y adversas que puedan sobrevenir en su vida. Como fuentes importantes de apoyo social está la familia, los amigos y el entorno más cercano de la persona. El contenido del apoyo social funciona a nivel cognitivo, conductual y afectivo. Es a través del apoyo social que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto (Suarez, 2011).

### 1.4.2 La influencia del apoyo social en la salud mental de la mujer en el postparto

Según Barrio et al. (2000) el embarazo y el periodo postparto en la mujer, conllevan una serie de cambios que se dan a nivel corporal, intrapsíquico e interpersonal. Para enfrentarse a ellos, la madre precisa del apoyo social de su pareja y del resto de su entorno familiar y social más cercano. No percibir el apoyo necesario, puede aumentar el riesgo de desarrollar algún trastorno afectivo.

Por su parte, Contreras-García et al. (2017) en su estudio de caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna, presentan los datos que confirman la asociación significativa para el apoyo social. Estos concluyen en la relevancia de considerar la variable del apoyo social como factor predictor de la DPP, llegando a la conclusión que el entorno social es un elemento central en la presencia de depresión postparto.

## 1.5 Relación entre la Depresión Postparto y la Autoestima, la Disfunción Familiar y el Apoyo Social: Estado de la cuestión

La interpretación de los datos obtenidos en el estudio de Aramburu et al. (2008), demuestran que, entre las mujeres evaluadas, el 50% presentó tristeza la primera semana después del parto, el 8,4% presentaba autoestima baja y el 23, 8% afirmaba no percibir apoyo social. Los autores concluyen su estudio afirmando que su análisis revela una fuerte asociación estadística de la DPP con la autoestima y el apoyo social y que los factores psiquiátricos y psicosociales son los factores más influyentes en la predicción de DPP.

La probabilidad de desarrollar DPP se relaciona con diferentes factores de riesgo, teniendo estos factores distintos niveles de asociación. Con una asociación más fuerte encontramos: historia previa de autoestima baja, alteraciones del estado de ánimo, estrés y sintomatología ansiosa durante el embarazo y después del parto, problemas maritales y apoyo social insuficiente (Dois Castellón, 2012).

Siguiendo la misma línea que los autores anteriores, Matos et al. (2020) por su parte encuentran que el 71,20% de las madres no presentaban disfunción familiar, el 85,90% mostraban en su evaluación puntuaciones que indicaban niveles de autoestima positivos, y además el 81,80% tampoco demostraba estar padeciendo depresión postparto. No obstante, el análisis bivariado de sus datos demostró una asociación estadísticamente significativa entre la disfunción familiar, autoestima y paridad con la DPP.

Además, estos autores en su trabajo de investigación explican como al principio del embarazo la autoestima puede incrementarse debido a la idea de entender la maternidad como un momento relevante del ciclo vital e importante. Sin embargo, pasado unos meses los cambios físicos, psicológicos y sociales que sufre la mujer la predisponen a cierta vulnerabilidad y es bajo estas condiciones donde su autoestima puede verse afectada de forma negativa.

## 2. Justificación

En los últimos años, se ha puesto más énfasis en investigar las manifestaciones psicológicas y psiquiátricas del periodo puerperal en la mujer (Herrera, 2018). La relación madre-bebé en los primeros años de vida del/de la niño/a es muy importante. Responder asertivamente a las necesidades del/de la bebé le proporcionará seguridad y protección, creando las bases para construir una relación emocionalmente positiva y saludable que se extrapolará al resto de relaciones que establezca en su vida.

Sufrir depresión después del parto podría llegar a tener consecuencias negativas en la madre y afectar el desarrollo emocional, social e, incluso, repercutir en el neurodesarrollo infantil de la criatura (González et al., 2017).

Con el fin de analizar aspectos relacionados con la depresión postparto (DPP), estudios como el de Guzmán et al. (2020) han encontrado una asociación entre la disfuncionalidad familiar, la autoestima y la DPP. Otros como Contreras-García et al. (2017) demostraron una asociación significativa entre el apoyo social percibido y la DPP. Todos estos hallazgos conducen a la conveniencia de seguir investigando en la misma línea, con el propósito de ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo y protección que puedan ayudar a establecer conclusiones útiles para la intervención perinatal en estos procesos de cara a tratar e intentar prevenir eficazmente la DPP. Ortiz et al. (2016) han reconocido que son muchas las condiciones que pueden estar relacionadas a este trastorno y su prevalencia en las diferentes poblaciones de estudio.

A partir del presente estudio se pretende profundizar en la investigación ya existente sobre el tema, estudiando más específicamente la asociación de la autoestima, la disfunción familiar y el apoyo social con este trastorno. Ampliar el conocimiento existente sobre este tema puede permitir trabajar más en la prevención e intervención temprana de este trastorno que en la terapia.

