



**UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP**

**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

**DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES  
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL ESSALUD ADOLFO  
GUEVARA VELASCO - CUSCO 2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

**Bach. BERDEJO CONDE, MARLENI**

**LIMA-PERÚ**

**2020**

**ASESOR DE TESIS**

---

**Dr. JUAN BAUTISTA CALLER LUNA**

## **JURADO EXAMINADOR**

---

**Dr. PEDRO PABLO ALVAREZ FALCONI**  
**Presidente**

---

**Dra. ROS ESTHER CHIRINOS SUSANO**  
**Secretario**

---

**Dra. NANCY MERCEDES CAPACYACHI OTÁROLA**  
**Vocal**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser el inspirador y mi mayor fortaleza para continuar con este proceso de obtener uno de mis principales objetivos.

A mi querido hijo Ángel, quien me apoyó incondicionalmente con su amor y paciencia.

A aquellas personas que desde lejos me acompañan y que siempre estarán presente en mi corazón.

**Marleni Berdejo Conde**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Quiero expresar mi más sincera gratitud, quien unifica y llena siempre mi vida y la de toda mi familia de sus bendiciones.

Al Dr. Juan Bautista Caller Luna por su acompañamiento en este continuo proceso de investigación y aprendizaje para optar por el título académico en Psicología.

Finalmente manifestar mi reconocimiento a la Universidad TELESUP por haberme brindado la oportunidad de concluir una Carrera profesional.

## RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito de establecer la relación entre la Depresión y Resiliencia en pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020, se utilizó un diseño descriptivo correlacional, la muestra está constituida por 205 mujeres puérperas, cuyas edades fluctúan entre los diecinueve a cuarenta y nueve años de edad, el mismo que se seleccionó mediante una muestra no probabilístico de tipo censal.

La recolección de datos se ha realizado con la escala del Depresión de Beck con adaptación peruana (2001) y la escala Resiliencia, con adaptación peruana (2012). Ambos instrumentos tienen validez y confiabilidad aceptables en nuestro contexto. Para obtener la relación de variables se hizo uso de prueba de correlación  $r$  de Spearman.

Los resultados demuestran que se encontró un valor de  $p$  (Sig.=,000), quien es menor a 0.05; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre la Depresión y Resiliencia. Donde se observa una relación de Rho (-,395\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo. Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que poseen niveles mayores de Depresión y presentan menores niveles en Resiliencia.

**Palabra claves:** Depresión, Resiliencia y mujeres puérperas

## ABSTRACT

The purpose of this research is to establish the relationship between Depression and Resilience in postpartum patients at Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020, a descriptive correlational design was used, the sample is made up of 205 postpartum women, whose ages fluctuate between nineteen at forty-nine years of age, the same one that was selected through a non-probabilistic census-type sample.

Data collection was carried out with the Beck Depression scale with Peruvian adaptation (2001) and the Resilience scale, with Peruvian adaptation (2012). Both instruments have acceptable validity and reliability in our context. To obtain the relationship of variables, Spearman's  $r$  correlation test was used.

The results show that a  $p$  value was found (Sig. =, 000), which is less than 0.05; therefore, the null hypothesis is rejected and it is affirmed that there is a correlation between Depression and Resilience. Where a Rho relationship (-, 395 \*\*) is observed, this relationship being negative and of low degree, according. This indicates that, in general terms, those postpartum women who have higher levels of Depression and have lower levels of Resilience.

**Keywords:** Depression, Resilience and puerperal women

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA .....	i
ASESOR DE TESIS .....	ii
JURADO EXAMINADOR.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	xiii
<b>I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>15</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema .....	17
1.2.1 Problema general: .....	17
1.2.2. Problemas específicos: .....	18
1.3. Justificación del estudio.....	18
1.3.1. Justificación teórica .....	19
1.3.2. Justificación práctica .....	19
1.3.3. Justificación metodológica .....	19
1.4. Objetivos de la investigación .....	19
1.4.1. Objetivo general .....	19
1.4.2. Objetivos específicos .....	19
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
2.1. Antecedentes .....	21
2.1.1. Antecedentes Nacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes internacionales .....	24
2.2. Bases teóricas .....	31
2.2.1. Depresión.....	31
2.2.2. Resiliencia.....	34



2.3. Definición de términos básicos .....	36
<b>III. MÉTODOS Y MATERIALES .....</b>	<b>39</b>
3.1. Hipótesis de la investigación .....	39
3.1.1. Hipótesis general.....	39
3.1.2. Hipótesis específicas.....	39
3.2. Variables de estudio.....	40
3.2.1. Definición conceptual .....	41
3.2.2. Definición operacional .....	41
3.2.3. Operacionalización de la variable.....	41
3.3. Tipo y nivel de la investigación .....	42
3.4. Diseño de la investigación .....	43
3.5. Población y muestra de estudio.....	43
3.5.1. Población .....	43
3.5.2. Muestra .....	44
3.5.4. Criterios de selección .....	44
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	45
3.6.1. Técnicas de recolección de datos .....	45
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos.....	46
3.7. Métodos de análisis de datos .....	51
3.8. Aspectos éticos .....	51
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>52</b>
4.1. Análisis de resultados a nivel descriptivo. ....	52
4.2. Resultados a nivel inferencial .....	53
4.2.1. Validez y confiabilidad para ambas variables.....	55
4.3. Contratación de Hipótesis.....	56
4.3.1. Hipótesis general .....	56
4.3.2. Hipótesis específicas.....	57
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>63</b>
5.1. Análisis de discusión de resultados.....	63
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>69</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>72</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>81</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	82
Anexo 2: Matriz de operacionalización .....	85
Anexo 3: Instrumentos .....	87
Anexo 4: Validación del instrumento .....	92
Anexo 5: Matriz de datos .....	98

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de las variables .....	41
Tabla 2.	Puntajes por niveles .....	47
Tabla 3.	Distribución según edad .....	52
Tabla 4.	Prueba de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) o contraste de normalidad.....	53
Tabla 5.	Prueba de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) o contraste de normalidad.....	54
Tabla 6.	Confiabilidad del instrumento .....	55
Tabla 7.	Validez por juicio de expertos.....	56
Tabla 8.	Correlación no paramétrica entre Depresión y Resiliencia.....	57
Tabla 9.	Correlación entre el Depresión y la dimensión Sentirse bien .....	58
Tabla 10.	Correlación entre el Depresión y la dimensión Confianza en sí mismo	59
Tabla 11.	Correlación entre el Depresión y la Dimensión perseverancia .....	60
Tabla 12.	Correlación entre el Depresión y la dimensión satisfacción personal..	61
Tabla 13.	Correlación entre el Depresión y la dimensión confianza en sí mismo	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución según edades .....	52
---	----

## INTRODUCCIÓN

En el puerperio hay importantes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer, pudiendo surgir complicaciones que comprometan su salud y/o la del recién nacido.

Por ello, los servicios sanitarios deben atender y seguir a la mujer en este periodo. Al final de la gestación, tras el parto, se inicia el periodo postparto o puerperio. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas define el puerperio como el “periodo que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior de la gestación” Esta recuperación a nivel anatómico y funcional tiene lugar mediante un proceso involutivo que dura unas 6-8 semanas, y en el que se suceden importantes cambios a nivel fisiológico y psicológico de forma simultánea y se produce una involución de los órganos genitales (internos y externos), una regulación fisiológica del organismo y la restauración de la fisiología normal reproductiva. También se instaaura la lactancia materna. Hay una adaptación psicológica de la mujer a los nuevos cambios acontecidos. Y se desarrolla el vínculo materno filial.

Las cifras nos indican que América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar a nivel mundial en la tasa de fecundidad en adolescentes, encontrando así que 1 de cada 5 está embarazada o ya es madre, según lo refiere el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2016). Aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo corresponde a madres cuyas edades oscilan entre los 15 a 19 años de edad (OMS, 2020).

Como propósito principal se planteó establecer la relación entre la Depresión y Resiliencia en pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020, se utilizó un diseño descriptivo correlacional, la muestra estuvo constituida por 205 mujeres puérperas, cuyas edades fluctuaron entre los diecinueve a cuarenta y nueve años de edad, esta se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico de tipo censal.

Ante esta necesidad, el presente trabajo de investigación se planteó bajo los siguientes capítulos.

**Capítulo I:** Planteamiento del problema de investigación, describe puntos esenciales como el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación desde el aspecto teórico, práctico y metodológico, la importancia del problema presentado.

**Capítulo II:** Marco teórico, se encuentran los antecedentes internacionales y nacionales que son utilizados para sustentar el estudio, las teorías de cada variable y la definición de los términos.

**Capítulo III:** Se analiza la variable de trabajo con su respectiva Operacionalización, a su vez se analiza la Metodología de la investigación, se identifica el tipo, diseño y el método de la investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, también las técnicas del procesamiento de la información, técnicas de estadísticas y aspectos éticos.

**En el capítulo IV:** Se aborda resultados, discusión y las principales conclusiones y las recomendaciones, también se incluyó las referencias bibliográficas y los anexos de investigación.

## **I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

En el puerperio hay importantes cambios fisiológicos y psicológicos en la mujer, pudiendo surgir complicaciones que comprometan su salud y/o la del recién nacido. Por ello, los servicios sanitarios deben atender y seguir a la mujer en este periodo.

Al final de la gestación, tras el parto, se inicia el periodo postparto o puerperio. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1988) define el puerperio como el “periodo que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior de la gestación” Esta recuperación a nivel anatómico y funcional tiene lugar mediante un proceso involutivo que dura unas 6-8 semanas, y en el que se suceden importantes cambios a nivel fisiológico y psicológico de forma simultánea y se produce una involución de los órganos genitales (internos y externos), una regulación fisiológica del organismo y la restauración de la fisiología normal reproductiva. También se instaure la lactancia materna. Hay una adaptación psicológica de la mujer a los nuevos cambios acontecidos. Y se desarrolla el vínculo materno filial.

El puerperio es una etapa determinante para la mujer por la complejidad que supone la activación del rol materno y la recuperación de su organismo. Por ello, la disciplina Enfermería cobra sentido en el mantenimiento del cuidado de la mujer durante todo este proceso de recuperación. Los cuidados de enfermería durante el puerperio son de gran importancia para detectar signos y síntomas precoces de posibles complicaciones y/o alteraciones en esta etapa, así como para enseñar y fomentar aquellas prácticas que promuevan la salud materno–infantil.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el puerperio, período posparto o período puerperal es el período de 6 semanas que siguen al parto y en el que el cuerpo de la madre vuelve al estado anterior al embarazo. Después del parto, suelen aparecer habitualmente algunos síntomas, pero por lo general son leves y temporales.

Durante este periodo de gestación se caracteriza por presentar constantes cambios a nivel biológico, psicológico y social, así como experimentar diversos acontecimientos que constituyen un factor determinante en la consolidación de la identidad personal. Sin embargo, cuando estos acontecimientos se tornan adversos, no todas las personas, independientemente de la edad se verán afectados de igual manera ni tampoco adoptarán los mismos recursos para afrontar dichos conflictos (Rodríguez, Ramos, Ros y Fernández, 2015).

Uno de los acontecimientos de mayor prevalencia es el embarazo. Este se constituye como una de las problemáticas de mayor importancia en el mundo por la prevalencia de casos, las causas desencadenantes y las consecuencias a nivel individual y social que trae consigo (Acosta y Cárdenas, 2012).

Las cifras nos indican que América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar a nivel mundial en la tasa de fecundidad en adolescentes, encontrando así que 1 de cada 5 está embarazada o ya es madre, según lo refiere el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2016). Aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo corresponde a madres cuyas edades oscilan entre los 15 a 19 años de edad (OMS, 2020).

Asimismo, 20 mil adolescentes se convierten en madres todos los días en países en vías de desarrollo (UNFPA, 2016). En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, ENDES, 2015) informan que 14 de cada 100 adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 15 y 19 años de edad, ya tienen hijo o están embarazadas por primera vez.

Por otro lado, diversas investigaciones concluyen que una de las principales causas del embarazo adolescente y de la mujer sería el inicio temprano de la vida sexual (Loredo, Vargas, Casas, Gonzáles y Gutiérrez, 2017; Benvenuto, 2015), independientemente de la zona de procedencia. Y en lo que respecta a las consecuencias, estas varían en función al ámbito: ya sea a nivel físico, emocional, familiar, escolar, económico, entre otros; los cuales afectan no solo a la adolescente, sino también, a su entorno inmediato y al bebé en camino (Loredo et al., 2017)



Por ello, tomando en cuenta que este periodo vital no se aconseja oportuno para la experiencia del embarazo, es importante destacar que los recursos que adopta la adolescente y el apoyo social que perciba por parte de su entorno, resultan factores indispensables para sobrellevar esta situación de tensión (Climent, 2009) y evitar un desajuste emocional durante esta etapa (Benvenuto, 2015) o, posteriormente, problemas psicológicos en la madre adolescente y el recién nacido (Alva, 2016).

Debido a esto, es relevante señalar que aquella capacidad humana que permite hacer frente a la adversidad se denomina resiliencia (Grotberg, 1996 b). Mientras que, apoyo social hace mención al conjunto de aportaciones de tipo emocional o instrumental que percibe o recibe una persona de distintos miembros de su entorno más cercano (Musitu, G. y Cava, J. 2003)

Ambas variables se complementan puesto que en la medida de cuánto apoyo perciba una persona respecto a su red social, esto servirá de base como uno de los principales recursos para sobreponerse al estrés originado por la situación problemática a la cual se ha visto expuesta. Y en el caso de la población de estudio, recibir un soporte social adecuado proveniente de personas significativas para las gestantes, resulta fundamental para salir adelante con el proceso de maternidad que experimentan (Benvenuto, 2015).

Por todo lo ya señalado y al considerar al embarazo como uno de los eventos de mayor significancia en la vida de una mujer, independientemente de la edad de ella, y debido a la escasez de estudios donde vinculen las variables ya mencionadas sobre la población seleccionada, se formula la siguiente pregunta:

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general:**

PG. ¿Qué relación existe entre la depresión y la resiliencia en las pacientes púerperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- PE 1. ¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Sentirse bien solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?
- PE 2. ¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?
- PE 3. ¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Perseverancia solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?
- PE 4. ¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?
- PE 5. ¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?

### **1.3. Justificación del estudio**

La importancia del presente trabajo radica en que es un concepto al que le no se le da la relevancia debida en las mujeres en edad gestacional, y es por ello que con esta investigación se pretende comprobar su relación con una posible causa que afecta a muchas madres de familia: la depresión y la resiliencia. Esta variable es poco conocida en el país y por ende no existen tantos estudios nacionales al respecto. Lo que se pretende conseguir es conocimiento acerca del nexo entre ambos fenómenos para transmitirlo a aquellos profesionales y personas cercanas al contexto hospitalario y lograr influir en la manera en la que los demás profesionales pueden ser incitados o animados a mejorar en su calidad de atención y demás responsabilidades para así conseguir un rendimiento académico ideal en cada uno de ellos.

### **1.3.1. Justificación teórica**

La importancia del presente estudio se puede encontrar a nivel teórico, puesto que ha contribuido con nuevas teorías actualizadas que proporcionaron conocimientos científicos acerca de la depresión y su relación con la resiliencia que ayuda a entender más a fondo el comportamiento de las mujeres en edad gestacional

### **1.3.2. Justificación práctica**

A nivel práctico, los primeros beneficiados serán las madres y el personal de salud, técnicos y demás trabajadores del hospital donde se desarrolló la investigación puesto que los resultados sirven para diseñar talleres de asesoría y consejería académica para adaptar a la madre frente a una nueva etapa.

