

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



**ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA Y  
DESARROLLO DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE  
CHINCHA, PERÍODO SETIEMBRE 2019 – ENERO 2020**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**SALAS TASAICO, URSULA BEATRÍZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**CHINCHA – PERÚ**

**2021**

**ASESOR**

**Mg. Salvador Carrillo, José**

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la asociación entre la exposición a la violencia y la depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Nacional San José de Chíncha (HSJCH), Ica durante el período setiembre del 2019 – enero 2020.

**METODOLOGÍA:** Estudio cuantitativo transversal de tipo correlacional, donde la población de estudio estuvo conformada por mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal en el HSJCH. Se recolectó la información de 321 gestantes, de las cuales 316 cumplieron los criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** De las 316 mujeres encuestadas, encontramos que el 19.6% de ellas sufrían algún tipo de violencia, siendo en su totalidad violencia psicológica y 7% violencia física. Además, se reportó que el 29.1% de gestantes sufrían de depresión materna y el 16.8% presentaba pensamientos suicidas. Se determinó la asociación significativa positiva entre violencia psicológica y física como determinante para el desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el HSJCH, con una OR 10.49 (5.58 – 19.74) y 13.38 (4.39 – 40.79) respectivamente, IC 95%. No encontramos casos de violencia sexual, por lo que no se determinó su asociación.

**CONCLUSIONES:** Debido a la asociación encontrada entre estos datos, que coinciden con los estudios a nivel nacional e internacional, se requiere un trabajo más minucioso para detectar a tiempo los casos de violencia intrafamiliar en las gestantes y la depresión que pueda desarrollar, al igual que realizar el abordaje oportuno y evitar las repercusiones en la madre y feto.

**PALABRAS CLAVES:** Violencia intrafamiliar, depresión en el embarazo, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual en la niñez.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the association between exposure to violence and depression during pregnancy in patients treated at the San José de Chincha National Hospital (HSJCH), Ica during the period September 2019 - January 2020.

**METHODOLOGY:** Cross-sectional quantitative study of a correlational type, where the study population consisted of pregnant women who attended their prenatal check-up at the HSJCH. Information was collected from 321 pregnant women, of which 316 met the inclusion criteria.

**RESULTS:** Of the 316 women surveyed, we found that 19.6% of them suffered some type of violence, all of which was psychological violence and 7% physical violence. In addition, it was reported that 29.1% of pregnant women suffered from maternal depression and 16.8% presented suicidal thoughts. Likewise, 57% of pregnancies were unplanned. The significant positive association between psychological and physical violence was a determinant for the development of depression in pregnant women attended at the HSJCH, with a OR 10.491 (5.58 – 19.74) and 13.38 (4.39 – 40.79) respectively, 95% CI.

**CONCLUSIONS:** Due to the association found between these data, which coincide with national and international studies. More detailed work is required to detect cases of intra-family violence in pregnant women and the depression that it may develop in time, so we can avoid mother and fetus repercussions.

**KEY WORDS:** Domestic violence, depression in pregnancy, psychological violence, physical violence, sexual violence during childhood.

## INTRODUCCION

La violencia a la mujer es un problema importante en nuestro país. De acuerdo a la última encuesta ENDES 2018, un 35% de mujeres han sufrido en algún momento violencia por parte de su pareja. Más aún, de acuerdo al estudio de la OMS en el 2005, Perú tiene las cifras más altas de violencia contra la mujer de las Américas, siendo de 28%. De la misma forma, Ica es la octava región con mas violencia reportada de acuerdo al MIMP 2018. A pesar de todos los esfuerzos que buscas reducir y concientizar a la población sobre este importante problema, no se han evidenciado cambios radicales en las cifras de violencia.

Un problema que consideramos importante y por lo cual realizamos este estudio es si existe casos de violencia en el periodo de gestación, el cual es especialmente sensible debido a todo el estrés al cual esta sometido la mujer por los cambios psicológicos, bioquímicos y sociales. Asimismo, dentro de las repercusiones que este conlleva, queremos saber cuantas de estas restantes sometidas a violencia durante sus embarazo desarrollan depresión y con que otras variables adicionales nos podemos encontrar en el curso de este mismo.

En los siguientes capítulos de la presente investigación, se evidenciará la base teórica del estudio, los objetivos y las hipótesis que buscamos, las herramientas a utilizar para elaborar un cuestionario completo que no permita recolectar la data necesaria, los resultados y el análisis comparativo de este, con otros estudios similares a nivel nacional e internacional. De la misma forma, no solo buscamos la obtención de resultados, sino que este trabajo sirva como un punto de partida para otros estudios más grandes, que nos permitan conocer la realidad nacional, al igual que implementar diversos recursos en la promoción de la salud, resaltar la importancia de la relación entre el personal de salud y el paciente, al igual que mejorar las herramientas de detección de violencia, depresión y otros factores de riesgo en las mujeres embarazadas.

# **ÍNDICE**

PORTADA	i
ASESOR	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE GRÁFICA	ix
LISTA DE ANEXOS	x
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Formulación del problema</b>	<b>11</b>
1.2.1 Problema General	11
1.2.2 Problema Específico	11
<b>1.3 Justificación</b>	<b>12</b>
<b>1.4 Delimitación del área de estudio</b>	<b>13</b>
<b>1.5 Limitaciones de la investigación</b>	<b>14</b>
<b>1.6 Objetivos</b>	<b>14</b>
1.6.1 Objetivo General	14
1.6.2 Objetivos Específico	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Antecedentes bibliográficos</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Bases teóricas</b>	<b>19</b>
2.2.1 Violencia contra la mujer	19
2.2.2. Depresión	31
2.2.3. Apoyo social	35
<b>2.3 Marco Conceptual</b>	<b>36</b>
<b>2.4 Hipótesis</b>	<b>38</b>
2.4.1 Hipótesis General	38
2.4.2 Hipótesis Específica	38
<b>2.5 Variables</b>	<b>38</b>
2.5.1 Variable 1	38
2.5.2 Variable 2	39
<b>2.6 Definición de conceptos operacionales</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Diseño Metodológico</b>	<b>41</b>

3.1.1 Tipo de Investigación .....	41
3.1.2 Nivel de investigación .....	41
<b>3.2 Población y muestra .....</b>	<b>41</b>
<b>3.3 Medios de recolección de información .....</b>	<b>42</b>
<b>3.4 Técnicas de procesamiento de datos .....</b>	<b>42</b>
<b>3.5 Diseño y esquema de análisis estadístico .....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Resultados .....</b>	<b>44</b>
<b>4.2 Discusión .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>54</b>
<b>5.1 Conclusiones .....</b>	<b>54</b>
<b>5.2 Recomendaciones .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 1: CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE LA FLASOG .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 2: TEST DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 3: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>ANEXO 4: FICHA DE “VALORACIÓN DE RIESGO” EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO 6: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO 7: REGISTRO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA UPSJB .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>73</b>

## LISTA DE TABLAS

**Tabla 1** : Características de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el consultorio de ginecoobstetricia del Hospital San José de Chíncha, periodo 2019-2020.

44

**Tabla 2** : Frecuencia de violencia durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chíncha, periodo 2019-2020.

45

**Tabla 3** : Depresión materna en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chíncha, periodo 2019-2020

46

**Tabla 4** : Asociación entre violencia física y desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chíncha, periodo 2019-2020

47

**Tabla 5** : Asociación entre violencia psicológica y desarrollo de depresión en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chíncha, periodo 2019-2020

48

**Tabla 6** : Asociación entre violencia global y desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chíncha, periodo 2019-2020

49



## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** : Violencia durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chincha, periodo 2019-2020.

46

**Gráfico 2** : Depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chincha, periodo 2019-2020.

47

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO N°1:</b> Cuestionario de Violencia FLASOG	61
<b>ANEXO N°2:</b> Test de Depresión Postparto de Edimburgo	63
<b>ANEXO N°3:</b> Consentimiento Informado	64
<b>ANEXO N°4:</b> Ficha de recolección de datos generales	66
<b>ANEXO N°5:</b> Registro del Comité Institucional de Ética en Investigación UPSJB	67
<b>ANEXO N°6:</b> Matriz de Consistencia	68
<b>ANEXO N°7:</b> Operacionalización de variables	73

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

En la actualidad, la violencia al género femenino significa un importante problema a nivel mundial, no solo en el ámbito social, sino también en salud. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se aproxima que 1 de cada 3 mujeres entre 15 y 49 años han sufrido violencia física y/o sexual, siendo Perú quien tiene las cifras más altas de violencia contra la mujer, sobre todo en las provincias alejadas de la capital(1)(2). De acuerdo al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Ica es el octavo departamento del Perú donde hay mayor casos de violencia y no se ha encontrado datos publicados de la provincia de Chincha(3). Por otro lado, este problema afecta también a gestantes, donde predomina la violencia física por parte de la pareja (2), lo cual desencadenaría en diversas condicionantes de salud, no solo para el bebé en camino, sino también para la mujer expuesta. Así, las mujeres sometidas a este tipo de afectaciones tienen el doble de riesgo de padecer diversos trastornos psiquiátricos, tales como depresión, ansiedad, insomnio, trastornos alimenticios, entre otros (1), los cuales rara vez son identificados y tienen un impacto significativo en la mujer.

### **1.2 Formulación del problema**

#### **1.2.1 Problema General**

- ¿Existe asociación entre la exposición a violencia y el desarrollo de depresión en mujeres gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chincha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?

#### **1.2.2 Problema Específico**

- ¿Cuántas mujeres tienen depresión durante la gestación atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chincha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?

- ¿Existe asociación entre violencia física y desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas que se atienden en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chíncha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?
- ¿Existe asociación entre violencia psicológica y desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas que se atienden en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chíncha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?
- ¿Existe asociación entre violencia sexual y desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas que se atienden en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chíncha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?

### **1.3 Justificación**

La violencia a la mujer es un problema latente en nuestro país y, a pesar de todas las políticas elaboradas para poder reducirlo, la tasa de violencia física hacia la mujer sigue teniendo un índice alto a nivel internacional según la OMS y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Se sabe que al menos el 35% de mujeres ha sufrido algún tipo de violencia, de las cuales el 30% fueron dentro de una relación de pareja. El Perú, según un estudio de la OMS realizado en el año 2005, tiene la cifra más alta de violencia física a la mujer de las Américas, siendo 28%(1). Según el último reporte del MIMP 2018, Ica es la octava región con mayor violencia hacia la mujer, siendo de 3.4% (3). Si bien es cierto que las cifras de violencia se han ido reduciendo a través de los años, existe un incremento de la tasa de intento de feminicidio al menos en 55%(2). El impacto de la violencia en la mujer es negativo, afectando la salud física, mental, sexual y reproductiva.

Lamentablemente, a pesar de que el período de gestación es especialmente sensible al estrés por los diversos cambios psicológicos, bioquímicos y sociales, esta etapa no está libre de exposición a la violencia y puede afectar severamente al binomio madre-bebé. Al año 2009, a nivel mundial, un 5% de gestantes habría sufrido de violencia. Más aún, el 90% de los casos fueron por parte del padre biológico del hijo

en gestación, al igual que la mayoría había sido víctima de violencia antes del embarazo. La exposición al estrés proveniente de la violencia puede desencadenar la aparición de trastornos psiquiátricos durante o después de la gestación, tales como la depresión, ansiedad, estrés postraumático e insomnio, al igual que está relacionado con problemas en el feto, como bajo peso al nacer, afectación del desarrollo cognitivo, mayor probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal y parto prematuro(1).

A pesar de que existen cifras alarmantes de la violencia a la mujer, incluso en las etapas de gestación, y se conocen sus repercusiones en la salud madre-bebé, la asociación de la exposición a la violencia y el desarrollo de los trastornos emocionales en la población peruana no está descrita claramente en la literatura científica. Por lo expuesto, el trabajo pretende estudiar la asociación entre la exposición a la violencia y el desarrollo a la depresión durante el embarazo en las pacientes del Hospital San José de Chíncha, pues no existen estudios previos abordando esta problemática y porque la tasa de violencia en el Perú suele ser mayor en provincias.

#### **1.4 Delimitación del área de estudio**

##### Delimitación espacial:

El trabajo se realizará en el Servicio de Obstetricia del Hospital San José, ubicado en la provincia de Chíncha, departamento de Ica.

##### Delimitación temporal:

La investigación se realizará durante el periodo setiembre 2019 hasta enero 2020.

##### Delimitación social:

El trabajo de investigación considerará a aquellas pacientes embarazadas, de cualquier edad gestacional que se encuentren en el rango de edad de 18 a 35 años.

##### Delimitación conceptual:

El estudio buscará indagar los conceptos teóricos científicos de la violencia familiar y el desarrollo de depresión.

## **1.5 Limitaciones de la investigación**

La principal limitación del trabajo son los datos proporcionados por la paciente al momento de hacer el interrogatorio para las pruebas de evaluación, ya que podrían estar siendo influenciadas por el estado anímico de la paciente o por su disponibilidad de tiempo.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo General**

- Determinar la asociación entre la exposición a la violencia y la depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Nacional San José de Chincha, Ica durante el período setiembre del 2019 – enero 2020.

