

DISFUNCIONALIDAD Y VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN PUERPERAL, HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, PERÚ 2014.

FAMILY VIOLENCE IN PREGNANCY WITH THE PRESENCE OF OBSTETRIC EMERGENCIES. REGIONAL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON OF CHIMBOTE. MARCH - MAY 2014.

Giuvelly Analy Vásquez Plasencia

Ex alumna de la escuela profesional de Medicina, Universidad César Vallejo.

Recibido: 10 junio 2015 - Aceptado: 10 julio 2015

RESUMEN

Se evaluó si la disfuncionalidad familiar (DF) y la violencia familiar (VF) son factores de riesgo para depresión puerperal (DP) en el Hospital Regional de Cajamarca, 2014, mediante diseño de casos y controles, en 144 puérperas (48 casos y 96 controles). La frecuencia de VF con DP, fue 47.8% y sin DP fue 18.8%, OR=3.7, IC 95% de 1.7 a 7.9 ($p=0.01$). La frecuencia de DF y DP, fue 72.9%, y sin depresión, fue 25.0%, OR=8.1, IC 95% de 3.7 a 17.7 ($p=0.000$). La frecuencia de la DF y VF con depresión fue 39.5% y sin depresión fue 10.4%, OR=5.6, IC 95% de 2.3 a 13.5 ($p=0.00$). La VF y la DF y su combinación se relacionan y se comportan como factores de riesgo de DPP.

Palabras clave: Violencia Familiar, Disfuncionalidad Familiar y Depresión Puerperal.

ABSTRACT

In order to identify whether physical, sexual and psychological and emotional domestic violence can cause an obstetric emergency during pregnancy. Quantitative observational research study, no experimental design, cross-sectional correlational research was conducted. With a sample population of 182 pregnant women who attended her pregnancy in antenatal care at Regional Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote. During the period March 2014 May Those pregnant women were selected using simple random interview applied to data collection results were entered into a database created in Excel computer then the software SPSS version 17 for Windows. Results were processed to evaluate the correlation of the variables through the chi square significance level $p < 0.05$. The results showed that during pregnancy the frequency of physical violence occurs sometimes several times in 17.6% and 1.6%, psychological and emotional violence occurs sometimes several times in 53.3% and 23.6%, and the sexual violence occurs only sometimes by 15.4%, respectively; also that the frequency of obstetric emergencies during the first, second and third trimester of pregnancy was 31.9%, 18.7% and 4.9%, respectively; finally concluded that there is no relationship between physical and sexual violence with any of obstetric emergencies in the first quarter ($p > 0.05$); there is only relation between psychological violence and obstetric emergencies such as abortion and threatened abortion ($p < 0.01$), but pregnant women who suffered psychological and emotional violence in the second trimester had emergency in which there is only relation between psychological violence and obstetric emergencies such as abortion ($p < 0.01$) and threatened abortion ($p < 0.01$). The type of violence that occurred in Pregnancy regarding his relationship with the type of obstetric emergency in Quarter III, it was concluded that the Physical Violence present highly significant dependence abruption ($p < 0.01$), compared to women who received psychological violence, in the III quarter only exists Threat delivery ($p < 0.05$)