### **1.3.3. Justificación metodológica**

Finalmente, en el nivel metodológico se utilizó la Escala de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia. Habiendo sido importante este estudio porque se fomenta el empleo de estos instrumentos por parte de otros profesionales de este país. Asimismo, se determinó la validez de contenido por criterio de expertos y confiabilidad, así como su adaptación a la muestra de estudio.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar relación entre la depresión y la resiliencia en las pacientes púerperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020

### **1.4.2. Objetivos específicos**

OE 1. Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Sentirse bien solo de la resiliencia en las pacientes púerperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020

OE 2. Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes púerperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

- OE 3. Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Perseverancia de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.
- OE 4. Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020
- OE 5. Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **2.1.1. Antecedentes Nacionales**

Delgado (2019) refiere que la depresión posparto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de este. Su trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre factores sociales y obstétricos, y el riesgo de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud–Cajamarca en el año 2018. El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 294 puérperas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos elaborado por la autora y la escala de depresión post parto de Edimburgo (EDPE). Los resultados mostraron que la mayoría de las puérperas pertenecieron al grupo etáreo de 30 a 34 años de edad, con estudio superior universitario, convivientes y amas de casa. No se encontró asociación significativa entre los factores sociales y el riesgo de depresión posparto; el tipo de parto fue el único factor obstétrico que presentó asociación significativa al riesgo de depresión posparto, según  $p = 0,009$ . Se concluyó que los factores sociales y factores obstétricos no estaban asociados al riesgo de depresión posparto.

Silvera (2018) investigó los factores de riesgo de depresión posparto en puérperas de un hospital de baja complejidad en Vitarte y determinó cuáles fueron los factores de riesgo de depresión posparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia. Se hizo un trabajo descriptivo, observacional y transversal, y se tomó de muestra 292 puérperas; además, se usó la escala de depresión posparto de Edimburgo y con respecto a la identificación de los factores de riesgo se les realizó una encuesta, validada por juicios de expertos. Para procesar, tabular los datos de frecuencia y armar los gráficos se hizo uso del SPSS 24.0 y Excel 10.0. Se halló que el 32,87% de las puérperas estudiadas presentó depresión posparto; respecto a los factores sociodemográficos, ama de casa

(62,5%), no contó con apoyo emocional de su pareja (54,2%), convivientes (52,1%), y con respecto los factores obstétricos-perinatales, parto abdominal (cesárea) 68,8%, primípara (67,7%). Conclusiones: Los principales factores de riesgo para depresión posnatal fueron: ser conviviente, ama de casa, el solo presentar estudios secundarios y el ser cesareada.

Llano (2018) hizo una investigación que tuvo como objetivo describir los determinantes asociados a la resiliencia en adolescentes puérperas del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno. Esta fue de tipo descriptivo y analítico, transversal, muestra 45. Halló que las determinantes asociadas con la resiliencia en adolescentes puérperas fueron la edad 77,78% de 17 años, estado civil 75,56% solteras, tipo de familia 46,67% ampliada, motivo de embarazo 86,67% aparentemente fue una relación consentida, la reacción de la familia ante el embarazo 60% de maltrato, reacción de la pareja ante el embarazo 66,67% al inicio le agradó pero luego cambió de opinión, 80% no fue planificado el embarazo, 66,67% los padres fueron adolescentes, 51,11% algún familiar cercano tuvo embarazo en la adolescencia, 82,22% dependían de los padres, condición económica 84,44% desfavorable, 57,78% secundaria incompleta, 84,44% consumía alcohol eventualmente, 68,89% a veces tuvo intento de suicidio, primer control prenatal 66,67% en el segundo trimestre, nivel de hemoglobina 68,89% de 7 a 9,9 g/dl anemia moderada, 60% infección urinaria del embarazo, 53,33% parto distócico, edad gestacional 66,67% a término, Apgar del recién nacido 55,56% menor a 7, todos con un nivel de significancia de  $P < 0,05$  fueron significativos, la resiliencia en adolescentes puérperas 40% media, 40% medial alta, 15,56% baja, 4,44% alta. En conclusión, las determinantes sociales, económicas y culturales estuvieron asociadas a la resiliencia en adolescentes puérperas del Hospital Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno.

Flores, J. (2018). Resiliencia, depresión y agresividad en mujeres puerperas del 5to año de educación secundaria, 2017. El objetivo del presente trabajo fue determinar la relación causal entre depresión y agresividad en la resiliencia en mujeres puerperas del quinto año de secundaria, Rímac 2017. El tipo de investigación fue básica, de diseño no experimental trasversal, nivel explicativo causal del enfoque cuantitativo. Se llegó a la conclusión de que hubo mayor

correlación en la depresión sobre la resiliencia. Los índices de significancia hallados en el modelo de regresión lineal fueron significativos con un índice menor al planteado como regla de decisión ( $p < ,005$ ), por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la del investigador: a mayor resiliencia, menor depresión y agresividad en los mujeres puerperas.

Roque, M. (2018). Resiliencia y depresión en mujeres puerperas de secundaria de una institución educativa estatal de Chiclayo (Tesis de Licenciatura en Psicología). Escuela Académico Profesional de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú.

El objetivo que tuvo el presente estudio de investigación es establecer la relación entre la resiliencia y depresión en mujeres puerperas de una institución educativa estatal de Chiclayo. En el cual se usó el método de carácter no experimental transversal de tipo descriptivo- correlaciona, y esta investigación se basó en las teorías de Prado y Del Águila, Kovacs. Los instrumentos de medición de las variables de estudio utilizados fueron: La Escala de Resiliencia para Adolescentes (ERA) y así como también se dio uso del Inventario de Depresión infantil (CDI), con el fin de recopilar datos vinculados con el nivel de depresión en la población a evaluar; cuyo total fue de 276 mujeres puerperas de secundaria. Se obtuvieron los resultados, demostrando que no existe relación entre ambas variables y que trabajan de manera independiente.

Bracamonte, A. y Díaz, D. (2015). Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013 (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2014, para ello se aplicaron dos instrumentos de evaluación: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El estudio fue un diseño no experimental de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al servicio de oncología de un hospital para recibir tratamiento. Se obtuvo como resultado que hubo correlación negativa entre ambas variables; es decir, a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las

experiencias adversas.

Luna, Salinas y Luna (2019). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 310–314. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú. Se hizo un estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que fueron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2018. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la  $\chi^2$  y de la Z, según el tipo de variable. Se halló que, de las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentó depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. En conclusión, la prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos

### **2.1.2. Antecedentes internacionales**

Bustamante (2019), “Trauma y Salud Física en Mujeres Gestantes: Examinando el Rol del Estrés Post Traumático, la Depresión, la Resiliencia y el Apoyo Social”. Mujeres gestantes expuestas a trauma tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas de salud mental y física. Estudios transversales sugieren que síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y síntomas depresivos



podrían mediar la relación entre el trauma y la salud física, mientras que la resiliencia y el apoyo social, podrían actuar como factores de protección amortiguando los síntomas de salud mental, en este grupo de mujeres. Estudios longitudinales son necesarios para profundizar en esta relación. Objetivos: Examinar el rol mediador de TEPT y depresión sobre la relación entre trauma y salud física postparto, y el rol moderador de la resiliencia y el apoyo social sobre ambas relaciones. Metodología: 442 gestantes chilenas fueron evaluadas entre la semana 32 y 36 de embarazo y al mes y tercer mes postparto. Se realizaron análisis de mediación y moderación con PROCESS y bootstrapping. Resultados: Los eventos traumáticos presentaron una relación directa con salud física. El TEPT tuvo un efecto mediador sobre la misma variable, mientras que la depresión solo un efecto directo. La resiliencia y apoyo social presentaron un efecto amortiguador sobre la salud física, y amortiguaron el impacto del Trauma y TEPT y depresión. Conclusiones: Los eventos traumáticos influyen en la salud física durante el embarazo y el postparto, tanto de manera directa, como a través de síntomas de salud mental revelando la importancia de explorarlos en los controles médicos. Se discuten las implicancias para el cuidado de salud perinatal y en la comprensión de la relación entre trauma y salud.

Aumala y Vergara (2016): Estudio observacional analítico de asociación, realizado en madres que se encuentren entre las 12 y 24 horas del puerperio inmediato atendidas en el Hospital San Francisco de Quito y Centro de Salud de Conocoto durante los meses de septiembre a diciembre del 2016. Se aplicaron dos cuestionarios: La Escala de Depresión Posparto de Edimburg y el Test de Evaluación Familiar de McMaster (FAD Mc Master) para disfunción familiar y la determinación sérica de los valores de cortisol materno para asociarla con la presencia de estrés en las mujeres puérperas. Los datos se procesaron en el programa SPSS, Licencia PUCE. Resultados: La Escala de depresión posparto de Edimburg identificó una prevalencia de depresión posparto de 18,1 %. El análisis determinó un riesgo incrementado de depresión posparto si la paciente tenía disfunción familiar con un OR de 3,83 (IC 95% 1,75 – 8,35)  $X^2 = 12,27$   $p < 0,000$ . Entre la depresión posparto y estrés materno no se estableció asociación estadística. El estudio demostró que la prevalencia para depresión posparto fue similar a la encontrada en otros estudios, además se estableció asociación entre

depresión posparto y función familiar, pero no se demostró asociación entre depresión posparto y estrés materno medido con cortisol sérico.

Urdaneta, J. et. al. (2016), Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. La depresión posparto (DPP) es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, al cual se le han atribuido variados factores de riesgo para su presentación. Objetivo: Se propuso determinar los factores de riesgos para DPP en puérperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Método: Se realizó una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS). Resultados: Hubo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalência de DPP confirmada mediante el DSM-IV del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector. Conclusión: Existe una alta prevalencia de DPP, con diversos factores de riesgo que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

Navarrete, L., Nieto, L., Lara, M. A. y Lara, M. D. (2019). Sensibilidad y especificidad de las tres preguntas de Whooley y Arroll para detectar depresión perinatal en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mexicana*, 61, 27-34. El objetivo de esta investigación fue evaluar la sensibilidad y la especificidad de la Escala de las dos preguntas de Whooley y la pregunta de Arroll para detectar riesgo de depresión perinatal, usando la Entrevista Clínica Estructurada (SCID-I) como estándar de oro. Se entrevistó a 210 mujeres durante el embarazo y 6 meses después del parto. Se halló que el criterio con mayor sensibilidad fue responder positivamente a cualquiera de las Preguntas de Whooley (embarazo = 94.7%; posparto = 100.0%) y, el más específico, responder positivamente a las preguntas de Whooley más la

de Arroll (embarazo = 90.0%, Posparto = 85.7%). En conclusión, las preguntas de Whooley y Arroll tienen propiedades psicométricas adecuadas para detectar posibles casos de depresión durante el periodo perinatal. Pueden aplicarse durante las citas de control prenatal y consultas en el posparto. Detectar de manera oportuna a mujeres en riesgo de depresión perinatal puede ayudar a su atención para reducir sus consecuencias adversas en madres e infantes.

Lara, Navarrete y Nieto (2016). Predictores de depresión posparto (DPP) y síntomas depresivos posparto en madres mexicanas: un estudio longitudinal. Estudios prospectivos sobre los predictores de depresión posparto (DPP) en América Latina son escasos, lo cual es una cuestión de importancia, ya que la significancia de los factores de riesgo de DPP puede variar según el nivel de desarrollo de un país, los tipos de medición y los períodos de tiempo evaluados. Este estudio identifica los predictores prenatales para la DPP (entrevista de diagnóstico) y síntomas depresivos posparto (SDPP) (escala de autoinforme) en madres mexicanas a las 6 semanas y 6 meses posparto. 210 mujeres fueron entrevistadas usando la entrevista clínica estructurada (SCID-I), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y varias escalas de factores de riesgo. Las regresiones logísticas univariadas mostraron que el apoyo social, la satisfacción matrimonial, los eventos de la vida, una historia de psicopatología, síntomas de ansiedad, síntomas depresivos, el tradicional papel femenino, abortos espontáneos previos / interrupción del embarazo y el embarazo no planeado / no deseado fueron significativos predictores para DPP y SDPP en ambos tiempos de evaluación en el posparto. La educación, edad, estado civil, ingresos, ocupación, paridad, cesárea y resistencia fueron significativas para solo una de las mediciones y/o en un solo momento de evaluación. Los hallazgos generales reproducen un país de altos y bajos ingresos, perfil de riesgo psicosocial observado y confirman un perfil sociodemográfico y obstétrico de vulnerabilidad que es más prevalente en países con recursos limitados. La DPP constituye una gran carga para las nuevas madres, particularmente para aquellas que viven en países de bajos y medianos ingresos que enfrentan desventajas sociales (tales como bajos niveles educativos e ingresos).

Marín, Carmona y Peñacoba (2018). Personalidad, síntomas depresivos en

el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas. El objetivo del presente estudio es analizar la influencia de los factores de personalidad y los síntomas depresivos antenatales en la depresión puerperal. Se elaboró un diseño ex postfacto prospectivo, con una asignación voluntaria de los sujetos. La muestra se compuso de 116 mujeres, captándose en el primer trimestre de embarazo y terminando el estudio a los cuatro meses posparto. Los instrumentos de medición empleados fueron la Escala de Depresión Posnatal de Edinburg (EDPE) para evaluar la depresión postparto, el Inventario de Cinco Factores-NEO (NEO-FFI) para analizar la personalidad y la subescala de depresión de la Lista de Chequeo de Síntomas 90-R (SCL 90-R) para valorar la depresión en el embarazo. Se tuvo en cuenta variables sociodemográficas (edad, paridad, nivel de estudios, situación laboral, y planificación de embarazo) y clínicas (Apgar neonatal y tipo de parto). Se encontró una relación positiva entre la depresión postparto y los síntomas depresivos durante la gestación; sin embargo, tras realizar un análisis de regresión se vio que el neuroticismo era el único factor que predecía los síntomas depresivos postparto, explicando un 24.8% de la varianza. El neuroticismo influye considerablemente en la salud psicológica ante acontecimientos vitales como es la maternidad. Debido a su condición estable, la personalidad podría evaluarse desde el inicio del embarazo, incidiendo en la atención de aquellas mujeres con un rasgo predominante de neuroticismo para prevenir, detectar y tratar precozmente la depresión puerperal.

Malheiro y Carvalho (2017). Resiliencia y adaptación a la maternidad en el posparto. Las madres resilientes tienen la flexibilidad y fuerza interior necesaria para recuperarse cuando las cosas no van bien. La transición a la maternidad implica un conjunto de tareas que requieren que las responsabilidades y los comportamientos se reestructuren. Los enfermeros especialistas en salud materna y obstetricia deben reconocer la importancia de sus intervenciones en este proceso y ajustar su práctica para promover una maternidad sana. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre la resiliencia y la capacidad de adaptación a la maternidad. La muestra, no probabilística, constó de 106 madres y la recogida de datos se realizó a los 3 meses, mediante la aplicación de la Resilience Scale (Escala de Resiliencia) (RS) y de la Escala de Ajuste y Actitudes Maternales (MAMA). Se observó una buena consistencia interna en los dos instrumentos (0,86

y 0,92). Imagen Corporal y Síntomas Somáticos fueron las subescalas de la MAMA que obtuvieron una apreciación más negativa, mientras que la Relación de Pareja y Actitudes hacia el Embarazo y el Bebé obtuvieron una apreciación más positiva. La Resiliencia mostró unos puntajes más elevados en Autoconfianza y menos en Autosuficiencia. Los resultados indicaron una asociación negativa entre adaptación a la maternidad y actitudes maternas y resiliencia. En conclusión, en el período de posparto, las mujeres con mayor resiliencia tienen una mejor adaptación a la maternidad y unas actitudes más positivas.