### **1.6.2 Objetivos Específico**

- Evaluar la frecuencia de la depresión y violencia en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período setiembre 2019 – enero 2020.
- Determinar si la violencia física está relacionada con el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período setiembre 2019 – enero 2020.
- Analizar si la violencia psicológica está relacionada con el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período setiembre 2019 – enero 2020.
- Determinar si la violencia sexual está relacionada con el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período setiembre 2019 – enero 2020.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes bibliográficos**

#### **ANTECEDENTES NACIONALES**

Vásquez et al (4) en su estudio “Disfuncionalidad y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal” realizado en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2014, donde buscaba determinar la asociación de violencia intradomiliar y el desarrollo de depresión posparto. Para ello, realizaron un estudio prospectivo, transversal, a 114 puérperas con y sin depresión, en donde encontraron que el 48% de mujeres con depresión había sufrido violencia familiar y 73% tenía disfuncionalidad familiar. De esta forma, se considera que ambos son factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión puerperal, para lo cual se requiere un abordaje multidisciplinario que permita disminuir los índices dichos factores asociados y así mejorar la salud mental de la puérpera.

Urbina (5) en su trabajo “Asociación entre violencia familiar y depresión puerperal”, realizado en Nuevo Chimbote, Perú, en el año 2018, con el objetivo de determinar si la violencia familiar es un factor asociado para desarrollar depresión puerperal en pacientes mujeres del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, mediante un estudio de casos y controles. El estudio realizado en 1035 pacientes encontró que las mujeres víctimas de violencia familiar tienen 3 veces riesgo de desarrollar depresión postparto en comparación con aquellas que no tienen dicho factor de riesgo.

Paccori y Mercado (6) en su estudio “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”, realizado en el año 2012 en el Instituto Nacional Materno Perinatal, de tipo casos y controles, retrospectivo y transversal. Evaluaron 226 embarazadas, la mitad con depresión y la otra mitad no, mediante el test de Edimburgo y el formulario de factores asociados a la depresión durante la gestación. Así, encontraron que la violencia psicológica en la niñez, en la

adolescencia, violencia por la pareja, antecedente de depresión, mala relación con la familia y con su pareja. De la misma forma encontraron que lo más importante era el antecedente de episodios depresivos, embarazo no deseado y violencia por la pareja, como determinante de la depresión durante el embarazo.

Pariona (7) en su investigación “Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2018”, en donde evaluaron 95 gestantes del nosocomio mencionado mediante dos cuestionarios: uno para evaluar factores psicosociales asociados a depresión y otro para determinar el nivel de depresión según el Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9). Por consiguiente, encontraron que en 36.7% presentó depresión moderada y el 57% leve. De los factores asociados al desarrollo de depresión, los más resaltantes fueron: sentimientos tristes en la niñez, embarazo no deseado, ingesta de alcohol previo al embarazo. Además, como factores protectores encontraron el haber bebido alcohol antes de la gestación y haber tenido un embarazo sencillo.

Idrogo y Salinas (8) en su estudio “Nivel de depresión en mujeres embarazadas atendidas en un centro de salud de la ciudad de Ferreñafe en Agosto 2018”, realizado en Chiclayo, de tipo transversal no experimental mediante el inventario de depresión de Beck II. Con ello hallaron que 72.1% presentó depresión mínima, 14% leve, 6% moderada y 8 % severa. En los factores asociados a la depresión encontraron que la edad de la madre, el nivel socioeconómico, la unión y la violencia de pareja influían en el desarrollo de depresión durante la gestación.

Chorres (9) en su investigación “Factores asociados a la violencia en gestantes que acuden al centro de salud I-3 Ignacio Escudero, Sullana, enero-abril 2020”, de tipo cuantitativo, descriptivo y diseño simple, de corte transversal, con una población de 91 gestantes. Encontraron que la edad más frecuente oscilaba entre 20 más menos cuatro, más del 50% convivientes, el 74% solo habían tenido una pareja sexual, más del 80% no usaban métodos anticonceptivos. El 13% sufría violencia psicológica, el 4% física y el 3% sexual. Como consecuencia, habían desarrollado depresión (más del 60%) y estrés, sangrado vaginal e intento de suicidio (3%).



## ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Fulgencio y colaboradores (10) realizaron un estudio “Relación entre violencia de pareja y salud general en mujeres embarazadas con educación superior” en México, 2017, en el cual 51 embarazadas sanas participaron voluntariamente. De esta forma, se encontró que un 62% de mujeres han sufrido violencia psicológica, 41% de tipo económica, 23% física y 6% sexual. Así, el trabajo concluye que existe una relación entre la violencia, principalmente de tipo psicológica, y la salud física y mental de la madre. Aunado a ello, encontraron una asociación moderada entre la violencia de pareja y las variables de estrés, depresión y ansiedad, las cuales no solo afectan a la gestante, sino también al producto debido a la elevada producción de cortisol. Por último, el estudio refiere que, a pesar de existir una menor ocurrencia de violencia de pareja a mayor nivel educativo, este grupo de mujeres no está exenta de sufrirlo y desencadenar sus efectos adversos.

Nguyen y colaboradores (11) en su estudio “Violencia de pareja en mujeres embarazadas y depresión postparto” realizado en Vietnam, 2019, el cual estudió 1337 gestantes acerca de la violencia ejecutada por su pareja en 4 tiempos: antes de las 24 semanas de gestación, entre 30-34 semanas de gestación, al parto y 4-12 semanas post parto. En este se encontró que al menos un tercio de las mujeres ha tenido un episodio de violencia durante la gestación, y el 8.2% de ellas desarrolló depresión puerperal. Así, se demostró que existe una fuerte asociación entre dichas variables, por lo que se considera necesario identificar a las mujeres expuestas a este riesgo para luego tamizar la depresión postparto y con ello mitigar las consecuencias negativas sobre la salud mental.

Estefó, Mendoza-Parra y Sáez (12) en su estudio “Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile”, de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, ejecutado en Chile, 2014, donde se evaluaron 59 mujeres que en algún momento estuvieron embarazadas. Se encontró que el 28.8% de ellas sufrieron violencia física en el embarazo, de las cuales el 70% tenía más de 3 hijos. La mayoría de ellas sufrieron agresión física, incluso en el abdomen, y el 82% de ellas ya había sido violentada anteriormente. Finalmente, el estudio halló una prevalencia mayor a la de otros estudios a nivel mundial e incluyó diversos factores relacionados a la violencia física durante el embarazo, como educación menor que la pareja, trabajo

remunerado y antecedente de violencia de la pareja con otras personas. Así, resalta la importancia de identificar a las gestantes que se encuentran en riesgo con el fin de brindar una atención oportuna, mejorando la salud de ella y su bebé.

Un estudio realizado por Otero (13) en 2019, “Factores predisponentes y consecuencias en el bienestar materno perinatal en mujeres embarazadas que sufren violencia de género”, de tipo prospectivo observacional en el Hospital Gineco-Obstetra Pediátrico Universitario de Guayaquil, Ecuador. Se efectuaron encuestas a 178 mujeres, de las cuales más del 50% habían sufrido violencia física por su pareja. Como consecuencia, encontraron que muchas de ellas se encontraban angustiadas, sentían la necesidad de ayuda psicológica con su pareja, y algunas alcanzaron a tener depresión. Por ello, propusieron un Plan Educativo para las parejas, con la finalidad de concientizarlos sobre los diversos riesgos que conllevan la violencia de género durante la gestación.

Llosa y Canetti (14) en su trabajo “Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja”, realizado en Uruguay 2019, de tipo casos y controles en pacientes de un centro de salud en Montevideo (30 casos y 28 controles), donde buscaban cuantificar las mujeres con depresión y pensamientos suicidas como consecuencia de la violencia de pareja, al igual que identificar sus variables sociodemográficas asociadas. Así, encontraron que el 57% de los casos presentaban depresión, a comparación del 15% de los controles, con un OR de depresión en casos contra controles de 7,9, asociándose también a una alta frecuencia durante el embarazo.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Violencia contra la mujer**

#### **2.2.1.1. Historia de la violencia contra la mujer**

La violencia es un término que denota el actuar en contra del curso natural de algo, usan la fuerza para llegar a un fin, imponiendo las creencias personales. La OMS (1) lo define como “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene consecuencias psicológicas, físicas, problemas de desarrollo o la muerte”. En primer lugar, para poder hablar de violencia contra la mujer o violencia de género, se debe esclarecer el antecedente histórico que explica el desarrollo de esta a través de los años, las condicionantes culturales que han llevado a esta y los esfuerzos a través del tiempo por abordarla como un problema social, de un importante impacto en la salud.

Desde los primeros hombres, ya en la era Paleolítica, existía una diferenciación en las tareas de los habitantes de acuerdo con la fuerza observada: los hombres, más fuertes físicamente, se dedicaban a la caza, mientras que las mujeres, más débiles, se preocupaban a la recolección y cuidado de la tribu. Además, se concebía a la gravidez como una limitación importante, que caracterizaba a la mujer como el grupo débil. Más adelante, en el Neolítico, las guerras marcaron un hito importante para las diferencias de género. Los ganaderos y agricultores mejor alimentados y con más fuerza abandonaban la vida nómada, adoptando nuevas tareas. Los hombres se especializaban en tareas agrícolas, anteriormente hechas por las mujeres, a la vez que las últimas iniciaban una “vida sedentaria”, dedicándose al cuidado de la cabaña. Así, inicia la división sexual del trabajo, lo cual también propició el inicio de la formación de parejas o familias (15).

El imperio griego se caracterizó por no incluir la participación protagónica de las mujeres, a pesar de que algunas sabían leer y escribir. Las féminas, en ese entonces, eran funcionales por su capacidad reproductora de ciudadanos, ser instrumento de alianzas matrimoniales, cuidadoras del hogar y algunas, por

necesidad, campesinas. La etapa de Pericles llegó y permitió que las mujeres sean respetadas y pudieran recibir honores. Por otro lado, el imperio Romano resaltó por la vigilancia de la transmisión del linaje. Emperadores cuidaban, incluso encerraban a sus mujeres y las mantenían bajo observancia para confirmar paternidad y preservar línea real. Asimismo, se regían bajo el “páter familia”, en el cual todos en casa estaban bajo el poder y control del hombre(15).

La llegada del derecho trajo consigo leyes escritas, el cual reafirmaba las premisas anteriores: las mujeres estaban bajo el cuidado del hombre en una relación de dependencia por el “páter familia”, las mujeres no estaban autorizadas a votar, ejercer poder, recibir honores ni servir a la patria. Todo ello minimizaba cada vez más y más a las mujeres, impidiendo el desarrollo de sus potenciales(15).

En la Edad Media, inicios del siglo XIV, la religión tomaba un papel fundamental en la sociedad. Esta condicionaba a la mujer a la sumisión frente al hombre, por ser la descendiente de Eva, portadora de males, una creación fallida e inferior tanto moral como intelectualmente. Más aún, determinó el matrimonio como un contrato civil donde el hombre tenía todo el poder. No obstante, en las reliquias textuales y visuales de aquella época ya se veían los primeros destellos de rebelión del sexo minorizado, con mujeres trabajadoras, que también se encargaban del hogar, manejaban la economía, ayudaban incluso mediante el trueque de productos que ellas mismas fabricaban, dando estabilidad a la familia(16).

La primera mitad de la Edad Moderna, hasta el siglo 18, hereda un modelo medieval, donde predomina la desigualdad de género, sin permitir el reconocimiento cultural para ella. El Concilio de Trento en el siglo 14 significó medidas importantes para eliminar la poligamia que existía en esos tiempos y regula el matrimonio con una sola mujer, que debía tener el permiso de padres y ser mayor de 25 años, una vez más tomando a la mujer como un objeto de matrimonio. Se aceptaban solo cuatro modelos de mujeres: monjas, casadas, solteras y viudas. Aquellas solteras y viudas eran las más “peligrosas” para la sociedad, no eran bien vistas, lo cual creaba una condicionante cultural para

aspirar al matrimonio y la vida de sumisión al hombre. Aun cuando la mujer era viuda y tenía riquezas, no se le permitía mantenerlas, muchas eran obligadas a casarse nuevamente y pasar su fortuna a los nuevos esposos, ya que ella no era permitida de mantener poder económico por sí sola(15).

Ante el modelo implementado por la Iglesia Católica, la primera mitad del siglo 18 estuvo marcada por el inicio del camino al reconocimiento de la ciudadanía de la mujer. El conocido “Debate de los sexos”, hecho entre los años 1726 – 1750 por Fray Benito Jerónimo Feijoo, en todo el contexto de la Inquisición, dio punto claves en la defensa de la mujer, reconociendo la sociedad patriarcal en la que se regían, heredada desde la era medieval, y dando a conocer la capacidad de las mujeres para recibir una educación, ejercer oficios o arte. La mujer, decía el autor, realizaba tareas ya establecidas, en lugares indicados, todo respaldado por las leyes (15). Así, se dio paso a una nueva era, en el cual el hombre y la mujer tenían el mismo intelecto, y se inició la implementación de la educación para las mujeres: condesas eran las encargadas de llevar a cargo salones de debate para mujeres, enseñaban a niñas a tejer y coser para la venta, a la vez que aprendían a leer y escribir. Todo ello hizo que las mujeres asumieran un rol importante en la sociedad, sobre todo en la prensa, donde podían expresar sus opiniones y la sociedad, aún reacia, se vio fortalecida por ello. No obstante, ello no duró mucho. El siglo 19 y la imposición de la Constitución de Cádiz, 1812, donde se negaba el derecho a ciudadanía a mujeres, bajo el fundamento de que ellas habían quedado rezagadas por la naturaleza. Así, se marcó una división de espacios nuevamente, donde el público era para hombres, capaz de adoptar altos cargos, mientras que las mujeres nuevamente quedaban relegadas al doméstico, debían ser buenas madres y abnegadas esposas(17).