Key words: Family violence, pregnancy, obstetric emergencies.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión puerperal (DP) puede ocasionar abandono de controles prenatales, deterioro del autocuidado, mala adherencia a indicaciones médicas, abuso del consumo de tabaco, alcohol y drogas, intento de suicidio. En EUU, se reporta DP, entre 20 y 57%, y ocurre 4 a 6 semanas post parto, en 37%¹. En Portugal, es 9.3% y 25.9% para adultas y adolescentes respectivamente², y en Tailandia, es 23% y 12.9%³. En Brasil, Chile y Venezuela oscila entre 10% y 15%⁴; en Latinoamérica es 3 a 20 casos/100 nacidos⁵. DP suele ocurrir, luego de su regreso al hogar⁶, y persistir hasta un año, en 4%⁷. DF en adolescentes en España, fue 24%⁸; en Perú, la DP se reportan por categorías de funcionamiento familia: 8%, grave, alteración de función familiar; 16.4% moderada; 42.9% leve y 32.5% en función familiar buena⁹. Borda et al¹⁰ reportaron la prevalencia de factores de riesgo de DP como 19.2% y la edad promedio 24.78 años. Los factores de riesgo de DF fueron trabajo dentro de hogar (OR=2.78) y fuera del hogar (OR=2.92). Otros Factores: antecedente de aborto, disfunción familiar y actividad fuera del hogar. Paolini et al¹¹ evaluaron factores psicosociales de DP asociados a depresión, encontrando: No depresión, 24.4%; depresión riesgo medio, 48.9% y depresión riesgo alto, 26.7%; con diferencias significativas entre grupos, respecto a VF y síntomas depresivos en el embarazo. Zambrano et al¹², al investigar la relación: funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en gestantes adolescentes, el 54% provenían de familia disfuncional. Dois et al¹³ al analizar factores asociados a SD en puérperas con bajo riesgo, hallaron correlación entre puntaje de Escala de Depresión y puntaje del APGAR familiar ($r = -0.38$ y $p < 0.01$). Urdaneta et al¹⁴ reportan alta prevalencia de depresión en gestantes (91%), asociada a factores que pudieran controlarse con diagnóstico oportuno (OR: 2.68; $p < 0.03$). Trejo-Lucero et al¹⁵ hallaron que el 64.6% de gestantes tenían depresión leve y el 18.1% de ellas, antecedente de agresión por su pareja. La violencia psicológica fue 11%. Violencia física y psicológica mostró correlato con depresión en gestantes ($p=0.03$). Póo et al¹⁶ evaluaron factores asociados a DP en

puérperas, encontrando vínculo entre DP y VF ($p=0,02$). El 35% de las pacientes con DP señaló antecedentes de VF, frente a 5% del grupo sin DP. Respecto a relación con la pareja, durante el embarazo, las integrantes del grupo DP con violencia declaró: 25% fue muy mala, 5% mala, 20% regular, 30% buena y 20% muy buena, y en el grupo sin violencia: 5% fue muy mala, 10% regular, 55% buena y 30% muy buena. Respecto a la relación con la pareja, durante el puerperio, las integrantes del grupo con DP, declaró: 5% fue muy mala, 25% regular, 45% buena y 25% muy buena, y del grupo sin DP, declaró: 10% regular, 35% buena y 55% muy buena. Quintero et al¹⁷ determinó prevalencia de ansiedad y funcionalidad familiar en mujeres, con el APGAR Familiar. El 59% presentaron algún grado de disfunción, el 26% leve, el 21% moderada, el 12% severa y el 78% tenían un soporte social adecuado. Vargas-Zambrana et al¹⁸ estudiaron las características de la funcionalidad y redes de apoyo social, en puérperas con DP, utilizando T. Edimburgo, Apgar familiar y estudio de la red social. Puérperas con DP, fueron 14%. Grupo Sin Depresión: Red social buena, 57%; escasa, 29%; Grupo Con Depresión: Red social buena, 14%. Disfuncionalidad familiar: leve, 50%; moderada, 29% y buena, 21%, encontrándose relación entre funcionalidad familiar y DP. Lam et al¹⁹ estudiaron la prevalencia de depresión: 34.1% y los Factores asociados a depresión mayor: no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; $p < 0.01$), y antecedente de violencia (OR: 3.96; IC95%: 2.68-5.85; $p < 0.01$). Escobar et al²⁰ reportaron una tasa de DP de 17%, y que el 51% puérperas fue víctima de violencia. Hallaron diferencias estadísticas entre DP y violencia por género ($p=0,001$), así como, entre DP y violencia durante gestación, (OR 5,5 IC95%: 3,5 - 16,7). Arenas et al²¹ establecieron la relación entre funcionalidad familiar y DP en adolescentes. El 38.9% presentó DP, mientras que el 21% presentó DF (OR: 3.45; IC95%; $p < 0.02$). Aramburú et al²² encontraron que la prevalencia de DP con T. Edimburgo, fue 33%, y con DSM IV, fue 24.1%. El 60.9% presentaron factores estresantes, 8.4% baja