Silva, G. A. (2016). Prevalencia de la depresión posparto en los países desarrollados y en desarrollo: contribuciones metodológicas de un metaanálisis. Se realizó una revisión sistemática seguida por metaanálisis para identificar las variables regionales y metodológicas de los estudios primarios que contribuyeron a las diferencias en la prevalencia de la depresión posparto (DPP); y comprobar si había una diferencia entre la prevalencia de DPP en los países desarrollados y en desarrollo, manteniendo el control de variables metodológicas. Este trabajo consistió en una investigación documental, se hizo una búsqueda en 14 bases de datos electrónicas, utilizando estrategias con los términos "depresión posparto" y "prevalencia", sin restricciones de tiempo. Los criterios de inclusión fueron aplicados por dos revisoras a los registros obtenidos, en tres pasos: títulos, resúmenes y texto completo. Los datos sobre la prevalencia de DPP y la metodología de los estudios incluidos fueron recogidos. Se usó la Escala de Loney para evaluar la calidad metodológica. Se aplicaron técnicas estadísticas para analizar la heterogeneidad entre los estudios incluidos y sintetizar los resultados, lo que generó promedios ponderados de prevalencia para los subgrupos de análisis. Se construyó un modelo de metarregresión, usando las variables metodológicas de los estudios como predictores y la prevalencia de DPP como una variable dependiente. Como resultado, se obtuvo registros de 1881 estudios originales, publicados entre 1980 y 2015, de los cuales 778 han tenido el texto completo evaluado y 337 han sido incluidos. La calidad metodológica de los estudios ha sido considerada débil. La prevalencia de DPP ha variado de 0,5% en Singapur a 62,8% en Estados Unidos de América, observándose una alta heterogeneidad. El modelo de metarregresión indicó que las variables instrumento para identificar DPP, índice de desarrollo humano (IDH) en el país, diseño de la investigación y el tamaño de la muestra fueron predictores significativos de la prevalencia de DPP. La ciudad donde se ha realizó

el estudio, como grupo introducido para controlar la dependencia entre los estudios, fue significativa. Mayor promedio de prevalencia se halló en los estudios que utilizaron instrumentos de autoevaluación para identificar DPP, en comparación con la entrevista clínica; en estudios transversales, en comparación con los longitudinales; en los países con menor IDH, y en estudios con muestras más pequeñas. Se ha construyó un modelo para explicar la prevalencia de DPP a partir de las características regionales y metodológicas de los estudios primarios, lo que permite indicar que los métodos utilizados en estos estudios han generado sesgos en los resultados. Incluso después de controladas las variables metodológicas, la prevalencia de DPP ha sido mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados; por lo tanto, los aspectos sociales, económicos y culturales pueden influir en la aparición de ese trastorno. En conclusión, la DPP fue más frecuente en los países en desarrollo que en los países desarrollados, incluso teniendo en cuenta las características metodológicas de los estudios incluidos. Sin embargo, esta conclusión no puede considerarse definitiva, debido a la mala calidad de los estudios primarios.

Faisal, Tedesco, Kahhale, Menezes y Zugaib (2019). Postpartum Depresión posparto: en relación a los eventos de la vida y los patrones de Depresion. El propósito de este estudio fue estimar la prevalencia de la depresión posparto depresión (DPP) y su relación con los eventos de la vida (EV) y los patrones para hacer frente. Realizamos un estudio transversal de 113 mujeres, en el décimo día de puerperio, en la clínica obstétrica de la Universidad de São Paulo Escuela de Medicina. Se utilizaron los siguientes instrumentos: La Escala de Pitt (1967) y Stein (1980), el Inventario de Depresión de Beck (1961), el Calendario de eventos recientes de Holmes y Rahe (1967), los Modos de Depresión de Folkman y Lazarus (1985) y un cuestionario de datos sociodemográficos y obstétricos. La regresión logística se realizó para calcular la prevalencia de la DPP y su asociación con varios factores de riesgo. El nivel de significación se definió en 5%. La prevalencia de la DPP fue de 15.9% (IC 9.7% a 24.0%). Según el análisis multivariado, las variables de Depresión con distanciamiento, el número de niños y el origen étnico fueron significativas No hubo asociación entre la DPP y los EV. Las mujeres puérperas deprimidas tuvieron un bajo nivel educativo, mayor número de hijos y recurrieron a estrategias de Depresion inadecuadas, como el distanciamiento. Este patrón de Depresion podría ser un factor etiológico de la DPP. así como una reacción a su difícil entorno de vida.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Depresión**

Según APA (2019), la depresión es “un estado afectivo negativo, que va desde la infelicidad y el descontento hasta un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desánimo, que interfiere con la vida diaria. Varios cambios físicos, cognitivos y sociales también tienden a coexistir, incluyendo hábitos alimenticios o de sueño alterados, falta de energía o motivación, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y retirarse de las actividades sociales. Es sintomático de una serie de trastornos de salud mental”.

Para Del Barrio y Carrasco (2013), es un “estado de ánimo caracterizado fundamentalmente por la presencia de la tristeza y por ausencia del disfrute de la vida” (p. 19). La depresión infantil y adolescente siguen la misma línea a pesar de que muchos consideran que la depresión es cosa de adultos o que este se halle marcado por factores cognitivos principalmente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por manifestaciones de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Esta puede hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. La forma más grave puede llevar al suicidio. Si es leve, puede tratarse sin medicamentos, pero si es de carácter moderado o grave puede necesitarse medicación y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Clark y Watson (1991) proponen un modelo tripartito de ansiedad/depresión:

- Afecto negativo (es común a la ansiedad y depresión)
- Hiperactivación fisiológica (específico de la ansiedad)
- Anhedonia o disminución del afecto positivo (específico de la depresión)

Reynolds (1989) señala que la depresión es un estado emocional negativo que causa diferentes trastornos: en el humor, en la alimentación, el sueño, en la concentración; así mismo, produce irritabilidad, aislamiento, disminución y fatiga en las actividades, pero hay quienes creen que es algo normal en el comportamiento de todo adolescente. También, afirma que en múltiples ocasiones pasamos por alto las manifestaciones de depresión que los adolescentes presentan o se toman como síntomas de otros problemas.

### **2.2.1.1. Modelos Teóricos**

Es evidente que la depresión presenta diferentes aspectos que se caracterizan por un gran número de síntomas; además, no toda depresión tiene un mismo origen. Se presentan algunos modelos que tratan de explicar el origen de la depresión.

#### *2.2.1.1.1. Modelo biológico*

Friedman y Thase (como se citó en Vázquez, F.L., Muñoz, R.F. y Becoña, E. (2000) refieren que la depresión se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central, entre ellos: catecolaminas, noradrenalina, dopamina, indolamina, serotonina y acetilcolina; por lo tanto, de acuerdo a esta teoría la depresión se origina por un desequilibrio en los neurotransmisores. De manera científica se ha demostrado que, cuando la persona se deprime sufre un desequilibrio y al momento de tomar la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y el estado de ánimo cambia.

#### *2.2.1.1.2. Modelo de autocontrol*

Rhem (1981) refiere que la persona depresiva presenta déficits de autocontrol asociados a los elementos básicos de auto observación, autoevaluación y auto refuerzo. De este modo, el autor explica que la persona deprimida presta mayor atención a los sucesos negativos. Este modelo propuesto por Rhem acepta la importancia del pensamiento como un factor que contribuye a la depresión, y observa como el movimiento socio ambiental refuerza el mantenimiento de la conducta. Por lo tanto, la depresión estaría en función del grado de estrés y de la habilidad de autocontrol que el sujeto tenga para combatirlo.



#### *2.2.1.1.3. Modelo psicosocial*

Bennett, Mellon, Foidl, Pratt, Dupont, Perkins y Kroon (2003) manifiestan que se ha demostrado que un cierto grado de estrés social puede incrementar el riesgo de sufrir depresión. Esta teoría ha propuesto que la depresión se ve influenciada por el esquema social en donde la persona vive. Por otro lado, Comer (2001) menciona que hay relación entre la depresión y algunos factores como la cultura, raza y el apoyo social. Esta teoría sugiere que el aumento de riesgo de sufrir de depresión, generalmente, es ocasionado por el incremento de la sensibilidad de la persona ante los eventos o hechos estresantes de la vida.

#### *2.2.1.1.4. Modelo psicoanalítico*

Desde el enfoque psicoanalítico, Freud (1950, citado por Yankura y Dryden, 1997) considera la depresión resultado de la hostilidad hacia uno mismo. Actualmente viene a considerarse como el fundamento explicativo que consiste en “la vuelta de la agresión hacia sí mismo”, la cual está asociada al origen de aquellos dolores no resueltos por pérdidas durante la niñez, es decir, cuando el niño siente la sensación de abandono, es entonces cuando vuelca aquella agresión hacia sí mismo. A partir de este modelo, surge una premisa que manifiesta la “necesidad de sufrir” que tiene el individuo depresivo; siendo una característica fundamental en este trastorno.

#### *2.2.1.1.5. Modelo conductual*

Este modelo considera a la depresión como una consecuencia de la falta de reforzamiento, puede ser en términos de bajo reforzamiento positivo o de tasas bajas de reforzamiento positivo ocasional a las respuestas. Hops, Sherman y Biglan (1990) señalan que los modelos conductuales ven a la depresión como un fenómeno operante, y como tal, la conducta depresiva es afectada directamente y mantenida por reforzamiento positivo o negativo.

#### *2.2.1.1.6. Modelo cognitivo*

Las cogniciones de la persona determinan como siente y actúa. Las emociones no surgen de los sucesos, sino de los pensamientos acerca de ellos. Esto explica por qué unas personas se deprimen y otras no, ante idénticas situaciones (López et al., 1994). Beck (1967, citado por Yankura y Dryden, 1997)

define a la depresión como aquel trastorno que altera el estado de ánimo, permitiendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria. Por lo tanto, la persona depresiva ha tenido a lo largo de su historia un conjunto de experiencias negativas, que se han fijado como esquemas cognitivos, los que pueden estar temporalmente inactivos y ser energizados por situaciones desencadenantes.

El modelo de Beck defiende que un factor predisponente importante en el desarrollo de la depresión es la presencia de esquemas tempranos. Beck (1967) definía el esquema del siguiente modo: “Un esquema es una estructura (cognitiva) para seleccionar, codificar y evaluar los estímulos que afectan al organismo... sobre la base de esta matriz de esquemas, el individuo es capaz de orientarse con relación al tiempo y al espacio y a categorizar e interpretar las experiencias de un modo significativo” (p. 283). Esquemas particularmente disfuncionales pueden estar subyaciendo de forma latente durante largos períodos, pero pueden activarse por algunos estresores ambientales específicos. En la depresión, por ejemplo, la conceptualización del cliente de una situación específica se distorsiona para que “coincida” con los esquemas disfuncionales prepotentes

### **2.2.2. Resiliencia**

Según APA (2020), resiliencia es “el proceso y el resultado de la adaptación exitosa a experiencias de vida difíciles o desafiantes, especialmente a través de la flexibilidad y el ajuste mental, emocional y conductual a las demandas externas e internas. Varios factores contribuyen a cuán bien se adaptan las personas a las adversidades, predominando entre ellos (a) las formas en que las personas ven e interactúan con el mundo, (b) la disponibilidad y calidad de los recursos sociales, y (c) las estrategias específicas de depresión. La investigación psicológica demuestra que los recursos y habilidades asociados con una adaptación más positiva (es decir, una mayor capacidad de recuperación) se pueden cultivar y practicar. También se llama resistencia psicológica.

Madariaga (2014) la define como “respuesta dinámica, no estática, a la vez creativa, en la que adquiere especial importancia la capacidad de construir nuevas interpretaciones de los contextos adversos y de las respuestas posibles que todos podemos encontrar ante ello” (p. 12).

Flores (2018) señala que la resiliencia es una cualidad que no está presente en todos de modo manifiesto; sin embargo, es una capacidad que se puede desarrollar. Los seres humanos desarrollan diariamente conductas fuertes para enfrentar diferentes situaciones, aunque otras personas no desarrollan estas conductas plenamente. Así, las personas resilientes no son seres que enfrentan situaciones adversas improvisadamente, más bien son conscientes de la realidad y esta genera las soluciones y se puede adaptar al cambio.

### ***2.2.2.1. Modelos Teóricos***

El estudio de la resiliencia se ha realizado desde diferentes corrientes teóricas psicológicas considerando como punto de partida las características que toda persona debe mostrar cuando afronta ciertos eventos traumáticos que se presentan durante su existencia y poder superarlos exitosamente; del mismo modo, aborda los diversos aspectos que influyen para desarrollar esta capacidad. Entre los modelos más relevantes:

#### *2.2.2.1.1. Modelo del desafío de Wolin y Wolin*

Wolin y Wolin (1993) presentan un modelo que abarca desde el enfoque de riesgo hasta el enfoque de desafío; donde cada momento desgraciado o adverso constituye un daño o pérdida; puede interpretarse como la capacidad de depresión, o escudo de resiliencia, para impedir que los factores adversos dañen a la persona, y así favorecer, cambiar positivamente, así mismo viene a ser un agente de mejora.

#### *2.2.2.1.2. Modelo del Desarrollo Psicosocial de Grotberg*

Grotberg (1996) señala la presencia de una relación con la teoría de Erickson, quien sustenta que la resiliencia es una respuesta ante las contrariedades que se presentan en un momento específico en el curso de nuestra existencia y puede fomentarse en la etapa de desarrollo del niño. Además, la resiliencia es potente para afrontar situaciones adversas, así como impulsar el bienestar mental y emocional de las personas.

### *2.2.2.1.3. Modelo de Resiliencia de Richardson*

Richardson (2011) refiere que, según el modelo de resiliencia, la manera en que las personas pueden hacer frente ante eventos negativos, es decir que no existe una sola respuesta al afrontar eventos difíciles, porque cada persona reacciona de manera distinta. La persona tiene cuatro formas de reintegración: disfuncional, con pérdida, a zona de bienestar, con resiliencia.

## **2.3. Definición de términos básicos**

**Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

**Embarazo:** El puerperio, también llamado postparto, puede definirse como el periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino. ... Cambios involutivos del aparato genital y de todo el organismo de la mujer.

**Ecuanimidad:** Para ser ecuanímes debemos asumir lo inevitable con un ánimo sosegado aún en las circunstancias más difíciles, viviendo el presente, libres del pasado y del futuro y sin reaccionar con avidez o aversión. La ecuanimidad nace cuando uno no se aferra a lo agradable y no añade sufrimiento a lo desagradable.

**Educación Emocional:** Según Bisquerra (2013), la educación emocional se adquiere mediante un proceso de entrenamiento y capacitación para potenciar el desarrollo emocional como un complemento importante del desarrollo cognitivo de la persona. Ambos procesos (educación emocional y cognitivo) se constituyen como los fundamentos de la personalidad integrada. El aprendizaje de conocimientos para desarrollar habilidades que posibiliten la identificación de

emociones y su adecuado manejo mediante el entrenamiento del individuo lo prepara para abordar eficazmente los retos que se plantea en la vida diaria. De esta manera, la persona tiende a aumentar su bienestar biológico, psicológico y social.