El inicio del siglo 20 marcó un hito en la lucha de la mujer para tener un tipo de reconocimiento mayor en la sociedad. La lucha por el sufragio, comandada por las mismas mujeres, quienes, tras años de lucha, lograron que España de 1931 permitiera el voto a mayores de 23 años, a la vez que les daba igualdad de derechos en lo familiar y conyugal(15). Años más tarde, en 1980, las mujeres ya tenían el derecho al sufragio en Perú, al igual que podían ser

elegidas, aunque aún existían limitaciones, las cuales se fueron reduciendo con los años(18).

La historia de la mujer como la parte vulnerable de la sociedad, incapaz de realizar tareas complejas, desvirtuada, incluso portadora de males e incitada a la sumisión ante el hombre, es la que trae como consecuencia una idea de superioridad masculina y de los valores que transmite el código patriarcal. Las implicancias culturales que no se erradicaron a través de los siglos, solo lograron afianzar una creencia errada, medievalista, basada en la desigualdad. La violencia empieza cuando el hombre busca fortalecer el dominio sobre las mujeres, su control social y su fin doméstico, impidiéndole autonomía y libertad(19). Esta no solo existe en los hogares, sino también en las escuelas, ambientes laborales e iglesias que empoderan la carga ideológica y reconocen el éxito de la mujer si logran la estabilidad familiar y el matrimonio, paradigmas que hasta el presente existen.

Así, es importante reconocer que la violencia no solo se refiere a actos físicos contra una persona. Esta también incluye al lenguaje oculto, símbolos, publicidad sexista y bromas, que refuerzan la carga ideológica familiar(1). De esta forma, podemos identificar que la violencia contra la mujer, en todas sus formas, no es natural, sino aprendida. Condicionada por un contexto patriarcal, lleno de inequidades, reforzada por el propio comportamiento humano e incluso tolerada socialmente, no solo por ciudadanos, sino también por jueces y juezas que dudan en la aplicación de la ley. Lo más alarmante de la violencia es su carácter invisible, difícil de reconocer, por lo que su identificación suele ser tardía, no permitiendo un abordaje oportuno.

### **2.2.1.2 Violencia de género**

Todos los antecedentes culturales que han influido en la situación actual en el mundo de la mujer es el principal motivo por el cual se habla de violencia de género. Así, se define a ella como toda acción u omisión cometida contra la mujer, por su condición como tal, hecho por alguna persona, que suele ser pareja sentimental o miembro de la familia, en relación de poder, que inhibe

gravemente la capacidad de mujeres de gozar de derechos y libertades. Esta violencia impacta negativamente en las mujeres, en diversos ámbitos, no solo en salud física, sino también mental, su desarrollo social e incluso complicaciones en el parto(3).

### **2.2.1.3 Factores de riesgo para el desarrollo de violencia**

De acuerdo con un estudio realizado por la OMS, refiere que los factores que exponen a las mujeres a situaciones de riesgo se pueden dividir en tres: factores individuales, factores relacionados con la pareja y factores relacionados con el contexto social(20).

#### **a) Factores individuales:**

- Nivel educativo de la mujer
- Autonomía financiera
- Historial de victimización anterior
- Nivel de potenciación de su capacidad
- Apoyo social
- Historia anterior de violencia en su infancia

#### **b) Factores relacionados con la pareja:**

- Nivel de comunicación del hombre con su pareja
- Consumo de alcohol y Drogas
- Situación laboral
- Antecedentes de violencia familiar
- Agresividad física con otros hombres

#### **c) Factores relacionados con el contexto:**

- Grado de desigualdad económica entre hombres y mujeres
- Niveles de movilidad y autonomía de la mujer
- Actitudes hacia los papeles asignados a cada sexo
- Violencia contra la mujer
- Intervención de los familiares más cercanos, vecinos y amigos en incidentes de violencia doméstica
- Delitos entre hombres
- Evaluación del capital social

Todos estos factores impactan positiva o negativamente para el desarrollo de la violencia contra la mujer. Más aún, muchos pueden estar interrelacionados y aumentar o reducir el riesgo de que una mujer sea víctima de violencia. La OMS (1) encontró que los factores más importantes parecían ser la edad, que predominaba entre los 15 y 19 años, el estado de la relación, donde las mujeres separadas o divorciadas habían sufrido más violencia durante su vida como casadas, y la educación, donde se encontró que a mayor nivel educativo, menor riesgo de sufrir violencia.

#### **2.2.1.4 Ciclo de la violencia en las relaciones de pareja**

Yugeros (16) realizó una revisión en donde explica la violencia de género en las relaciones de pareja. Expone que existe un ciclo muy definido que debe ser conocido para reconocer en qué estado psicológico se encuentran las víctimas cuando asisten a los centros de salud a pedir ayuda o a centros de protección. Este ciclo aplica para todos los tipos de violencia, aunque inicialmente se describió solo en la violencia psicológica, donde ha sido más estudiado. El impacto psíquico que tiene la violencia en la mujer la lleva a estados de bajo autoestima, anulación de la personalidad, de la cual no son conscientes hasta que la violencia psicológica se convierte en violencia física, y no la afecta solo a ella, sino también a sus hijos.

a) Fase de acumulación de tensión:

El violentador inicia su comportamiento mostrándose intolerante, evidencia molestia a cualquier actitud o comportamiento de su pareja, quien intenta comunicarse con él ante su estado, lo cual solo consigue que el hombre se fastidie más, llegando a insultos y menosprecios hacia la mujer. Esto se vuelve constante, lo que genera un sentimiento de culpa en la mujer, aunado con la actitud de la pareja al señalarla como la culpable de dicha situación, todo en su búsqueda de lograr el control total sobre la mujer.

b) Fase de explosión violenta:



Se caracteriza por los maltratos físicos, ya sean golpes, puñetazos, patadas, acompañados de insultos e incluso puede llegar a la agresión sexual. El hombre amenazará a la mujer en repetidas ocasiones, poniendo en juego su vida y la de sus hijos. Esta fase puede tener dos desenlaces: la primera es la muerte, a causa de la violencia física propiciada que no ha sido controlada por ella o por algún tercero, y la segunda es mermando la salud mental de la mujer, que se debilita, siente que no puede salvar la relación y le da así al hombre todo el poder sobre ella, resultado de todo el tiempo que ha sufrido violencia psicológica y justifican su comportamiento. A pesar de ello, esta fase suele ser en la que las mujeres más buscan ayuda al ver su vida o la de sus hijos en peligro, ante lo que el hombre se disculpará con ella, evitando que continúe con su denuncia. Se debe tener en cuenta que, aunque el hombre ha maltratado a la mujer, ella sigue amándolo, lo cual influye en su toma de decisiones.

c) Fase de “luna de miel” o conciliación:

En esta última fase el hombre maltratador busca reconciliarse con su pareja, pidiéndole perdón y cambiando su actitud hacia ella, lo cual hará que la víctima crea en él y piense que verdaderamente ha cambiado. La mujer, en su búsqueda de salvar a su familia, acepta al hombre nuevamente, sin dars cuenta que es una estrategia de su agresor para volver a empezar este círculo vicioso del maltrato.

d) Escalada de la violencia

Una vez que el agresor consigue la confianza nuevamente de la víctima, volverá a comenzar el ciclo de la violencia, la cual será más violenta que la primera vez que inició, acortando la duración de las fases, pudiendo no haber ahora conciliación. La mujer víctima se dará cuenta que ha perdido el control total sobre su pareja, que no puede hacer nada ahora para evitar que la maltrate, lo cual genera en ella desmotivación. El victimario siempre minimizará sus acciones, será imponente con sus palabras, hacienda que la mujer se sienta culpable.

### **2.2.1.5 Mecanismos del maltratador**

El hombre, en su búsqueda de tener el control total de su víctima, recurre a numerosas tácticas. La primera está basada en una de antecedente medieval, usada desde el inicio de los tiempos buscando la fidelidad de la mujer, que es el aislamiento de ella de toda relación social, de familia, grupos de apoyo, entre otros, para que así no pueda dudar de su palabra, no tenga algún punto de comparación y no pueda pedir ni recibir ayuda por terceros(16).

En segundo lugar, el maltratador buscará ejercer la desvalorización personal, por medio de minimizar a la víctima, dejarla en ridículo frente a otros o no tenerla en cuenta con su entorno social, pidiéndole que realice tareas que consuman su tiempo y evitando a todo lugar que la mujer realice un oficio o busque su superación personal, generando en ella baja autoestima, pérdida de la confianza en sí misma, inseguridad e impotencia, lo cual reforzará el control del hombre sobre ella para poder seguir con su plan(16). Es importante recalcar que, al minimizar a la mujer, evitando que tenga un oficio propio y sea independiente económicamente hace que ella tenga un motivo más para no buscar ayuda o no denunciar a su pareja, ya que suele ser la única fuente de ingreso de dinero y sustento de la familia, en la cual muchas veces hay más de un hijo de por medio(21).

La tercera forma de actuar del hombre es mediante la violencia física, que inician desde el romper cosas, lanzar objetos e intimidar a su pareja, y llegan hasta los gritos, amenazas hacia ella y sus hijos, buscando exponerla frente a la sociedad, minimizándola en todo momento, finalizando con los golpes propiamente dicho, que crearán en el hogar un estado de terror latente(16).

Por último, el maltratador siempre ejercerá pequeñas concesiones con la mujer, le dará algo a cambio si ella hace todo lo que él dice, generando así dependencia emocional y condicionando su actitud en todo momento, lo que hará que ella esté ahora bajo el control absoluto de su victimario y no pueda sentirse capaz de pedir ayuda por miedo a las represalias o por no tener otras fuentes de afecto y soporte(16).

### **2.2.1.6 Tipos de violencia**

#### **a) Violencia física**

Se define como violencia física a cualquier acción, comportamiento u omisión directa que lesiona la integridad física de una persona. Esto significa que habrá uso de fuerza para provocar un daño no accidental, ya sea con o sin algún arma u objeto, y provocará lesiones externas, internas o ambas. Este tipo de violencia no es la más frecuente, aunque sí es la más fácil de identificar por terceras personas. Las lesiones que ocasionan pueden o no ser permanentes, incapacitantes o incluso pueden provocar la muerte cuando no son controladas(17).

La violencia física es el tipo de violencia más frecuente en el Perú y, de acuerdo a la OMS (1) en el año 2005, las zonas rurales de este país presentaban las cifras más altas a nivel mundial, siendo 61%. Las mujeres peruanas confesaron que lo más frecuente eran las bofetadas, hasta en el 52% de los casos, seguidas de puñetes en 42%. De acuerdo con los parámetros establecidos por la OMS, el 49% de féminas peruanas del área rural había sido víctima de violencia grave, considerado como haber recibido patadas y atacada o amenazada con algún arma. Estas cifras son alarmantes comparadas con Japón, donde se encontraron las más bajas, siendo solo el 4%(1).

Las cifras del ENDES 2017 (2) revelan que el 30,6% de mujeres peruanas había sido víctima de violencia física por su pareja, siendo del 31,3% en el área urbana y 28,4% en la rural. Estas cifras son distintas a las encontradas por la OMS en el 2005, donde la violencia en zonas rurales era mayor. Si bien esto puede estar justificado por las migraciones, en donde personas de áreas rurales viven ahora en las urbanas, no se debe pasar por alto este dato alarmante. A pesar de haber disminuido en 9 años en 8%, aún es una cifra elevada y sigue siendo el segundo tipo de violencia más frecuente en el Perú y a nivel mundial. Por otro lado, se observó que un 50,5% de mujeres había sido

víctima de este tipo de violencia por su pareja bajo los efectos de drogas o alcohol.

### **b) Violencia psicológica**

Es toda acción u omisión que altera la estabilidad emocional o psicológica de la mujer. Puede ser abandono, descuido reiterado, y llegar a la de tipo verbal, donde hay insultos, humillaciones, búsqueda de minimizar a su pareja, celos constantes sin motivos, acusaciones falsas, burlas, busca culpar de todo a la mujer, la amenaza constantemente tiene actos de infidelidad que no oculta, la llama constantemente para saber qué hace y busca controlar todas sus acciones. Todo ello genera en la mujer depresión, aislamiento social, baja autoestima e incluso puede inducir a la mujer al suicidio al no poder controlar aquella situación(17).

El estudio de la OMS 2005 concluyó que entre el 20 – 75% de mujeres de los países analizados había sido víctima de violencia psicológica, tales como insultos, humillación e intimidación. Asimismo, se encontró que el 25% de ellas había recibido amenazas con recibir violencia física, sobre todo en los ámbitos rurales. Al menos el 66% de las mujeres había sido violentada mentalmente más de una vez. Más aún, las mujeres que revelaron haber sido víctimas de esta violencia mencionaron que sus parejas solían tener actitudes dominantes sobre ellas, en algunos ámbitos hasta en el 90% de los casos(1).

La encuesta ENDES 2017 (2) reveló que 61,5% de mujeres había sido víctima de violencia psíquica o verbal, siendo el tipo más frecuente de violencia a la actualidad. Estas cifras duplican a la de violencia física, y es ejercida principalmente por la pareja. Las diferencias entre áreas urbana y rural son de escasamente 1%, siendo mayor en el área urbana con 61,7% y 60,8% en la zona rural.