autoestima, 23.8% no percibían apoyo social y 50% tuvieron tristeza posparto. (OR: 1.86; IC92%: $p < 0.03$). La incidencia de DP fue 38,3%, (Hospital Cayetano Heredia); 50% (Instituto Materno Perinatal de Lima), 17.8%, (Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins)²². En Perú, el 37.2% de mujeres, manifiestan ser víctimas de violencia física y /o sexual por la pareja o compañeros²³. La DP es un episodio poco claro, que ocurre en las 4 semanas del post parto²³. El estrés y la depresión disminuyen la función hipocampal, situación revertida con antidepresivos²⁴. Los pacientes con depresión presentan reactividad elevada de la amígdala ante emociones, disminución de la actividad prefrontal ante tareas de control, menor actividad de la corteza frontal posterior (regulación emocional inhibitoria)²⁵. Además, susceptibilidad genética, alteraciones neuroendocrinas y eventos vitales estresantes mayores²⁶, disminución en la actividad de la corteza frontal (regulación emocional)²⁷. Las mujeres con DP, presentan niveles bajos de prolactina, cortisol, interferón²⁸. La Escala de DP de Edimburgo, es una encuesta, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en púerperas recientes²⁹. La violencia familiar, es todo uso de fuerza física, acoso o intimidación, que se produce, a un miembro de la familia contra algún otro³⁰, e incluye algunos componentes de la violencia contra mujeres, hombres, niños, o padres³¹. La violencia contra la mujer, viola los derechos humanos y limita a la mujer el ejercicio de derechos y libertades³². Esta violencia de género se expresa de variadas formas³³. El Maltrato físico es la agresión intencional en alguna parte del cuerpo, con algún objeto para inmovilizar o causar daño a la integridad física, encaminado hacia su sometimiento. El Maltrato emocional son actos u omisiones repetitivas, expresadas como prohibiciones, coacciones, condicionamientos, actitudes devaluatorias y abandono, provocando en quien las recibe, deterioro, o afectación a su estructura de personalidad. Incluye, agresiones verbales, que buscan controlar y someter a la víctima a la voluntad del otro³⁴. La violencia psicológica se da en un contexto de violencia física, donde las amenazas, adquieren un valor de daño

potenciado, pues generan miedos por el abuso físico y su repetición. La violencia emocional, se puede dar sin abuso físico³⁵, o en combinación³⁶. La Teoría psicológica, atribuye la violencia a "traumas" y problemas de salud mental³⁷. La Teoría del aprendizaje, a experiencias vividas en la familia y en la sociedad. Las Teorías de género, al desequilibrio de poder entre hombre y mujer como pareja. La Teoría sociológica, al nivel educativo, estrato socioeconómico, estatus ocupacional. La Teorías antropológicas, a la "tolerancia" cultural de la pareja³⁸. Los factores de riesgo de violencia familiar y género se explican según modelos. El Individual, destaca las psicopatologías y comportamientos individuales en una relación de violencia, y lo asocia al consumo de drogas, desempleo, incompatibilidad, frustración, deficiente autocontrol³⁹. Los Familiares, sostienen que hay que analizar los conflictos en la familia, mejorando la comunicación y evitando la violencia⁴⁰. Los socioculturales, que analizan la estructura social y el régimen dominante. Las causas de la violencia deberán buscarse en las pautas de socialización, en los contenidos de la educación, en los mensajes transmitidos, en la conformación de las instituciones⁴⁰. Este modelo, ha demostrado que la violencia contra la mujer es un fenómeno estructural, funcional dentro del sistema⁴⁰. La violencia contra la gestante en países en desarrollo, tiene impacto negativo en la salud, pues las complicaciones durante el parto y posparto inmediato, son tres veces más frecuentes que en las mujeres no maltratadas⁴¹. La Familia funcional indica que sus miembros utilizan sus rasgos de consanguinidad para solucionar sus conflictos, mediante comunicación clara y empática. Ella, mantiene relaciones satisfactorias con sus miembros, reconociéndose intereses y necesidades individuales con cierto grado de privacidad, sin competencias⁴¹. La familia disfuncional, tiene límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, rígidas pautas de interacción y sin delimitación de funciones entre ellos, estando afectadas la identidad personal y autonomía de ellos. La falta de comunicación clara y