**Emoción:** Según Wallon (1958), la emoción tiene dos valores: el valor adaptativo y el valor genético, con los cuales se pueden generar nuevas estructuras de conocimiento. Por ejemplo, el aprendizaje del lenguaje se inicia con los medios comunicacionales más primitivos sobre la base de la expresión emocional. Así, en la emoción y el lenguaje están las claves que dan al hombre sus señas de identidad; la emoción y el lenguaje tienen raíces biológicas, pero se constituyen y estructuran gracias al intercambio social.

**Empatía:** Según Reik (1949), la empatía viene a ser el proceso del subconsciente del propio psicoanalista, para comprender las cualidades de los pacientes, interpretando las particularidades de la voz o de la mirada que revela más que las palabras.

**Estrés:** como una enfermedad producto de una inadaptación a una sociedad competitiva, cambiante y provocado por el éxito o el fracaso, la salud o la enfermedad, la alegría o la tristeza; es decir, todo acontecimiento de la vida personal o social al que el organismo da una respuesta inadecuada. Es una sensación de incapacidad para asumir los retos que presenta la vida cotidiana, es decir que el entorno rebasa las posibilidades de respuesta de la persona, lo que causa una serie de reacciones de tipo fisiológico, cognitivo y psicomotor en la misma. Se relaciona con la angustia, la depresión, las inadaptaciones sociales, la somatización. El estrés "malo" es causa y consecuencia de múltiples problemas de salud y presenta síntomas diferentes en cada persona, de ahí que existan tantas maneras de resolverlo o "afrontarlo" según los especialistas. En las situaciones de estrés, es más importante la idea que se tiene de los problemas, que los problemas en sí mismos, lo cual a veces trae apreciaciones erróneas de la realidad, aumentando la sensación de angustia e impotencia. El estrés "bueno", ese que proviene de los pequeños retos cotidianos, y que nos ayuda a ser mejores de alguna manera, también debe ser dosificado, pues al procurarnos continuos retos, podemos caer en el exceso y derivar en el otro tipo de estrés.

**Gestación:** La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste.

**Resiliencia:** Según Mestre y Fernández (2007), resiliencia es la inefable capacidad que le permite a ciertas personas anteponerse a las distintas adversidades que se les presentan en la vida diaria. Permite desarrollar conductas positivas ante el estrés, las amenazas o algún conflicto. p. 225

**Puerperio:** El puerperio, también llamado posparto, puede definirse como el periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas posparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino. Cambios involutivos del aparato genital y de todo el organismo de la mujer.

### **III. MÉTODOS Y MATERIALES**

#### **3.1. Hipótesis de la investigación**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

###### **Hipótesis específica 01**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la dimensión Sentirse bien solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la dimensión Sentirse bien solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

###### **Hipótesis específica 02**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

### **Hipótesis específica 03**

Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Perseverancia de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Ho: No existe relación entre la depresión y la dimensión Perseverancia de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

### **Hipótesis específica 04**

Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Ho: No existe relación entre la depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

### **Hipótesis específica 05**

Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Ho: No existe relación entre la depresión y la dimensión Ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

### **3.2. Variables de estudio.**

- Variable 1: Resiliencia
- Variable 2: Depresión



### 3.2.1. Definición conceptual

La resiliencia es una característica del ser humano para afrontar la adversidad que se puede dividir en dos factores y que a su vez se pueden observar en cinco características. (Wagnild y Young ,1993)

### 3.2.2. Definición operacional

Los puntajes obtenidos en los factores de la escala de resiliencia: se realizó con la suma directa de los puntajes y se clasificó de 25 a 175. Los puntajes altos dieron a conocer mayor resiliencia ya que cada ítem fue calificado positivamente.

### 3.2.3. Operacionalizacion de la variable

**Tabla 1.**  
**Operacionalización de las variables**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Resiliencia	La resiliencia es una característica del ser humano para afrontar la adversidad que se puede dividir en dos factores y que a su vez se pueden observar en cinco características. (Wagnild y Young ,1993)	Los puntajes obtenidos en los factores de la escala de resiliencia: se realizará con la suma directa de los puntajes y se clasificará de 25 a 175. Los puntajes altos darán a conocer mayor resiliencia ya que cada ítem es calificado positivamente.	Sentirse bien	Comprensión del significado de la vida y su ciclo
			Confianza en si mismo	Una actitud moderada, tomándose las cosas tranquilamente
			Perseverancia	Son da el significado de liberta y la importancia
			Satisfacción personal	Habilidad para creer en sí mismo.
			Ecuanimidad	Una fuerte persistencia, de logros y autodisciplina
				Nominal

## Variable Depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
<b>Depresión</b>	La depresión para Beck (1976) se debe a un desorden del pensamiento, en el que el depresivo distorsiona la realidad, viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: él mismo, el mundo y el futuro, además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. (Citado por Bartra y Carranza, p. 5, 2013)	Se define operacionalmente como el puntaje obtenido en el Inventario de depresión de Beck, el cual permite clasificar a los sujetos en las siguientes categorías:	Factor I	Nominal
		Depresión mínima: 0 – 13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza,</li> <li>• pesimismo,</li> <li>• sentimiento de fracaso,</li> <li>• sentimiento de culpa,</li> <li>• sentimiento de castigo,</li> <li>• insatisfacción con uno mismo,</li> <li>• autocríticas,</li> <li>• pensamientos o deseos de suicidio,</li> <li>• llanto,</li> <li>• indecisión e</li> <li>• inutilidad</li> </ul>	
		Depresión leve 14 – 19	Factor II	
		Depresión moderada 20 – 28	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida del placer,</li> <li>▪ agitación,</li> <li>▪ pérdida de interés,</li> <li>▪ pérdida de energía,</li> <li>▪ cambios en el patrón del sueño, irritabilidad,</li> <li>▪ cambios en el apetito,</li> <li>▪ dificultad de concentración,</li> <li>▪ cansancio o fatiga y</li> <li>▪ pérdida de interés por el sexo.</li> </ul>	
		Depresión severa 29 – 63		

### 3.3. Tipo y nivel de la investigación

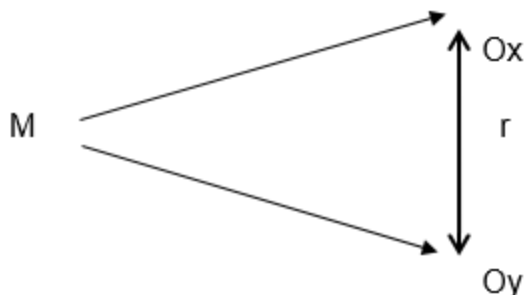
De acuerdo a la finalidad de la investigación, fue aplicada, su interés fue la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y la resolución de problemas prácticos. Es la investigación que se realiza de ordinario en educación, psicología y otras ciencias sociales. (Sánchez y Reyes, 2002)

De acuerdo al alcance, el tipo de investigación fue correlacional porque nos permitió conocer la relación o grado de asociación existentes entre las variables. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### 3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue no experimental- transversal, ya que no existe manipulación intencional de las variables. Además, se busca establecer la relación de las variables medidas en una muestra, en un solo momento y en un tiempo único. Hernández et al (2014).

El diagrama que resume el diseño del estudio es:



Dónde:

**M =** muestra de mujeres con diagnóstico de embarazo que asisten a un establecimiento de ESSALUD- cuzco.

**Ox=** medición de la variable ansiedad

**Oy =** medición de la variable resiliencia

**r =** relación entre las variables resentimiento y resiliencia

### 3.5. Población y muestra de estudio

#### 3.5.1. Población

Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (Hernández et al., 2014, p.174).

La presente investigación tuvo una población de estudio, y muestra de 205 mujeres con un rango de edad entre 18 y 70 años con diagnóstico de embarazo, que se encuentren asistiendo a un Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco.

### **3.5.2. Muestra**

La muestra fue, en esencia, un subgrupo de la población. (Hernández et al., 2014, p.175).

La muestra fue considerada de tipo no probabilística, debido a que se seleccionó según las características específicas de la investigación.

Unidad de análisis:

Una mujer puérpera de un Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco.

### **3.5.3. Muestreo**

Es la técnica para elección de los elementos, para la presente investigación se usó el muestreo no probabilístico intencional, el cual es la “elección de los elementos que no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación” (Hernández et al., 2014, p.176).

La muestra fue obtenida por el procedimiento no probabilístico de tipo intencional adaptada a la política del centro ya mencionado, teniendo acceso a las mujeres puérperas de un Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco.

### **3.5.4. Criterios de selección**

Los criterios de selección de la población para la investigación fueron de tipo inclusión y exclusión

#### **Criterios de inclusión:**

- Mujeres que asistían el día de la evaluación y aceptaron participar.
- Mujeres que tuvieron su ficha médica y/o historia clínica del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco.
- Mujeres pertenecientes al Programa control de embarazo del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco

### **Criterios de exclusión:**

- Mujeres que no asistieron el día de la evaluación y no aceptaron participar.
- Mujeres que no tuvieron su ficha médica y/o historia clínica del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco.
- Mujeres no pertenecientes al Programa Programa control de embarazo del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco

## **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.6.1. Técnicas de recolección de datos**

La técnica utilizada fue la encuesta, ya que es una de las técnicas de recolección de datos más usada, la cual se define como: “Conjunto de preguntas que se preparan con el propósito de obtener algún tipo de información” (Bernal, 2000, p. 194).

En cuanto al método cuantitativo, empleado para la recolección, se utilizó dos tipos de escalamiento, para la primera variable “Depresion” se utilizó el tipo Politómicos, el cual es definido como: “Un conjunto de ítems presentados en forma de afirmación o juicio ante el cual pide la reacción de los participantes, Es decir se presentó cada afirmación y se solicitó al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los dos puntos o categorías de la escala politómica” (Baptista et al., 2010, p. 245). Para la segunda variable “RESILIENCIA”, se manejó el escalamiento de Likert, el cual es definido como “un conjunto de ítems presentados en forma de afirmación o juicio ante el cual pide la reacción de los participantes, Es decir, se presentó cada afirmación y se solicitó al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala de Likert.” (Baptista, et. al. 2010, p. 245.).

Siguiendo la línea del autor, se utilizó como método de recolección de datos la escala de Likert y la escala dicotómica, para las variables Resentimiento y Resiliencia.

### 3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

#### Instrumentos

Para evaluación de las variables de estudio, se utilizó el Inventario de depresión de Beck y la Escala de resiliencia de Wagnild G. y Young H, los que se detallan a continuación:

#### Ficha técnica

**Nombre:** Inventario de Depresión de Beck

**Autor:** Aaron T. Beck

**Año:** 1961

**Adaptación:** 2006 (ultima investigación Dasso, 2011)

**Objetivo:** Medir las manifestaciones conductuales de la Depresión y disponer de una evolución cuantitativa de la intensidad de la Depresión.

**Materiales:** Manual cuadernillo y hoja de aplicación.

**Admin:** individual y colectiva a individuos mayores de 13 años

**Base teórica:** Según la Teoría Cognitiva de Beck, existe una clara explicación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí mismo sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), y las emociones y los sentimientos que experimente.

**Admin:** El inventario de Depresión de Beck, fue elaborado para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado de forma individual, se utilizó una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entregó al paciente y la otra fue leída en voz alta por el evaluador.

Se pidió al entrevistado que indique "Cuál de las declaraciones describe mejor sus sentimientos acerca de cómo se siente en ese instante". En ningún momento debe sugerirse la respuesta y si el entrevistado indica que hay dos afirmaciones que corresponden a la manera como se siente, entonces se debe registrar el número más alto. El puntaje de la Depresión fue la suma de las respuestas que va

desde la A hasta la U. el tiempo de aplicación por lo general es de 5 a 10 minutos y no tienen límite de tiempo necesariamente.

### Calificación e interpretación

- Cada ítem se valoró de 0 -3 puntos en función de la alternativa escogida
- La puntuación total se dio de la sumatoria, cuyo rango fue de 0 a 63.
- Si puntuara más de una alternativa, se elige la de mayor gravedad.
- Niveles de gravedad:

**Tabla 2.**  
*Puntajes por niveles*

Puntaje	Niveles
0 - 10	No hay Depresión
11 - 20	Depresión leve
21 – 30	Depresión moderada
31 – a más	Depresión severa

### Escala de Resiliencia - ER

Esta escala nos permite explorar el nivel de resiliencia de adolescentes y adultos. La prueba considera además cinco dimensiones teóricas específicas: Sentirse bien , Confianzaa en si mismo, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo y Perseverancia

#### Ficha técnica

<b>Nombre:</b>	Escala de Resiliencia – ER
<b>Autores:</b>	Gail M. Walding y Heather M. Young
<b>Aparición:</b>	1993
<b>Procedencia:</b>	Estados Unidos
<b>Adaptabilidad:</b>	Se adaptó por Novella en el 2002 en el año 2016 Castilla

- Usuarios:** Adolescentes y adultos
- Aplicación:** Colectiva (Grupos hasta de 20) pudiéndose aplicar a más adolescentes, con apoyo de un asistente. También se administra individualmente, si el caso así lo requiere.
- Ámbito:** Clínico, educativo, social e investigación.
- Finalidad:** La escala psicométrica sirve para obtener puntajes y categorías del grado de resiliencia.

**Áreas que mide:**

Dentro de la estructura interna del instrumento está dividido en dos factores:

**Factor I:** Comprende a la dimensión Sentirse bien (17 ítems), lo cuales revelan autoconfianza, independencia, ingenio invencibilidad y poderío. Conformado por las dimensiones sentirse bien solo (ítems 5, 3, 19), confianza en sí mismo (ítems 6, 9, 10, 13, 17, 18, 24) y perseverancia (ítems 1, 2, 4, 14, 15, 20, 23)

**Factor II:** Definido como la aceptación de sí mismo y de la vida (8 ítems), los cuales manifiestan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de la vida. Conformado por las dimensiones Satisfacción personal (ítems 16, 21, 22, 25) y ecuanimidad (ítems 7, 8, 11, 12)

La escala psicométrica se subdivide en las siguientes cinco dimensiones:

**Factor I: satisfacción personal**

- Sentirse bien solo
- Confianza en sí mismo
- Perseverancia

**Factor II: aceptación de si mismo**

- Satisfacción personal
- Ecuanimidad

**Baremos:** Para calcular la puntuación total del test, se sumó las respuestas de los ítems, el puntaje varía entre 25 y 175, los puntajes más altos indicaron mayor resiliencia

**Normas de calificación:** Los 25 ítems fueron puntuados en una escala de formato



tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indicaron el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia.

**Duración:** Aproximadamente de 25 a 30 minutos.

### **Validez**

La validez, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. (Hernández et al., 2014, p.200).

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. La validez concurrente se proporciona al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión,  $r = -0.36$ , satisfacción de vida,  $r = 0.59$ ; moral,  $r = 0.54$ ; salud,  $r = 0.50$ ; autoestima,  $r = 0.57$ ; y percepción al estrés,  $r = -0.67$ . (Walding & Young, 1993)

En cuanto a la validez de constructo, se utilizó en la investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí. (Walding & Young, 1993)

En esta investigación se encontró una validez de constructo de 74%, se utilizó en la investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna de la escala, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

### **Confiabilidad**

La confiabilidad, se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objetos produce resultados iguales. (Hernández et al., 2014, p.200).