### **c) Violencia sexual**

Son aquellos actos que degradan o dañan el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, atentando así contra su libertad, integridad física, y su dignidad. Esta no es tan frecuente, más existe en el Perú casos reportados(2). El hombre ve a la violencia sexual como una expresión de poder sobre la mujer al denigrarla y hacerla sentir como objeto. El violentador puede usar diversas tácticas para llegar a ello, ya sea mediante el chantaje, manipulación, burlas o humillaciones sobre su cuerpo, comparando a la mujer sobre su eficiencia en el acto sexual, obligándola a tener relaciones sin protección, subestimando sus necesidades sexuales o refiriéndose a ella con términos sexuales denigrantes. Todas estas estrategias utilizadas por el hombre harán que la mujer acceda a tener relaciones por culpa, no teniendo en cuenta lo que ella desea, sino lo que su pareja demanda(17).

La violencia sexual suele ser la menos frecuente, aunque aparece después de otros tipos de violencia, acompañándola. La OMS lo define como tres comportamientos: incitando temor en la pareja para que acceda a tener relaciones sexuales, obligándola a pesar de que ella no desee o forzándola a realizar algún acto sexual que la pareja no desee por considerarlo denigrante. Los ámbitos rurales de Perú evidenciaron una de las cifras más altas de violencia física, sexual o ambas, junto con Bangladesh, Tanzania y Etiopía. En la zona rural de Perú, las cifras de violencia sexual llegaron a 47%, siendo la tercera más alta reportada; mientras que en áreas urbanas fue de 23%. Asimismo, la violencia física y sexual juntas fue la segunda más elevada, siendo 69% en las zonas rurales. La causa más frecuente de la violencia sexual fue por haber sido forzada por su pareja físicamente, más que por miedo(1).

De acuerdo con ENDES 2017, el 6,5% de mujeres peruanas ha sufrido alguna vez violencia sexual por parte de su esposo o pareja. Este estudio de 9 años, desde el 2009, evidencia una disminución de 2,3% de este tipo de violencia a través del tiempo, ya sea en el ámbito rural o urbano, lo cual permite soslayar que se pudieran estar tomando medidas

por parte de las mujeres y autoridades que permiten esta reducción. Asimismo, la violencia sexual solo fue del 2,4% en los últimos 12 meses del año 2017(2).

#### **2.2.1.7 Influencia de la violencia en el embarazo**

Un meta análisis realizado por Weil (22) en 2019 revela que la violencia doméstica inicia o aumenta durante el embarazo y en la etapa postparto. Así, la violencia podía llegar hasta 7-20% de las gestaciones, a la par que los embarazos no planificados tenían un riesgo tres veces más alto de sufrir abuso físico que los planificados.

La OMS plantea que las mujeres embarazadas que sufren violencia física o sexual tenían mayor probabilidad de sufrir abortos inducidos o espontáneos. El porcentaje de gestantes que sufrían violencia al año 2005 en el mundo era de 5%. Más aún, las provincias de Perú la incidencia más alta de violencia física durante la gestación, siendo de 27,6%. La mayoría fueron por el padre biológico del bebé que llevaban, quien les propició patadas y puñetes en el abdomen. Asimismo, gran parte de ellas ya había sufrido de violencia previamente por esa misma pareja, y las gestantes afirmaron que el abuso físico aumentó con el embarazo(1).

Un estudio del MIMP (19) evidenció que no existe mucha bibliografía acerca del impacto de la violencia contra la mujer. Asimismo, se sabe que existe un 7% más riesgo de tener complicaciones en el parto y un 17% terminó en aborto espontáneo, inducido o nacimiento del producto sin vida. Esto estaría asociado no solo a la violencia física recibida durante el embarazo, sino en la psicológica. La pareja muchas veces induce a la mujer a abortar, o la mujer tiene mala higiene o pobres cuidados prenatales debido al contexto de violencia en el que vive. Ello también impacta luego en la salud mental de las mujeres, causando depresión y ansiedad. Más aún, se identificó que, si bien la violencia no afecta a la talla del recién nacido, el estado depresivo, consecuencia de la violencia durante el embarazo, sí influye en el desarrollo y talla del producto.

## **2.2.2. Depresión**

### **2.2.2.1 Definición, etiología y fisiopatología**

La depresión pertenece a un conjunto de trastornos mentales ligados al ánimo, de impacto importante en la vida saludable de la persona. Esta se distingue por un profundo estado de tristeza y pérdida de placer o interés, que esté latente la mayor parte del día y con un tiempo de duración de al menos 2 semanas(23). El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) agrupa signos y síntomas característicos de esta patología: sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad, culpa, irritabilidad, pérdida de interés en actividades predilectas o cotidianas, insomnio o hipersomnia, aumento o pérdida del apetito, problemas digestivos, ideación suicida, entre otras(24).

La depresión significa un grupo de alteraciones heterogéneas que son, al final, fenotípicamente similares. Esta suele ser el resultado de un conjunto de factores que se desarrollan en el tiempo. La depresión mayor tiende a tener su origen en 2 grupos de factores predisponentes: factores internos, como la genética, sexo, baja autoestima y ansiedad de origen temprano; factores externos, como alteraciones de la conducta, y factores adversos, como eventos traumáticos en la niñez, poca calidez familiar, deserción o bajo nivel educativo, ausencia de apoyo social, problemas maritales, entre otros(25).

Las causas genéticas que influyen la aparición del cuadro depresivo estarían justificadas por las mutaciones genéticas provocadas por factores externos, aunado a las consecuencias del estrés en la transcripción de proteínas a nivel celular. Asimismo, se sabe que las mujeres tienen el doble de riesgo de padecer depresión que los varones. La edad temprana de aparición también influiría para el futuro desarrollo de cuadros más graves de esta patología. Si bien se ha intentado buscar la causa genética de base de la depresión, no se ha encontrado aún genes específicos que la generen. No obstante, se ha identificado que es más importante estudiar la asociación entre factores externos y genes, ya que ello sí desencadenaría los cuadros depresivos. De esta forma, se sabe que no existe cambios a nivel estructural en los genes, sino se altera la expresión de ellos. Suele estar frecuentemente

asociado a estrés crónico, que causa metilación de ácido desoxirribonucleico y acetilación de histonas(25).

Aunque el desarrollo de la depresión involucra regiones anatómicas y una conducción nervosa, no existe una vía específica para ello. En contraposición, se sabe que existen zonas cerebrales encargadas de las emociones, recompensa y ejecución, como la corteza prefrontal, amígdala, hipocampo y núcleo accumbens. Otros involucrados también son los adrenorreceptores, sistema dopaminérgico, citocinas, neurotrofinas, regulación anormal de monoaminas cerebrales, eje hipotálamo hipofisario suprarrenal y neurogénesis(23).

Se ha identificado al estrés como el elemento principal para que exista depresión. Se generan reacciones corporales, conocidas como “síndrome de adaptación general” (SAG) debido a agentes estresantes. Dicho síndrome genera en el organismo un mayor esfuerzo para adaptarse a los nuevos escenarios metabólicos que el estrés ha condicionado. A pesar de que la respuesta al estrés es un evento fisiológico natural que busca la homeostasis, la respuesta sostenida al estrés a largo plazo tiene efectos secundarios graves e incrementa el riesgo de depresión, enfermedades cardiovasculares, obesidad, entre otras(23).

El eje hipotálamo hipofisario es el encargado de regular al estrés cuando se encuentra con estímulos inflamatorios, psicosociales o físicos. Existe secreción de hormona liberadora de corticotropina y liberación de neurohormona arginin-vasopresina, ambas en el hipotálamo. Ambos llegan a la hipófisis anterior, estimulando la secreción de hormona adrenocorticotrópica a los vasos sanguíneos, quienes se dirigirán a la corteza suprarrenal para estimular la síntesis y posterior secreción de glucocorticoides. La función principal de los glucocorticoides es la retroalimentación negativa del eje hipotálamo hipofisario, para detener la secreción de cortisol y evitar que este genere daños en la persona(23).

La hormona liberadora de hormonas adrenocorticotropas y la hormona antidiurética actúan mediante segundos mensajeros para la liberación de hormona adrenocorticotrópica. Las reacciones químicas que generan inducen



a la activación de fosfolipasa Ca<sub>3</sub>, que actúa sobre receptores V<sub>3</sub>, ubicados en hipófisis y glándula suprarrenal, ya sea en estrés agudo o crónico. Por ello, la regulación anormal de ambas hormonas influye en la respuesta corticotrófica ante la presencia de cantidades elevadas de glucocorticoides, evidenciados en estrés crónico o, incluso, con la depresión(26).

Cuando se activa el eje hipotálamo hipofisario por estrés actúa sobre diversas funciones, como inmunidad, metabolismo, regula la supervivencia neuronal, generación de nuevas neuronas, influye en el tamaño de estructuras complejas, como la adquisición de recuerdos, hipocampo y evaluación emocional de situaciones que le sucedan al sujeto. De esta forma, la influencia que tienen las alteraciones del eje hipotálamo hipofisario debido al estrés actuaría sobre la probabilidad de desarrollar diversos trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión(26).

La principal hormona del estrés es el cortisol, que regula la retroalimentación negativa minimizando la respuesta ante el estrés después de un detonante. El cortisol actúa sobre diversos receptores ubicados en varios órganos, como por ejemplo receptores de glucocorticoides, de mineralocorticoides, localizados en amígdala, corteza prefrontal e hipocampo, además de actuar en la hipófisis anterior para apagar el eje. Estos receptores se encuentran en el citoplasma de las células neuronales, por lo que la unión hormona-receptor inducirá la disociación de las proteínas de choque térmico (chaperonas, inmunofilinas, cinasas) y la translocación al núcleo de ellas, de forma que ahora pasará a regular la expresión del gen, ya sean por competencia o interacción con los factores de transcripción de la secuencia de ADN nuclear, o al reconocer secuencias de ADN específicas, mejor conocidas como elementos de respuesta a glucocorticoides, que tendrán función activadora o inhibidora(27).

Múltiples estudios en humanos y roedores han evidenciado que la función del eje llega a normalizarse con tratamiento electroconvulsivo, antidepresivos o pueden incluso remitir espontáneamente. Además, se observó que los eventos estresantes a temprana edad afectarían el funcionamiento del eje hipotálamo hipofisario, siendo más tarde un factor de

riesgo fuerte para padecer depresión en la adultez. Más aun, la conducta que adopta la madre luego del parto, sobre todo por el cuidado de su hijo, tiene un efecto fundamental en el funcionamiento del eje(23).

La corticoliberina en constante liberación tiene efectos sobre la función respiratoria, control del apetito, sistema cardiovascular, estado anímico y la regulación del flujo cerebral(27). El aumento de los niveles de esta hormona está asociado con síntomas característicos de la depresión, problemas de sueño, alteración en el comportamiento motor, ansiedad, entre otros. Asimismo, se establece que esto causaría la forma más severa de depresión, con pérdida de placer en las actividades cotidiana, pérdida de peso muy significativa, mal humor matutino, entre otras. Paralelamente, la depresión de tipo atípica estaría más relacionada a glucocorticoides elevados, generando hipersomnia, hiperfagia, letargo, fatiga, etc.(23).

#### **2.2.2.2 Influencia de la depresión durante la gestación**

El embarazo significa un periodo en el cual la mujer se encuentra vulnerable psicológicamente(11). En esta etapa se producen elevación o descenso rápido de diversos esteroides ováricos, como en la fase luteínica, las peri-menstruales, el primer trimestre de la gestación, después del parto y en la menopausia. Dichas variaciones son normales en el organismo, aunque el impacto que tengan dependerá de diversos factores extrínsecos e intrínsecos. Estos cambios hormonales se evidenciarán en el comportamiento social, medioambiental, y el ámbito psicológico. Asimismo, algunas tendencias preexistentes de la mujer pueden favorecer el desarrollo de depresión: baja autoestima, poca asertividad, falta de confianza en sí misma, basar su satisfacción personal en el éxito de sus relaciones inter personales, entre otras(28).

Los trastornos del estado del ánimo que suelen aparecer en la gestación son la depresión, o esta misma asociada con ansiedad, ambas de curso benigno, intensidad leve de síntomas, que puede ser resuelto con un entorno social adecuado, que demuestre su apoyo hacia ella y no requiere un tratamiento farmacológico(28). Las causas de esta están asociados también a

diversos factores sociales durante el embarazo, como las exigencias que la mujer siente durante su periodo gestacional, el ámbito laboral competitivo en el que puede estar desempeñándose, la preocupación por el bienestar de su producto, los embarazos no deseados, al igual que antecedentes personales o familiares, como edad de la madre, poco apoyo social, multiparidad, que incluso llevaría a significar un riesgo para la resistencia al tratamiento (22).

La depresión mayor durante el embarazo es más frecuente en el tercer trimestre, asociado a ideas suicidas, postración o ideas delirantes. Si la mujer ha tenido depresión previa al embarazo tiene entre 25 – 50% de probabilidad de desarrollar depresión mayor. Puede llegar a ser un motivo de hospitalización por el riesgo que significa para su persona y la de su bebé en camino. Se debe siempre preguntar si hay adherencia al seguimiento obstétrico y al tratamiento indicado. El tratamiento final puede llegar a ser hasta con terapia electroconvulsiva (28).