afectuosa no permite compartir problemas y/o adaptarse a cambios⁴²; mientras que el crecimiento, mide la maduración física, emocional y social, a través del apoyo mutuo.; el afecto, mide las relaciones de cuidado y cariño entre el grupo familiar y, la resolución mide el trabajo de compartir el tiempo y recursos, para apoyarse⁴².

La disfunción familiar, evalúa mediante el APGAR Familiar, la utilización de los recursos para resolver problemas, cuando el equilibrio familiar ha sido alterado por alguna crisis, al evaluar la cooperación de sus miembros en la toma de decisiones⁴³. El instrumento empleado permite al entrevistado opinar sobre el funcionamiento de su familia, y manifestar su grado de satisfacción.⁴³ Cuando a la madre le falta el apoyo de su pareja o de su clan, la funcionalidad se encuentra alterada, se afecta la dimensión psicofísica,

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó un estudio observacional retrospectivo con diseño de caso y controles, en una población de 3250 púerperas atendidas en Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2014. Se utilizó como unidad de muestreo la historia clínica de cada púerpera atendida. La muestra estuvo formada por 48 casos y 96 controles, en una relación 1:2. Los criterios de inclusión fueron: Púerpera con neonato vivo y sano al momento de la encuesta, y como criterios de exclusión: Púerpera en tratamiento para la depresión, con pérdida de familiar directo o cercano en las últimas 6 meses antes de la

encuesta; que no firme el consentimiento informado. Se aplicó una ficha de recolección de datos que solicitaba datos de la púerpera; escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo; verificación de existencia de Violencia Familiar, identificación de persona agresora tipo de agresión; Apgar familiar. La escala de Depresión de Post-Parto fue validada por Castañón et al⁴⁸ y Apgar familiar fue validado por Alegre et al⁴³. Como métodos de análisis de datos se utilizó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de 5% y OR con IC 95%.

encuesta; que no firme el consentimiento informado. Se aplicó una ficha de recolección de datos que solicitaba datos de la púerpera; escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo; verificación de existencia de Violencia Familiar, identificación de persona agresora tipo de agresión; Apgar familiar. La escala de Depresión de Post-Parto fue validada por Castañón et al⁴⁸ y Apgar familiar fue validado por Alegre et al⁴³. Como métodos de análisis de datos se utilizó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de 5% y OR con IC 95%.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Relación funcionalidad familiar con depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, 2014.

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	DEPRESIÓN POSTPARTO				CHI CUADRADO	ODDS RATIO
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%		
SI	35	72.9%	24	25.0%	X ² =30.3	OR=8.1
NO	13	27.1%	72	75.0%	p=0.000	IC95% 3.7 - 17.7
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%		

Fuente: Ficha de recolección de datos Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 1. Relación Violencia Familiar con Depresión Puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, 2014.

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	DEPRESIÓN POSTPARTO				CHI CUADRADO	ODDS RATIO
	SI		NO			
	N°	%	N°	%		
SI	35	72.9%	24	25.0%	X ² =30.3	OR=8.1
NO	13	27.1%	72	75.0%	p=0.000	IC95% 3.7 - 17.7
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%		

Fuente: Ficha de recolección de datos Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 2. Relación Violencia Familiar con Depresión Puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, 2014.