En los estudios citados por Wagnild y Young de la prueba original se halló por el Alpha de Cronbach, una consistencia interna de 0.94 para toda la escala y de 0,91 para el Factor I de Competencia personal y de 0,81 para el Factor II de

Aceptación de sí mismo y de su vida (Citado por Jaramillo et al., 2005).

También se realizó el estudio de correlaciones ítem-test de oscilación 0,37 y 0,75, con la mayoría variando entre 0,50 y 0,70, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos al nivel del 0,01 ( $p < 0,01$ ) (Wagnild & Young, 1993)

En el Perú, para la adaptabilidad hecha por Novella en el 2002 la prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89. (Novella, 2002)

En el 2004, se hizo una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de Psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 mujeres 15 a 55 años de edad, se obtuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83. (UNMSM, 2004)

En varias investigaciones utilizando esta escala, el alfa de Cronbach para medir consistencia, se obtuvo un puntaje de 0.94 para toda la escala.

En la presente investigación, se reveló una consistencia interna por medio de un alpha de Cronbach de 0.88, y por medio del coeficiente de Spearman-Brown de 0.84, lo cual evidenció que el instrumento es confiable.

La Escala de Resiliencia fue creada por Wagnild & Young en el año de 1993 en Estados Unidos; en el 2016, Castilla et al. realizaron la adaptación peruana con la finalidad de contar con un instrumento válido y confiable a nuestro contexto nacional. La administración de esta escala puede ser colectiva e individual, con una duración de 10 minutos aproximadamente; es aplicable a adolescentes y adultos. La escala de resiliencia puede ser empleada en el ámbito educacional, clínico y en la investigación. Consta de un cuestionario que contiene los ítems y sus alternativas de respuesta. La escala cuenta con 4 factores a medir que son: Confianza y sentirse bien solo, que engloba las preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 18; el factor Perseverancia, con las preguntas 1, 10, 21, 23, 24; el factor de Confianzaa en si mismo con las preguntas 7, 9, 11, 12, 13, 14; y el factor de Aceptación de uno mismo, que incluye a los ítems 19, 20, 22, 25. En cuanto a la calificación se obtiene un puntaje general con rangos de 148 a 175 considerado Alto, de 140 a 147 Medio / Promedio, 127 a 139 Bajo y 25 a 126 Muy Bajo.

### **3.7. Métodos de análisis de datos**

Inicialmente, para el procesamiento de la información se usó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 22. Después, para el análisis de normalidad en la distribución de los datos se utilizó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov.

Finalmente, para la prueba de hipótesis, se usó la prueba estadística de coeficiente de correlación de Pearson, a fin de correlacionar los puntajes promedios de ambas variables del estudio.

### **3.8. Aspectos éticos**

Para la ejecución de la presente investigación, se tuvo presente la Ética del Ejercicio Profesional, desde su punto de vista especulativo con los principios fundamentales de la moral individual y social; y el punto de vista práctico a través de normas y reglas de conducta para satisfacer el bien común, con juicio de valor que se atribuye a las cosas por su fin existencial y a las personas por su naturaleza racional, prioridad de acuerdo a los principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, basados en la Declaración de principios éticos y deontológicos del Colegio de Psicólogos del Perú:

Se respetó la dignidad del ser humano con el compromiso a preservar y proteger los derechos humanos. Buscando aumentar el conocimiento del comportamiento humano y la comprensión que poseen las personas sobre ellos mismos y sobre otros, con miras a contribuir al bienestar de la humanidad.

Se tuvo presente la privacidad e integridad de aquellos que requieren el servicios y de los que aceptan participar en proyectos de investigación psicológica. Son conscientes de la responsabilidad inherente al ejercicio profesional con seres humanos y, por lo tanto, aceptan los deberes de ser competentes y objetivos en la aplicación de sus conocimientos científicos.

El Código de Ética y Deontología Profesional del Psicólogo Peruano contiene de 19 capítulos y 120 artículos que deben ser acatados y cumplidos durante la profesión, debiéndose tener en cuenta el consentimiento informado de cada participante.

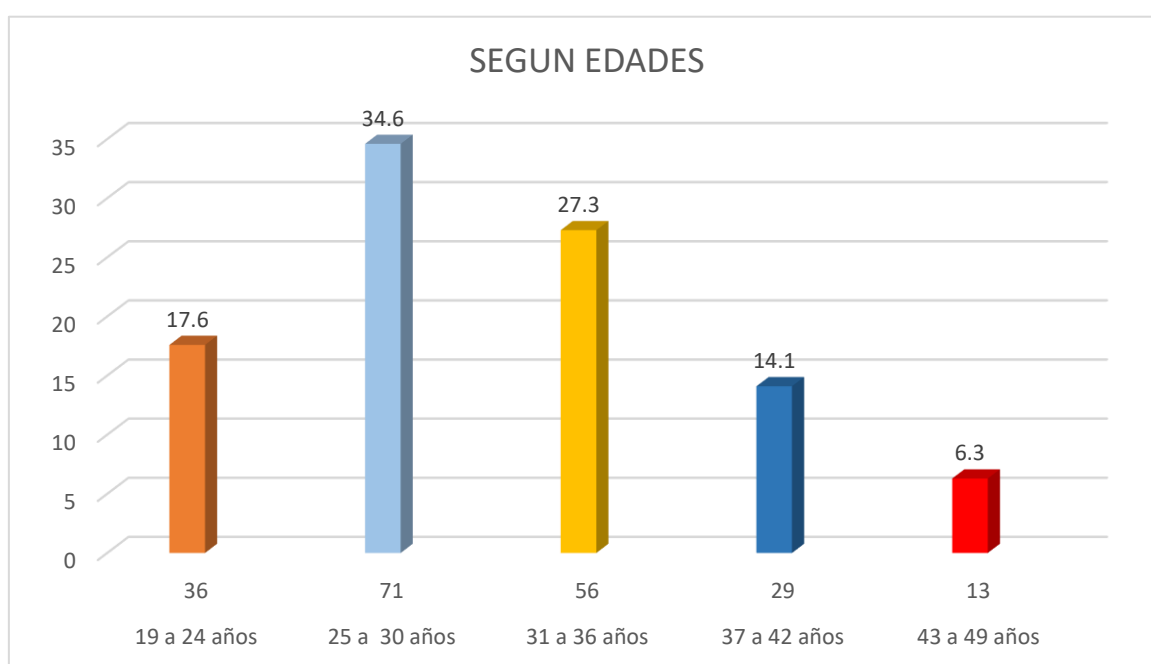
## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis de resultados a nivel descriptivo.

**Tabla 3.**

*Distribución según edad*

		edad_rec1			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	19 a 24 años	36	17,6	17,6	17,6
	25 a 30 años	71	34,6	34,6	52,2
	31 a 36 años	56	27,3	27,3	79,5
	37 a 42 años	29	14,1	14,1	93,7
	43 a 49 años	13	6,3	6,3	100,0
	Total	205	100,0	100,0	



**Figura 1.** Distribución según edades

En la tabla 1 y figura 1, se observa que el 34,6% de las mujeres tuvo entre 25 a 30 años, 27,3% tuvo entre 31 a 35 años, el 76% tuvo entre 19 a 24 años, el 14,1% tuvo entre 37 a 42 años y el 6,3% tuvo entre 43 a 49 años. Esto indica que hubo un predominio de mujeres puérperas entre los 25 a 30 años.

## 4.2. Resultados a nivel inferencial

Se realizó un análisis inferencial con la finalidad de poder determinar que prueba estadística era adecuada para realizar la confirmación de las hipótesis planteadas de las variables depresión y asertividad.

### Pruebas de normalidad

**Tabla 4.**

*Prueba de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) o contraste de normalidad*

#### Pruebas de normalidad test depresión

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
1. Tristeza	,266	200	,000	,784	200	,000
2. Pesimismo	,256	200	,000	,794	200	,000
3. Sentimientos de fracaso	,300	200	,000	,774	200	,000
4. Pérdida de placer	,267	200	,000	,791	200	,000
5. Sentimiento de culpa	,305	200	,000	,763	200	,000
6. Sentimiento de castigo	,285	200	,000	,757	200	,000
7. Insatisfacción con uno mismo	,263	200	,000	,778	200	,000
8. Autocrítica	,277	200	,000	,782	200	,000
9. Pensamientos o deseos de suicidio	,300	200	,000	,746	200	,000
10. Llanto	,255	200	,000	,797	200	,000
11. Agitación	,274	200	,000	,778	200	,000
12. Pérdida de interés	,289	200	,000	,755	200	,000
13. Indecisión	,301	200	,000	,761	200	,000
14. Inutilidad	,306	200	,000	,771	200	,000
15. Pérdida de energía	,293	200	,000	,758	200	,000
16. Cambios en el patrón de sueño	,338	200	,000	,701	200	,000
17. Irritabilidad	,331	200	,000	,725	200	,000
18. Cambios en el apetito	,324	200	,000	,732	200	,000
19. Dificultad de concentración	,367	200	,000	,705	200	,000
20. Cansancio o fatiga	,295	200	,000	,753	200	,000
21. Pérdida de Interés por el sexo	,325	200	,000	,738	200	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

**Tabla 5.***Prueba de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) o contraste de normalidad***Pruebas de normalidad test Resiliencia**

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Res 1	,293	205	,000	,844	205	,000
Res 2	,243	205	,000	,853	205	,000
Res 3	,249	205	,000	,855	205	,000
Res 4	,248	205	,000	,858	205	,000
Res 5	,248	205	,000	,858	205	,000
Res 6	,234	205	,000	,863	205	,000
Res 7	,231	205	,000	,861	205	,000
Res 8	,240	205	,000	,858	205	,000
Res 9	,234	205	,000	,868	205	,000
Res 10	,256	205	,000	,850	205	,000
Res 11	,229	205	,000	,874	205	,000
Res 12	,240	205	,000	,864	205	,000
Res 13	,236	205	,000	,866	205	,000
Res 14	,232	205	,000	,871	205	,000
Res 15	,225	205	,000	,872	205	,000
Res 16	,238	205	,000	,861	205	,000
Res 17	,246	205	,000	,857	205	,000
Res 18	,280	205	,000	,841	205	,000
Res 19	,260	205	,000	,851	205	,000
Res 20	,268	205	,000	,860	205	,000
Res 21	,258	205	,000	,853	205	,000
Res 22	,238	205	,000	,848	205	,000
Res 23	,265	205	,000	,865	205	,000
Res 24	,242	205	,000	,860	205	,000
Res 25	,265	205	,000	,856	205	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 2 y 3, se observa que al realizar el análisis de las variables de estudio se encontraron valores p (sig.0.000) para depresión, lo cual no se ajusta a la distribución no normal. Por otro lado, para la variable resiliencia se encontró un p valor (sig.) menor a 0.05, lo cual indica que se ajusta a la distribución anormal, en cuanto a sus dimensiones se halló valores menores al (sig. 0.05), lo cual fue no paramétrica.

Por lo tanto, para realizar la prueba de hipótesis se utilizó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman, a fin de identificar el tipo y grado de relación que existe entre ambas variables de estudios y sus respectivas dimensiones teóricas.

#### 4.2.1. Validez y confiabilidad para ambas variables

**Tabla 6.**  
*Confiabilidad del instrumento*

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		N	%
Casos	Válido	200	97,6
	Excluido <sup>a</sup>	5	2,4
	Total	205	100,0

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

#### Depresión

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,956	21

#### Test de resiliencia

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,981	25

En ambos casos, la fiabilidad resultó ser muy buena.

**Tabla 7.**  
*Validez por juicio de expertos*

N°	Nombres y Apellidos	Especialidad	Coefficiente de validez
1	Experto 1	Doctor en Psicología	1.0
2	Experto 2	Doctor en Psicología	1.0
3	Experto 3	Doctor en Psicología	1.0

Para la valoración de la validez de contenido a través de juicio de expertos, se afirma que hubo una lata validez.

En cuanto al análisis factorial se puede decir que:

### Test de depresión

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,958
Prueba de esfericidad de Bartlett Aprox. Chi-cuadrado	2662,482
gl	210
Sig.	,000

### Test de resiliencia

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,971
Prueba de esfericidad de Aprox. Chi-cuadrado	5644,590
Bartlett	300
gl	300
Sig.	,000

En ambos casos, se observa un buen indicador de validez por el análisis factorial

## 4.3. Contrastación de Hipótesis

### 4.3.1. Hipótesis general

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.



Intervalo de confianza 95 %  
 Nivel de significancia 0.05  
 Prueba estadística de Rho de Spearman

**Tabla 8.**  
*Correlación no paramétrica entre Depresión y Resiliencia.*

<b>Correlaciones</b>				
			TOTAL_DEPRESION	TOTAL_RESIL
Rho	de TOTAL_DEPRESION	Coeficiente de correlación	1,000	-,395**
Spearman		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	205	205

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

En la tabla 4, en el análisis muestra, se encontró un valor de p (Sig.=,000), que es menor a 0.05; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que hubo correlación entre la Depresión y Resiliencia. Donde se observa una relación de Rho (-,395<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas alcanzaron niveles mayores de Depresión y presentaron menores niveles en Resiliencia.

#### **4.3.2. Hipótesis específicas**

##### **4.3.2.1. Hipótesis específica 1:**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la dimensión Sentirse bien de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la dimensión Sentirse bien de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Intervalo de confianza 95 %  
 Nivel de significancia 0.05  
 Prueba estadística de Rho de Spearman

**Tabla 9.**  
*Correlación entre el Depresión y la dimensión Sentirse bien*

		<b>Correlaciones</b>		
			TOTAL_DEPR ESION	D1_SENT_BIE N
Rho	de TOTAL_DEPRESION	Coeficiente de correlación	1,000	-,414**
Spearman		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	205	205

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

La tabla 9. Se observa que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) fue menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que hubo correlación entre el Depresión y la dimensión sentirse bien. Donde se observa una relación de Rho (-,414<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado medio, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión sentirse bien.

#### **4.3.2.2. Hipótesis específica 2:**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Intervalo de confianza 95 %

Nivel de significancia 0.05

Prueba estadística de Rho de Spearman

**Tabla 10.***Correlación entre el Depresión y la dimensión Confianza en sí mismo*

		<b>Correlaciones</b>		
			TOTAL_DEPR ESION	D2_CONF MISMO
Rho	de TOTAL_DEPRESION	Coeficiente de correlación	1,000	-,368**
Spearman		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	205	205

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

En la tabla 10, se observa que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) es menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que hubo correlación entre el Depresión y la dimensión Confianza en sí mismo. Donde se observa una relación de Rho (-,368\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión Confianza en sí mismo.

#### **4.3.2.3. Hipótesis específica 3:**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la dimensión Perseverancia solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la dimensión perseverancia solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Intervalo de confianza 95 %

Nivel de significancia 0.05

Prueba estadística de Rho de Spearman

**Tabla 11.***Correlación entre el Depresión y la Dimensión perseverancia*

<b>Correlaciones</b>				
			TOTAL_DEPR ESION	D3_PERSEV
Rho	de TOTAL_DEPRESI	Coefficiente de correlación	1,000	-,397**
Spearman	ON	Sig. (bilateral)	.	,000
		N	205	205

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

En la tabla 11, se observa que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) es menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que hubo correlación entre Depresión y la dimensión perseverancia. Donde se observa una relación de Rho (-,397\*\*), siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que obtuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles la dimensión perseverancia.