### **2.2.3. Apoyo social**

Se entiende por apoyo social las provisiones tangibles e intangibles de recursos psicológicos y materiales brindados por un nexo social afín a la persona, con la finalidad de apoyar a una persona a enfrentar diversas situaciones de estrés. Está comprobado que el apoyo social, cuando es adecuado, puede hacer que la persona afronte enfermedades y sucesos estresantes. Al hablar de violencia de pareja, existen estudios que aseguran que una red de apoyo social adecuada se asocia con una menor tasa de depresión y ansiedad.

## 2.3 Marco Conceptual

- **Apoyo social:** provisiones, ya sean tangibles o intangibles, dadas por personas del entorno, grupo familiar, vecinal o amical ante una situación adversa o sin la presencia de ella(29).
- **Depresión:** estado de tristeza profundo y pérdida de placer en la mayor parte del día, por lo menos por dos semanas(26).
- **Edad:** se define en números enteros, ya sean años o meses(30).
- **Embarazo no deseado:** son aquellos que se dan en contra del deseo de la mujer, en momentos inoportunos o desfavorables, o en una persona sin deseo genésico pero que conserva aún su fertilidad(31).
- **Estado civil:** acorde a la situación de la persona como ser social parte de una comunidad. Puede ser soltero, casado, conviviente, divorciado, viudo(30).
- **Gestación:** producto de la unión del espermatozoide con un ovocito secundario, que resulta en un ser humano en desarrollo anatómico-fisiológico completo. Esta se divide en tres trimestres para un mejor estudio y culmina hasta antes del parto.
- **Lugar de residencia:** definido como la zona geográfica donde una persona habita. Esta puede ser rural, si está conformado por campos, zonas rurales, centros poblados o localidades rurales, las cuales tienen menos de dos mil personas, encontrándose las viviendas más alejadas entre ellas; o urbano, si el espacio es ocupado por centros poblados urbanos, conformados por más de dos mil habitantes, con viviendas contiguas que formen calles y manzanas, hasta llegar a áreas metropolitanas o aglomeraciones urbanas(30).
- **Nivel de instrucción:** se define como el grado más alto alcanzado en los estudios que la persona ha cursado en su vida, sin tomar en cuenta si lo ha concluido o no. Se divide en: personas analfabetas, sin estudios, primarios (guardería, inicial, educación primaria), profesionales (formación profesional básica), secundarios, medio-superiores (técnicos) y superiores (universitarios)(32).

- **Paridad:** número de veces que la mujer ha tenido una gestación completa que ha llegado al parto. También se considera como el número de hijos vivos y no vivos que ha tenido la fémina en su vida.
- **Sexo:** característica biológica y genética con la que se nace, que se diferencia en femenino y masculino.
- **Violencia:** acto, omisión o intento de hacer daño físico, verbal, sexual o económico a una persona durante la búsqueda de imposición de ideales o con un fin específico(33).
- **Violencia de género:** todo acto u omisión hacia una mujer, que la afecta física, psicológica, económica o sexualmente, hecha en un contexto de desigualdad en las relaciones de poder entre el hombre y la mujer, en la búsqueda del control total sobre ella(21).
- **Violencia física:** es todo acto o intento de ello que utiliza la fuerza para generar daño en una persona. Puede ser hecho con alguna parte del cuerpo, como puños, dientes, piernas, o también con armas u objetos que causen daño suficiente. Las lesiones que deja pueden ser permanentes, incapacitantes o transitorias(34).
- **Violencia psicológica:** toda omisión o acto que altere la integridad mental o emocional de una persona. Esta incluye tales como abandono, insultos, infidelidad, humillaciones, entre otras(34).
- **Violencia sexual:** acto que degrada la sexualidad de la persona, y va en contra de su integridad física. Esta puede ser forzando a la pareja a tener un acto sexual, realizar prácticas sexuales que ella considere denigrantes o burlas y comparaciones sobre el cuerpo de la afectada(34).

## 2.4 Hipótesis

### 2.4.1 Hipótesis General

- Existe asociación entre la exposición a la violencia y la depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital San José de Chíncha, Ica durante el período setiembre 2019 – enero 2020

### 2.4.2 Hipótesis Específica

- No se plantea hipótesis para el objetivo específico 1 debido a su naturaleza descriptiva.
- Existe asociación entre la violencia física y el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia en el Hospital San José de Chíncha, durante el periodo setiembre 2019 – enero 2020
- Existe asociación entre la violencia psicológica y el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia en el Hospital San José de Chíncha, durante el periodo setiembre 2019 - enero 2020
- Existe asociación entre la violencia sexual y el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia en el Hospital San José de Chíncha, durante el periodo setiembre 2019 – enero 2020.

## 2.5 Variables

### 2.5.1 Variable 1

- Violencia durante el embarazo:
  - Física
  - Psicológica
  - Sexual

## **2.5.2 Variable 2**

- Episodio depresivo

## **2.5.3 Variables intervinientes:**

### 2.5.3.1 Factores sociodemográficos

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Convivencia con pareja
- Número de hijos vivos
- Número de embarazos
- Ocupación
- Tiempo con la última pareja
- Nivel educativo
- Consumo de alcohol
- Lugar de residencia

## 2.6 Definición de conceptos operacionales

- **Depresión:** Puntaje en la escala de Edinburgh. Una puntuación mayor o igual a 10 significa una probable depresión
- **Edad:** Respuesta a los datos de ficha de recolección
- **Número de hijos vivos:** Respuesta a los datos de la ficha de recolección, en números
- **Número de gestaciones:** respuesta a la ficha de recolección de datos, en números
- **Estado civil:** respuesta a la ficha de recolección de datos, siendo soltera, casada, conviviente, viuda, divorciada
- **Tiempo con última pareja:** respuesta a la ficha de recolección de datos, en números
- **Consumo de alcohol de pareja:** respuesta a la ficha de recolección de datos, siendo la respuesta afirmativa o negativa
- **Nivel de instrucción:** respuesta a la ficha de recolección de datos, siendo primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior incompleta, superior completa, ninguna instrucción
- **Ocupación:** respuesta a la ficha de recolección de datos
- **Lugar de residencia:** respuesta a la ficha de recolección de datos
- **Violencia física:** respuesta a la encuesta de violencia, siendo la respuesta afirmativa o negativa
- **Violencia psicológica:** respuesta a la encuesta de violencia, siendo la respuesta afirmativa o negativa
- **Violencia sexual:** respuesta a la encuesta de violencia, siendo la respuesta afirmativa o negativa



## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1 Diseño Metodológico

#### 3.1.1 Tipo de Investigación

- **Transversal:** se refiere a la recolección de datos basada en las variables, las cuales serán medidas en una sola oportunidad. En este estudio, se aplicarán los cuestionarios a las gestantes en una oportunidad, lo cual será suficiente para conocer los datos de la paciente.
- **Observacional:** hace referencia a que el investigador no intervendrá en los sujetos de estudio, por lo cual se apreciará la evolución natural de las variables a estudiar, lo cual será ajeno a la voluntad del investigador. Para este estudio, se observará si existen antecedentes de violencia en la encuestada, al igual que los síntomas actuales que pudieran estar asociados con depresión.

#### 3.1.2 Nivel de investigación

- El trabajo es de nivel descriptivo.

### 3.2 Población y muestra

La población de este estudio está conformada por la totalidad de mujeres embarazadas entre 18 y 35 años de cualquier edad gestacional que se acudían al Servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el periodo setiembre 2019 hasta enero 2020.

Inicialmente, se calculó un tamaño de muestra de 332 pacientes a encuestar (95% de nivel de confianza y un error máximo aceptado de 5%), pero el proceso de

enrolamiento fue interrumpido debido a la aparición de nuevos casos de pacientes con COVID-19 en la provincia de Chincha. Entonces, hasta el mes de enero del 2020 solo se llegó a recolectar 321 participantes.

### 3.3 Medios de recolección de información

El estudio se hará por medio de dos cuestionarios de evaluación:

- **Instrumento de detección de violencia de género**: evalúa la presencia o no de violencia física, psicológica, sexual, antecedentes de violencia y seguridad con la pareja. Este cuestionario fue diseñado por la Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (anexo 1), y fue validado por Távara y col (35) en nuestro territorio en el año 2003. En este, una respuesta afirmativa indica que la encuestada ha estado expuesta a algún tipo de violencia, al igual que tiene la oportunidad de detallar algunas otras características de la violencia sufrida, como el autor del abuso, tiempo de exposición a ella y último episodio.
- **Test de Depresión Postparto de Edimburgo**: evaluará si la madre está en riesgo o no de tener depresión durante o después del embarazo. El cuestionario incluye 10 preguntas que la encuestada deberá contestar respecto a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Un puntaje mayor de 13 significará que existe riesgo o es probable que tenga depresión(36) (anexo 2). Esta herramienta fue validada por Vega y col en Perú, y evalúa otros parámetros como anhedonia, en los ítems 1 y 2, y ansiedad, en los ítems 3 hasta el 6.(37)

### 3.4 Técnicas de procesamiento de datos

Los datos serán procesados mediante el programa Microsoft Excel, en donde se ordenarán de acuerdo con cada variable. Con ello, se hará un análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS 25.0.

### **3.5 Diseño y esquema de análisis estadístico**

Se usará la prueba de chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables 1 y 2, al igual que con las variables intervinientes, considerándolo significativo si  $p < 0,05$ . Asimismo, se obtendrá el Odds Ratio para hallar el riesgo que existe entre las variables. Se mantuvo para este trabajo un intervalo de confianza al 95%.

### **3.6 Consideraciones éticas**

La información recolectada se hizo con el respeto y confidencialidad debida, pidiendo en primer lugar el consentimiento de la paciente (anexo 5), registrando luego solo datos como edad, grado de instrucción, estado civil, entre otros (anexo 6), omitiendo nombre y apellido de las pacientes para garantizar al Hospital San José de Chíncha que la información será utilizada con fines de investigación. Asimismo, este trabajo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista, con código de registro n°188-2020-CIEI-UPSJB (anexo 7).

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

#### 4.1.1 Variables sociodemográficas

Se reclutaron 321 participantes, de las cuales 5 de ellas no cumplían criterios de inclusión, por lo que se expondrá el resultado de 316 mujeres embarazadas. Aproximadamente la mitad de la muestra (47.7%) tuvo un rango de edad entre 18 y 25 años, siendo la edad máxima encontrada de 42 años. Acerca de la nacionalidad, el 83.9% era de nacionalidad peruana, y el resto venezolana. La mayor parte de las participantes estaban casadas (63.9%), tenían instrucción escolar completa (75.9%), contaba con un empleo (84.8%), no había tenido abortos previos (71.2%) y pertenecía a zona rural de la ciudad de Chincha (71.8%). Se reportan los datos completos en la tabla nº1.

**Tabla 1:** Características de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital San José de Chincha, 2019-2020.

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Sociodemográficos</b>		
<b>Edad</b>		
18-25	153	47,7
26-30	100	31,2
De 30 a más	63	19,6
<b>Nacionalidad</b>		
Peruana	265	83,9
Venezolana	51	16,1
<b>Estado civil</b>		
Soltera	56	17,7
Conviviente	58	18,4
Casada	202	63,9
<b>Nivel de Instrucción</b>		

Escolar	240	75,9
Técnico	43	13,6
Universitario	33	10,4
<b>Tiempo con su última pareja</b>		
Menos de un año	20	6,3
Más de un año	296	93,7
<b>Abortos Previos</b>		
Sí	60	19
No	225	71,2
No precisa*	31	9,8
<b>Residencia</b>		
Rural	89	71,8
Urbano	227	28,2
<b>Ocupación</b>		
Desempleado	268	15,2
Empleado	48	84,8

\*La participante prefirió no responder

#### 4.1.2 Frecuencia de depresión y violencia durante embarazo

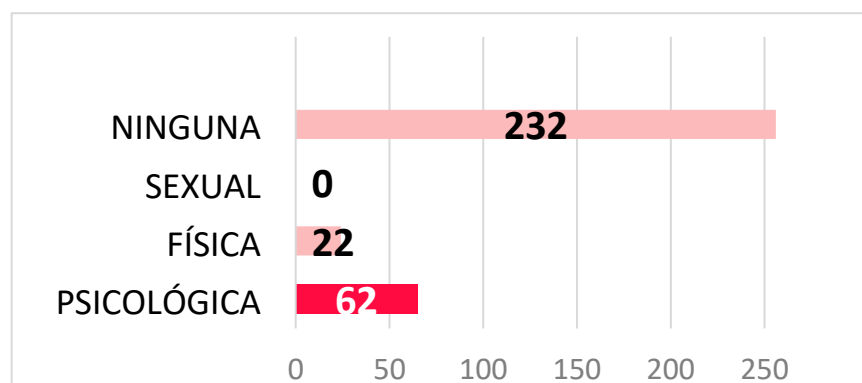
De lo expuesto, encontramos que el 19.6% de las mujeres embarazadas habían sufrido violencia psicológica durante el periodo de la gestación, 7% sufrió violencia física, 11.1% violencia sexual durante la niñez y no se reportaron casos de violencia sexual en el embarazo. Asimismo, el 87% percibía seguridad en el hogar, conviviendo o no con la pareja actual (ver tabla 2 y gráfico 1).