VIOLENCIA FAMILIAR	DEPRESIÓN POSTPARTO				CHI CUADRADO	ODDS RATIO
	SI		NO			
	N°	%	N°	%		
SI	23	47.8%	19	18.8%	X ² =12.25	OR=3.7
NO	25	52.1%	77	80.2%	p=0.01	IC95% 1.7 - 7.9
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%		

Fuente: Ficha de recolección de datos Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 3. Funcionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo para depresión Puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, 2014.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y VIOLENCIA FAMILIAR	DEPRESIÓN POSTPARTO				CHI CUADRADO	ODDS RATIO
	SI		NO			
	N°	%	N°	%		
SI	19	39.5%	10	10.4%	X ² =16.9	OR=5.6
NO	29	60.4%	86	89.6%	p=0.000	IC95% 2.3 - 13.5
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%		

Fuente: Ficha de recolección de datos Hospital Regional de Cajamarca.

IV. DISCUSIÓN

En la Tabla 1, se evalúa la relación DF y DP, hallándose que la frecuencia de DF en las puérperas con DP fue de 72.9%, mientras que la frecuencia de DF en las puérperas sin DP fue 25.0%, con diferencias significativas (p=0.000), OR=8.1, IC 95% de 3.7 a 17.7; resultado que indica que la mujer con DF tiene 8 veces más riesgo de DP que las que no tienen DF. Al respecto, Borda et al¹⁰ hallaron que la DF se asoció con DP con un OR=2,78, IC 95% 1,08-7,1; Arenas²¹ también reportó que DF se relaciona con DP con un OR=3.45; IC97%: 2.68-5.86; p<0.02. Por lo que, ser

parte de una familia disfuncional, donde existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, con límites familiares imprecisos, con comunicación poco clara y falta de afecto, influye en la capacidad de adaptación a los cambios puerperales y por tanto incrementa la posibilidad de Dp⁴².

En Tabla 2, se analiza la asociación entre la VF y DP, hallándose que la frecuencia de VF en las puérperas con DPP fue 47.8%, mientras que la frecuencia de VF en las puérperas sin DP fue 18.8%, con diferencias significativas (p=0.01), OR=3.7, IC 95% de 1.7 a 7.9,

resultado que indica que las mujeres con VF tienen cerca de 4 veces más riesgo de presentar DP que las que no estuvieron expuestas. Al respecto, Trejo-Lucero et al¹⁵ hallaron que VF se asoció DP con diferencias significativas ($p=0.03$), información corroborada por Póo et al¹⁶ quien confirmó la relación entre el antecedente de VF y DP al encontrar diferencias significativas ($p=0,02$), describiendo que el 35% de mujeres con DP tuvieron antecedentes de VF, frente a 5% de mujeres sin DP que sufrieron algún tipo de violencia. La violencia contra la gestante de condición económica de baja y extrema pobreza, en países en México, Chile, Colombia y Perú, tiene mayor impacto en la salud, debido a las precarias condiciones en la cual viven (desnutrición, anemia, insolvencia económica y violencia). La mujer agredida desarrolla estrés asociado con depresión, angustia y aislamiento. El riesgo de violencia doméstica aumenta con el embarazo, pues es común que el futuro padre pase también por una etapa de ansiedad y tensión, agobiado por la responsabilidad futura, o se encuentre resentido con su pareja a la cual le presta

menos atención, poniendo en peligro al producto⁴¹. En la Tabla 3 se evalúa la relación conjunta de DF y VF, con el DP, hallándose que la frecuencia de DF y VF en puérperas con DP fue 39.5%, mientras que la frecuencia de DF y VF en las puérperas sin DP fue 10.4%, con $p=0.000$, $OR=5.6$, $IC\ 95\% 2.3$ a 13.5 , resultado que indica que existe cerca de 6 veces más riesgo de tener DP en mujeres que de manera conjunta presentan DF y VF, que en aquellas mujeres que no tienen dichos factores. No se ha podido hallar estudios que combinen ambas variables; pero, el ser parte de familia disfuncional y sufrir violencia familiar, influyen de manera similar en la presencia de DP sin efecto sumativo, por cuanto el OR encontrado en las dos variables en conjunto, no es estadísticamente superior, debido a que los valores obtenidos en el intervalo de confianza del OR se hallan dentro de los intervalos de confianza de los odds ratio de cada variable de manera individual. La DF puede generar problemas en la familia, y del mismo modo, la VF agrava las relaciones entre sus integrantes, al punto que, ambas variables podrían relacionarse entre sí.