### 3. Objetivos

El **objetivo general** de este estudio fue evaluar y determinar si existe relación entre la depresión postparto y la autoestima, la disfunción familiar y el apoyo social en una muestra de mujeres que han tenido un/a bebé en el último año.

Los **objetivos específicos** fueron:

- 1- Describir la sintomatología depresiva postparto de la muestra, así como sus niveles de autoestima, el grado de disfunción familiar y el apoyo social percibido por ellas.
- 2- Analizar si la sintomatología depresiva postparto varía en función de la edad de las mujeres.
- 3- Analizar la relación entre sintomatología depresiva postparto y autoestima, disfunción familiar y apoyo social.

## 4. Hipótesis

En función de lo revisado en la evidencia científica previa, se pueden inferir las siguientes hipótesis en el presente estudio:

1. Los niveles de depresión posparto en la muestra, al tratarse una muestra de población general, se esperarían que fueran medio-bajos; los niveles de autoestima y apoyo social, medio-altos y los de disfunción familiar bajos.
2. La sintomatología de la depresión postparto estaría relacionada con la edad de la madre positiva y significativamente, en el sentido de mayor sintomatología cuanto más edad.
3. La autoestima, la disfuncionalidad familiar y el apoyo social estarían relacionadas con la depresión postparto en mujeres que han tenido un/a bebé en el último año de manera significativa. Concretamente, se espera encontrar más sintomatología depresiva posparto cuanto menos autoestima, cuanto menos apoyo social y cuanto más disfunción familiar.

## 5. Marco metodológico

Se aplicará una metodología cuantitativa. Se trata de un estudio transversal, descriptivo-analítico y de corte correlacional.

### 5.1. Participantes

Participaron en el estudio 38 mujeres con una edad media de 33.39 años (DT= 6.07 años, rango= 25-44 años), que habían tenido un/a bebé en el último año (es decir, entre febrero de 2021 y febrero de 2022) y que fueron reclutadas de población general española por contacto telefónico y redes sociales.

Para formar parte de la muestra se establecieron, por tanto, los siguientes criterios de inclusión/exclusión: haber sido madre en los últimos doce meses, tener entre 25 y 45 años, hablar castellano correctamente, ausencia de diagnóstico previo de depresión antes y después del parto, no encontrarse tomando medicación psiquiátrica o bajo cualquier tratamiento psiquiátrico en el momento del estudio y/o tener dificultades para la comprensión del castellano.

De la muestra (ver Tabla 2 para más detalles), la mayoría de las mujeres (78,9%) estaban casadas o mantenían una relación de pareja y trabajando (57,9%). Con respecto al nivel de estudios, un 21,1% tenían el bachillerato, un 34,2% una formación profesional y el 39,5% eran universitarias.

En cuanto al tipo de parto, la mayoría (60,5%) tuvo a su bebé por parto vaginal y un 34,3% por cesárea programada. El 89,3% con administración de epidural y no se detectaron casos con complicaciones obstétricas al momento del parto. Respecto a la fecha de parto, el 39,4% había tenido un/a bebé en los últimos tres meses, el 71,1% de las madres tuvieron a sus bebés en los últimos 6 meses y la mayoría de los/as bebés nacieron en la semana 39 (67,6%). Del total de bebés nacidos de la muestra, el 42,2% eran niñas y el 57,8% fueron niños.

**Tabla 2.** Datos descriptivos de la muestra (N=38).

<b>VARIABLE</b>	<b>VALORES</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>	Soltera	7,9%
	Casada	78,9%
	Separada	13,2%
<b>Nivel de estudios</b>	Secundario	5,3%
	Bachiller	21,1%
	Formación profesional	34,2%
	Universitario	39,5%
<b>Situación laboral</b>	Trabajando	57,9%
	Sin trabajo	42,1%
<b>Tipo de parto</b>	Vaginal	60,5%
	Cesárea programada	34,3%
	Cesárea de urgencia	5,2%
<b>Fecha de parto</b>	Últimos 3 meses	39,47%
	Últimos 6 meses	71,1%
	Últimos 9 meses	92,2%
	Últimos 12 meses	7,8%
<b>Semana de nacimiento</b>	Semana 40	21,9%
	Semana 39	67,6%
	Semana 38	10,5%
<b>Edad bebé</b>	1-3 meses	34,3%
	4-6 meses	26,4%
	7-9 meses	31,5%
	10-12 meses	7,9%
<b>Sexo</b>	Femenino	42,2%
	Masculino	57,8%

## 5.2. Instrumentos

Las variables del estudio son:

- Sintomatología depresiva postparto: Cuantitativa continua.
- Edad: Cuantitativa continua.
- Autoestima: Cuantitativa continua.
- Disfunción familiar: cuantitativa continua.
- Apoyo social Global: Cuantitativa continua.