**Tabla 2:** Frecuencia de violencia durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chincha, periodo 2019-2020

<b>Exposición a violencia doméstica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Violencia psicológica</i>	62	19.6
<i>Violencia física</i>	22	7
<i>Violencia sexual</i>	0	0
<i>Violencia sexual durante la niñez</i>	35	11.1

<i>Perciben seguridad en casa</i>	275	87
<i>Total</i>	316	100

**Grafico 1:** Violencia durante el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chincha periodo 2019-2020



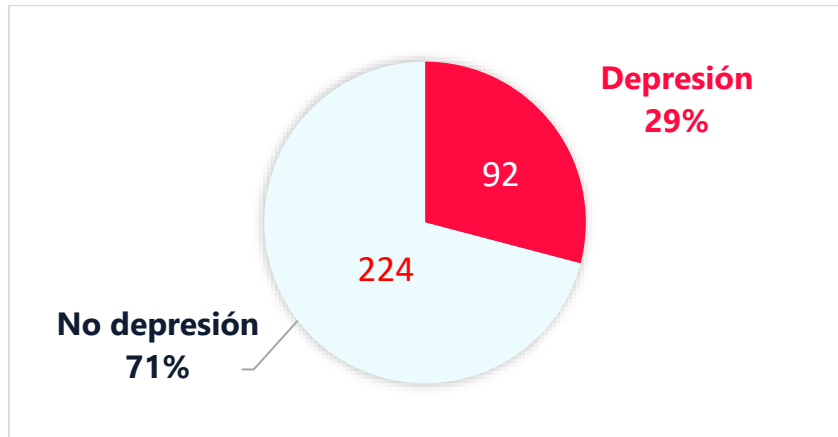
Por otro lado, de las mujeres encuestadas, se encontró que el 29.1% de ellas sufrieron depresión durante el embarazo, con un puntaje encontrado en la EPDS  $\geq 13$ , al igual que se evidenció que el 16.8% de ellas había tenido pensamientos suicidas en la gestación (tabla 3 y grafico 2).

**Tabla 3:** Depresión materna en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chincha periodo 2019-2020

<b>Síntomas depresivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Presente (puntuación &gt;13)</i>	92	29.1
<i>Puntuación total en la EDPE (Promedio, <math>\pm</math>DE)</i>	10.1	$\pm$ 5.1
<i>Presencia de pensamientos suicidas</i>	53	16.8

\*EDPE: Escala de depresión Postnatal de Edimburgo, DE: desviación estándar.

**Grafico 2:** Depresión materna en mujeres atendidas en el Hospital San José de Chincha periodo 2019-2020



#### 4.1.3 Asociación entre violencia física y desarrollo de depresión

Respecto a la violencia física, encontramos que de las 22 mujeres expuestas a violencia física, 18 de ellas presentaron depresión, demostrando una asociación significativa positiva entre violencia física y depresión materna ( $p < 0.001$ , IC 95%). Asimismo, se halló que existe mayor riesgo de presentar depresión en aquellas gestantes expuestas a violencia física, con un  $OR = 13.378$  (4.387-40.797) (ver tabla 4).

**Tabla 4:** Asociación entre violencia física y desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha periodo 2019-2020.

		<i>Depresión</i>		<b>P value</b>	<b>OR</b>
		<i>Si</i>	<i>No</i>		
<b>Violencia física</b>	<i>Si</i>	18	4	<0.001	13.378 (4.387 – 40.797)
	<i>No</i>	74	220		

#### 4.1.4 Asociación entre violencia psicológica y desarrollo de depresión

Respecto a la violencia psicológica, encontramos que de las 62 mujeres expuestas a violencia psicológica, 44 de ellas presentaron depresión, demostrando una asociación significativa positiva entre violencia psicológica y depresión materna ( $p < 0.001$ , IC 95%). Asimismo, se halló que existe mayor riesgo de presentar depresión en aquellas gestantes expuestas a violencia física, con un OR=10.491 (5.576-19.737) (ver tabla 5)

**Tabla 5:** Asociación entre violencia psicológica y desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha periodo 2019-2020.

		<i>Depresión</i>		<i>P value</i>	<i>OR</i>
		<i>Si</i>	<i>No</i>		
<i>Violencia psicológica</i>	<i>Si</i>	44	18	<0.001	10.491 (5.576 – 19.737)
	<i>No</i>	48	206		

#### 4.1.5 Asociación entre violencia sexual y desarrollo de depresión

En el presente trabajo no se encontraron casos de violencia sexual durante el embarazo, por lo cual no podría hallarse la asociación entre dicha variable y el desarrollo de depresión materna.

No obstante, hallamos 35 casos de violencia sexual durante la niñez (11.1%), como se evidencia en la tabla 2, al igual que se encontró que el 87% del total percibían seguridad en el hogar. Esto nos demuestra que existen más factores que podrían contribuir al desarrollo de depresión durante la gestación y ameritan ser estudiados posteriormente.



#### 4.1.6 Asociación entre violencia y desarrollo de depresión en gestantes

Respecto a la violencia global, encontramos que 62 mujeres se encontraban expuestas a algún tipo de violencia, y de ellas 44 presentaron síntomas depresivos, demostrando una asociación significativa positiva entre violencia y depresión materna ( $p < 0.001$ , IC:95%). Asimismo, se halló que existe mayor riesgo de presentar depresión en aquellas gestantes expuestas a violencia física, con un OR=10.491 (5.576-19.737) (ver tabla 6)

**Tabla 6:** Asociación entre violencia global y desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha periodo 2019-2020.

		<i>Depresión</i>		<i>P value</i>	<i>OR</i>
		<i>Si</i>	<i>No</i>		
<i>Violencia global</i>	<i>Si</i>	44	18	<0.001	10.491
	<i>No</i>	48	206		(5.576 – 19.737)

## 4.2 Discusión

La depresión materna es una problemática frecuente, subdiagnosticada, que en estos momentos la sociedad enfrenta. Es reconocida como la segunda causa de incapacidad de las mujeres, al igual que se ha evidenciado un aumento de la prescripción de antidepresivos en gestantes en los últimos veinte años. Cabe recalcar que esta condición de salud aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas, durante y después del parto, al igual que desarrollo del bebé por nacer alterado (bajo peso al nacer, neurodesarrollo fetal alterado, apgar bajo, entre otros). Todo lo mencionado es parte de la realidad de la gestante peruana, lo cual muchas veces no es detectado a tiempo y ello aumenta la morbilidad de nuestro medio (44).

Respecto a las variables sociodemográficas del estudio, no se evidenció asociación significativa con el desarrollo de depresión materna, similar a lo encontrado en estudios previos realizados en Perú. No obstante, encontramos una alta frecuencia de mujeres de edad entre 18-25 años, con estudios escolares completados, que se encontraban desempleadas al momento de la encuesta, tenían más de un año con una pareja en ese momento y la mayoría de ellas era casada. Un estudio desarrollado en Chiclayo en el 2018 encontró que las variables sociodemográficas asociadas a la depresión materna eran la edad adulto joven, nivel socioeconómico bajo, estar conviviendo con una pareja, entre otras (8). En otro estudio realizado en la ciudad de Sullana en el 2020, encontraron que los factores sociodemográficos asociados a presencia de violencia en las gestantes era edad 20 +-4, convivir con una pareja, el haber tenido solo una pareja sexual y no usar métodos anticonceptivos (9).

Asimismo, otras investigaciones internacionales, como la de Etiopía, evidencia que la edad promedio de gestación fue de 25 años, en su mayoría con educación escolar básica culminada o no, convivientes y

pertenecientes al ámbito rural de su ciudad, similar al presente trabajo (40). Otra investigación realizada en Chile en el 2014 halló que el no tener un trabajo remunerado, la educación básica de la gestante, entre otros factores eran determinantes en la presencia de violencia intrafamiliar (12). Estas estadísticas expuestas pone en evidencia que hay una gran población adulta joven que lleva un embarazo, no necesariamente con un trabajo estable o con estudios culminados. Esto podría significar graves repercusiones en la mujer y el niño en camino, ya que puede conllevar el tener una gestación en donde la madre podría no encontrarse física, emocional ni económicamente preparada para los retos que demanda una paternidad responsable.

Por otro lado, se pudo evidenciar que el 29% de las gestantes pertenecientes a la provincia de Chincha encuestadas sufrían de depresión. Ello es más elevado que el estudio de Faisal-Cury et al 2017, donde se encontró el 15.7% de gestantes con depresión (38), al igual que en otro estudio en Colombia, donde se encontró que el 19% de gestantes desarrollaron depresión antenatal, y aumentaba en los embarazos adolescentes hasta 32.8% (39). Asimismo, la prevalencia encontrada en Sudamerica es de 29%, coincidiendo con la presente investigación (39).

En un estudio realizado en un Centro Materno de Lima, Perú por Pariona en el 2018 encontraron que 36.7% de gestantes presentaba depresión moderada y 57% leve (7). Otro estudio realizado en la ciudad de Chiclayo en el 2018 también encontró que 28% de las mujeres embarazadas encuestadas presentaban depresión (8). Estos datos se asemejan a lo hallado en el presente estudio en la ciudad de Chincha, por lo que se esperaría que la depresión materna durante la gestación también se evidencie en todo el departamento de Ica.

En relación a la presencia de violencia, se encontró que el 19.6% de encuestadas sufrían violencia psicológica, el 7% sufrieron violencia física, no se evidenciaron casos de violencia sexual en el embarazo,

pero si se encontraron casos de violencia sexual en la niñez en el 35% de embarazadas. En un estudio realizado en un hospital de Cajamarca, se encontró que 42 mujeres que se encontraban en el puerperio sufrían violencia, lo cual desencadenaba posteriormente depresión post parto (4). De la misma forma, otra investigación realizada en Chimbote por Urbina en el 2018 demostraba que las pacientes víctimas de violencia familiar tenían 3 veces más riesgo de desarrollar depresión post parto, comparado con aquellas que no tenían dicho factor de riesgo (5). Más aún, el estudio realizado por Otero en el 2019 evidenció que más del 50% de las gestantes entrevistadas había sufrido violencia física por su pareja, dejando graves repercusiones en la salud mental (13). De esta forma, evidenciamos que la violencia en la mujer embarazada no es un problema aislado de algunas ciudades, sino que ocurre en todas, sin distinción de raza, nivel educativo, socioeconómico, entre otros. Por ello, se considera importante conocer e identificar cada caso para realizar un abordaje temprano de esta importante problemática que aqueja actualmente a las gestantes y evitar así las repercusiones a futuro.

Acerca de la asociación de violencia y desarrollo de depresión, se encontró en este estudio que de todas las gestantes que presentaron depresión, 44 habían sufrido violencia psicológica, 18 violencia física, 16 violencia sexual en la niñez, encontrándose un  $p < 0.001$ . Con ello comprobamos que hay una asociación significativa con la presencia de violencia con el desarrollo de depresión. Más aún, encontramos que existe 13 veces más riesgo de presentar depresión en aquellas gestantes expuestas a violencia física, al igual que 10 veces más riesgo en las embarazadas expuestas a violencia psicológica.

En contraste con lo expuesto, un estudio de Etiopía 2019 encontró que el 26% de mujeres violentadas psicológicamente presentaban depresión, y el 22% que sufrían violencia física también desarrollaron depresión, con un  $p < 0.001$  (11). Asimismo, un estudio realizado por Fulgencio et al, en México 2017, expuso que el 62% de mujeres había

sufrido violencia psicológica, 23% violencia física y 6% violencia sexual. A su vez, encontraron asociación moderada entre dicha variable independiente y el desarrollo de depresión y ansiedad antenatal, por lo cual consideraron importante que se aborde esta problemática desde los primeros controles prenatales (10).

Paralelamente, un estudio realizado en Lima-Perú, en un centro de salud de Villa María del Triunfo, encontró que más 32% de gestantes con violencia psicológica desarrollaban a la vez depresión, y el 16% de las que sufrían violencia física desarrollaron depresión también, con un OR 2.31 para violencia psicológica y 4.29 para violencia física (43). Ello nos demuestra que, tal como lo evidenciado en diversos estudios, existe una asociación entre violencia durante el embarazo y el desarrollo posterior de depresión antenatal, la cual, en este caso, no solo atenta contra la integridad física y emocional de la madre, sino también del feto.

Finalmente, con todo lo expuesto anteriormente, podemos ver que la violencia es una problemática que la sociedad chinchana enfrenta diariamente, y afecta a la población más vulnerable, tales como los niños, adultos mayores y gestantes, que no cuentan con un adecuado sistema de apoyo tanto familiar como social. Asimismo, vemos que esta población vulnerable estudiada en el presente estudio cuenta con diversos factores de riesgo asociados, tales como la corta edad de gestación, tener educación básica escolar, no necesariamente contar con una pareja estable, entre otros, que luego conllevarían a que las gestantes tengan mayor predisposición a presentar violencia perinatal y posteriormente depresión materna. Todo lo evidenciado en el estudio no se aleja de la realidad nacional e internacional expuesta, donde se encontraron cifras similares de violencia de género y depresión durante el embarazo, lo cual apoya a los resultados de la investigación realizada.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- En el presente estudio, encontramos que una gran cantidad de la población Chinchana encuestada se encontraba en el rango de edad de 18-25 años, estaban con la misma pareja más de un año, tenían educación básica culminada o no y no contaban con un trabajo estable al momento de la encuesta.
- Se encontró que existen casos de violencia intrafamiliar durante el embarazo en las gestantes encuestadas, al igual que se reportan casos de depresión antenatal, en cifras similares a las evidenciadas en estudios nacionales e internacionales, lo cual valida la información recabada. Más aún, encontramos que el tipo más frecuente de violencia fue la psicológica, teniendo una significancia importante en el desarrollo de depresión antenatal.
- Asimismo, encontramos asociación entre la presencia de violencia física y depresión materna, con un OR 13.378, IC 95%. Esto es similar a lo hallado en otros países y significativo para el presente estudio.
- Acerca de la violencia psicológica sufrida por las gestantes, encontramos una asociación significativa positiva entre esta y depresión en el embarazo, con un OR 10.491, IC 95%. Este valor también es significativo para nuestro estudio y se asemeja a la realidad nacional e internacional.
- No encontramos casos de violencia sexual en las mujeres embarazadas encuestadas, pero no descartamos que puedan existir estos casos o que por diversos factores las encuestadas no hayan brindado un dato real.
- Por último, se encontró que existe asociación entre la presencia de violencia durante el embarazo y desarrollo de depresión antenatal en las gestantes atendidas en el Hospital San José de Chincha, con un OR 10.491, IC 95%. Consideramos que esto sea un factor de riesgo no solo para la madre, sino también para el bebé en camino.