#### **4.3.2.4. Hipótesis específica 4:**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Intervalo de confianza 95 %

Nivel de significancia 0.05

Prueba estadística de Rho de Spearman

**Tabla 12.***Correlación entre el Depresión y la dimensión satisfacción personal*

		<b>Correlaciones</b>		
			TOTAL_DEPR ESION	D4_SATISF_ PERS
Rho	de TOTAL_DEPRESION	Coeficiente de correlación	1,000	-,351**
Spearman		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	205	205

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

En la tabla 12, se observa que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) es menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión satisfacción personal. Donde se observa una relación de Rho (-,351\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres púerperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión satisfacción personal.

#### **4.3.2.5. Hipótesis específica 5:**

**Hi:** Existe relación entre la depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes púerperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

**Ho:** No existe relación entre la depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes púerperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Intervalo de confianza 95 %

Nivel de significancia 0.05

Prueba estadística de Rho de Spearman

**Tabla 13.***Correlación entre el Depresión y la dimensión confianza en sí mismo*

<b>Correlaciones</b>				
			TOTAL_DEPR ESION	D5_ECUANIMI DAD
Rho	de TOTAL_DEPRESION	Coeficiente de correlación	1,000	-,393**
Spearman		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	205	205

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

En la tabla 13, se observa que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) es menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que hubo correlación entre el Depresión y la dimensión ecuanimidad. Se observa una relación de Rho (-,130<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión ecuanimidad.

## V. DISCUSIÓN

### 5.1. Análisis de discusión de resultados

El presente estudio tuvo como objetivo general establecer la relación entre Depresión y Resiliencia en pacientes puérperas del hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020. Enseguida, se discute los principales hallazgos, comparándolos con los antecedentes nacionales e internacionales citados y analizados de acuerdo a la teoría vigente que sostiene el tema de investigación.

En ese sentido, para la Hipótesis general, se halló que existe un valor de  $p$  (Sig.=,000), que es menor a 0.05; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre la Depresión y Resiliencia. Se observa una relación de Rho (-,395\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que alcanzaron niveles mayores de Depresión presentaron menores niveles en Resiliencia.

Ante los hallazgos mencionados, existe concordancia con el sustento teórico de Delgado (2019) quien refiere que la depresión posparto es un trastorno o episodio depresivo que se inicia posterior al parto y puede mantenerse durante el puerperio, o inclusive puede permanecer después de este. Su trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre factores sociales y obstétricos, y el riesgo de depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Cajamarca en el año 2018. El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 294 puérperas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos elaborado por la autora y la escala de depresión post parto de Edimburgo (EDPE). Los resultados muestran que la mayoría de las puérperas pertenecieron al grupo etáreo de 30 a 34 años de edad, con estudio superior universitario, convivientes y amas de casa. No se encontró asociación significativa entre los factores sociales y el riesgo de depresión post parto; el tipo de parto fue el único factor obstétrico que presentó asociación significativa al riesgo de depresión post parto, según  $p = 0,009$ . Se concluye que

los factores sociales y factores obstétricos no están asociados al riesgo de depresión post parto. Según APA (2019), la depresión es “un estado afectivo negativo, que va desde la infelicidad y el descontento hasta un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desánimo, que interfiere con la vida diaria. Varios cambios físicos, cognitivos y sociales también tienden a coexistir, incluyendo hábitos alimenticios o de sueño alterados, falta de energía o motivación, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y retirarse de las actividades sociales. Es sintomático de una serie de trastornos de salud mental”.

A nivel específico, al contrastar la hipótesis 01 que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) es menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión sentirse bien. Se observa una relación de Rho (-,414\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado medio, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión sentirse bien. Silvera (2018) determinó cuáles son los factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de baja complejidad Vitarte. Fue un trabajo descriptivo, observacional y transversal, y se tomó de muestra 292 puérperas, además se usó la escala de depresión posparto de Edimburgo y con respecto a la identificación de los factores de riesgo se realizó una encuesta, validada por juicios de expertos. Para procesar, tabular los datos de frecuencia y armar los gráficos se usó el SPSS 24.0 y Excel 10.0. Se halló que en las puérperas estudiadas el 32,87% presentó depresión posparto, con respecto a los factores sociodemográficos, ama de casa (62,5%), no contó con apoyo emocional de su pareja (54,2%), convivientes (52,1%), y con respecto los factores obstétricos-perinatales, parto abdominal (cesárea) 68,8%, primípara (67,7%). En conclusión, los principales factores de riesgo para depresión posnatal fueron: ser conviviente, ama de casa, el solo presentar estudios secundarios y el ser cesareada. Para Del Barrio y Carrasco (2013), es un “estado de ánimo caracterizado fundamentalmente por la presencia de la tristeza y por ausencia del disfrute de la vida” (p. 19). La depresión infantil y adolescente siguen la misma línea a pesar de que muchos consideran que la depresión es cosa de adultos o que este se halle marcado por factores cognitivos principalmente.



Respecto a la hipótesis específica 02, propuesta por la investigación, se observa que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) es menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión Confianza en sí mismo. Se observa una relación de Rho (-,368\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Esto indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión Confianza en sí mismo. Llano (2018) hizo una investigación con el objetivo de describir los determinantes asociados a la resiliencia en adolescentes puérperas del Hospital Manuel Nuñez Butron de Puno. Esta fue de tipo descriptiva y analítica, transversal, muestra 45. Se halló que las determinantes asociadas con la resiliencia en adolescentes puérperas, fueron la edad 77,78% de 17 años, estado civil 75,56% solteras, tipo de familia 46,67% ampliada, motivo de embarazo 86,67% aparentemente fue una relación consentida, la reacción de la familia ante el embarazo 60% de maltrato, reacción de la pareja ante el embarazo 66,67% al inicio le agradó pero luego cambio de opinión, 80% no fue planificado el embarazo, 66,67% los padres son adolescentes, 51,11% algún familiar cercano tuvo embarazo en la adolescencia, 82,22% dependían de los padres, condición económica 84,44% desfavorable, 57,78% secundaria incompleta, 84,44% consumían alcohol eventualmente, 68,89% a veces tuvo intento de suicidio, primer control prenatal 66,67% en el segundo trimestre, nivel de hemoglobina 68,89% de 7 a 9,9 g/dl anemia moderada, 60% infección urinaria del embarazo, 53,33% parto distócico, edad gestacional 66,67% a término, Apgar del recién nacido 55,56% menor a 7, todos con un nivel de significancia de  $P < 0,05$  son significativos, la resiliencia en adolescentes puérperas 40% media, 40% medial alta, 15,56% baja, 4,44% alta. En resumen, las determinantes sociales, económicas y culturales estuvieron asociadas a la resiliencia en adolescentes puérperas del Hospital Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno. La Organización Mundial de la Salud (2020) señala que la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por manifestaciones de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Esta puede hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la

capacidad para afrontar la vida diaria. La forma más grave puede llevar al suicidio. Si es leve, puede tratarse sin medicamentos, pero si es de carácter moderado o grave puede necesitarse medicación y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

En cuanto a la hipótesis específica 03, planteada en la investigación, Se observa que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) fue menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión perseverancia. Se observa una relación de Rho (-,397\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres púerperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles la dimensión perseverancia. Clark y Watson (1991) propusieron un modelo tripartito de ansiedad/depresión: a. Afecto negativo (es común a la ansiedad y depresión), b. Hiperactivación fisiológica (específico de la ansiedad) y c. Anhedonia o disminución del afecto positivo (específico de la depresión). Ante ello Reynolds (1989) señala que la depresión es un estado emocional negativo que causa diferentes trastornos: en el humor, en la alimentación, el sueño, en la concentración; así mismo, produce irritabilidad, aislamiento, disminución y fatiga en las actividades, pero hay quienes creen que es algo normal en el comportamiento de todo adolescente. También, afirma que en múltiples ocasiones pasamos por alto las manifestaciones de depresión que los adolescentes presentan o se toman como síntomas de otros problemas

En cuanto a la hipótesis específica 04, se puede determinar que la significancia obtenida en esta relación (Sig.= .000) fue menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión satisfacción personal. Se observa una relación de Rho (-,351\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres púerperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión satisfacción personal. Roque hizo una investigación con el objetivo de establecer la relación entre la resiliencia y depresión en mujeres púerperas de

una institución educativa estatal de Chiclayo. Se usó el método de carácter no experimental transversal de tipo descriptivo-correlacional, y se basó en las teorías de Prado y Del Águila, Kovacs. Los instrumentos de medición de las variables de estudio utilizados fueron: La Escala de Resiliencia para Adolescentes (ERA) y así como también se dio uso del Inventario de Depresión infantil (CDI), con el fin de recopilar datos vinculados con el nivel de depresión en la población a evaluar; cuyo total fue de 276 mujeres puerperas de secundaria. Se halló que no hubo relación entre ambas variables y que trabajan de manera independiente. Por ello, Friedman y Thase (como se citó en Vásquez, Muñoz, Becoña, 2000) refieren que la depresión se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central, entre ellos: catecolaminas, noradrenalina, dopamina, indolamina, serotonina y acetilcolina; por lo tanto, de acuerdo a esta teoría la depresión se origina por un desequilibrio en los neurotransmisores. De manera científica, se ha demostrado que, cuando la persona se deprime sufre un desequilibrio y al momento de tomar la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y el estado de ánimo cambia.

En cuanto a la hipótesis específica 05, se puede determinar que la significancia obtenida en esta relación ( $\text{Sig.} = .000$ ) fue menor al valor teórico esperado  $p < 0.05$ ; por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula y se afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión ecuanimidad. Se observa una relación de Rho ( $-,130^{**}$ ) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo, según Guillén (2016). Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que tuvieron mayores niveles de Depresión, presentaron menores niveles de la dimensión confianza en sí mismo. Bracamonte y Díaz (2015) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, para ello se aplicaron dos instrumentos de evaluación: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El estudio fue un diseño no experimental de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al servicio de oncología de un hospital para recibir tratamiento. Se obtuvo como resultado que hubo correlación negativa entre ambas variables; es decir, a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las

experiencias adversas. Rhem (1981) refiere que la persona depresiva presenta déficits de autocontrol asociados a los elementos básicos de auto observación, autoevaluación y auto refuerzo. De este modo, el autor explica que la persona deprimida presta mayor atención a los sucesos negativos. Este modelo propuesto por Rhem acepta la importancia del pensamiento como un factor que contribuye a la depresión, y observa como el movimiento socio ambiental refuerza el mantenimiento de la conducta. Por lo tanto, la depresión estaría en función del grado de estrés y de la habilidad de autocontrol que el sujeto tenga para combatirlo.

## VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se concluye lo siguiente:

- Primera.** Se afirma que existe correlación entre la Depresión y Resiliencia. Donde se observa una relación de Rho (-,395<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo. Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que poseen niveles mayores de Depresión, presentan menores niveles en Resiliencia.
- Segunda.** Se puede afirmar que existe correlación entre el Depresión y la dimensión sentirse bien. Donde se observa una relación de Rho (-,414<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado medio. Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que poseen mayores niveles de Depresión, presentan menores niveles de la dimensión sentirse bien solo.
- Tercera.** Que existe correlación entre el Depresión y la dimensión Confianza en sí mismo. Donde se observa una relación de Rho (-,368<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo. Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que poseen mayores niveles de Depresión, presentan menores niveles de la dimensión Confianza en sí mismo.
- Cuarta.** Se puede afirmar que existe correlación entre el Depresión y la dimensión perseverancia. Donde se observa una relación de Rho (-,397<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo. Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que poseen mayores niveles de Depresión, presentan menores niveles en la dimensión perseverancia.
- Quinta.** Afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión satisfacción personal. Donde se observa una relación de Rho (-,351<sup>\*\*</sup>) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo. Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que poseen mayores niveles de Depresión, presentan menores niveles de la

dimensión satisfacción personal.

**Sexta.** Afirma que existe correlación entre el Depresión y la dimensión confianza en sí mismo. Donde se observa una relación de Rho (-,130\*\*) siendo esta relación de tipo negativa y de grado bajo. Lo cual indica que, en términos generales, aquellas mujeres puérperas que poseen mayores niveles de Depresión, presentan menores niveles de la dimensión ecuanimidad..

## VII. RECOMENDACIONES

- Primera.** Al Hospital ESSALUD Adolfo Guevara Velazco- Cusco, se deba de implementar talleres de capacitación y orientación, dirigidos al personal de salud para que las usuarias puérperas disfruten de una cálida atención con respecto al servicio de ginecoobstetricia y neonatología.
- Segunda.** Es necesario que en el Hospital ESSALUD Adolfo Guevara Velazco- Cusco, se aplique orientación en psicología a pacientes puérperas antes y después del parto para que ellas puedan asimilar su rol de maternidad y lactancia con sus recién nacidos sin ningún inconveniente.
- Tercera.** Establecer una relación entre usuarias puérperas y personal de salud, con el fin de generar confianza, seguridad y reciprocidad en el tiempo de atención. Para de este modo, lograr que los profesionales en salud y todos los funcionarios del sector hospitalario puedan influir en la mejora de la calidad de atención, y desde sus responsabilidades impulsen estas acciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M y Cárdenas, V. (2012). El embarazo en adolescentes y Factores socioculturales. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745496006.pdf>
- Alva, M. (2016). Resiliencia en mujeres embarazadas. Recuperado de <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/145>
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima. Editorial: Universidad Ricardo Palma.
- American Psychological Association. (2019). *APA. Diccionario conciso de psicología*. Manual moderno. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=GIX7CAAQBAJ&pg=PT1470&dq=diccionario+de+psicologia+temperamento&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj\\_vfuiO\\_MAhXD1x4KHaObCPsQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=GIX7CAAQBAJ&pg=PT1470&dq=diccionario+de+psicologia+temperamento&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj_vfuiO_MAhXD1x4KHaObCPsQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=false)
- American Psychological Association. (2016). El camino a la resiliencia. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Arranz, P., Bayés, R., Masallo, M. & Amer, G. (1993). Evaluación neuropsicológica en pacientes seropositivo al VIH/SIDA. *Archivos de Neurobiología*. 56(5), 260 – 267.
- Aumala Y Vergara (2016) : Estudio observacional analítico de asociación, realizado en madres que se encuentren entre las 12 y 24 horas del puerperio inmediato atendidas en el Hospital San Francisco de Quito y Centro de Salud de Conocoto.<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13969/TEISIS%20DEPRESI%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20FAMILIAR%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bates, J. E., y Wachs, T. D. (1994). *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barocio, R. (2005). *Los temperamentos en las relaciones humanas: base del crecimiento y desarrollo personal* (3ª ed.). México: Editorial Pax.



- Bedón, Y. (2013). Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral. *PSIQUEMAG*, *II*(1), 51-63. Recuperado de <http://www.ucvlima.edu.pe/psiquemag/index.html>
- Bennett, R., Mellon, F., Foidl, N., Pratt, J., Dupont, S., Perkins, L. & Kroon, P. A. (2003) Profiling glucosinolates and phenolics in vegetative and reproductive tissues of the multi-purpose trees *Moringa oleífera* L. (Horseradish tree) and *Moringa stenopetala* L. *J. Agric. Food Chem*, *51*, 12, 3546–3553. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1021/jf0211480>
- Bustamante (2019), “Trauma y Salud Física en Mujeres Gestantes: Examinando el Rol del Estrés Post Traumático, la Depresión, la Resiliencia y el Apoyo Social” file:///C:/Users/User/Downloads/MANUSCRITO%20TESIS%20II-MARIELA%20BUSTAMANTE.pdf
- Buss, A. y Plomin, R. (1975). *El desarrollo de la personalidad: una perspectiva temperamental*. Madrid, España: Editorial Manova.
- Bracamonte, A. y Díaz, D. (2015). Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013 (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/672/1/TL\\_BracamonteAlejandraAna\\_DiazNizamaDiana.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/672/1/TL_BracamonteAlejandraAna_DiazNizamaDiana.pdf)
- Benvenuto, H. I. (2015) Resiliencia en madres adolescentes institucionalizadas en dos programadas de acogida recuperado de <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/621881>
- Costa, P., y McCrae, R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Clark y Watson (1991) El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *36*(2), 289-304.