En primer lugar, se aplicó un **Cuestionario de datos sociodemográficos y obstétricos** diseñado *ad hoc* (ver Anexo A), en el que se recogió información sociodemográfica relativa a las madres (edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral antes del parto), y datos obstétricos como el tipo de parto y antecedentes psiquiátricos, así como información relativa al/a la bebé (edad en semanas, sexo, etc.).

Además, se aplicarán los siguientes instrumentos de evaluación estandarizados:

**Escala de Edimburgo para la depresión posparto (EPDS;** de Cox et al., 1987; con su validación al español de García-Esteve et al. (2003) (ver Anexo B). Consta de 10 ítems, cada uno con respuestas posibles en una escala tipo Likert de 4 puntos, entre 0 y 3, donde 0 es lo más negativo de cada respuesta y 3 lo más positivo. La puntuación global se calcula sumando las respuestas a todos los ítems, teniendo en cuenta que los ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 son de corrección inversa. Las puntuaciones posibles oscilan de 0 a 30, interpretándose una mayor puntuación como mayor sintomatología depresiva postparto. En el presente estudio se usarán las puntuaciones directas de cara a los análisis, pero existe también un punto de corte que se sitúa en 11, significando las puntuaciones mayores a 11 una depresión clínicamente significativa. En cuanto a sus propiedades psicométricas, ha demostrado una sensibilidad del 84,21%, una especificidad del 79,47% y una fiabilidad de 0,70 (coeficiente alfa) (Maroto-Navarro et al., 2005).

**Escala de autoestima de Rosenberg (RSE;** Rosenberg, 1965; Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004) (ver Anexo C). Consta de 10 ítems que evalúan la valía personal y la satisfacción con uno/a mismo/a. Cada respuesta es posible en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde puntúa 0: muy en desacuerdo, 1: en desacuerdo, 2: de acuerdo o 3: muy de acuerdo y los ítems 6,7,8,9,10 son de corrección inversa. La puntuación global se calcula sumando las respuestas a todos los ítems, por tanto, oscilan las puntuaciones posibles entre 10 y 40, interpretándose una mayor puntuación como un mayor nivel de autoestima. En el presente estudio se usarán las puntuaciones directas, aunque existe un punto de corte. Una puntuación inferior a 15 indicaría baja autoestima, situándose la autoestima normal entre los 15 y 25 puntos, y por encima de 25 una autoestima muy alta. En cuanto a sus propiedades

psicométricas, ha demostrado una consistencia interna adecuada y una fiabilidad de 0,80 (Fernández et al., 2006).

**Cuestionario APGAR** (Smilkstein, 1978; Arias, 1994) (ver Anexo D). Se compone de 9 preguntas, cada una con posibilidades de respuesta en una escala tipo Likert de 5 puntos (0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3: Casi siempre, y 4: Siempre). La puntuación global de disfunción familiar se calcula sumando las respuestas a todos los ítems, oscilando las respuestas posibles el rango de 0 a 36, interpretándose una mayor puntuación como menor disfunción familiar. En el presente estudio se usarán las puntuaciones directas, aunque para interpretarlas se considerarán las siguientes categorías: De 17 a 20: disfunción normal, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9. En cuanto a sus propiedades psicométricas, ha demostrado una fiabilidad adecuada (coeficiente alfa de 0,84 e índices de correlación que oscilan entre 0,71 y 0,83) (Molina y Badillo, 2017).

**Escala de apoyo social (MOS;** Sherbourne y Stewart, 1991; Espinola y Enrique, 2007) (ver Anexo E). Consta de 20 ítems, puntuados en una escala tipo Likert de 5 puntos (1: nunca, 2: pocas veces, 3: algunas veces, 4: la mayoría de las veces y 5: siempre). La puntuación global se calcula sumando las respuestas a todos los ítems, por lo que el rango de puntuaciones posible oscila entre 20 y 100, significando una mayor puntuación un mayor apoyo social percibido. Las puntuaciones directas serán las usadas para los análisis y ayudarán a interpretarlas los puntos de corte: 19= mínimo apoyo social, 57= medio, 94= máximo. Por último, en cuanto a las propiedades psicométricas la prueba tiene un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de .919 para la totalidad de la escala (Espinola y Enrique, 2007).

A continuación, puede verse un resumen de las medidas del estudio y su interpretación (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Descripción de medidas e instrumentos del estudio.