## 5.2 Recomendaciones

- Debido a los resultados del estudio, recomendamos hacer una búsqueda activa más minuciosa en cuanto al dato de violencia en la mujer. En nuestro país, sabemos que parte de la atención prenatal contiene al tamizaje de Violencia Intrafamiliar (VIF), validado por el MINSA y aplicado regularmente. No obstante, se debe promover a una mejor relación entre personal de salud y paciente que pueda brindar la confianza necesaria a la gestante para poder dar respuestas acordes a su realidad y certeras. Encontramos al realizar las encuestas que muchas de ellas habían dado una respuesta negativa al VIF, por lo cual consideramos necesario e importante reforzar esta arista en la atención prenatal.
- Recomendamos también aplicar una encuesta de depresión durante el embarazo y no tener en cuenta solo el enfoque post parto debido a los resultados evidenciados en este trabajo. Esta encuesta nos permitiría abordar los factores de riesgo completos de la gestante en el momento ideal, y así brindarle el apoyo psicológico, emocional y judicial que requiera cada situación. De la misma forma, podríamos reducir también las repercusiones en el feto y darle una mejor calidad de vida tanto a la mamá como al bebé por nacer.
- Es muy importante, como se ha mencionado arriba, capacitar adecuadamente al personal de salud encargado del tamizaje prenatal, para así poder tener un sesgo menor en cuanto a la información recolectada. Asimismo, se debe promover la consejería constante a la gestante, recalcarle los canales de ayuda que tiene disponible en caso se encuentre en una situación de violencia y no cuente con un soporte social adecuado, de modo que sean accesibles para ella. Además, en aquellas gestantes con depresión, brindarles el apoyo necesario durante el embarazo y hacer un monitoreo constante de cada caso.
- De la misma forma, consideramos que parte del abordaje temprano de esta problemática incluye el hacerla conocida en las escuelas, lugar en donde se encuentran los niños y adolescentes en formación; de este modo, ellos puedan conocer la importancia del respeto hacia el otro, se instruyan adecuadamente en valores para la sociedad que enfrentarán más tarde y, a su vez, sepan reconocer cuales son los signos de alarma en una pareja que podría ejercer violencia sobre ellos. Más aún, se podría tener orientación psicológica con

aquellos escolares que estén pasando algún tipo de violencia psicológica, física y sexual en casa o evidencien la violencia intrafamiliar en sus padres.

- Paralelamente, se debe instruir a la población en salud mental, ya que muchas de las gestantes encuestadas expuestas a violencia y con depresión no sentían que lo que estaban pasando ameritaba consejería psicológica. Más aún, algunas consideraban la violencia como algo parte de la convivencia y no deseaban separarse de su pareja violentadora actual. Por ello, es importante que ellas reconozcan la importancia de detectar a tiempo la violencia psicológica y física para que así puedan tomar acciones oportunas. De esta forma también ellas podrían informar a su grupo de apoyo social los eventos que están pasando, para que tengan el soporte necesario para afrontar la situación y puedan, a su vez, recibir consejería psicológica a tiempo.
- Finalmente, recalcar la importancia de la promoción y prevención en el primer nivel de atención, que son los lugares a donde con mayor frecuencia acuden las gestantes para control prenatal, y son los encargados de detectar los casos de violencia y depresión en el embarazo. Asimismo, tienen la capacidad de estar en contacto cercano con las pacientes y la población en general para poder hacer charlas frecuentes, estilos de vida saludable, dar a conocer las complicaciones que pueden aparecer en el bebé por tener una alteración en el estado emocional de la madre, entre otros. Se debe incentivar este tipo de actividades para así disminuir la tasa de violencia intrafamiliar y depresión materna, lo cual es un problema de salud pública importante en nuestro país.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. ESTUDIO MULTIPAÍS DE LA OMS SOBRE SALUD DE LA MUJER Y VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER. 2005.
2. ENDES. Series anuales de indicadores principales de la ENDES 1986-2017. 2018.
3. MIMP. Violencia contra las mujeres: perspectivas de las víctimas, obstáculos e índices cuantitativos. 2018.
4. Plasencia G, Rodríguez D, Correa A, Alvarado V, Llaque M. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal . Hospital Regional de Cajamarca, Perú 2014. UCV-Scentia. 2017;9(2):145–52.
5. Urbina Ruiz J. ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN PUERPERAL. HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE. Universidad Cesar Vallejo; 2018.
6. Mercado YD, Paccori LV. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2977/Mercado\\_hy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2977/Mercado_hy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Pariona-Gutierrez E. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2018 [Internet]. Vol. 447, Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4147/Diaz\\_rc.pdf;jsessionid=CD5A7FF3022F1A5526948369A600356D?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4147/Diaz_rc.pdf;jsessionid=CD5A7FF3022F1A5526948369A600356D?sequence=1)
8. Salinas-Montalvan J. Nivel de depresión en mujeres embarazadas atendidas en un centro de salud de la ciudad de Ferreñafe en Agosto 2018. Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2018.
9. Chorres-Mogollón J. Factores asociados a la violencia en gestantes que

acuden al centro de salud I-3 Ignacio Escudero, Sullana, Enero-Abril, año 2020 [Internet]. Tesis. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2020.

Available from:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1697/TITULO - Dávila Dávila%2C Priscilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Fulgencio M, Rivera M, Colunga C, Villaseñor T, Oropeza R. Relación entre violencia de pareja y salud general en mujeres embarazadas con educación superior. *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2017;22(2):165–73.
11. Thi N, Tho-Nhi T, Duc N, Van N, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam : A Longitudinal Study. *Biomed Res Int.* 2019;5(1):10.
12. Estefó S, Parra SM, Sáez K. Violencia física en el embarazo : realidad en el extremo sur de Chile. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2014;79(5):396–407.
13. Ariana Elizabeth Otero Holguin. Factores predisponentes y consecuencias en el bienestar materno perinatal en mujeres embarazadas que sufren violencia de género. 2019.
14. Llosa S, Canetti-Wasser A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicol Conoc y Soc.* 2019;9(1):178–204.
15. Pérez-Cantó P. La sociedad patriarcal en el discurso ilustrado. In: Universidad Autónoma de Madrid, España. 2007. p. 0–19.
16. Yugueros-García A. La violencia contra la mujer: conceptos y causas. *Rev Castellano-Manchega Ciencias Soc.* 2014;(18):147–59.
17. Martínez-Pacheco A. La violencia: conceptualización y elementos para su estudio. *Rev Cient Amer Lat.* 2016;(46):7–31.
18. Fausto L. Contribución al conocimiento de la historia de la violencia en el Perú. *An Fac med.* 2016;77(1):45–50.
19. MIMP. Impacto y consecuencias de la violencia contra las mujeres. 2017.
20. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. 2013.

21. Torres L, Antón E. *Violencia de Género*. 2010.
22. Weil A. Intimate partner violence: Epidemiology and health consequences - UpToDate [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 26]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-epidemiology-and-health-consequences?search=violencia en el embarazo&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H86601695](https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-epidemiology-and-health-consequences?search=violencia%20en%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H86601695)
23. Sequeira A, Fornaguera J. Neurobiología de la depresión. *Rev Mex Neurocienc*. 2009;10(6):462–78.
24. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. NIH SQF 11 - 3561. 2010;8.
25. Krishnan R. Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2019 [cited 2019 Aug 26]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?search=depression etiologia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?search=depression%20etiologia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
26. Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. *Harrison: principios de medicina interna*. 2015. 2714–2715 p.
27. Guyton, Hall. *Tratado de fisiología médica*. 2011. 928–934 p.
28. Gómea A. Depresión en el embarazo y el posparto. Síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. *OFFARM*. 2007;26(1):8.
29. Matud M, Aguilera L, Marrero R, Moraza O, Carballeira M. El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *Int J Clin Heal Psychol*. 2003;3(3):439–59.
30. INEI. *Glosario de términos - INEI*. Vol. XXXIII, INEI. 2012.
31. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2002;11(3):192–205.
32. Definición Nivel de instrucción (7 grupos) [Internet]. [cited 2019 Sep 6]. Available from:

[http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_303/elem\\_11188/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html)

33. MIMP. Reglamento de la Ley n°30364. 2015.
34. Consejo Nacional de Población. Los tipos de violencia. Prevención de la violencia en la familia. 2015;3.
35. Távora L, Zegarra T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Rev Ginecol Obs* [Internet]. 2003 [cited 2019 Aug 26];49(1):31–8. Available from: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol49\\_n1/detección.html#del](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol49_n1/detección.html#del)
36. Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo ( EPDS ). 1987;
37. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Rev Medica Hered*. 2019;29(4):207.
38. Alexandre Faisal-Cury, Paulo Rossi Menezes, Julieta Quayle & Alicia Matijasevich (2016): Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort, *Psychology, Health & Medicine*, DOI: 10.1080/13548506.2016.1153678
39. Borda Pérez M de los A, Forero C, Ahcar Cabarcas N, Hinestrosa C, Polo Lobo S, Staaden Garavito M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño de Jesús en Barranquilla (Colombia). *Rev Científica Salud Uninorte* [Internet]. 22 de noviembre de 2013 [cited 2019 July 15]; 29(3). Available in: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4775>
40. Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):310-4.
41. Meléndez, Marianna; Díaz, Mardorys; Bohorjas, Lía; Cabaña, Alberto; Casas, Jeannette; Castrillo, Marlyn; Corbino, Johnny Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, vol. 21, núm. 3, septiembre-diciembre, 2017, pp. 7-

12.

42. Lotero, H.D., Villa, I.C., & Torres, L.E (2018). Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 85-101.
43. Contreras, L. (2014). Factores de riesgo de homicidio de la mujer en la relación de pareja. *Universitas Psychologica*, 13(2), 681-692.  
doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.frhm
44. Benett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103 (4), 689-709. DOI: 10.1097/01.Aaog.0000116689.75396.5f

# ANEXOS

## ANEXO 1: CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE LA FLASOG

### INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Número de registro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Introducción a las preguntas

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, en este consultorio de gineco-obstetricia del Hospital San José de Chincha estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que consultan.

Es muy importante que Ud. sea sincera en sus respuestas porque esta situación de violencia (que a veces es de un pariente próximo) puede ser solucionada. Lo que Ud. nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

#### Violencia psicológica

1. ¿Se sintió alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted (ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc.)?  
SI NO

Si es Sí, ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene usted con la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

(pareja, ex esposo, padre, hermano, otro familiar, compañero de trabajo, extraño, no recuerda)

#### Violencia Física

2. ¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para usted le causó daño físico? (golpes, cortes, quemaduras, etc.)  
SÍ NO

Si es Sí, ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene usted con la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

#### Violencia Sexual

3. ¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

SI NO

Si es Sí, ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene usted con la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

#### Violencia sexual en la niñez

4. ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

SÍ NO

Si es Sí, ¿Cuándo sucedió la última vez? \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene usted con la persona que la agredió? \_\_\_\_\_

#### Seguridad

5. ¿Se siente segura cuando está en su casa con su compañero/esposo?

SÍ NO

## ANEXO 2: TEST DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |  |  |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br>Tanto como siempre<br>No tanto ahora<br>Mucho menos<br>No, no he podido               | 6. Las cosas me oprimen o agobian<br>Sí, la mayor parte de las veces<br>Sí, a veces<br>No, casi nunca<br>No, nada                              |
| 2. He mirado el futuro con placer<br>Tanto como siempre<br>Algo menos de lo que solía hacer<br>Definitivamente menos<br>No, nada                   | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, a veces<br>No muy a menudo<br>No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, algunas veces<br>No muy a menudo<br>No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>No muy a menudo<br>No, nada                              |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br>No, para nada<br>Casi nada<br>Sí, a veces<br>Sí, a menudo  | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>Sólo en ocasiones<br>No, nunca                   |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br>Sí, bastante<br>Sí, a veces<br>No, no mucho<br>No, nada  | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma<br>Sí, bastante a menudo<br>A veces<br>Casi nunca<br>No, nunca                                       |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry  
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD PRIVADA  
**SAN JUAN BAUTISTA**

**Dirigido a:** paciente gestante del consultorio de obstetricia del HSJCH

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación “Violencia contra la gestante y depresión”, presentado para conocer esta problemática en la población de Chincha.