V. CONCLUSIONES

1. La VF fue más frecuente en mujeres con DP (47.8%), que en mujeres sin DPP (18.8%).
2. La DF fue más frecuente en mujeres con DP (72.9%), que en mujeres sin DP (25%).
3. La VF fue más frecuente en mujeres con DP (47.8%) y la DF fue más frecuente en las mujeres con DP (72.9%).
4. Existe relación entre la DF y VF, en conjunto como factores de riesgo de DP.
5. El tener DF y sufrir VF, fueron más frecuentes en las mujeres con DP (39.5%), que en las mujeres sin DP (10.4%).

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas JE, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009 pp 61-63.
2. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10 (3):pp103-106
3. Piyasil V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. *J Med Assoc Thai* 1998; 81 (2):125-9.
4. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007 67(3):187-91.
5. Toranzo G. Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas. *Rev Cultura. Universidad de San Martín de Porres Lima (Perú)* 2009 (Citado 11 de Abril del 2013); 23: 102-120
6. Cepeda-Silva A, Morales-Carmona F, Henales-Almaraz M, Depresión postparto durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo Sara Méndez-Cabello II. *Rev Perinatol Reprod Hum* 2011 (Citado 11 de Enero del 2013); 25 (2): 81-87.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Perú: encuesta demográfica y de salud familiar 2012. Endes. Lima: INEI; 2010.
8. Pérez A, Martínez L, Mesa I, Pérez R, Leal R, Jiménez I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007). España. Atención Primaria 2009 pp 44-45
9. Ccoicca T. Bullying y funcionalidad familiar

- en una Institución Educativa del distrito de Comas (Tesis para optar el título profesional de licenciado en psicología) Universidad nacional Federico Villarreal. Perú, 2010. 45 (Citado en línea 10 de Abril del 2013) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/bullying-funcionalidad-familiar/bullying-funcionalidad-familiar.pdf>
10. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, Staaden M. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño de Jesús en Barranquilla (Colombia), *Revista Científica Salud Uninorte 2013* (Citado 10 de Enero del 2013 ;pp 23-28.
 11. Paolini C, Oiberman A, Balzano S. Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos. *Rev. Bras Saúde Matern Infant*, Recife jan. / mar., 2012 (Citado 10 de Enero del 2013), 12 (1): 65-73.
 12. Zambrano G, Vera S, Flórez L. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. (Citado Diciembre 2012); 9(2): 9-17. Disponible en: http://scholar.google.com.pe/scholar?start=30&q=funcionalidad+familiar+en+adolescentes+embarzadas&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2007&as_yhi=2013&as_vis=1
 13. Dois A, Uribe C, Villarreal L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev. méd. Chile 2012 Jun* (Citado en línea 12 de Abril del 2013); 140(6): 719-725.
 14. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras B. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo *Rev Chil Obstet Ginecol 2011*, 77(2): 102-112
 15. Trejo-Lucero H, Torres-Pérez J, Medina Jiménez M, Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un Hospital Perinatal. *Rev Mex Pediatría 2009* (Citada el 12 de Enero del 2013): 76(1):pp1-12.
 16. Póo A, Espejo C, Godoy C, Gualda C, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile, *Rev Méd Chile 2008*; pp136: 44-52
 17. Quintero M. Ansiedad y Funcionalidad Familiar en Adolescentes de una Preparatoria Privada en Cd. Obregón, Sonora Instituto Mexicano del Seguro Social. Premio como mejor estudio 2007 pp 45-46 (Citado en línea 22 de Agosto 2009) . Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgeconora/Investigacion/reunionInvestigacion/trabajos.php>
 18. Vargas-Zambrana R Funcionalidad familiar y redes de apoyo social en la depresión postparto en el Hospital Obrero Nro. 2 CNS CBBA 2005 (Citado en línea 6 de abril del 2013) . Disponible en: http://www.socomefa.com/revista/vol2/2_1/2_1_21_26.pdf
 19. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Torrejón E, Coaquira E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev Perú epidemiol Diciembre 2010*;14(3):192-200
 20. Escobar J. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé. (Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos) 2008. pp 6 – 54.
 21. Arenas S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. (Tesis de grado, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos) Lima Perú, 2009. 2005 (Citado en línea 6 de mayo del 2013). Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2009/arenas_as/pdf/arenas_as.pdf
 22. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra, O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Per Epidemiol 2008*; 12(3): pp 1 – 5.
 23. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington OPS. 2009 pp 67-68.
 24. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza, JC, Moro MA, Velázquez. Farmacología Básica y Clínica. 18va ed. España. Edit Médica Panamericana. S.A.; 2009 pp 101.
 25. Gómez C, Hernández G. Rojas A, Santacruz H, Uribe M. Psiquiatría Clínica. 3ra edición. Colombia. Editorial Médica Panamericana S.A, 2008. pp 88- 89.
 26. Rosenfield A. New Research on Postpartum Depression. New York- USA. Nova Science Publishers, Inc; 2007 pp 213-214.
 27. Toro R, Yepes L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. 4ta edición. Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. 2004 pp 113-114.