- Cloninger, C., Svarakic, D., y Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *General Psychiatry*, 975 - 990.
- Cloninger, S. (2013). *Teorías de la personalidad* (3ª ed.). México: Pearson Educación S.A.
- Claudia, W., Rubén, A. y Marcelo, W. (2010) Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65–74.
- Climent, G. (2009) Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/269/26912284009.pdf>
- en la adolescencia y los estilos parentales educativos Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma. Neuronas y afecto: la conquista del bienestar*. Barcelona, España: Editorial: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2005) *El amor que nos cura*. Barcelona, España. Editorial: Gedisa.
- Delgado A, S. (2019) Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital ii Essalud – Cajamarca, 2018. <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2868/SEIRY%20JESUS%20DELGADO%20ABAD-TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- D'Alessio, L. (2009). *Mecanismo neurobiológico de la resiliencia*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid, España: Síntesis.
- Diccionario Terminológico De Ciencia Medicas (1988) recuperado de: <https://axon.es/ficha/libros/9788445800959/diccionario-terminologico-de-ciencias-medicas>
- Domingo, E., Yuste, E., Pariente, N., Sierra, S., Gutiérrez, M., & Menéndez, L. (2001). Virus Population Dynamics, Fitness Variations and the control of viral disease. *Progress in drug Research*. 57 -77
- Echeburúa, E. (2003). *Personalidades violentas*. Madrid, España: Editorial Pirámide.

- Escobar, J. (2015). *La resiliencia y su relación con la adherencia al Tratamiento en usuarios con VIH de la Unidad de Atención integral PVV del Hospital Enrique Garcés* (Informe final del trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica). Universidad Central del Ecuador, Carrera de Psicología Clínica, Quito.
- Eysenck, H. (1954). *Inventario de personalidad de Eysenck – forma B para adultos*. Inglaterra.
- Eysenck, H. (1971). *Estudios científicos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Paidós.
- Eysenck, H. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona, España: Editorial Fontanella.
- Eysenck, H. y Eysenck, M. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Eysenck, H. (1992). Four ways five factors are not basic *Personality and Individual Differences*, 13, 667–673.
- Faisal, A., Tedesco, J., Kahhale, S., Menezes, P. and Zugaib, M. (2004). Postpartum Depresión posparto: en relación a los eventos de la vida y los patrones de Depresion. *Arch Womens Ment Health*, 7, 123–131. DOI 10.1007/s00737-003-0038-0
- Fernandes, L. (2014). *Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/SIDA: diferencia entre infectados y no infectados por el VIH*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/35179/1/24460874.pdf>
- Flores, J. (2018). *Resiliencia, depresión y agresividad en mujeres puerperas del %to año de educación secundaria, 2017-Rímac* (Tesis de Doctorado en Psicología). Escuela de Posgrado, Universidad César Vallejo, Lima, Perú
- Forés, A., y Grandé, J. (2012). *La resiliencia en entornos socioeducativos*. Madrid: Narcea S.A. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=rplPlxouciAC&pg=PA20&dq=la+resiliencia+etimologia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiX87Xv0N3MAhXNzCYKHdF\\_Cm4Q6AEIRTAf#v=onepage&q=la%20resiliencia%20etimologia&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=rplPlxouciAC&pg=PA20&dq=la+resiliencia+etimologia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiX87Xv0N3MAhXNzCYKHdF_Cm4Q6AEIRTAf#v=onepage&q=la%20resiliencia%20etimologia&f=false)
- Gatell, A. (2007). *Guía práctica del SIDA*. Barcelona: Elsevier Masson.

- García, M., y Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, XI(1), 63-77. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a04>
- Goldsmith, H., Buss, A., & Lemery, S. (1997). Toddler and childhood temperament: Expanded content, stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment. *Developmental Psychology*, 33, 891–905.
- Grotberg, E. (1996a). *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. USA: Fundación Bernard Van Leer.
- Grotberg, E. (1996b). *Promoviendo la Resiliencia en Niños: reflexiones y estrategias*. Santiago de Chile: CEANIM.
- Glaser, R. et. al. (1985). Stress-related impairments in cellular immunity. *Psychiatry Research*, 16.
- Glaser, R. et. al. (1987) Stress-Related Immune Suppression: Health Implications. *Brain, Behavior, and Immunity*, Vol. 1.r
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Heise, L., Ellsberg, M. y Gottmoeller, M. (1999). Ending Violence Against Women. *Highlights*, 27(4). Recuperado de <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/3/2012/10/Population-Reports-Ending-Violence-Against-Women.-Volume-XXVII-Johns-Hopkins-1999.pdf>
- Hops, H., Sherman, L. y Biglan, A. (1990) Adolescent Responses to Depressive Parental Behaviors in Problem-Solving Interactions: Implications for Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 451–465.
- INEI, ENDES, (2015) Síntesis Estadística 2016 Statistical Summary 2016, recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1391/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1391/libro.pdf)
- Lahaye, T. (1987). *Manual del temperamento: descubra su potencial*. Bogotá, Colombia: Editorial Unilit.
- Lamas, H. (2002). Educar para la competencia personal. *Palabra de Maestro*, 44-47.

- Loredo, Vargas, Casas, Gonzáles y Gutiérrez (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750722016>
- Luna, M., Salinas, J. y Luna, A. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 310–314.
- Llano (2018) Determinantes asociados a la resiliencia en adolescentes Puerperas del Hospital Manuel Nuñez Butron de Puno, Octubre a Diciembre del 2017.
- Lara, M.A., Navarrete, L. y Nieto, L. (2016). Predictores de depresión posparto (DPP) y síntomas depresivos posparto en madres mexicanas: un estudio longitudinal. *Arch Womens Ment Health*, 19, 825-834. DOI 10.1007/s00737-016-0623-7
- Lilienfeld, O., Lynn, S., Namy, L., y Woolf, N. (2011). *Psicología, una introducción*. Madrid, España: Pearson educación.
- López, J., Sánchez, M., Sotelo, E., y Rodríguez, M. (1994). Terapia cognitivo conductual en la depresión: Un modelo de competencia. Recuperado de <http://www.telefonica.net/web2/lopez-villalobos/publicaciones/DEPRESIO.pdf>
- Llobet, V. (2008). La promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión, herramientas para la transformación. Buenos Aires, Argentina: Novedades Educativas.
- Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J., Gutiérrez-Leyva, C. J. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seg Soc*, 55(2), 223-229. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71939>
- Luckhurst, A. (1992). Mental Health, HIV and AIDS: A review of the literature. *Australian Health Review*, 15(1) 76-84.
- Luna, M., Salinas, J. y Luna, A. (2019). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 310–314.

- Madariaga (2014) Estrés post-traumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados. *Investigación & Desarrollo*.
- Martínez, E. (2001). *Toxicidad de los tratamientos a largo plazo*. Barcelona, España: Permanyer.
- Mané, A., Sánchez, V., Gutiérrez, F., Rousaud, A. y Blanch, J. (2005) Supervivencia de pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en relación al estado emocional. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 32(4), 184-186.
- Marín, D., Carmona, F. y Peñacoba, C. (2014). Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas. *Anales de Psicología*, 30(3), 908-915. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3153101>
- Malheiro, M. y Carvalho, L. (2013). Resiliencia y adaptación a la maternidad en el posparto. *Revista de Enfermagem*, 3(11), 77-84. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12136>
- Ministerio de Salud. (13 de Mayo de 2016). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Recuperado de: [http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle\\_indbsc.asp?lcind=18&lcobj=4&lcp er=1&lcfreg=15/4/2016](http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=18&lcobj=4&lcp er=1&lcfreg=15/4/2016)
- Musitu, G. y Cava, J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818034005.pdf>
- Morris, C., y Maisto, A. (2011). *Psicología de la salud* (13ª ed.). México: Pearson Educación.
- Morrison, V., y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Morrison A, Ellsberg M y Bott S. (2004). Addressing gender based violence in the Latin American and Caribbean regions: a critical review of interventions. World bank Policy Research paper 34 – 38
- Navarrete, L., Nieto, L., Lara, M.A. y Lara, M.D. (2019). Sensibilidad y especificidad de las tres preguntas de Whooley y Arroll para detectar depresión perinatal en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mexicana*, 61, 27-34. <https://doi.org/10.21149/9083>

- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. (4ª ed.). Bogotá: Ediciones de la U.
- Núñez, J y Carbajal, H. (2004). *Violencia intrafamiliar: abordaje integral a víctimas*. Sucre, Bolivia: Túpac Katari.
- Navarrete, L., Nieto, L., Lara, M. A. y Lara, M. D. (2019). Sensibilidad y especificidad en el Puerperio. Santa Fe.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Salud mental: depresión. [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- Reynolds, G. (1989). *Adaptación de la Escala de Depresión Reynolds para mujeres en una muestra puertorriqueña*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4896097>
- Rhem, L. (1981). *Terapia cognitivo conductual en la depresión. Un modelo de competencia*. Recuperado de <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2018/05/DEPRESION-TERAPIA-COGNITIVA.pdf>
- Richardson, J. (2011). *Personal Learning Networks: Using the Power of Connections to Transform Education*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/264855436\\_Personal\\_Learning\\_Networks\\_Using\\_the\\_Power\\_of\\_Connections\\_to\\_Transform\\_Education/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/264855436_Personal_Learning_Networks_Using_the_Power_of_Connections_to_Transform_Education/citation/download)
- Rice (1997). desarrollo humano y aprendizaje: prácticas de crianza de las madres jefas de hogar. Extraído de: <Downloads/9210-Texto%20del%20artículo-37252-1-10-20150115.pdf>
- Rodríguez, A., Ramos, E., Ros, A., y Fernández, I. (2015). Implicación escolar de estudiantes de secundaria: la influencia de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. Recuperado de; <https://www.redalyc.org/pdf/706/70653466005.pdf>
- Sánchez, H. y Reyes, J. (2002). *Metodología de la investigación científica*. Recuperado de [http://repositorio.bausate.edu.pe/bitstream/handle/bausate/36/Tacillo\\_Metodolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.bausate.edu.pe/bitstream/handle/bausate/36/Tacillo_Metodolog%C3%ADa_de_la_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Silvera (2018) "Factores de riesgo de depresión postparto en puérperas del hospital de baja complejidad vitarte
- Silva, G. A. (2013). Prevalencia de la depresión posparto en los países desarrollados y en desarrollo: contribuciones metodológicas de un metaanálisis (Tesis de Doctorado). Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Roque, M. (2018). Resiliencia y depresión en mujeres puerperas de secundaria de una institución educativa estatal de Chiclayo (Tesis de Licenciatura en Psicología). Escuela Académico Profesional de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo, Perú <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/6431>
- UNFPA (2016). Annual Report 2016. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Annual-Report-2016.pdf>
- Vásquez, Muñoz, Becoña, (2000). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Urdaneta M, José, Rivera S, Ana, García I, José, Guerra V, Mery, Baabel Z, Nasser, & Contreras B, Alfi. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(2), 102-112. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>
- Vázquez, F.L., Muñoz, R.F. y Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual*, 8, 561-591.
- Wagnild y Young ,(1993). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, vol. 2, núm. 40, 2015, pp. 103-113 Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica
- Wolin y Wolin (1993). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, vol. 10, núm. 2, 2005, pp. 61-79. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Vitoria-Gazteis, España.
- Yankura, J. y Dryden, W. (1997) *Terapia conductual racional emotiva (REBT). casos ilustrativos*. Madrid, España: Desclée de Brouwer.



## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

Depresión y Resiliencia en pacientes puérperas del hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología														
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué relación existe entre la depresión y la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>Problema específico 01</p> <p>¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Sentirse bien solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>¿Determinar relación entre la depresión y la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Objetivo específico 01</p> <p>Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Sentirse bien solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación entre la depresión y la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Hipótesis específica 01</p> <p>Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Sentirse bien solo de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Resiliencia de Wagnild G. y Young H.</p> <hr/> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Escala de medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sentirse bien</td> <td>Comprensión del significado de la vida y su ciclo</td> <td rowspan="5">nominal</td> </tr> <tr> <td>Confianza en sí mismo</td> <td>Una actitud moderada, tomándose las cosas tranquilamente</td> </tr> <tr> <td>Perseverancia</td> <td>Son da el significado de libertad y la importancia</td> </tr> <tr> <td>Satisfacción personal</td> <td>Habilidad para creer en sí mismo.</td> </tr> <tr> <td>Ecuanimidad</td> <td>Una fuerte persistencia, de logros y autodisciplina</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Sentirse bien	Comprensión del significado de la vida y su ciclo	nominal	Confianza en sí mismo	Una actitud moderada, tomándose las cosas tranquilamente	Perseverancia	Son da el significado de libertad y la importancia	Satisfacción personal	Habilidad para creer en sí mismo.	Ecuanimidad	Una fuerte persistencia, de logros y autodisciplina	<p><b>Tipo y nivel de la investigación</b></p> <p>tipo de investigación es correlacional.</p> <p><b>Diseño de la investigación</b></p> <p>El diseño de la investigación es No experimental-transversal, ya que no existe manipulación intencional de las variables.</p> <p><b>Población</b></p> <p>población de estudio, y muestra de 205 mujeres con un rango de edad entre 18 y 70 años con diagnóstico de embarazo,</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>Igual a de la población.</p>
Dimensiones	Indicadores	Escala de medición																
Sentirse bien	Comprensión del significado de la vida y su ciclo	nominal																
Confianza en sí mismo	Una actitud moderada, tomándose las cosas tranquilamente																	
Perseverancia	Son da el significado de libertad y la importancia																	
Satisfacción personal	Habilidad para creer en sí mismo.																	
Ecuanimidad	Una fuerte persistencia, de logros y autodisciplina																	