Variable (Instrumento)	Rango de puntuaciones posibles	Interpretación de las puntuaciones
Depresión posparto (EPDS)	0-30	11>DPP= clínicamente significativa
Autoestima (RSES)	10-40	<15= Baja 15-25= Media >25= Alta
Disfuncionalidad familiar (APGAR)	0-36	<9= Severa 10-12= Moderada 13-16: Leve 17-20: Normal
Apoyo Social (MOS)	20-100	<32= Mínimo 32-94: Normal >94= Máximo

### 5.3. Procedimiento

En primer lugar, la Comisión Ética de UNIR emitió un informe favorable respecto a la puesta en marcha del estudio (ver Anexo F). El procedimiento siguió las directrices éticas de la Declaración de Helsinki (2013) y cumplió con el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018 y la confidencialidad de datos. Además, las mujeres participantes en el estudio aportaron su consentimiento a participar voluntariamente (ver Anexo G) y la estudiante investigadora su compromiso a mantener la confidencialidad (ver Anexo H).

Los datos fueron recabados de forma individual. Se realizó un cuestionario online utilizando la plataforma de Google Docs, que se difundió por redes sociales y contactos personales de la investigadora. Incluía el consentimiento y los instrumentos descritos, así como las preguntas de selección según los criterios de inclusión/exclusión. Tras la creación del cuestionario, se obtuvo un enlace web que se compartió para que quien quisiera participar. El link del cuestionario es el siguiente: <https://forms.gle/E9e5h3henp8f4bAh7>

Antes de comenzar a responder, las participantes tenían que leer las instrucciones y aceptar su participación voluntaria en él a través del siguiente ítem: “He leído la información sobre el estudio y acepto participar en el mismo, dando mi consentimiento para que mis datos sean usados con dichos fines de investigación”. Para poder tener en cuenta los criterios de

inclusión/exclusión, las participantes tenían que responder de manera negativa a los ítems concernientes a los mismos para poder continuar en la cumplimentación del estudio.

#### 5.4. Análisis de datos

Para poder realizar el análisis estadístico se ha utilizado técnicas de estadística descriptiva y analítica para lo cual se ha utilizado el programa estadístico IBM SPSS versión 28.0.

Inicialmente, se calcularon los descriptivos de las variables tanto de estudio como de descripción de la muestra. Concretamente, se calcularon la media, desviación típica y los rangos mínimos y máximos de las variables cuantitativas (edad de la madre, edad de bebé, sintomatología depresiva posparto, autoestima, apoyo social, disfunción familiar). En relación con las variables categóricas, se describieron los porcentajes de éstas (nivel educativo, situación laboral antes del parto, estado civil, sexo de bebé, tipo de parto, etc.).

En primer lugar, debido a que el tamaño de la muestra es menor a 50 participantes se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para saber si las variables de estudio tenían una distribución normal. Cuando se presentaba un nivel de significación menor a 0.05 se aplicaron pruebas no paramétricas; y en caso contrario, paramétricas.

Para contrastar las hipótesis planteadas relacionadas con los objetivos del estudio, se procedió a calcular correlaciones mediante la  $r$  de Pearson en caso de paramétricas o Rho de Spearman en caso de no paramétricas, para analizar las relaciones entre el nivel de sintomatología depresiva posparto con la edad, por un lado, y con autoestima, apoyo social, disfunción familiar, por otro. Se consideraron correlaciones débiles los valores de magnitud hasta 0,45, medias hasta 0,75 y altas a partir de 0,75 (Cohen, 1988). Un resultado con valor  $p$  igual o menor a 0.05 fue considerado significativo.

## 6. Resultados

### 6.1. Sintomatología depresiva posparto, niveles de autoestima, grado de disfunción familiar y apoyo social percibido en la muestra

En este apartado se describen los niveles de las variables de estudio en la muestra. Como puede observarse en la Tabla 4, las mujeres de la muestra, que habían parido en el último año, presentaron unos niveles de sintomatología depresiva, que, de media, podrían interpretarse, teniendo en cuenta el punto de corte, a un nivel clínico de depresión posparto (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Niveles de depresión posparto, autoestima disfunción familiar y apoyo social en la muestra (N= 38).

Variabales	Media	DT	Rango Observado (mínimo-máximo)
Depresión posparto	11.61	4.35	1-19
Autoestima	29.79	5.49	17-40
Disfunción familiar	24.90	7.16	4-36
Apoyo social	68.82	17.74	31-95

DT: desviación típica.

En cuanto a autoestima, las mujeres de media presentaron niveles altos.

Respecto a disfunción familiar, son mujeres que pertenecen a entornos familiares funcionales, dentro de la normalidad, en general.

Por último, en relación a apoyo social percibido, la mayoría de las madres reflejaron puntuaciones medias que las sitúan en el nivel apoyo social percibido normal.

## 6.2. ¿Varía la sintomatología depresiva posparto en función de la edad?

Al analizar la correlación entre sintomatología depresiva posparto y edad de las mujeres, se observó que una relación negativa, de magnitud moderada-baja y muy significativa entre dichas variables (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Coeficientes de correlación (valores p) de sintomatología depresiva posparto y edad (N=38).