Dicho Proyecto tiene como objetivo(s) principal(es) conocer la asociación entre la violencia contra la mujer y el desarrollo de depresión durante el embarazo. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

Al colaborar usted con esta investigación, deberá responder una serie de preguntas personales acerca de su contacto con la violencia, al igual que preguntas relacionadas a su estado anímico últimamente, lo cual se realizará mediante dos cuestionarios breves. Dicha actividad durará aproximadamente diez minutos y será realizada en el consultorio de obstetricia del Hospital San José de Chincha, al finalizar su atención prenatal.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación son conocer la realidad de la población chinchana y cómo la violencia afecta a la salud de las embarazadas, por lo que los beneficios reales o potenciales que se obtendrán serán para tener una base estadística de la violencia en Chincha y cuántos casos de depresión ha ocasionado en las mujeres, para posteriormente ser compartido con más personal de salud y pobladores. Además, su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para usted, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la **salud e integridad física y psíquica** de quienes participen del estudio.

Todos los datos que se recojan serán estrictamente **anónimos y de carácter privados**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de **custodio de los datos**, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

El investigador Responsable del proyecto y la Universidad San Juan Bautista asegura la **total cobertura de costos** del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria**, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Ya que la investigación ha sido autorizada por el Comité de Bioética de la Universidad Privada San Juan Bautista, si usted considera que se han vulnerado sus derechos, le pedimos se comuniquen con uno de los miembros de dicho comité\_\_\_\_\_.

Desde ya le agradecemos su participación.

.....

Ursula Salas Tasaico

Investigador Responsable





Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación “Asociación entre Violencia familiar y el desarrollo de depresión en mujeres embarazadas”, conducida por la alumna Ursula Salas Tasaico, investigadora de la Universidad Privada San Juan Bautista.

He sido informada de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.


De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a \_\_\_\_\_

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto al correo electrónico [ursula.salas@upsjb.edu.pe](mailto:ursula.salas@upsjb.edu.pe), o al teléfono 925511367.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del participante**

\_\_\_\_\_  
Ursula Salas Tasaico  
**Investigador Responsable**

#### ANEXO 4: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES

<b>Registro:</b> _____		<b>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA</b>
<b>Fecha:</b> _____		
<b>Edad:</b> _____		
<b>Estado civil:</b> Soltera__ Conviviente__ Casada__ Divorciada__ Viuda__		
<b>Tiempo con la última pareja:</b> Menos de 1 año__ Más de 1 año__		
<b>Número de hijos vivos:</b> _____	<b>¿Abortos?</b> _____, #_____	
<b>Número de embarazos:</b> _____	<b>Edad gestacional:</b> _____	
<b>Lugar de residencia:</b> Rural__ Urbana__		
<b>Nivel de Instrucción:</b> Primaria__ Secundaria__ Técnica__ Universitaria__ Completa__ Incompleta__ Ningún estudio__		
<b>Ocupación:</b> Empleado__ Desempleado__		
<b>Su embarazo actual, ¿fue deseado?:</b> Sí__ No__ No sabe__		
<b>Su pareja actual, ¿ha consumido alcohol en los últimos 30 días?:</b> Sí__ No__ No sabe__		
<b>Nivel de instrucción de pareja:</b> _____		

## ANEXO 5: REGISTRO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA UPSJB



### UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

*"Año de la Universalización de la Salud"*

#### CONSTANCIA N° 188-2020- CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité de Ética Institucional en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación: **"ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERÍODO SETIEMBRE 2019 – ENERO 2020"**, presentado por la investigadora **SALAS TASAICO, URSULA BEATRIZ**, ha sido revisado en la Sesión del Comité mencionado, con código de Registro **N°188-2020-CIEI-UPSJB**.

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera **APROBADO** el presente proyecto de investigación debido a que cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB.

La investigadora se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética del Vicerrectorado de Investigación.

Se expide la presente Constancia, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Lima, 01 de diciembre de 2020.

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

## ANEXO 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ESTUDIANTE:** SALAS TASAICO, Ursula Beatríz

**ASESOR:** SALVADOR CARRILLO, José Fernando

**LOCAL:** Chincha

**TEMA:** “ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERÍODO 2019 – 2020”

Problemas	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES e Indicadores
<p><b>Problema General</b>  <b>PG:</b> ¿Existe asociación entre la exposición a violencia y el desarrollo de depresión en mujeres gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chincha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p>	<p><b>Objetivo General</b>  <b>OG:</b> Determinar la asociación entre la exposición a la violencia y la depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Nacional San José de Chincha, Ica durante el período setiembre del 2019 – enero 2020.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b>  <b>OE1:</b> Evaluar la prevalencia de la depresión en las mujeres</p>	<p><b>Hipótesis General</b>  <b>HG:</b> Existe asociación entre la exposición a la violencia y la depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital San José de Chincha, Ica durante el período setiembre 2019 – enero 2020</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b>  <b>HE1:</b> No se plantea hipótesis para el objetivo específico 1 debido a su naturaleza descriptiva.</p>	<p><b>Variable: Violencia</b></p> <p><b>Subvariable:</b> Violencia física</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí se encuentra expuesta a violencia física</li> <li>- NO se encuentra expuesta a violencia física</li> </ul> <p><b>Subvariable:</b> Violencia psicológica</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí se encuentra expuesta a violencia psicológica</li> </ul>

<p><b>PE1:</b> ¿Cuántas mujeres tienen depresión durante la gestación en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chincha?</p> <p><b>PE2:</b> ¿Existe asociación entre violencia física y desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas que se atienden en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chincha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?</p> <p><b>PE3:</b> ¿Existe asociación entre violencia psicológica y desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas que se atienden en el servicio de Obstetricia del</p>	<p>embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período setiembre 2019 – enero 2020.</p> <p><b>OE2:</b> Determinar si la violencia física está relacionada con el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período setiembre 2019 – enero 2020.</p> <p><b>OE3:</b> Analizar si la violencia psicológica está relacionada con el desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período setiembre 2019 – enero 2020</p>	<p><b>HE2:</b> Existe asociación entre la violencia física y el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia en el Hospital San José de Chincha, durante el periodo setiembre 2019 – enero 2020</p> <p><b>HE3:</b> Existe asociación entre la violencia psicológica y el desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia en el Hospital San José de Chincha, durante el periodo setiembre 2019 - enero 2020</p> <p><b>HE4:</b> Existe asociación entre la violencia sexual y el desarrollo de depresión en las mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NO se encuentra expuesta a violencia psicológica</li> </ul> <p><b>Subvariable:</b> Violencia sexual</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí se encuentra expuesta a violencia sexual</li> <li>- NO se encuentra expuesta a violencia sexual</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Variable: Depresión</b></p> <p><b>Subvariable:</b> Depresión durante o después del parto</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí tiene riesgo de presentar depresión</li> <li>- NO tiene riesgo de presentar depresión</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Variable: Sociodemográficas</b></p> <p><b>Subvariable:</b> Edad</p>
--	---	---	---

<p>Hospital San José de Chincha en el periodo setiembre 2019 – abril 2020?</p> <p>PE4: ¿Existe asociación entre violencia sexual y desarrollo de depresión en las mujeres embarazadas que se atienden en el servicio de Obstetricia del Hospital San José de Chincha en el periodo setiembre 2019 – enero 2020?</p>	<p><b>OE4:</b> Determinar si la violencia sexual está relacionada con el desarrollo de depresión en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San José de Chincha durante el período 2019-2020</p>	<p>embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia en el Hospital San José de Chincha, durante el periodo setiembre 2019 – enero 2020.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18-24 años</li> <li>- 25-30 años</li> <li>- 31-35 años</li> </ul> <p><b>Subvariable:</b> Estado civil</p> <p><b>Indicadores:</b> soltera, casada, conviviente, divorciada, viuda</p> <p><b>Subvariable:</b> Tiempo con la última pareja</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de un año</li> <li>- Más de un año</li> </ul> <p><b>Subvariable:</b> consumo de alcohol</p> <p><b>Indicadores:</b> SÍ/NO</p> <p><b>Subvariable:</b> Ocupación</p> <p><b>Indicadores:</b> empleada, desempleada</p> <p><b>Subvariable:</b> Nivel de instrucción</p>
---	---	--	--

			<p><b>Indicadores:</b> no tiene, primaria, secundaria, técnico, universitario, profesional</p> <p><b>Subvariable:</b> Número de hijos vivos</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0</li> <li>- 1-2</li> <li>- &gt;3</li> </ul> <p><b>Subvariable:</b> Número de gestaciones</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1era gestación</li> <li>- 2-3 gestaciones</li> <li>- Más de 4 gestaciones</li> </ul> <p><b>Subvariable:</b> Lugar de residencia</p> <p><b>Indicadores:</b> urbano, rural</p>
<b>Diseño metodológico</b>	<b>Población y muestra</b>		<b>Técnicas e instrumentos</b>
<p><b>Nivel de investigación:</b> Descriptivo</p> <p><b>Tipo de investigación:</b></p>	<p><b>Población:</b> la población de este trabajo está conformada por el total de mujeres atendidas en el consultorio de ginecoobstetricia del Hospital San José de Chincha</p> <p><b>N=</b> 2478 mujeres</p>		<p><b>Técnica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionarios</li> </ul> <p><b>Instrumentos:</b></p>

Observacional, transversal	<p style="text-align: center;"><b>Criterios de inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres gestantes de 18 a 35 años que se atiendan en el consultorio de obstetricia del Hospital San José de Chincha</li> <li>- Aceptar ser parte del estudio firmando el consentimiento informado</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Criterios de exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No encontrarse dentro de los rangos de edad</li> <li>- Ser consumidora de alcohol, drogas o cigarro. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente personal de depresión</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;">Población objetivo: 2478 mujeres</p> <p><b>Muestra:</b> 321 gestantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de Depresión Post-parto de Edimburgo</li> <li>- Cuestionario de violencia de la FLASOG</li> <li>- Ficha de recolección de datos</li> </ul>
----------------------------	--	--



## ANEXO 7: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>						
<b>Variable</b>	<b>Definición</b>		<b>Valores posibles</b>	<b>Criterios de medición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Fuente</b>
	<b>Conceptual</b>	<b>Operacional</b>				
<b>Depresión</b>	Se caracteriza por pérdida e interés en las actividades, lo que causa dificultades en la vida cotidiana	Puntaje en la escala de Edinburgo. Una puntuación mayor o igual a 10 significa una probable depresión	1= no existe riesgo de depresión 2= existe riesgo de depresión	No= puntuación en la escala de Edimburgo <10 Sí= puntuación en la escala de Edimburgo ≥ 10	Categoría dicotómica	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo
<b>Edad</b>	Edad cronológica	Respuesta a los datos de ficha de recolección	1= 18-24 años 2= 25-30 años 3= 31-35 años	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categoría politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Número de hijos vivos</b>	Cantidad de hijos vivos que tenga la mujer	Respuesta a los datos de la ficha de recolección	1= ningún hijo vivo 2= 1-2 hijos vivos 3= más de 3 hijos vivos	Repuesta a la ficha de recolección de datos	Categoría politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Número de gestaciones</b>	Cantidad de veces que la mujer haya estado embarazada, haya o no concluido el embarazo	Respuesta a los datos de la ficha de recolección	1= 1 gestación 2= 2-3 gestaciones 3= más de 4 gestaciones	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categoría politómica	Ficha de recolección de datos

<b>Estado civil</b>	Estado legal de la mujer al momento de la entrevista	Respuesta a la ficha de recolección de datos	0= soltera 1= casada 2= conviviente 3= divorciada 4= viuda	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categoría politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Tiempo con la última pareja</b>	Número de tiempo que la gestante ha estado con su última pareja o padre de su producto en camino	Respuesta a la ficha de recolección de datos	1= menos de un año 2= más de un año	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categórica politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Consumo de alcohol de pareja</b>	Pareja que presenta hábito nocivo de consumo de alcohol	Respuesta a la ficha de recolección de datos	1= Si 2= No	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categórica dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Nivel de Instrucción</b>	Nivel educativo alcanzado por la gestante en una institución educativa, haya culminado o no	Respuesta a la ficha de recolección de datos	1= sin estudios 2= primaria incompleta 3= primaria completa 4= secundaria incompleta 5= secundaria completa 6= técnico completo 7= técnico incompleto 8= universitaria completa 9= universitaria incompleta	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categórica politómica	Ficha de recolección de datos

<b>Ocupación</b>	Estado laboral que ocupa la gestante ante la sociedad	Respuesta a la ficha de recolección de datos	1= empleado 2= desempleado	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categórica dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Lugar de residencia</b>	Ubicación geográfica en donde reside la persona encuestada. Puede ser rural, si es un conjunto habitacional con menos de 2000 habitantes, o urbano, si es una zona con más de 2000 personas, viviendas contiguas que formen manzanas y ciudades metropolitanas.	Respuesta a la ficha de recolección de datos	1= rural 2= urbano	Respuesta a la ficha de recolección de datos	Categórica dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Violencia física</b>	Acto o intención contra una persona que cause lesiones físicas en ella	Respuesta al cuestionario de Violencia	1= Si 2= No	Respuesta al cuestionario de Violencia	Categórica dicotómica	Cuestionario de violencia
<b>Violencia psicológica</b>	Acción u omisión que denigre a la persona y genere impacto en su salud mental	Respuesta al cuestionario de Violencia	1= Si 2= No	Respuesta al cuestionario de Violencia	Categórica dicotómica	Cuestionario de violencia
<b>Violencia sexual</b>	Acción o intención contra una persona en donde se vea forzada a realizar un acto sexual no autorizado o que considere denigrante	Respuesta al cuestionario de Violencia	1= Si 2= No	Respuesta al cuestionario de Violencia	Categórica dicotómica	Cuestionario de violencia