<p>Problema específico 02</p> <p>¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?</p> <p>Problema específico 03</p> <p>¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Perseverancia solo de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?</p> <p>Problema específico 04</p> <p>¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?</p>	<p>Objetivo específico 02</p> <p>Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020</p> <p>Objetivo específico 03</p> <p>Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Perseverancia de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020</p> <p>Objetivo específico 04</p> <p>Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020</p>	<p>Hipótesis específica 02</p> <p>Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Confianza en sí mismo de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.</p> <p>Hipótesis específica 03</p> <p>Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Perseverancia de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.</p> <p>Hipótesis específica 04</p> <p>Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Satisfacción personal de la resiliencia en las pacientes púérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.</p>	<p>Variable 2</p> <p>Depresión de Beck</p> <table border="1" data-bbox="1171 319 1675 1212"> <thead> <tr> <th data-bbox="1171 343 1288 375">Dimensiones</th> <th data-bbox="1299 343 1512 375">Indicadores</th> <th data-bbox="1523 343 1675 391">Escala de medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1171 470 1288 502">Factor I</td> <td data-bbox="1299 438 1512 845"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza,</li> <li>• pesimismo,</li> <li>• sentimiento de fracaso,</li> <li>• sentimiento de culpa,</li> <li>• sentimiento de castigo,</li> <li>• insatisfacción con uno mismo,</li> <li>• autocríticas,</li> <li>• pensamientos o deseos de suicidio,</li> <li>• llanto,</li> <li>• indecisión e</li> <li>• inutilidad</li> </ul> </td> <td data-bbox="1523 782 1675 813">Noninal</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1171 893 1288 925">Factor II</td> <td data-bbox="1299 869 1512 1204"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida del placer,</li> <li>▪ agitación,</li> <li>▪ pérdida de interés,</li> <li>▪ pérdida de energía,</li> <li>▪ cambios en el patrón del sueño, irritabilidad,</li> <li>▪ cambios en el apetito,</li> <li>▪ dificultad de concentración,</li> <li>▪ cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo.</li> </ul> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Factor I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza,</li> <li>• pesimismo,</li> <li>• sentimiento de fracaso,</li> <li>• sentimiento de culpa,</li> <li>• sentimiento de castigo,</li> <li>• insatisfacción con uno mismo,</li> <li>• autocríticas,</li> <li>• pensamientos o deseos de suicidio,</li> <li>• llanto,</li> <li>• indecisión e</li> <li>• inutilidad</li> </ul>	Noninal	Factor II	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida del placer,</li> <li>▪ agitación,</li> <li>▪ pérdida de interés,</li> <li>▪ pérdida de energía,</li> <li>▪ cambios en el patrón del sueño, irritabilidad,</li> <li>▪ cambios en el apetito,</li> <li>▪ dificultad de concentración,</li> <li>▪ cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo.</li> </ul>		<p><b>Muestreo:</b></p> <p>No probabilístico.</p> <p><b>Técnica:</b></p> <p>Censal.</p> <p><b>Métodos de análisis de datos.</b></p> <p>SPSS versión 22</p> <p>Normalidad en la distribución de los datos se utilizará la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov.</p> <p>Para la prueba de hipótesis, se utilizará la prueba estadística de coeficiente de correlación de Pearson, a fin de correlacionar los puntajes promedios de ambas variables del estudio.</p>
Dimensiones	Indicadores	Escala de medición											
Factor I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza,</li> <li>• pesimismo,</li> <li>• sentimiento de fracaso,</li> <li>• sentimiento de culpa,</li> <li>• sentimiento de castigo,</li> <li>• insatisfacción con uno mismo,</li> <li>• autocríticas,</li> <li>• pensamientos o deseos de suicidio,</li> <li>• llanto,</li> <li>• indecisión e</li> <li>• inutilidad</li> </ul>	Noninal											
Factor II	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida del placer,</li> <li>▪ agitación,</li> <li>▪ pérdida de interés,</li> <li>▪ pérdida de energía,</li> <li>▪ cambios en el patrón del sueño, irritabilidad,</li> <li>▪ cambios en el apetito,</li> <li>▪ dificultad de concentración,</li> <li>▪ cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo.</li> </ul>												

<p>Problema específico 05</p> <p>¿Qué relación existe entre la depresión y la dimensión Ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020?</p>	<p>Objetivo específico 05</p> <p>Establecer la relación entre la depresión y la dimensión Ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.</p>	<p>Hipótesis específica 05</p> <p>Hi: Existe relación entre la depresión y la dimensión Ecuanimidad de la resiliencia en las pacientes puérperas del Hospital Essalud Adolfo Guevara Velasco - Cusco 2020.</p>		
--	--	--	--	--

## Anexo 2: Matriz de operacionalización

### Variable Resiliencia

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Variable
Resiliencia	La resiliencia es una característica del ser humano para afrontar la adversidad que se puede dividir en dos factores y que a su vez se pueden observar en cinco características. (Wagnild y Young, 1993)	Los puntajes obtenidos en los factores de la escala de resiliencia: se realizara con la suma directa de los puntajes y se clasificara de 25 a 175. Los puntajes altos darán a conocer mayor resiliencia ya que cada ítem es calificado positivamente.	Sentirse bien	Comprensión del significado de la vida y su ciclo	nominal
			Confianza en si mismo	Una actitud moderada, tomándose las cosas tranquilamente	
			Perseverancia	Son da el significado de liberta y la importancia	
			Satisfacción personal	Habilidad para creer en sí mismo.	
			Ecuanimidad	Una fuerte persistencia, de logros y autodisciplina	

### Variable 2: Depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
<b>Depresión</b>	<p>La depresión para Beck (1976) se debe a un desorden del pensamiento, en el que el depresivo distorsiona la realidad, viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: él mismo, el mundo y el futuro, además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. (Citado por Bartra y Carranza, p. 5, 2013)</p>	<p>Se define operacionalmente como el puntaje obtenido en el Inventario de depresión de Beck, el cual permite clasificar a los sujetos en las siguientes categorías:</p> <p>Depresión mínima: 0 – 13</p> <p>Depresión leve 14 – 19</p> <p>Depresión moderada 20 – 28</p> <p>Depresión severa 29 – 63</p>	<p>Factor I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza,</li> <li>• pesimismo,</li> <li>• sentimiento de fracaso,</li> <li>• sentimiento de culpa,</li> <li>• sentimiento de castigo,</li> <li>• insatisfacción con uno mismo,</li> <li>• autocríticas,</li> <li>• pensamientos o deseos de suicidio,</li> <li>• llanto,</li> <li>• indecisión e</li> <li>• inutilidad</li> </ul> <hr/> <p>Factor II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida del placer,</li> <li>▪ agitación,</li> <li>▪ pérdida de interés,</li> <li>▪ pérdida de energía,</li> <li>▪ cambios en el patrón del sueño, irritabilidad,</li> <li>▪ cambios en el apetito,</li> <li>▪ dificultad de concentración,</li> <li>▪ cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo.</li> </ul>	Noninal

### Anexo 3: Instrumentos

#### ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Instrucciones: marque con una "X" una de las alternativas, de acuerdo a tu criterio, debes de responder todas las preguntas.

N°	Ítems	En desacuerdo				De acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7	
1	Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7	
2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7	
3	Dependo de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7	
4	Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7	
5	Puedo estas solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7	
6	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7	
7	Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	
8	Soy amigo de mi mismo	1	2	3	4	5	6	7	
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7	
10	Soy decidido(a)	1	2	3	4	5	6	7	
11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7	
12	Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7	
13	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7	

14	Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15	Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16	Por lo general, encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20	Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21	Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7



## ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI – II)

Autor: Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown. (1996)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Has sufrido de violencia familiar: \_\_\_\_\_

Por favor, lea cada enunciado y marque con un círculo el número que mejor indique sus sentimientos. Responda a todas las preguntas.

### BDI – II

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste todo el tiempo.</p> <p>3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto a mi futuro de lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.</p> <p><b>3. Sentimientos de fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p><b>12. Perdida de interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado en que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 He perdido todo interés por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Inutilidad</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p>
--	---

<p><b>4. Pérdida de placer</b></p> <p>0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimiento de culpa</b></p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.</p> <p>2 Me siento culpable bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p><b>6. Sentimiento de castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que quizá esté siendo castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Insatisfacción con uno mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta a mí mismo.</p>	<p><b>15. Pérdida de energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en el patrón de sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi hábito de sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p>
---	--

<p><b>8. Autocríticas</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o deseos de suicidio</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p> <p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el día.</p> <p><b>19. Dificultad de concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de interés por el sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
--	--



21	Pérdida de interés por el sexo	X		X		X	
	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	X		X		X	
	1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	X		X		X	
	2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	X		X		X	

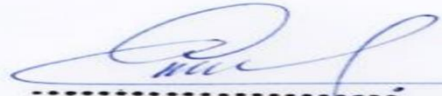
Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_ninguna\_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ X ]                   Aplicable después de corregir [   ]                   No aplicable [   ]

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ EVALUADOR: PÉREZ DÍAZ, IGNACIO DE LOYOLA.....

DNI: 08341128..... Especialidad del validador: Dr. en Psicología

09 de Julio del 2020



.....  
**Dr. Ignacio de Loyola Pérez Díaz**  
**PSICOLOGO CLINICO SACARINO**  
**CP# 2639**

**FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE**

<sup>1</sup> **Pertinencia:** Si el ítem pertenece al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup> **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**JUEZ 2**

22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer.	X		X		X	
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	X		X		X	
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	X		X		X	
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ninguna

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ **X** ]                   Aplicable después de corregir [ ]                   No aplicable [ ]

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ EVALUADOR: TREJO CALIXTO, ROGGER GERMAN .....**

**DNI: 08659493..... Especialidad del validador: Dr. en Psicología**

11 de Julio del 2020

  
**FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE**

<sup>1</sup> **Pertinencia:** Si el ítem pertenece al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup> **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

21	Pérdida de interés por el sexo	X		X		X	
	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	X		X		X	
	1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	X		X		X	
	2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	X		X		X	


Observaciones (precisar si hay suficiencia): ninguna

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ X ]                   Aplicable después de corregir [ ]                   No aplicable [ ]

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ EVALUADOR: TREJO CALIXTO, ROGGER GERMAN .....

DNI: 08659493..... Especialidad del validador: Dr. en Psicología

11 de Julio del 2020

  
 -----  
**FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE**

<sup>1</sup> **Pertinencia:** Si el ítem pertenece al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup> **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**JUEZ 3**

22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer.	X		X		X		
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	X		X		X		
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	X		X		X		
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	X		X		X		


Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_ninguna\_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ X ]                   Aplicable después de corregir [   ]                   No aplicable [   ]

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ EVALUADOR: CALLER LUNA, JUAN BAUTISTA.....

DNI: 07143496..... Especialidad del validador: Dr. en Psicología

12 de julio del 2020

  
*Callera*  
**Dr. Caller Luna, Juan B.**  
 PSICÓLOGO CLÍNICO- EDUCATIVO  
 C.P.L.P. N°6806

**FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE**

<sup>1</sup> **Pertinencia:** Si el ítem pertenece al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup> **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



21	Pérdida de interés por el sexo	X		X		X	
	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	X		X		X	
	1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	X		X		X	
	2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	X		X		X	

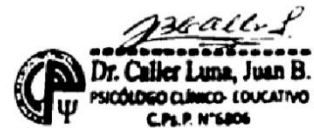
Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_ninguna\_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ X ]                   Aplicable después de corregir [   ]                   No aplicable [   ]

APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ EVALUADOR: CALLER LUNA, JUAN BAUTISTA.....

DNI: 07143496..... Especialidad del validador: Dr. en Psicología

12 de julio del 2020



Dr. Caller Luna, Juan B.  
PSICÓLOGO CLÍNICO - EDUCATIVO  
C.P.S. N°6806

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

<sup>1</sup> **Pertinencia:** Si el ítem pertenece al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup> **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

## Anexo 5: Matriz de datos

id	Nombres y apellidos:	Edad	IDAD_RE	¿Has sufrido violencia familiar?	1.Tristeza	2.Pesimismo	3. Sentimientos de fracaso	4. Perdida de placer	5. Sentimiento de culpa	6. Sentimiento de castigo	7. Insatisfacción con uno mismo	8. Autocrítica	9. Pensamientos o deseos de suicidio	10. Llanto	11. Agitación	12. Perdida de interés	13. Indecisión	14. Inutilidad	15. Perdida de energía	16. Cambios en el patrón de sueño	17. Irritabilidad	18. Cambios en el apetito	19. Dificultad de concentración	20. Cansancio o fatiga	21. Pérdida de Interés por el sexo	TOTAL_DEPRESION
1	María Besurto Peucar	25		0	1	1	1	1	1	0	0	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	13
2	Gladys Cahuana Córdori	30		0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	10
3	Ruth Zevallos Lamocca	40		0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	7
4	Sandra Uñuucu Luna	35		0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	6
5	Yuly Chacon Carrasco	30		1	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	21
6	Luisa La Torre Palomino	37		1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	25
7	María Cruz Huamán	20		0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7
8	Gladys Cahuana cahuana	30		0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	7
9	Yanet Pinares Bejar	35		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
10	Ana Lazo Ccorimanya	30		1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
11	Yesica Huayochocha Soto	27		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6
12	Nelly Cuna Diaz	20		0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	6
13	Silvia Córdori Mamani	28		1	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	22
14	Era Huilca Quispe	25		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	6
15	Nelly Gutiérrez Gómez	30		1	2	1	1	1	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	22
16	Luz Ansett Escalante	20		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Lorenza Misme Huamán	35		0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	9
18	Gabina Coala Soncco	20		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Silvia Miranda Lopez	25		1	1	2	2	1	1	1	2	2	0	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	27
20	Ruth Huamanguilla Huamanguilla	35		1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29
21	Luz Marina Uscamayta Mamani	34		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Laura Olivera De Soria	35		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
23	Cármel Rosa Cansaya Apaza	28		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	6
24	Rita Serrano Mellado	25		1	1	2	3	3	2	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	42
25	Talia Candia Serrano	28		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	8
26	Yolanda Chacon Ortega	28		0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6
27	Hilda Cepio Joya	23		1	2	2	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	15
28	Sandra Torres Fuentes	40		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	9
29	Patricia Parcorbo Soria	35		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	13
30	Era Sánchez Tintaya	32		1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	17
31	Marisol Serrano Hampa	40		0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5
32	Lila Torres Fuentes	45		0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	12
33	Betza Tino Baca	30		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
34	Ursula Caballero Baca	42		1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
35	Maritza Castro Loayza	28		0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5
36	Yennifer Alarcón Aguilar	34		1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	24
37	Yeny Ayima Patiño	31		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
38	Yovana Figueroa Velásquez	37		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
39	Nadia Pérez Garcés	32		0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5

Res 1	Res 2	Res 3	Res 4	Res 5	Res 6	Res 7	Res 8	Res 9	Res 10	Res 11	Res 12	Res 13	Res 14	Res 15	Res 16	Res 17	Res 18	Res 19	Res 20	Res 21	Res 22	Res 23	Res 24	Res 25	D1_SENTIRSE BIEN	D2_CONF. MISMO	D3_PERSEV	D4_SATISF PERS	D5_ECUANIMIDA	TOTAL_RESIL	
2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	4	11	13	7	7	42
1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	5	12	12	7	7	43
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	9	21	21	12	12	75
2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	5	12	12	7	6	42
2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	9	19	19	11	12	70
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	5	13	13	8	9	48
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	9	19	19	10	11	68
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	9	20	20	10	11	70
2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	13	13	7	6	44
3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	6	16	19	11	9	61
1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	3	13	9	6	7	38
3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	7	21	20	9	10	67
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	9	19	18	11	12	69
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	5	11	13	8	7	44
2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	7	20	18	12	12	69
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	6	14	17	11	9	57
3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	8	19	19	11	10	67
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	9	18	19	10	12	68
3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	9	19	19	11	10	68
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	9	19	19	10	10	67
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	6	13	14	8	8	49
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	9	19	19	11	12	70
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	6	13	14	7	8	48
3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	9	19	19	10	11	68
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	14	14	8	8	50
3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	8	18	20	11	10	67
3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	8	18	18	10	10	64
3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	8	19	16	12	10	65
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	6	13	12	6	7	44
2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	5	13	13	5	6	42
2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	5	12	13	7	5	42
3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	9	19	19	12	12	71
3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	9	21	20	10	10	70
2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	9	17	18	11	10	65
3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	7	20	19	10	10	66
2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	6	20	18	10	9	63
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	5	12	10	5	7	39
2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	7	18	18	11	10	64
2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	7	19	16	11	10	63