	Sintomatología depresiva posparto <i>R<sub>s</sub></i> ( <i>p</i> )
Edad	-0,42 (0,008) **

Significación en valores: \**P*< 0.05, \*\**P*< 0.01, \*\*\**P*< 0.001 (dos colas).

Por tanto, cuanto mayor eran las mujeres, menor sintomatología depresiva posparto presentaron.

## 6.3. Relación de la depresión posparto con autoestima, disfunción familiar y apoyo social

Al contrastar la hipótesis de la posible relación entre las variables autoestima, disfunción familiar y apoyo social con la sintomatología depresiva postparto, los resultados de los análisis estadísticos arrojaron que no existía ninguna relación significativa entre sintomatología depresiva postparto, ni con autoestima, disfunción familiar o apoyo social (ver Tabla 6).

**Tabla 6.** Correlaciones de sintomatología depresiva posparto con autoestima, disfunción familiar y apoyo social (N= 38).

	Sintomatología depresiva posparto <i>r<sub>s</sub></i> ( <i>p</i> )
Autoestima	-0,17 (0,11) <sup>+</sup>
Disfunción familiar	0,08 (0,34)
Apoyo social	-0,04 (0,53)

Significación en valores: \**p*< 0.05, \*\**p*< 0.01, \*\*\**p*< 0.001 (dos colas), <sup>+</sup>*p*≤0.20.

Como puede observarse, el sentido de las correlaciones fue el esperado; es decir, negativo con autoestima y apoyo social, y positivo con disfunción social. No obstante, las magnitudes de la correlación fueron débiles y, en definitiva, no alcanzaron la significación estadística, con lo que no se puede decir que haya una relación entre estas variables con la sintomatología depresiva en el posparto.

No obstante, se encontró una tendencia a la significación entre autoestima y la sintomatología depresiva posparto, en el sentido de a mayor autoestima, menor sintomatología depresiva posparto.

## 7. Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar la depresión postparto de un grupo de 38 mujeres que habían sido madres en el último año y determinar la posible relación entre la depresión postparto y la autoestima, la disfunción familiar y el apoyo social, así como con la edad de las mujeres.

En primer lugar, nuestra muestra presentó un nivel clínico de depresión posparto dentro del primer año del parto, una autoestima alta, funcionalidad familiar y apoyo social percibido adecuado, lo cual es muy congruente con el hecho de pertenecer a población general. Por ejemplo, en su estudio Guadarrama et al. (2006) destaca el malestar intenso que padecen todas personas que sufren este trastorno afectivo y como se ve afectado su funcionamiento fisiológico, cognitivo, emocional y anímico. Su trabajo enfatiza la sintomatología propia de este trastorno, sin mencionar resultados sobre la posible relación que pueda tener la depresión con factores como la autoestima, el apoyo social y la disfunción familiar entre otros. Segundo, en cuanto a la *edad*, las mujeres más jóvenes resultaron más propensas a la depresión posparto, lo cual sería de suma importancia tenerlo en cuenta para la prevención. A pesar de confirmarse nuestras hipótesis previas, no es un hallazgo que concuerde con la evidencia previa al respecto. Por ejemplo, Besteiro et al. (2001) señalaron que, aunque es una variable bastante estudiada, no ofrece datos que demuestren su gran impacto como factor predictor. Jadresic et al. (1995), Evans et al. (2003) y Tobón-Borrero (2015) tampoco encontraron asociación entre edad y depresión postparto. Incluso, Lasheras et al. (2014), encontraron que las madres mayores de 39 años registraron mayores tasas de depresión postparto. Por tanto, es una cuestión lo suficientemente relevante como para seguir investigándola, de cara a poder dilucidar esta controversia.

Tercero, en cuanto a la relación entre *autoestima* y depresión postparto, no resultó significativa, aunque se encontró una clara tendencia a la significación, que de haber sido la muestra más grande probablemente hubiera alcanzado la significación estadística. Por tanto, se puede decir que se confirman las hipótesis al respecto. Estudios previos, como el de Dois (2012), encontraron resultados en consonancia con lo encontrado en el presente estudio. También Aramburu et al. (2008) encontraron una fuerte asociación y manifestaron la



importancia de la autoestima y el apoyo social como factores personales y sociales muy influyentes en la predicción de la depresión postparto. Matos et al. (2020), por su parte, advirtieron que la autoestima variaba durante el embarazo y después del parto, produciéndose al principio un incremento de la misma para luego pasado unos meses después del parto descender.