28. Ortiz de Zarate A, Ubis A, Ruiz de Azua M. Trastornos del estado de ánimo. España. Editorial Masson - Elsevier España S.A. 2011 pp 98.
29. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K and cols. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; pp 104: 243-9.
30. Hillman K. Diccionario Enciclopédico de Sociología España. Editorial Harder, 2001 pp 350.
31. Giraldo R, González M. Violencia familiar. Colombia. Editorial Universidad del Rosario 2009 pp 227-31.
32. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra, OMS, 2002. pp 17-18.
33. Blanco P, Ruiz-Jacobo C. La Violencia Contra Las Mujeres: Prevención y Detección, como promover desde los servicios sanitarios. España. Ediciones Díaz de Santos. 2005 pp 67.
34. Arechederra A, Echauri J, Azcárate J. La violencia contra las mujeres en la pareja: Claves de análisis y de intervención. España. Servicios editoriales Universidad Pontificia Comillas. 2010 pp 38-39.
35. Echeburúa Enrique. Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer. Manual de Violencia Familiar. Silo XXI de España Editoriales 2007 pp 66.
36. Alméras D, Bravo R, Milosavljevic V, Montañó S, Ricoet M. Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas 2002 pp 56.
37. Corsi J. Violencia masculina en la pareja. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2001 pp 101.
38. Lorente M. Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal. Barcelona. Ediciones Ares y Mares. 2001 pp 44-45.
39. Movimiento Manuela Ramos. Manual Sobre Violencia Familiar y Sexual. Lima Perú. Grafica Kips. 2005 pp 131-133.
40. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. Publicación Científica y Técnica No. 588. Organización Panamericana de la Salud. 2003 pp 2-3.
41. Berger K. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. 7ma edic. España. Editorial Médica Panamericana. S.A. 2007; pp 410-12.
42. Novel G, Lluch M, Miguel M, López M. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona Ed Masson 2006 pp 33-37.
43. Alegre Y, Suarez M. Instrumento de atención de familia: El familiograma y el APGAR familiar. *Rev Rampa* 2006; 1(1):pp 48-57.
44. Polaino A, Martínez Po, Causas de la depresión postparto. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra. Ed Rialp 2006 pp 46-47.
45. Monroy A. Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud – México. Editorial Pax México S.A. 2002. pp 81-84.
46. Vargas E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas. *Acta Colom de psicología*, 2007 (Citada en línea 4 de Abril 2013); 10 (1): 49-63. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000100006&lng=pt&nrm=
47. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Méd Chile* 2008; 136: pp 851-858.