En cuarto lugar, respecto a *apoyo social* y depresión postparto, tampoco se encontró relación entre ellas, de nuevo en contra de lo esperado. Es posible que en la presente muestra no hubiera variabilidad suficiente, al no ser representativa de los distintos estratos de la sociedad, como para generar asociación. Autores como Aramburu et al. (2008), Barrios et al. (2000) y Contreras et al. (2017) han concluido acerca de la importancia del apoyo social percibido en relación al riesgo asociado de padecer sintomatología depresiva después de tener un/a bebé, con lo que los resultados del presente estudio no estarían en esta línea. De nuevo, no se pueden establecer conclusiones al respecto, sino instar a continuar investigando estas cuestiones para poder aclararlas en una u otra línea.

Por último, en cuanto a *disfunción familiar* y su relación con depresión postparto, tampoco se encontró relación significativa, por lo que los resultados de este estudio no concuerdan con Manzano et al. (2002), Miranda (2017), Velasco (2019) o Dois et al. (2012), quienes afirmaron que la calidad de las relaciones familiares tiene una repercusión directa en la madre. De nuevo, se explican nuestros resultados infiriendo que nuestra muestra no resultó representativa ni lo suficientemente variable en esta cuestión como para poder generar relación alguna, considerándose importante replicar el presente estudio con muestra mayores y más representativas.

El presente estudio presenta algunas limitaciones. La primera es el tamaño reducido de la muestra, como ya se ha comentado, y su falta de representatividad y, por tanto, la imposibilidad de extrapolarlos a la población de estudio. Eso también ha podido influir muy probablemente en que las diferentes variables de estudio no hayan sido variables realmente sino más bien haber obtenido niveles muy homogéneos y casi constantes como para generar diferencias en la relación con depresión posparto. Por último, el carácter transversal del estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables.

Se recomienda replicar el presente estudio en el futuro con muestra mayores y más representativas, así como realizar estudios longitudinales que permitan establecer relaciones

de causalidad. Se considera fundamental continuar con esta línea de investigación, ampliando el conocimiento sobre la depresión postparto y su relación con variables que puedan llegar a ser relevantes para contribuir a mejorar el diagnóstico, la detección y el tratamiento de este trastorno afectivo que se sitúa, además, en una época invisibilizada dentro de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres. Incluir en las intervenciones psicológicas perinatales la consideración a estas variables personales, familiares y sociales permitirá mejorar la atención a la salud mental materna.

La maternidad, además de ser un momento importante en la vida de la mujer, es una etapa de cambios fisiológicos, físicos, sociales y emocionales que pueden repercutir de forma negativa no sólo en la madre, afectando notablemente su bienestar psicológico, sino también en la vida de su bebé.

## Referencias bibliográficas

- Aramburú, P., Arellano, R., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P., y Sierra, O. (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Revista Peruana de epidemiología*, 12(3), 1-5.
- Arias, L. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica*, 25(1), 26-28.
- Barrio, E., Ladrón Moreno, E., Hernández Gómez, M J., Sierra Manzano, M., y Carro García T. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Revista de Medicina General*, 452-456.
- Besteiro, E., Aliaga, M., Pineda, M., Alegre, J., Berlanga, J., y Martín, P. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(1), 37-48.
- Cohen, J. (1988). Set correlation and contingency tables. *Applied psychological measurement*, 12(4), 425-434.
- Contreras-García, Y., Rodríguez, P., y Manríquez-Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1), 1-13.
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Delgado, M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(620), 511-514.
- Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., y Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista médica de Chile*, 140(6), 719-725.
- Dois, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 0-0.

- Espinola, S. R., y Enrique, H. C. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (7), 155-168.
- Evans, G., Vicuña, M., y Marín, R. (2003). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 491-494.
- Fernández, A. M., Celis Atenas, K., y Vera Villarroel, P. (2006). Propiedades psicométricas de la escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios chilenos. In XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- García, M., González, P., Rodríguez, D., Jiménez, M., y Zouain, J. (2016). Incidencia de Depresión Postparto en adolescentes y adultas. *Anales de Medicina PUCMM*, 6(1), 1-16.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective disorders*, 75(1), 71-76.
- Gil, C., y Mariñelarena, C. (2016). Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina naturista*, 10(1), 30-35.
- Guadarrama, L., Escobar, A., y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66-72.
- Herrera, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 3(01), 3-8.
- Herrero, J., Musitu, G., y Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de psicología social*, 10(2), 191-204.
- Huber, M., Jiménez, M., y Largo, A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa psicológica UST*, 12(1), 77-87.
- Jadresic, E. (2017). Depresión posparto en el contexto del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874-880.
- Jadresic, E., y Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev. Med Chile*, 123(6), 694-9.
- Jadresic, M. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028.

- Lasheras, G., Sender, B., y Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (109), 22-31.
- Latorre-Latorre, J., Contreras-Pezzotti, L., García-Rueda, S., y Arteaga-Medina, J. (2006). La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 57(3), 156-162.
- Manzano, J., García, T., y Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión postparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Atención Primaria*, 30(2), 103-111.
- Maroto Navarro, G., García Calvente, M. D. M., y Fernández Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.
- Matos Guzmán, L. E., y Palomino Chávez, G. A. (2020). Asociación entre disfuncionalidad familiar, paridad y tipo de autoestima con la depresión postparto en madres que acuden al servicio de CRED del Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco en el período del 2018.
- Mendoza, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894.
- Miranda, K. (2017). Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión postparto en puerperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega en enero 2017 [Tesis de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].  
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6032>
- Molina, A. B., y Badillo, M. C. C. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 221-231.
- Orozco, W. (2013). Depresión postparto. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(608), 639-647.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale. *Journal of Religion and Health*.
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science y medicine*, 32(6), 705-714.

- Sierra-García, P y Carrasco Ortiz M. (2019). Transición a la maternidad. *Psicología perinatal: vínculo materno-fetal y apego*. Editorial Síntesis.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J fam pract*, 6(6), 1231-9.
- Suarez, M. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista médica la paz*, 17(1), 60-67.
- Tobón-Borrero, L. (2015). Predictores de depresión posparto en puérperas atendidas en la ese municipal. Villavicencio. 2014. *Duazary*, 12(1), 23-31.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., y Contreras, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R., y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología 2004*; 22: 247-55.
- Velasco, L. (2019). Relación entre la disfunción familiar y la depresión postparto en puérperas del Hospital Belén de Trujillo, 2019 [Tesis de Grado, Universidad César Vallejo]. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40284/Velasco\\_PLI.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40284/Velasco_PLI.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Anexo A. Cuestionario de datos sociodemográficos

<b>Completa los siguientes ítems</b>
Edad: _____
<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltera/sin pareja <input type="checkbox"/> Con pareja/casada <input type="checkbox"/> Separada/divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Nivel de estudios (terminados)</b> <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Formación profesional <input type="checkbox"/> Universitarios
<b>Situación laboral</b> <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Tipo de parto</b> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea programada <input type="checkbox"/> Cesárea urgencia <input type="checkbox"/> Instrumental <input type="checkbox"/> No instrumental <input type="checkbox"/> Uso oxitocina sintética <input type="checkbox"/> No uso oxitocina sintética <input type="checkbox"/> Administración epidural <input type="checkbox"/> No administración epidural
Fecha de parto: _____
Semana de nacimiento: _____
Edad bebé (meses): _____
Sexo: _____

## Anexo B. Escala de depresión postparto de Edimburgo

<b>ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS)</b>
<i>Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha estado sintiendo en estos últimos 7 días.</i>
<b>(1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</b> Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos ahora No, nada
<b>(2) He disfrutado mirar hacia delante:</b> Tanto como siempre Menos que antes Cuchos menos que antes Casi nada
<b>(3) Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</b> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces No con mucha frecuencia No, nunca
<b>(4) He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</b> No, nunca Casi nunca Sí, a veces Sí, con mucha frecuencia
<b>(5) He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</b> Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nunca
<b>(6) Las cosas me han estado abrumando:</b> Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
<b>(7) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir</b> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces No con mucha frecuencia No, nunca
<b>(8) Me he sentido triste o desgraciada</b> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, bastante a menudo No con mucha frecuencia No, nunca
<b>(9) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando</b> Sí, la mayor parte del tiempo Sí, bastante a menudo Solo ocasionalmente No, nunca
<b>(10) Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño</b> Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca Nunca



## Anexo C. Escala de Autoestima de Rosenberg

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Esta prueba tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. *Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.*

<p><b>1- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>	<p><b>6- Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>
<p><b>2- Estoy convencida de que tengo buenas cualidades</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>	<p><b>7- En general me inclino a pensar que soy una fracasada</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>
<p><b>3- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>	<p><b>8- Me gustaría sentir más respeto por mí misma</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>
<p><b>4- Tengo una actitud positiva hacia mí misma</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>	<p><b>9- Hay veces que realmente pienso que soy inútil</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>
<p><b>5- En general estoy satisfecha de mí misma</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>	<p><b>10- A veces creo que no soy buena persona</b></p> <p><i>Muy de acuerdo</i> <i>De acuerdo</i> <i>En desacuerdo</i> <i>Muy en desacuerdo</i></p>

## Anexo D. Cuestionario APGAR

<b>CUESTIONARIO APGAR</b>					
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.					
<b>Preguntas</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad</i>					
<i>Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas</i>					
<i>Me como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades</i>					
<i>Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor</i>					
<i>Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos</i>					
<i>Me satisface como compartimos en mi familia los espacios de la casa</i>					
<i>Me satisface cómo compartimos el dinero en mi familia</i>					
<i>¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?</i>					
<i>Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos (as)</i>					

## Anexo E. Cuestionario de Apoyo Social

### Cuestionario de Apoyo Social

1- Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? Escriba el número de amigos íntimos o familiares cercanos.

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

¿Cuenta con alguien?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2- Que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3- Con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4- Que le aconseje cuando tenga problemas					
5- Que le lleve al médico cuando lo necesite					
6- Que le muestre amor y afecto					
7- Con quien pasar un buen rato					
8- Que le informe y ayude a entender la situación					
9- En quien confiar o hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10- Que le abrace					
11- Con quien pueda relajarse					
12- Que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13- Cuyo consejo realmente desee					
14- Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15- Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17- Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18- Con quien divertirse					
19- Que comprenda sus problemas					
20- A quien amar y hacerle sentir querido					

## Anexo F. Informe de valoración del TFM

### INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM **La depresión posparto y su relación con la autoestima, la disfunción familiar y el apoyo social** presentado por D/Dña **Roxana Carolina Aumenta** en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 9 de marzo de 2022.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE**.

Firmado. Comisión TFM.  
Facultad Ciencias de la Salud.



Madrid, a 9 de marzo de 2022.

## Anexo G. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PARTICIPANTE ADULTA

**Título del Programa:** Máster en Psicología General Sanitaria

**Título del Estudio:** La depresión posparto y su relación con la autoestima, la disfunción familiar y el apoyo social.

**Estudiante TFM:** Roxana Carolina Aumenta

**Lugar de realización:** ON-LINE

#### Introducción:

*Antes de dar consentimiento para participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. Describe el objetivo, procedimientos, beneficios y riesgos del estudio, las alternativas disponibles, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Si no quiero participar, esto no afectará a mi tratamiento.*

El estado de ánimo de las madres después del parto es muy importante porque tiene muchas repercusiones en su salud y en la de su bebé y su familia. Profundizar en las condiciones psicológicas que podrían estar asociadas con dicho estado de ánimo sería crucial para poder diseñar estrategias más eficaces de detección precoz y prevención con el fin de ayudarles de una manera más eficaz a las que lo necesiten.

#### Propósito del estudio:

Describir la relación de estas características psicológicas con la sintomatología depresiva después del parto.

#### Procedimientos/explicación del estudio:

Con este objetivo, solicitamos la colaboración de mujeres de entre 25 y 45 años, que hayan tenido un/a bebé en los últimos 12 meses. Tendrán que cumplimentar un cuestionario online que no les llevará más de 20 minutos.

#### Riesgos/beneficios:

Las participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a personas con estos trastornos. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio (Ejemplo: salvo la molestia ocasionada por el cansancio derivado de la administración de las entrevistas clínicas y la evaluación psicológica).

#### Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales. Algunos de estos datos son de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, su fecha de parto, etc.) y otros están relacionados con las características que se van a estudiar (autoestima, apoyo social, disfunción familiar). La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad.

Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

**Coste/compensación:**

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

**Alternativas a la participación:**

Su participación es completamente voluntaria.

**Participación voluntaria / Derecho a retirarse del estudio**

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

Nombre de la estudiante:  
Roxana Carolina Aumenta

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

He leído y comprendido este consentimiento informado.  
La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

\_\_\_\_\_  
Firma de la estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Anexo H. Compromiso de confidencialidad

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS QUE RECOGEN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL PARA EL DESARROLLO Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE FIN DE MÁSTER E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El abajo firmante, D./Dña. Roxana Carolina Aumenta, con DNI ..... y estudiante matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A. (en adelante, "UNIR") en relación con los datos de carácter personal que va a recoger para el desarrollo y defensa de su Trabajo de Fin de Máster, se somete y compromete, en relación con el centro donde realizará la recogida de datos (en adelante, el "centro")..... y con UNIR, a las siguientes previsiones:

1. No revelar, a persona alguna ajena al Centro, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los pacientes del Centro con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster anteriormente citado. En ningún caso, se permitirá la utilización del nombre y apellidos de los pacientes y/o participantes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. No utilizar la información a la que tenga acceso durante la recogida de datos en el Centro, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad que no sea utilizar la misma en el Trabajo de Fin de Máster que el estudiante realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en UNIR, así como la exposición de tal Trabajo.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de su Trabajo Fin de Máster.
4. Cumplir, en el desarrollo de la recogida de datos en el Centro, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con UNIR, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679, aprobado por el Parlamento Europeo y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizarla recogida de datos realizada en el Centro y terminada la relación con UNIR.
6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por el Centro.

El abajo firmante se hace responsable frente al Centro y frente a UNIR, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al Centro y a UNIR de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que se vean obligados a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS: Roxana Carolina Aumenta

DNI:

FIRMA: