

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y SU RELACIÓN
CON EL RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

TESIS

Presentada por:

Bach. Pilar Gutiérrez Saire

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y SU RELACIÓN
CON EL RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
- TACNA, 2019

TESIS

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentada por:

Bach. PILAR GUTIÉRREZ SAIRE

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez
Presidenta



Dra. Edith Godoy Gonzales
Secretaria



Lic. Obsta. Silvia Mamani Ramos
Vocal



Dra. Olga Choque Chura
Asesora de Tesis

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer de manera infinita a Dios por guiarme siempre y darme fortaleza para lograr mis metas.

A mis padres y hermanos, por enseñarme a salir adelante frente a los obstáculos.

A mi asesora, Dra. Olga Choque Chura por brindarme sus conocimientos y sugerencias.

DEDICATORIA

A Dios, por guiar siempre mi sendero en la vida.

A mi hija, Eiza Gaely, por ser mi razón principal para seguir adelante.

A mi esposo, por ser mi apoyo incondicional y estar conmigo en todo momento.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	04
1.2. Formulación del problema	09
1.3. Objetivos.....	09
1.3.1. Objetivo general	09
1.3.2. Objetivos específicos	10
1.4. Importancia y justificación del problema.....	11
1.5. Hipótesis general.....	14

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.....	16
2.2. Bases teóricas	30
2.2.1. Violencia.....	30
2.2.1.1 Violencia hacia la mujer	30
2.2.1.2 Modelos explicativos	30
2.2.1.3 El ciclo de la violencia	36
2.2.1.4 Violencia hacia la mujer según ciclo de vida	37
2.2.1.5 Tipos de violencia	38
2.2.1.6 Causas	40
2.2.1.7 Consecuencias.....	41
2.2.2. Blues Materno	42
2.2.2.1 Definición	42
2.2.2.2 Teorías del Blues Materno	43
2.2.2.3 Factores de riesgo asociados	43
2.2.3 Puerperio	45
2.3. Definición de términos	46

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación	49
3.2. Población y Muestra de estudio	50
3.3. Variables de estudio.....	51
3.3.1. Variables sociodemográficas y obstétricas	51
3.3.2. Variable independiente	52
3.3.3 Variable dependiente.....	52
3.3.3 Operacionalización de variables.....	53
3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	56
3.5. Técnicas y métodos de recolección de datos	61
3.6. Procedimiento de recolección de datos	62
3.7. Procesamiento e interpretación de datos.....	62
3.8. Aspectos éticos.....	62

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN.....	81
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS... ..	90
ANEXOS.....	102

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA,2019.	64
Tabla 02: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE –TACNA ,2019.	66
Tabla 03: DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA Y NIVEL DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA ,2019.	68
Tabla 04: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO Y NIVEL DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA,2019.	69
Tabla 05: DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE –TACNA, 2019.	71

Tabla 06:	TIPO Y NIVEL DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA,2019.	72
Tabla 07:	RELACIÓN ENTRE NIVELES DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y RIESGO DE BLUES EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA,2019.	75
Tabla 08:	RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – TACNA,2019.	77

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue –Tacna, 2019. Se realizó una investigación descriptiva, correlacional, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 100 puérperas de parto vaginal y cesárea seleccionadas por muestreo no probabilístico, por conveniencia y que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: características sociodemográficas y obstétricas, las puérperas tenían en un 72% edades entre 18-34 años, grado de instrucción secundaria en 76%, estado civil conviviente en un 60%, ocupación ama de casa en 51%, no planificaron el embarazo en un 90%, tuvieron parto vaginal 84% y fueron primíparas en un 58%. Se determinó que, del total de las puérperas encuestadas el 94 % sufrieron algún tipo de violencia de pareja en el último año de su relación y el nivel de violencia de pareja fue; 23% leve, 62% moderada y 9% severa. Conclusión: la violencia de pareja hacia la mujer se relaciona con el riesgo de Blues Materno moderado y leve; por lo tanto, las puérperas con estos niveles se encuentran en la mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto.

Palabras clave: Violencia de pareja hacia la mujer, Blues Materno.

ABSTRACT

The main objective of this study was to determine the relationship between partner violence towards women and the risk of Maternal Blues in postpartum patients at Hipólito Unanue Hospital –Tacna, 2019. A descriptive, correlational, prospective and cross-sectional investigation was carried out. The sample consisted of 100 puerperal women of vaginal delivery and caesarean section selected by non-probabilistic sampling, for convenience and that met the inclusion criteria. Results: sociodemographic and obstetric characteristics, the puerperal women were in 72% ages between 18-34 years, secondary education degree in 76%, cohabiting marital status in 60%, housewife occupation in 51%, they did not plan the pregnancy in 90% had 84% vaginal birth and were 58% primiparous. It was determined that, of the total number of women surveyed, 94% suffered some type of dating violence in the last year of their relationship and the level of dating violence was; 23% mild, 62% moderate and 9% severe. Conclusion: partner violence towards women is related to the risk of moderate and mild Maternal Blues; therefore, postpartum women with these levels are most likely to develop postpartum depression.

Key words: Violence as a couple towards women, Maternal Blues.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud establece que la violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual constituye un problema de salud pública y una violación grave de los derechos humanos de las mujeres que no sólo se constituye en violencia física.

Asimismo, en lo que respecta a estadísticas de las regiones del sur del Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) da a conocer que en el primer trimestre del 2019 el departamento de Tacna se encuentra en el quinto lugar con 974 casos de violencia contra la mujer; seguido de Moquegua; 442 casos y Madre de Dios; 401 casos.

Es necesario realizar esta investigación, dada la conexión clara entre violencia y sus repercusiones en la salud física y mental de la mujer. Por ello los servicios de atención prenatal y salud sexual y reproductiva deben considerar la posibilidad de aplicar estrategias e identificar de forma activa y sistemática casos de violencia.

En este trabajo de investigación se estudió la relación

entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue –Tacna,2019 por ello el objetivo general fue determinar la relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en nuestra muestra de estudio. Existen muchos trabajos a nivel nacional e internacional que determinan que la violencia de pareja hacia la mujer puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres.

El presente trabajo de investigación presenta los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se describió y formulo el problema, se planteó la pregunta que dio origen a la investigación, la tesis tuvo como objetivo general la relación de la violencia de pareja hacia la mujer y su relación con el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2019.

En el Capítulo II se desarrollaron los antecedentes del problema, los fundamentos teóricos relacionados a la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno, además la definición de términos relevantes de la investigación.

En el Capítulo III se planteó el marco metodológico de la investigación, el tipo de estudio de la investigación es descriptiva, correlacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 100 puérperas del Hospital Hipólito Unanue, que fueron seleccionadas por muestreo no probabilístico, por conveniencia y que cumplieron con los criterios de inclusión.

En el Capítulo IV se da a conocer los resultados y la discusión. Finalmente se presentaron las conclusiones, recomendaciones y anexos de la tesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema:

Las Naciones Unidas conceptualizan a la violencia hacia la mujer como “todo acto de violencia que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico.” (1)

La Organización Mundial de la Salud establece que la violencia ejercida por la pareja y la violencia sexual constituye un problema de salud pública y una violación grave de los derechos humanos de las mujeres.

La discriminación, la desigualdad, la violencia sexual, psicológica y económica, el acoso, la mutilación genital, son situaciones que afectan a más del 70% de las mujeres en todo el mundo. La violencia origina altos costos sociales y económicos que repercuten en la sociedad. Por otro lado, la violencia puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres. (2)

Según los datos de la OMS, la agresión sexual perpetrada por la pareja es el ámbito más habitual en el que las mujeres sufren

violencia sexual. De hecho, suele ir acompañada de violencia física o psicológica.

Perú es uno de los países con los más casos de violencia sexual perpetrada por la pareja en mujeres mayores de 15 años.

Otros estudios indican que en países de América Latina y El Caribe las tasas de violencia sexual infringida por la pareja fluctúan entre un 5% y 15%. Según el Observatorio de Seguridad Ciudadana de la Organización de Estados Americanos (OEA), en América del Sur los países con mayores casos de violencia sexual son Bolivia, Perú y Brasil, respectivamente. (3)

En el Perú la violencia económica y/o patrimonial en nuestra legislación es un tipo de violencia nueva, pues, antes solo se consideraba como violencia la física, sexual y psicológica. Incluso actualmente, en algunos países de la región como Chile y Venezuela hasta la fecha no la consideración en su legislación como un tipo de violencia hacia la mujer.

Si se denuncia oportunamente la violencia económica y se dictan las medidas de protección adecuadas, podría disminuirse la violencia física y la psicológica; puesto que, muchas veces, la violencia física y psicológica tiene su origen en la violencia económica. En efecto, el reclamo constante sobre cómo gastan el

dinero de la semana, la prohibición para trabajar o estudiar, la acusación de que la pareja se ha gastado el dinero destinado al hogar, puede generar daño psicológico a la víctima o cuándo esta reaccione sufra algún daño físico por el agresor. (4)

Las estadísticas del primer trimestre del 2019 del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en cuyo boletín estadístico señala que del total de 41,852 denuncias por violencia familiar que recibieron en ese periodo; 21,265 denuncias se hicieron por violencia psicológica; 16,749 se hicieron por violencia física; 3,626 denuncias por violencia sexual y tan solo 212 denuncias por violencia económica y/o patrimonial. Esto no debe interpretarse en el sentido de que el índice de violencia económica y/o patrimonial sea muy escaso, lo que debemos interpretar más bien es que este tipo de violencia no está siendo denunciada por la víctima ya sea por falta de conocimiento de que dichas agresiones también constituyen violencia hacia las mujeres o porque sus denuncias no están siendo recibidas.

Por otro lado, en lo que respecta solo a regiones del sur del Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS)

da a conocer que el departamento de Tacna, en el primer trimestre del 2019 se encuentra en el quinto lugar con 974 casos de violencia hacia la mujer; seguido de Moquegua; 442 casos y Madre de Dios; 401 casos. (5)

Ahora bien, la maternidad es considerada como un evento trascendental en la vida de la mujer, traer un nuevo ser al mundo engloba consigo un sin número de cambios en la madre, yendo más allá de lo biológicamente establecido, proceso de gestación y el eventual parto, los cambios tanto psicológicos y aspectos emocionales se ven también involucrados en este nuevo escenario.

En este sentido, la Tristeza Posparto, llamada también Baby Blues o Blues Materno es una reacción emocional que se produce a partir de la experiencia de embarazo y parto y afecta a un 50-80% de las mujeres que pasan por esas experiencias. (6)

Cabe considerar, por otra parte, una de las teorías que explican que ciertas mujeres padezcan el Blues Materno, se inclina hacia orígenes de tipo psico-social. (7)

Esta fase suele durar aproximadamente días hasta dos semanas, pero también la situación puede empeorar y derivar a una depresión posparto. Por ello debemos poner más atención de que algo que se pensaba como banal y transitorio puede tener

consecuencias mayores. Ante esto, el control de las mujeres en cuanto a su salud emocional debería ser continuo mientras sea posible. (8)

En el Perú, la salud mental de la mujer que atraviesa el proceso de la maternidad necesita poner en claro muchos aspectos relacionados con la adaptación materna, la vinculación afectiva prenatal y estados psicológicos anormales. (9)

Debido a lo anteriormente mencionado cabe entonces la probabilidad de que, si estas sintomatologías iniciales logran extenderse y agudizarse, se corre el riesgo de llegar a una mayor probabilidad de desarrollar problemas mentales (depresión posparto y trastornos de ansiedad), que puede dañar la vinculación entre la madre y su recién nacido. (10)

Existen muy escasos estudios en nuestro medio que centren su investigación hacia el Blues Materno, debido a las diversas nomenclaturas con la que éste fenómeno es denominado en distintos medios sociales, así como también la poca cantidad de instrumentos validados y estandarizados.

Aparte según lo revisado en otras investigaciones la mayoría de las investigaciones se centran en la etapa de mayor exaltación y complejidad como es la depresión posparto, dejándose de lado el

Blues Materno, el cual con su pronta detección puede aportar con la prevención de una depresión mayor. Debido a lo anteriormente expuesto, la investigación busca responder la siguiente pregunta:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General:

¿Existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer con el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- a) Determinar la presencia y el nivel de violencia de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue -Tacna ,2019.
- b) Identificar el nivel de violencia económica de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna ,2019.
- c) Identificar el nivel de violencia psicológica de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue -Tacna ,2019.
- d) Identificar el nivel de violencia física de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna ,2019.
- e) Identificar el nivel de violencia sexual de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna ,2019.
- f) Describir el nivel de riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna ,2019.

1.4. Importancia y Justificación del problema:

El estudio multipaís sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica, desarrollado por la OMS, recogió información sobre diferentes aspectos de la violencia hacia las mujeres, principalmente por su pareja, empleando una metodología común que combinaba elementos cuantitativos y cualitativos y que fue aplicada a más de 24,000 mujeres de 15 entornos ubicados en 10 países. Sus resultados indicaron que el porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y habían sufrido violencia física o sexual o ambas a manos de esta a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%. (11)

El documento Estimaciones Mundiales y Regionales de la Violencia Hacia la Mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud constituye una revisión sistemática de datos científicos sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres y recoge información de 141 estudios realizados en 81 países, constatando que casi un 30% de las mujeres de 15 o más años que habían tenido una relación de pareja había experimentado durante su vida violencia física o sexual a

manos de su pareja sentimental (desde un 41,8% en los países occidentales del África subsahariana, hasta un 16,3% en los países del este de Asia). Para Europa, la prevalencia oscila entre un 19,3% en Europa occidental y un 27,9% en Europa central. (12)

En el Perú el 37,2 % de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma y tener relaciones sexuales sin su consentimiento o realizar actos sexuales que ella no aprobaba; siendo en el área urbana 38 %, en la costa 21,8 % y en la Sierra 39,1 %.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que, en el país, el 65,9 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad, fue víctima de algún tipo de violencia ejercida alguna vez por su esposo o compañero, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del primer semestre de 2018. En los últimos doce meses, el 11,1 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unida, fue víctima de violencia física y/o sexual. (13)

En el departamento de Tacna en el 2017 según el Observatorio Regional de Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar dio a conocer que el 51,4% de mujeres alguna vez unidas sufrieron violencia por parte del esposo o compañero. Asimismo, en cuanto a las razones por el cual las mujeres no buscan ayuda cuando son víctimas de violencia, resalta en un 47,7% que refiere no considerar necesario pedir ayuda, seguidamente de un 16,7% que menciona no saber dónde ir; en un 9,2% refiere tener miedo a que la pareja le agreda de nuevo o a sus hijos y finalmente en un 5,7% da a conocer que de nada sirve buscar ayuda cuando se es víctima de violencia. (14)

La mujer violentada desarrolla un cuadro de estrés y ansiedad asociado con depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. El riesgo de violencia hacia la mujer aumenta con el embarazo, siendo una etapa de estrés para el futuro padre, agobiado por la responsabilidad futura, o que este resentido con la mujer que le presta menos atención. Independientemente de las causas, los profesionales obstetras se encargan de la atención integral de la mujer por ello deben poner atención a las gestantes ya que ellas corren mayor riesgo de ser maltratadas y que su vida y la de su hijo pueden estar en peligro. (15)

Por mucho tiempo se ha considerado al Blues Materno como un fenómeno leve y transitorio; sin embargo, la evidencia acumulada en las dos últimas décadas permite afirmar que el BM es una entidad que evidencia no sólo una mala adaptación de la mujer a los requerimientos de su maternidad temprana, sino que además constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental posteriores, como trastornos de ansiedad y depresión posparto. (16)

No es una la finalidad de esta investigación simplemente determinar la violencia de pareja hacia la mujer y su relación con el riesgo de Blues Materno, por el contrario, es la búsqueda y exploración de situaciones de violencia en la relación de las mujeres con sus parejas, que pueden en algún momento afectar su salud emocional, y la de su hijo.

1.5. HIPÓTESIS GENERAL

Hipótesis alterna (H1)

Existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.

Hipótesis nula (Ho)

No existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

a. A NIVEL INTERNACIONAL

TAMAYO C. C, et al. Bolivia. *“Estudio epidemiológico: perfil de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar en el macrodistrito 2 Max Paredes ciudad de La Paz- Bolivia, 2014 un problema no resuelto”*(2014).

El estudio ha determinado que 6 de cada 10 familias reconocen la presencia de violencia intrafamiliar (60%, IC 55,4 - 64,6). Las víctimas de violencia, son en su mayoría las mujeres (60%) y por edad niños, niñas y adolescentes, estos/as últimos/as tendrán agresores/as múltiples, los padres, las madres y los/as hermanos/as mayores. En 19 de cada 100 casos el padre y la madre son los que generan las peleas, en relación a la interacción con otros integrantes de la familia. El distrito 9, que es el más pobre, presenta mayor prevalencia de violencia (42%). El motivo más frecuente que genera violencia en los acontecimientos sociales y en la familia es el consumo de bebidas alcohólicas (20%). (17)

SAFRANOFF ANA. Argentina. “Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja” (2015).

Los resultados muestran que las mujeres más proclives a ser víctimas de este tipo de violencia en la pareja son quienes tienen menos educación, mayor edad, no trabajan por un salario, conviven con hijos en el hogar, se encuentran inmersas en relaciones menos “formales” en vínculos de mayor duración, están emparejadas con varones que tienen menos educación que ellas y/o tienen problemas con el alcohol y/o fueron víctimas o testigos de violencia durante su infancia. (18)

MOLINA ANTONIO. España, “Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar” (2015).

El estudio concluye que las mujeres emocionalmente inestables demostraron ser más vulnerable psicológicamente, con una media de puntuaciones en los indicadores de daño psíquico superior al grupo de mujeres emocionalmente estables, con diferencia estadísticamente significativa ($b=8,236$; $p=0,001$). Esta diferencia se constituye en un factor de riesgo para que el daño

psíquico sea mayor y más grave. Niveles altos de estabilidad emocional y autoestima serían, según nuestros resultados, indicadores de fortaleza psicológica y, por tanto, de menor vulnerabilidad, de forma que favorecerían un menor daño psicológico como respuesta a la experiencia traumática de la violencia. (19)

MALDONADO ANDREA. Ecuador, “Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora” (2018).

Se encontró que 50% de mujeres gestantes y el 48% de mujeres en estado de puerperio presentan ansiedad mayor. Con predominancia en la sintomatología psíquica, el 54% mujeres gestantes y el 60% mujeres en estado de puerperio. Al evidenciar una equivalencia entre los dos grupos de estudio se recomienda una atención psicológica complementaria en el transcurso del embarazo y posparto, con el fin de fomentar una atención integral y completa durante este proceso. (20)

b. A NIVEL NACIONAL

MORENO LUISA. Lima, “Prevalencia de Blues Materno en puérperas de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana” (2018).

En este estudio participaron 100 puérperas en su tercer día después de dar a luz por parto vaginal, entre las edades de 18 a 41 años. Los resultados indicaron que existe una prevalencia del 63% de Riesgo de Blues Materno en las puérperas evaluadas; las madres adolescentes son quienes tuvieron una mayor tendencia a contar con riesgo de Blues Materno, entre los hallazgos se encontró también que el Blues Materno cuenta con mayor incidencia en puérperas quienes no planificaron su embarazo, no cuentan con el apoyo de la pareja en la gestación y no cuentan con apoyo de la familia, a sí mismo no se encontró diferencias en el riesgo de Blues Materno según número de gesta sin embargo la tendencia se direccionó a las madres multíparas.(21)

LOYAGA CANDICE. Chimbote, “Blues Materno en puérperas del Centro de Obras Sociales Maternidad de María, Chimbote, 2017” (2018).

El estudio tuvo como objetivo describir el nivel de Blues Materno y sus características biológicas, socio demográficas, obstétricas y psicológicas en puérperas. El instrumento utilizado fue la Escala de Blues Materno de Lima (Coeficiente alfa de Cronbach de 0,86), los resultados registran que el 51,9% de puérperas presenta un nivel moderado de blues materno, el 20,7% un nivel alto y el 27,4 un nivel bajo. En conclusión, la población de puérperas evaluadas se encuentra en un nivel moderado de Blues Materno. (22)

GAMIO THATIANA. Lima, “Prevalencia del Síndrome del Baby Blues en puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II” (2017).

Los resultados dan a conocer que el porcentaje de puérperas que presentaron síndrome de Baby Blues fue de 44%, con una edad promedio de 31 a 40 años en un 46%, en relación al número de paridad se observa que las puérperas multíparas presentan el SDBB en un 59% y el 73% no sabía

o desconocían estar embarazadas. En cuanto a nivel educativo se observa que el 41% de puérperas tienen secundaria incompleta. En cuanto a convivencia, se encuentran en unión libre en un 77% y están casada en un 9%, soltera en un 13%; asimismo se encontró que el 45,45% de las puérperas viven en su hogar con su pareja mientras que el 13% viven en casa de sus padres. Conclusión: El Síndrome de Baby Blues puede conllevar a un problema de salud pública ya que se asocia a consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo. (23)

FERNÁNDEZ PIERINA y MARCE ROMINA.
Arequipa, “Aspectos Psicosociales y el Blues Materno en Madres Atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa” (2018).

Se aplicó como instrumentos el Cuestionario de Factores Psicosociales y la Escala del Blues Materno de Lima (EBML). La muestra estuvo conformada por 115 madres puérperas que cumplieron criterios de inclusión. Los resultados más significativos demuestran que el riesgo de Blues Materno es

intermedio o moderado en 46,96% de puérperas y que los factores personales, familiares y académicos se relacionan de forma significativa al nivel de riesgo ($p > 0,05$). (24)

CARDOZO T. y MONTAÑEZ N. Lima, “Niveles de violencia contra la mujer en el Distrito de Huaycán Departamento de Lima” (2016).

La investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de violencia contra la mujer en el distrito de Huaycán Departamento de Lima, 2016. La investigación concluye en cuanto al objetivo general, la violencia contra la mujer el 49,3% presentan un nivel medio de la violencia contra la mujer, por otro lado, el 38,6% alcanzo un nivel alto de la violencia contra la mujer, asimismo el 12% se encuentra en un nivel bajo de la violencia contra la mujer. (25)

CUEVA y JULCA. Chiclayo, “Tipos de violencia por parte de la pareja en mujeres que acuden a un establecimiento de salud de Chiclayo” (2015).

La investigación tuvo como muestra a 70 mujeres que cumplieron con los criterios de elegibilidad. La edad promedio

fue de 29 años. La mayoría tiene nivel secundario (80%) y son convivientes (62,86%). Los resultados revelan que el 22,86% de las mujeres presenta violencia física, el 20% violencia sexual y 17,14% violencia psicológica. De estos resultados se concluye que en las mujeres chiclayanas prevalece la violencia física siendo los indicadores más frecuentes los empujones o sacudidas (37,1%), cachetadas, puñetes, patadas (20%), golpes con objetos contundentes (8,6%), golpes contra la pared o el piso (5,7%). En violencia sexual se destaca la obligación a no usar métodos anticonceptivos (17,1%), dispareunia (17,1 %), forzar a mantener relaciones sexuales (15,7%). (26)

ROMERO MARÍA. Lambayeque, “Violencia de género: tipo, fase y factores asociados en los distritos de Tumbán y José Leonardo Ortiz del departamento de Lambayeque agosto – octubre” (2015).

Resultados: Se encontró 361 (47,5%) de violencia de género en el distrito de José Leonardo Ortiz y 364 (47,8%) de la población encuestada del distrito de Tumbán. Solo existe evidencia significativa para la relación de depresión y

violencia basada en género ($p=0,01$). Conclusiones: Existe violencia de género en las poblaciones de Tumán y José Leonardo Ortiz, con mayor porcentaje de violencia psicológica en un 95,1% luego violencia física en un 54,6% y finalmente la violencia sexual en un 54,3%. La fase predominante es la tercera fase, asimismo se encontró que las personas que sufren de depresión tienen relación con presentar violencia basada en género. (27)

ANDRADE ELIZABEL .Lima, “Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio (2016).

El 74% de las puérperas manifiestan no haber sufrido de violencia de género durante la gestación, mientras que el 26% de puérperas refiere algún tipo de violencia. De acuerdo al tipo de violencia, el 22,4% ha sufrido violencia psicológica, el 5,7% violencia física y el 6,9% violencia sexual. Asimismo, se observa que la violencia psicológica se relaciona con la presencia de resultados adversos ($p=0,019$). Concluye que existe relación significativa entre la violencia de género

durante la gestación y los resultados maternos ($p=0,02$). (28)

GUERRA ESTELITA. Lima, “Violencia contra la mujer ejercida por la pareja durante el embarazo en madres atendidas en el Hospital María Auxiliadora agosto – setiembre de 2017” (2018).

Resultados: las características generales de la madre, mayormente fueron edades entre 20 a 29 años 68.3%, instrucción secundaria 64,2%, estado civil conviviente 72,5%, amas de casa 80%, convivientes 65%, y multigestas 66,7%. La violencia ejercida por la pareja fue por presencia de violencia social muchas veces 2,4%, nivel leve 90%; violencia económica siempre 6,7%, nivel leve 85%; violencia psicológica varias veces 5%, nivel leve 58,3%; violencia física varias veces 3,6%, siendo leve 74,2%; violencia sexual siempre 9,9%, nivel severo 66,7%; en violencia en general varias veces 5,7% y siempre 5,2%, con nivel de leve 56,1%, moderado 20,6% y severo 23,4%. del total de entrevistadas el 89,2% presentaron algún tipo de violencia. Conclusiones: existe presencia de violencia ejercida por la pareja durante la gestación, que continúa oculta por las víctimas y que puede

ocasionar no solo daño en la familia y en la sociedad, sino con consecuencias en el embarazo produciendo gran impacto negativas sobre la salud de la mujer. (29)

c. A NIVEL LOCAL

MIRANDA MARÍA. Lima, *“Violencia basada en género y su influencia en la depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014”* (2015).

Es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 376 puérperas.; teniendo como resultado que: el 76,9% tuvieron depresión posparto, la violencia basada en género como: violencia psicológica (46,80 %), violencia física (19,90 %), y violencia sexual (14,90 %), se encontró una incidencia de 75,8 %; se encontró una relación estadísticamente significativa entre las dos variables de estudio. (30)

MAMANI ROCIO, TACNA *“Características sociodemográficas y su relación con la violencia contra la mujer del Club de Madres 7 de junio del Distrito de Ciudad Nueva Tacna-2018”* (2019).

La población conformada por 40 mujeres entre las edades de 30 a 59 años que pertenecen al Club de Madres 7 de junio, la misma que constituye la muestra no probabilística por conveniencia. Resultados: las características sociodemográficas de la muestra oscilan en mayor proporción entre la edad de 30 a 39 años, pertenecientes de la sierra, estados civil casadas, con grado de instrucción primaria, cuya ocupación es el comercio, con un ingreso menor al sueldo mínimo y pertenecientes de una familia nuclear de la religión cristiana. Según el tipo de violencia, la violencia psicológica alta fue mayormente percibida por la mujer con 55,0%, la violencia física y sexual en baja intensidad de manifestación con 92,5% y 90,0% respectivamente. Conclusión: existe relación significativa entre las características sociodemográficas y la violencia contra la mujer del Club de madres 7 de junio del Distrito de Ciudad Nueva - Tacna 2018, según la prueba de Chi cuadrado ($>0,05$). (31)

INCACUTIPA CARMEN. Tacna, “Factores individuales y socioculturales y su relación con la actitud frente a la violencia en las mujeres de 20 a 59 años que acuden al C.S. San Francisco, 2017” (2018).

La muestra fue de 80 mujeres de 20 a 59 años de edad que acudieron al consultorio de enfermería del C.S. San Francisco, obtenida a través del muestreo probabilístico de selección aleatoria simple. Resultados, de los factores individuales, las mujeres presentaron episodios de violencia física (67,5%) y psicológica (68,8%) y un nivel medio de autoestima (45%). De los factores sociales, desempeñan el rol reproductivo (36,3%) y utilizan una comunicación de tipo pasiva con su pareja (40,4%). De los factores culturales, predomina el estilo de crianza de tipo autoritario (40%) y las creencias que justifican la violencia (52,5%). Respecto a la actitud frente a la violencia, las mujeres adoptan actitudes neutrales (47,2%). Conclusión, los factores individuales tales como edad, lugar de procedencia y nivel de autoestima; así como factores socioculturales como roles de la mujer, tipo de comunicación con la pareja, estilo de crianza parental en la infancia y creencias se relacionan con la actitud frente a la violencia. (32)

FUENTES PIERANN DEL ROSARIO. Tacna, "Factores intrafamiliares y jurídicos asociados a la violencia familiar. Distrito de Tacna. 2015" (2016).

La hipótesis de estudio fue: En el distrito de Tacna, los factores intrafamiliares y jurídicos que se encuentran asociados a la violencia familiar son: presencia del machismo, nivel educativo del agresor, frecuencia de consumo de alcohol, la dependencia económica y las medidas de protección. La investigación corresponde a una investigación básica, socio jurídica de nivel correlacional; porque mide la asociación entre las variables: factores intrafamiliares y jurídicos y la violencia familiar. En la parte metodológica se aplicó tres instrumentos de medición (cuestionario, ficha de observación y la entrevista). Los resultados de la investigación permiten comprobar la hipótesis de estudio planteada. (33)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. VIOLENCIA

La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo, y nos afecta a todos de un modo u otro. Asimismo, la violencia está detrás de muchas personas, oculta a los ojos de los demás. Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida. (34)

2.2.1.1 VIOLENCIA HACIA LA MUJER

La violencia hacia la mujer se define como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. (35)

2.2.1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER

Modelo N.º 1: La violencia familiar de larga data.

Modelo N.º 2: La fase idílica.

Modelo N.º 3: La dependencia económica.

Modelo N.º 4: La autoestima acentuadamente disminuida

MODELO N.º 1: LA VIOLENCIA FAMILIAR DE LARGA DATA.

La violencia de larga data en la vida de la mujer, se inicia con infidelidades del varón. La esposa o conviviente soporta la violencia psicológica y física, al amparo de creencias y sentimientos religiosos en torno a la indisolubilidad del matrimonio que tienen el efecto, por un lado, de mantener el vínculo de pareja aun en los casos de violencia familiar arraigada que entraña serios peligros para la salud física y mental de la mujer maltratada y de sus hijos y, por otro lado, de impedir que el esposo o conviviente logre su objetivo de echar de la casa a la esposa y a los hijos. Sin embargo, al cabo de varios años, el deterioro de la personalidad de la esposa o conviviente empieza a ir acompañada de componentes orgánicos (parálisis facial, mialgias, cefaleas y sintomatología depresiva), especialmente cuando sale embarazada de la segunda hija o hijo y la conducta violenta del esposo adquiere visos de criminalidad, al golpear despiadadamente el vientre de su esposa, frente a lo cual esta reacciona con violencia inusitada en defensa del niño o niña que se forma en su vientre.

La acentuación del problema de su salud emocional y orgánica,

así como la toma de conciencia de los efectos perniciosos del clima de violencia permanente sobre sus hijos persuaden a la madre y esposa o conviviente a salir de su resignada pasividad y se decide a sentar la denuncia policial por las agresiones físicas y psicológicas sufridas cotidianamente, durante años, y perseverar en su gestión.

MODELO EXPLICATIVO N.º 2: “LA FASE IDÍLICA”

En este modelo, el punto de partida de la relación de pareja marca la tónica de las primeras etapas del proceso. Por lo general, se trata de una adolescente que vive en un ambiente de opresión, privaciones y frustraciones relacionadas con la pobreza. Un padre o padrastro autoritario y mezquino propicia un ambiente casi “irrespirable”.

En esas circunstancias, la chica conoce a un varón, por lo general considerablemente mayor que ella, que luce una cierta holgura económica y que la enamora. Ella se siente atraída, principalmente porque lo percibe como “una tabla de salvación”, y acepta sus requerimientos, se “escapa de su casa” y se va a vivir con su pareja. Todo esto configura lo que en el argot psicoterapéutico suele denominarse la “fase idílica”. Esta fase termina cuando ella queda embarazada. El varón se siente entonces

desplazado del centro de la relación. Ella vive más para el niño o niña en formación que late en su vientre.

La reacción del varón se debe, consciente e inconscientemente, a que para él su pareja es un objeto de placer, muy distante de lo que podría ser la figura de “mujer madre” y más lejana aún de la “mujer-compañera”. Sobrevienen los maltratos verbales y psicológicos y, luego, la violencia física, así como las infidelidades. Pese a los maltratos, ella tiene la esperanza de que con el nacimiento del bebé todo cambiará. No ocurre así. A esto se suma el desinterés creciente del conviviente para atender las necesidades del bebé y de la mamá. En momentos de grandes urgencias y sufrimientos, la señora se siente tentada a regresar a su casa, pero pronto repara en que eso no es viable y sola trata entonces de realizar trabajos eventuales y cubrir, aunque sea mínimamente, las necesidades de su pequeño hijo y las suyas.

La joven madre se siente fortalecida porque va saliendo adelante, ella ya no es la adolescente ingenua y angustiada del inicio, ahora es una mujer fuerte psíquica, moral y corporalmente; ha desarrollado además mecanismos adaptativos para salir adelante, cada vez con mayor eficacia.

MODELO EXPLICATIVO N.º 3: "LA DEPENDENCIA ECONÓMICA"

En lo fundamental, la madre sufre violencia física y psicológica por parte de su pareja en familias extendidas, que incluye hijos de compromisos anteriores, y en familias recompuestas, en las que el varón y la mujer que se unen, viven juntos y aportan sus hijos de compromisos anteriores, a los que se suman el o los hijos que sobrevienen de la nueva relación. La madre y los hijos de ella soportan el maltrato verbal, psicológico y físico del "jefe de familia", autócrata, pero con capacidad económica para sostener a esa numerosa familia.

El eje de este modelo es la fuerte dependencia económica de la familia respecto del agresor, con marcados patrones desadaptativos de interacción familiar, contribuyendo con ello a la "perpetuación de la violencia familiar". Frecuentemente la esposa o conviviente mantiene su rol de tronco vertebrador de la gran familia y el esposo o conviviente ve progresivamente reducidos sus arrestos autoritarios y de maltrato y tiende a recogerse en la intimidad de su reducto familiar, no solo por razones de edad y de salud, sino también porque los hijos, hijas, hijastros e hijastras van adquiriendo independencia conforme progresan laboralmente y ascienden en

cuanto a estatus económico.

MODELO EXPLICATIVO N.º 4: "LA AUTOESTIMA ACENTUADAMENTE DISMINUIDA"

La característica definitoria de este modelo es la autoestima extremadamente disminuida de la mujer esposa-conviviente-madre maltratada, rasgo que constituye el eje alrededor del cual giran sucesivamente sus compromisos y la vida de los consecuentes hijos, que nacen y se desarrollan en ambientes marcados por la violencia familiar. Se trata de una mujer que es víctima de violencia física severa, violencia psicológica y violencia sexual bajo el dominio total de su pareja, caracterizado por ser un hombre violento "que no razona, sino golpea". Estas experiencias traumáticas tienen, posteriormente, efectos devastadores, a menudo más intensos que si hubieran sido ellos los receptores del castigo físico.

En este modelo, la autoestima acentuadamente disminuida de la mujer maltratada está, asociada a castigos físicos, privaciones, discriminación y carencias afectivas sufridas en la infancia, y a acontecimientos sinérgicos posteriores.

Tal condición de autodesvalorización de la mujer juega un rol determinante en el moldeamiento de su concepción del mundo, del

ser humano, en especial de la mujer y de la relación de pareja, que la predisponen a tolerar la agresión en todas sus formas como un mal inevitable. (36)

2.2.1.3 EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Se llama así al proceso en que devienen muchas relaciones en que la violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que se han identificado 3 momentos o fases:

a) FASE UNO “ETAPA DE AUMENTO DE LA TENSIÓN”

En esta etapa ocurren incidentes de violencia menores que van progresivamente en aumento hasta desembocar en la siguiente fase.

b) FASE DOS “INCIDENTE AGUDO DE AGRESIÓN”

Se caracteriza por una descarga incontrolable de tensiones que se han venido acumulando en la fase anterior. Se distingue de la fase anterior por la falta de control y la gran destructividad que conlleva.

c) FASE TRES “AMABILIDAD, ARREPENTIMIENTO Y COMPORTAMIENTO CARIÑOSO”

El agresor después del suceso del hecho violento se torna cariñoso, amable con muestras de aparente arrepentimiento.

Trata de calmar su actitud, pero irremediablemente va cayendo en nuevas tensiones hasta ingresar a la FASE UNO y volver a repetir el ciclo.

2.2.1.4 VIOLENCIA HACIA LA MUJER SEGÚN CICLO DE VIDA

b) **INFANCIA:** Infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico.

c) **NIÑEZ:** Matrimonio infantil; abuso físico, sexual y psicológico; incesto; prostitución infantil y pornografía.

d) **ADOLESCENCIA:** Violencia durante el enamoramiento y el noviazgo

e) **ADULTEZ:** Abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal y de la pareja; abuso y homicidio; abuso psicológico; abuso de mujeres discapacitadas; suicidio por situaciones de depresión y ansiedad productos de la violencia.

f) **VEJEZ:** Suicidio forzado u homicidio por diversas razones; abuso

físico sexual y psicológico, abandono. (37)

2.2.1.5 TIPOS DE VIOLENCIA

Según la Ley Peruana N° 30364, para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar clasifica los tipos de violencia de la siguiente manera:

a) Violencia física. Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.

b) Violencia psicológica. Es la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo.

c) Violencia sexual. Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

d) Violencia económica o patrimonial. Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de:

- La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones

alimentarias;

- La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo. (38)

2.2.1.6 CAUSAS DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER

Los diferentes estudios que existen en este campo coinciden en señalar que el origen de la violencia es de carácter multifactorial, es decir, hay diferentes condiciones que contribuyen a que aparezcan y no son siempre las mismas.

Características particulares del agresor

La falta de control de impulsos, la baja autoestima, la carencia afectiva, las experiencias que han vivido en la infancia o determinados factores de personalidad pueden influir de forma determinante para que abuse y maltrate a las personas de su entorno. Incapacidad para resolver los conflictos de forma adecuada.

Actitudes socioculturales

En el caso específico de la violencia hacia la mujer, las actitudes socioculturales de desigualdad entre hombres y mujeres. Algunas

situaciones que se viven como tradicionales y culturales en muchas sociedades y que se han mantenido a lo largo de los siglos favorecen y mantienen esa desigualdad.

2.2.1.7 CONSECUENCIAS

A nivel físico: lesiones (heridas, golpes, quemaduras, etc.), mayor vulnerabilidad a padecer una enfermedad y descuido personal. En el caso de las mujeres sufren riesgo de embarazos no deseados si son forzadas a mantener relaciones sexuales.

A nivel psicológico: puede aparecer estrés postraumático, depresión, ansiedad, baja autoestima, intentos de suicidio, abuso de alcohol y otras sustancias, disfunciones sexuales, trastornos somáticos (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, malestar generalizado e inespecífico, etc.), sentimiento de culpabilidad, sentimiento de desesperanza y vacío.

A nivel social: actitud de desconfianza y hostilidad hacia todo el mundo, aislamiento social, sentimiento de peligro y amenaza constantes por parte de todo lo que les rodea. (39)

2.2.2 BLUES MATERNO (BM)

2.2.2.1 DEFINICIÓN

También llamado Baby Blues o Tristeza Puerperal. Se describe como una alteración del estado de ánimo luego del parto. Normalmente ocurre durante los diez primeros días siendo el pico de síntomas en torno al segundo y quinto día. La sintomatología se caracteriza por una labilidad emocional predominante, presentan periodos de llanto intercalados con irritabilidad, confusión y ansiedad. La prevalencia aproximada oscila en torno al 40-60%, pero dado que no están plenamente establecidos los criterios para diagnosticar un Blues Materno, estos datos podrían ser variables. (40)

Blues Materno (BM), fue descrito inicialmente como un fenómeno psicológico leve, banal, transitorio y sin importancia que acontece a ciertas mujeres luego del parto. Esta connotación de benignidad, sin embargo, ha sido rebatida en el transcurrir de las dos últimas décadas donde se han realizado una serie de estudios (clínicos, bioquímicos y epidemiológicos) que han mostrado una nueva y preocupante perspectiva, en la cual las madres con BM presentan mayores probabilidades de desarrollar problemas mentales (trastornos de ansiedad y depresión posparto), presentar

patrones de contacto e interacción materno filial débiles y deficientes. (41)

2.2.2.2 TEÓRIAS DEL BLUES MATERNO

Existen dos:

La primera se orienta a relacionar los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el embarazo es observable el bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos.

La segunda se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. En situaciones normales, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial, en mujeres más sensibles al estrés psicosocial. (42)

2.2.2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Actualmente, no se ha determinado que exista una causa específica del Blues Materno, únicamente se han encontrado factores de riesgo, entre ellos tenemos los siguientes:

Factores biológicos

Inmediatamente antes del parto, los niveles de estrógenos y de progesterona son unas 50 veces más altos que antes del embarazo. En el curso de pocos días estos niveles bajan bruscamente hasta los valores normales. Aquí los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen rápidamente después de las 48 horas del parto, es probable que las mujeres que desarrollen algún trastorno posparto sean más sensibles a estos cambios.

Factores psicosociales

Presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, aumenta las posibilidades de que aparezca.

Factores estresantes

Problemas de pareja, falta de apoyo social, tener un aborto involuntario o muerte fetal, los cambios físicos, problemas económicos, embarazo no deseado.

Por otro lado, cambios en la autoestima, eventos estresantes durante el embarazo; terminación del embarazo por cesárea; sentimientos de depresión durante el mes previo al parto; ansiedad el día del nacimiento del niño; el tabaquismo son otros factores

vinculados a la tristeza puerperal.

Factores protectores

El apoyo familiar tomo mayor relevancia ya que de ello va a depender de que la madre retome la idea de seguir con su formación en su nueva familia. Las experiencias y sentimientos positivos de la madre durante el embarazo y el apoyo recibido por la pareja parecen ser decisivo en este periodo, ya que se relaciona significativamente con el bienestar psicológico de la madre, lo cual les hace sentir satisfechas proporcionándoles bajos niveles de ansiedad, depresión, y niveles más altos de autoestima. (24)

2.2.3 PUERPERIO

Es la etapa que se da entre la salida de la placenta hasta los 42 días posparto.

- a) Inmediato, las primeras 24 horas. Considerar una vigilancia estricta las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es una de la primera causa de muerte materna en el Perú.
- b) Mediato, los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal.
- c) Tardío, desde el 8º día hasta la 6ta. Semana (42 días). (43)

2.3. DEFINICIONES DE TÉRMINOS:

- a) **Violencia:** Es el uso deliberado de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.
- b) **Violencia hacia la mujer:** Es una de las formas más frecuentes de violencia ejercida por la pareja contra la mujer, dentro de ella se encuentran, maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo. (44)
- c) **Blues Materno:** Es un conjunto de desequilibrios personales que está caracterizado por: infelicidad, tristeza, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad del ánimo y fatiga.
- d) **Riesgo:** Se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad. (45)
- e) **Puerperio:** Periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días.

- f) Violencia física:** Es toda acción empleada sobre el cuerpo de la mujer que le produce un daño o sufrimiento físico, tales como heridas, lesiones, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.
- g) Violencia psicológica:** Equivale a toda conducta que busca degradar o controlar sus acciones y decisiones mediante la amenaza, el acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento de la mujer; que producen un daño emocional en ella, la disminución de su autoestima, perjudican y perturban el pleno desarrollo personal e incluso la pueden llevar al suicidio.
- h) Violencia sexual:** Es todo acto que amenaza o vulnera el derecho de la mujer a decidir libremente sobre su sexualidad, abarcando toda forma de contacto sexual. Incluye el uso de la fuerza dentro del mismo matrimonio.
- i) Violencia económica y/o patrimonial:** Este tipo de maltrato busca ocasionar una pérdida de los recursos económicos o patrimoniales de la mujer a través de la limitación, retención o pérdida de sus bienes y derechos

patrimoniales. Incluye todo acto que genere limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos, o la privación de los medios económicos indispensables para vivir. (46)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación:

El presente estudio, es una investigación de tipo descriptivo, correlacional, prospectivo y de corte transversal.

- Descriptivo: consiste en especificar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno.
- Correlacional: tiene la finalidad de determinar el grado de relación o asociación existente entre las dos variables de estudio.
- Prospectivo: la recolección de datos comenzó cuando se identificó a la población de estudio y continúa a medida que el tiempo va pasando, hasta el final del estudio.
- Transversal: evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio. (47)

3.2. Población y Muestra de estudio

Población: Todas las puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que tuvieron su parto (vaginal o cesárea) entre los meses de junio a julio del 2019.

Muestra: Estuvo constituida por 100 puérperas, seleccionadas por muestreo no probabilístico, por conveniencia y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterio de inclusión:

- Puérpera de cualquier edad.
- Puérperas de parto vaginal y cesárea.
- Puérperas con recién nacido vivo y sano.
- Puérpera que hable castellano.
- Puérpera que acepte participar de la investigación.

Criterio de exclusión:

- Puérpera con capacidades distintas y/o con dificultades para comunicarse.
- Puérpera que se encuentre acompañada durante el desarrollo de la encuesta.
- Puérpera con antecedentes de alcohol o uso de sustancias psicoactivas.
- Puérpera que no desee continuar, una vez iniciada la encuesta.

3.3. Variables de estudio

3.3.1. Variables sociodemográficas

Características sociales:

- ✓ Edad
- ✓ Estado civil
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Ocupación

Características obstétricas:

- ✓ Planificación del embarazo

✓ Tipo de parto

✓ Paridad

3.3.2. Variable Independiente: Violencia de pareja hacia
La mujer

3.3.3. Variable dependiente: Riesgo de Blues Materno

3.3.4. Operacionalización de variables:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	Edad	1. <18 años 2. 18-34 años 3. >34 años	Razón Cuantitativa
	Grado de instrucción	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Superior no universitaria	Cualitativo ordinal
	Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Divorciada	Cualitativa Nominal
	Ocupación	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Dependiente 4. Independiente	Cualitativa Nominal
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Planificación del embarazo	1. SI 2. NO	Cualitativa Nominal
	Tipo de parto	1. Vaginal 2. Cesárea	Cualitativa Nominal
	Paridad	1. Primípara 2. Multípara	Cualitativa Nominal

Variable Independiente	Dimensiones	Indicador	Unidad /Categorías	Escala de Medición	Valor Final
VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER	Violencia económica	Limitación económica. Chantaje económico. Control del dinero.	04 preguntas (1 al 4) 1=Nunca 2=Alguna vez 3= Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre	Nominal	Ausencia Leve Moderada Severa
	Violencia psicológica	Amenazas. Humillación. Gritos. Insultos. Celos.	08 preguntas (5 al 12) 1=Nunca 2=Alguna vez 3= Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre	Nominal	Ausencia Leve Moderada Severa
	Violencia física	Golpes. Empujones. Jalones. Golpes con objetos. Presencia de enfermedad	08 preguntas (13 al 20) 1=Nunca 2=Alguna vez 3= Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre	Nominal	Ausencia Leve Moderada Severa
	Violencia sexual	Uso de preservativo. Relaciones sexuales contra su voluntad. Daños durante la relación sexual. Rechazo	08 preguntas (21 al 28) 1=Nunca 2=Alguna vez 3= Varias veces 4=Muchas veces 5=Siempre	Nominal	Ausencia Leve Moderada Severa

Variable Dependiente	Dimensión	Indicador	Unidad/Categoría	Escala de Medición	Valor Final
RIESGO DE BLUES MATERNO	1. Infelicidad	He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz.	0 = No en absoluto	Ordinal	<p>Niveles:</p> <p>Riesgo Bajo: Sin alteración del estado de ánimo después del parto.</p> <p>Riesgo Moderado: Estados eventuales de inestabilidad del ánimo después del parto.</p> <p>Riesgo Alto: Estado continuo de inestabilidad del ánimo después del parto.</p>
	2. Tristeza	Me he sentido triste y desafortunada.	1 = No muy a menudo		
	3. Ansiedad	Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo.	2 = Sí, bastante a menudo		
	4. Irritabilidad	Me siento muy irritable.	3 = Sí, casi siempre		
	5. Inestabilidad de ánimo	Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa.			
	6. Fatiga	Me fatigo fácilmente con cualquier cosa.			

3.4. Instrumentos de recolección de datos

Para la realización del estudio será necesaria la utilización de instrumentos, que respondan al objetivo del estudio. Para tal efecto se tomó:

3.4.1. Ficha de datos sociodemográficos y obstétricos

El instrumento permite recoger los datos sociodemográficos y obstétricos de las puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.

Está constituido por ítems, de la siguiente manera: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, planificación del embarazo, tipo de parto y paridad.

3.4.2. Index of Spouse Abuse (Índice de violencia en la pareja) versión en español

El nombre original del instrumento es Index of Spouse Abuse, diseñado por Hudson y Mcintosh 1981 en EEUU. Posteriormente fue traducido al español y validado en el año 2005 por el Observatorio de Salud de la Mujer – España.

Para la presente investigación, el instrumento modificado por Guerra Ordaya-Lima (2017) basado en la versión española del Index of Spouse Abuse fue adaptado y

validado por juicio de expertos por la investigadora. (anexo 04)

Dentro de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la violencia contra la mujer por parte de su pareja, se encuentra el Index of Spouse Abuse (Índice de violencia en la pareja). Sus ítems, describen conductas que reflejan diferentes grados de abuso. La escala original y la versión en español puede ser contestados oralmente o de forma escrita aproximadamente entre 5 a 10 minutos. La mujer a su vez debe indicar la frecuencia de cada una de estas conductas, es una escala tipo Likert de 1 a 5 siendo uno “nunca”, dos “alguna vez”, tres “varias veces”, cuatro “muchas veces” y cinco “siempre”. (48)

Validez y confiabilidad

El instrumentó fue validado a través del juicio de expertos que fueron: una psicóloga y dos docentes universitarios. El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach de 0,969 el cual significa que la confiabilidad es muy buena, concluyendo que el instrumento aplicado tiene una confiabilidad muy aceptable y puede ser aplicado a la muestra real.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento

adaptado para poder dar respuesta a los objetivos del estudio, que consta de 28 preguntas cuyos ítems corresponden a los diferentes tipos y nivel de violencia de pareja hacia la mujer.

- Violencia económica: 04 preguntas (1 al 4)
- Violencia psicológica: 08 preguntas (5 al 12)
- Violencia física: 08 preguntas (13 al 20)
- Violencia sexual: 08 preguntas (21 al 28)

a) Presencia y Nivel de violencia de pareja hacia la mujer:

- Ausencia (28 puntos)
- Leve (29-65)
- Moderado (66-103)
- Severo (104-140)

b) Violencia económica la escala será:

- Ausencia (4 puntos)
- Leve (5 - 9 puntos)
- Moderada (10 –15 puntos)
- Severa (16-20 puntos)

c) Violencia psicológica la escala será:

- Ausencia (8 puntos)

- Leve (9-18 puntos)
- Moderada (19-29 puntos)
- Severa (30-40 puntos)

d) Violencia física la escala será:

- Ausencia (8 puntos)
- Leve (9-18 puntos)
- Moderada (19 –29 puntos)
- Severa (30-40 puntos)

e) Violencia sexual la escala será:

- Ausencia (8 puntos)
- Leve (9-18 puntos)
- Moderada (19-29 puntos)
- Severa (30-40 puntos)

3.4.3 Escala del Blues Materno de Lima (EBML)

El instrumento para la recolección de la información será la Escala del Blues Materno de Lima (EBML) diseñada y validada por Contreras Pulache et al (2009). Mide el nivel de riesgo de Blues Materno.

Presenta 6 ítems para su evaluación:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1) Infelicidad | 2) Tristeza |
| 3) Ansiedad | 4) Irritabilidad |
| 5) Inestabilidad de ánimo | 6) Fatiga |

Para responder a cada ítem hay cuatro respuestas posibles y se valora según la frecuencia en la que se manifiesta los síntomas, donde 0 sería la puntuación que estaría en relación con la menor frecuencia y 3 cuando la frecuencia es alta. La escala consta de 6 ítems referidos al estado de ánimo en el posparto mediato (a partir del 2 día y antes de la tercera semana) con una escala de respuestas tipo Likert.

Puntuaciones:

- | | |
|---------|---|
| 0 - 6 | Nivel de Riesgo de Blues Materno Bajo |
| 7 - 12 | Nivel de Riesgo de Blues Materno Moderado |
| 13 - 18 | Nivel de Riesgo de Blues Materno Alto |

Validez y Confiabilidad

El instrumento utilizado (EBML), presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,86; con un rango de interrelación ítem-total de: 0,453 a 0,658 ($p < 0,001$). Del estudio psicométrico aplicado a la EBML se puede resaltar su consistencia teórica (factorial) y psicométrica, lo que

constituye a la EBML como cuestionario confiable y válido, para ser utilizado en la identificación de lo que pretende medir.

(16)

3.5. Técnicas y métodos de recolección de datos:

Métodos:

Para el presente estudio se utilizaron los siguientes métodos de recolección de datos: Una ficha de recolección de datos y dos cuestionarios validados utilizados para lograr los objetivos planteados en nuestra investigación.

Los datos se registraron luego de la aplicación de los cuestionarios y la ficha de recolección de datos aplicado a las puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna del servicio de Gineco-Obstetricia en el periodo de junio y julio del 2019.

Técnicas:

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron: Se utilizó la estadística descriptiva, tabla de frecuencias y tablas cruzadas. Se trabajó con el programa SPSS VS 25 Statistics y Microsoft office Excel 2016. Para la contrastación de hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson.

3.6. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, previa coordinación, autorización con los responsables de la institución. Se llevó a cabo el registro de los datos de la muestra de estudio y las variables independiente y dependiente.

3.7. Procesamiento e interpretación de datos:

La información obtenida se vació en una data cuadrada en el Microsoft office Excel 2016, se procesó y analizó en la base de datos del Programa Estadístico SPSS VS 25, utilizando las puntuaciones que se obtuvieron de cada uno de los cuestionarios para luego realizar el análisis bivariado, así como también la prueba de hipótesis. Se realizó un estudio estadístico descriptivo procesando los datos y presentándolos en tablas para su posterior interpretación y análisis.

3.8 Aspectos Éticos

Al fin de garantizar la confidencialidad de la información, no se consideró el nombre de las participantes, sino que se optó por utilizar un código, el cual sólo será de conocimiento del investigador. Los datos obtenidos de los cuestionarios y la ficha de recolección de datos solo fueron utilizados para la realización de la presente investigación.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

TABLA 1
DISTRIBUCION SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
-TACNA,2019

EDAD	PUÉRPERAS	
	N°	%
< 18	3	3,00
18-34	72	72,00
>34	25	25,00
Total	100	100,00

GRADO DE INSTRUCCIÓN		
	N°	%
Primaria	2	2,00
Secundaria	76	76,00
Superior	16	16,00
Superior no universitaria	6	6,00
Total	100	100,00

ESTADO CIVIL		
	N°	%
Soltera	21	21,00
Casada	19	19,00
Conviviente	60	60,00
Divorciada	0	0,00
Total	100	100,00

OCUPACIÓN		
	N°	%
Ama de casa	51	51,00
Estudiante	19	19,00
Dependiente	11	11,00
Independiente	19	19,00
Total	100	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad el 3% de las puérperas son menores de 18 años, el 72% tienen edades de 18 a 34 años, en cambio el 25% de las puérperas son mayores de 34 años. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas tienen de 18 a 34 años de edad.

Seguidamente se observa que, en cuanto al grado de instrucción el 2% de las puérperas tienen estudios de nivel primario, el 76% estudios secundarios, el 16% estudios de nivel superior, en cambio el 6% tienen estudios superiores no universitarios. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas tienen estudios de nivel secundario. Luego se observa que, en cuanto al estado civil el 21% de las puérperas son solteras, el 19% casadas, el 60% son convivientes y ninguna divorciada. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas tienen estado civil conviviente.

Finalmente observa que, en cuanto a la ocupación el 51% de las puérperas son ama de casa, el 19% estudiantes, el 11% son dependientes, en cambio el 19% son independiente. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas son amas de casa.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA, 2019

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	PUÉRPERAS	
	N°	%
Si	10	10,00
No	90	90,00
Total	100	100,00

TIPO DE PARTO	N°		%	
	N°	%	N°	%
Vaginal	84	84,00		
Cesárea	16	16,00		
Total	100	100,00		

PARIDAD	N°		%	
	N°	%	N°	%
Primípara	58	58,00		
Múltipara	42	42,00		
Total	100	100,00		

Fuente: Cuestionario aplicado en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 2, se observa que el 10% de las puérperas si planificación su embarazo, en cambio el 90% no planificaron su embarazo. De acuerdo a los resultados de la encuesta, gran parte de las puérperas no planificaron su embarazo.

Se observa que, en cuanto al tipo de parto el 84% de las puérperas tuvieron parto vaginal, en cambio el 16% tuvieron parto por cesárea. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas tuvieron presentan parto vaginal.

Se observa que, en cuanto a la paridad el 58% de las puérperas fueron primíparas, en cambio el 42% fueron múltiparas. De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas son primíparas.

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA Y NIVEL DE VIOLENCIA
DE PAREJA HACIA LA MUJER EN PUÉRPERAS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

NIVELES	PUÉRPERAS	
	N°	%
Ausencia	6	6,00
Leve	23	23,00
Moderada	62	62,00
Severa	9	9,00
Total	100	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado en puérperas del Hospital
Hipólito Unanue - Tacna, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 3, se observa que el 62% de las puérperas presentan un nivel de violencia de pareja moderado, el 23% un nivel leve, seguidamente un 9% presenta un nivel severo. Por otro lado, solo un 6% de las puérperas presentan ausencia de violencia de pareja donde ninguna fue víctima de agresión de ningún tipo de violencia.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, la mayoría de las puérperas presentaron violencia de pareja hacia la mujer en un nivel moderado.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO Y NIVEL DE VIOLENCIA DE PAREJA
HACIA LA MUJER EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

TIPO DE VIOLENCIA	NIVELES	PUÉRPERAS	
		Nº	%
VIOLENCIA ECONÓMICA	Ausencia	20	20,00
	Leve	17	17,00
	Moderada	63	63,00
	Severa	0	0,00
	Total	100	100,00
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Ausencia	11	11,00
	Leve	18	18,00
	Moderada	62	62,00
	Severa	9	9,00
	Total	100	100,00
VIOLENCIA FÍSICA	Ausencia	21	21,00
	Leve	30	30,00
	Moderada	40	40,00
	Severa	9	9,00
	Total	100	100,00
VIOLENCIA SEXUAL	Ausencia	9	9,00
	Leve	19	19,00
	Moderada	63	63,00
	Severa	9	9,00
	Total	100	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 4, respecto a la violencia económica, se observa que el 63% de las puérperas presentan un nivel de violencia económica moderada, en segundo lugar, el 17% presento un nivel leve, seguidamente no se encontró

ninguna puérpera con violencia económica severa, finalmente solo un 20% de las puérperas presentaron ausencia de violencia de tipo económico.

Respecto a la violencia psicológica, se observa que el 62% de las puérperas presentan un nivel de violencia psicológica moderada, en segundo lugar, el 18% presento un nivel leve, seguidamente un 9% presento un nivel de violencia psicológica severa, finalmente solo un 11% de las puérperas presentaron ausencia de violencia de tipo psicológico.

Seguidamente, respecto a la violencia física, se observa que el 40% de las puérperas presentan un nivel de violencia física moderada, en segundo lugar, el 30% presento un nivel leve, seguidamente un 9% presento un nivel de violencia física severa, finalmente un 21% de las puérperas presentaron ausencia de violencia de tipo físico.

Finalmente, respecto a la violencia sexual, se observa que el 63% de las puérperas presentan un nivel de violencia sexual moderada, en segundo lugar, el 19% presento un nivel leve, seguidamente un 9% presento un nivel de violencia sexual severa, finalmente un 9% de puérperas presentaron ausencia de violencia de tipo sexual.

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE RIESGO DE BLUES MATERNO
EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA, 2019

NIVELES	PUÉRPERAS	
	N°	%
Bajo	26	26,00
Moderada	69	69,00
Alto	5	5,00
Total	100	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado en puérperas del Hospital
Hipólito Unanue - Tacna, 2019

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 5, se observa que el 69% de las puérperas presentan un nivel de riesgo de Blues Materno moderada, en segundo lugar, el 26% un nivel bajo, a diferencia de un 5% de puérperas que presentan un nivel de riesgo de Blues Materno alto. De acuerdo a los resultados del cuestionario, la mayoría de las puérperas presentan un nivel de riesgo de Blues Materno moderado.

TABLA 6

TIPO Y NIVEL DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y

RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DEL

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

VIOLENCIA DE PAREJA	NIVEL	NIVEL RIESGO DE BLUES						TOTAL		Valor p
		Bajo		Moderado		Alto		N°	%	
		N°	%	N°	%	N°	%			
VIOLENCIA ECONÓMICA	Ausencia	11	11,0	8	8,0	1	1,0	20	20,0	0,015
	Leve	4	4,0	13	13,0	0	0,0	17	17,0	
	Moderada	11	11,0	48	48,0	4	4,0	63	63,0	
	Severa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Total	26	26,0	69	69,0	5	5,0	100	100,0	
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Ausencia	6	6,0	5	5,0	0	0,0	11	11,0	0,016
	Leve	8	8,0	9	9,0	1	1,0	18	18,0	
	Moderada	8	8,0	50	50,0	4	4,0	62	62,0	
	Severa	4	4,0	5	5,0	0	0,0	9	9,0	
	Total	26	26,0	69	69,0	5	5,0	100	100,0	
VIOLENCIA FÍSICA	Ausencia	10	10,0	10	10,0	1	1,0	21	21,0	0,111
	Leve	4	4,0	24	24,0	2	2,0	30	30,0	
	Moderada	8	8,0	30	30,0	2	2,0	40	40,0	
	Severa	4	4,0	5	5,0	0	0,0	9	9,0	
	Total	26	26,0	69	69,0	5	5,0	100	100,0	
VIOLENCIA SEXUAL	Ausencia	5	5,0	4	4,0	0	0,0	9	9,0	0,039
	Leve	8	8,0	10	10,0	1	1,0	19	19,0	
	Moderada	9	9,0	50	50,0	4	4,0	63	63,0	
	Severa	4	4,0	5	5,0	0	0,0	9	9,0	
	Total	26	26,0	69	69,0	5	5,0	100	100,0	

Fuente: Tabla 4 y 5

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 6, se observa que el 48% de las puérperas presentan un nivel de violencia económica moderada y un nivel de riesgo de blues materno moderado, en segundo lugar, se observa que el 11% de las puérperas presentan ausencia de violencia económica y un nivel de riesgo de blues materno bajo. Finalmente, no se encontró puérperas que presenten un nivel de violencia económica severa y un nivel de riesgo de blues materno alto. Como $p = 0,015$ es menor que el nivel de significancia ($\alpha=5\%$), se concluye que hay relación entre la violencia económica y el riesgo de Blues Materno.

Seguidamente se observa que el 50% de las puérperas presentan un nivel de violencia psicológica moderada y un nivel de riesgo de Blues Materno moderado, en segundo lugar, se observa que el 6% de las puérperas presentan ausencia de violencia psicológica y un nivel de riesgo de Blues Materno bajo. Finalmente, no se encontró puérperas que presenten un nivel de violencia psicológica severa y un nivel de riesgo de Blues Materno alto. Como $p = 0,016$ es menor que el nivel de significancia ($\alpha=5\%$), se concluye que hay relación entre la violencia psicológica y el riesgo de Blues Materno.

Luego se observa que el 30% de las puérperas presentan un nivel de violencia física moderada y un nivel de riesgo de Blues Materno moderado,

en segundo lugar, se observa que el 10% de las puérperas presentan ausencia de violencia física y un nivel de riesgo de Blues Materno bajo. Finalmente, no se encontró puérperas que presenten un nivel de violencia física severa y un nivel de riesgo de Blues Materno alto.

Como $p = 0,111$ es mayor que el nivel de significancia ($\alpha = 5\%$), se concluye que, no hay relación entre la violencia física y el riesgo de Blues Materno.

Finalmente se observa que el 50% de las puérperas presentan un nivel de violencia sexual moderada y un nivel de riesgo de Blues Materno moderado, en segundo lugar, se observa que el 5% de las puérperas ausencia de violencia sexual y un nivel de riesgo de Blues Materno bajo. Finalmente, no se encontró puérperas que presenten un nivel de violencia sexual severa y un nivel de riesgo de blues materno alto.

Como $p = 0,039$ es menor que el nivel de significancia ($\alpha = 5\%$), se concluye que hay relación entre la violencia sexual y el riesgo de Blues Materno.

TABLA 7
RELACIÓN ENTRE NIVELES DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA
MUJER Y RIESGO DE BLUES EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

NIVEL	NIVEL RIESGO DE BLUES						Total		Valor p
	Bajo		Moderado		Alto				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Ausencia	4	4,00	2	2,00	0	0,00	6	6,00	0,414
Leve	9	9,00	13	13,00	1	1,00	23	23,00	0,008
Moderada	9	9,00	49	49,00	4	4,00	62	62,00	0,000
Severa	4	4,00	5	5,00	0	0,00	9	9,00	0,739
Total	26	26,0	69	69,00	5	5,00	100	100,00	

Fuente: Tabla 3 y 5

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 7, se observa que el 49% de las puérperas presentan un nivel de violencia de pareja moderada y un nivel de riesgo de Blues Materno moderado, en segundo lugar, se observa que el 13% de las puérperas presentan un nivel leve de violencia y a su vez un riesgo de Blues Materno moderado, luego el 4% de las puérperas presentan ausencia de violencia de algún tipo y un nivel de riesgo de Blues Materno bajo y finalmente no se encontró puérperas que presenten un nivel de violencia de pareja severa y

un nivel de riesgo de Blues Materno alto.

En el nivel ausencia de violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno se concluye que: como $p = 0,414$ es mayor que el nivel de significancia ($\alpha=5\%$), se concluye que no hay relación entre la ausencia de violencia y el riesgo de Blues Materno.

En el nivel leve de violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno se concluye que: como $p = 0,008$ es menor que el nivel de significancia ($\alpha=5\%$), se concluye que si hay relación entre el nivel leve de violencia y el riesgo de blues materno.

En el nivel moderado de violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno se concluye que: como $p = 0,000$ es menor que el nivel de significancia ($\alpha=5\%$), se concluye que si hay relación entre el nivel moderado de violencia y el riesgo de Blues Materno.

En el nivel severo de violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno se concluye que: como $p = 0,739$ es mayor que el nivel de significancia ($\alpha=5\%$), se concluye que no hay relación entre el nivel severo de violencia y el riesgo de Blues Materno.

TABLA 8
RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y
RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

NIVEL	NIVEL RIESGO DE BLUES						Total		Prueba estadística hipótesis general
	Bajo		Moderado		Alto				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Ausencia	4	4,00	2	2,00	0	0,00	6	6,00	p =0,036
Leve	9	9,00	13	13,00	1	1,00	23	23,00	
Moderada	9	9,00	49	49,00	4	4,00	62	62,00	
Severa	4	4,00	5	5,00	0	0,00	9	9,00	
Total	26	26,00	69	69,00	5	5,00	100	100,0	

Fuente: tabla 3 y 5

INTERPRETACIÓN:

El resultado de la prueba estadística de la hipótesis general muestra un p valor = 0,036 que es menor que el nivel de significancia (0,05) y se concluye con un nivel de confianza del 95% que, existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue -Tacna,2019.

VERIFICACIÓN DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

Para la contrastación de la hipótesis general se utilizará una prueba estadística no paramétrica chi cuadrada, la cual su función es buscar la relación entre dos variables categóricas y a partir de esta prueba estadística decidir si existen relación significativa a un 95% de confianza.

“Existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019”.

1) Planteamiento de la hipótesis

H_0 : No existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.

H_1 : Existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.

2) Nivel de significancia

$\alpha = 5\% = 0,05$

3) Estadístico de prueba

PRESENTACIÓN DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS CHI CUADRADA DE LA VARIABLE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y RIESGO DE BLUES MATERNO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,460 ^a	6	,036
Razón de verosimilitud	13,489	6	,036
Asociación lineal por lineal	3,234	1	,072
N de casos válidos	100		

Fuente: SPSS versión 25 $X^2 = 13,460$ $p = 0,036$

4) Decisión

Ho: ($p \geq 0,05$) → No se rechaza la Ho

H1: ($p < 0,05$) → Rechazo la Ho

Como p-valor=0,036 es menor al nivel de significancia $\alpha=0,05$;
entonces se rechaza Ho.

5) Conclusión

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (0,036) que es menor que el nivel de significancia (0,05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el

riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito
Unanue-Tacna, 2019.

DISCUSIÓN

De acuerdo a las características sociodemográficas, en cuanto a la edad, el 72% tienen entre 18-34 años, respecto a este resultado se puede decir que son mujeres adolescentes por un extremo y respecto a ello la OMS considera como gestantes en alto riesgo a las mujeres menores de 20 años, que tiene consecuencias psicológicas como mayor incidencia de baja autoestima, estrés y depresión posparto y son más proclives a ser víctimas de violencia de pareja. Asimismo, ahora si se analiza el otro extremo con mayor porcentaje según los resultados estamos frente a mujeres adultas y jóvenes por el cual, tal como Flood y Pease (49) indican, la edad no es solo un número, sino que trae aparejada procesos de desarrollo, tal como mayor experiencia, confianza en una misma y mayor capital social, que actúan como factores protectores frente a la violencia

Ahora respecto a otras variables sociodemográficas podemos destacar que más de la mitad, el 76% de las puérperas tiene grado de instrucción secundaria lo mismo de lo encontrado por Gamio T. en 41% y por Cueva K. y Julca D. en un 80%, respecto a ese resultado se analiza que es favorable porque según la ONU Mujeres (50) la educación es primordial en la prevención de la violencia hacia la mujer, estudios recientes de organismos mundiales muestran que niveles más altos de escolarización, especialmente de educación secundaria completa, están asociadas con

una reducción en las tasas de violencia en varios países y al estar preparadas cognitivamente , en esta población podemos lograr objetivos educativos.

Por otro lado, el estado civil conviviente en un 60% fue lo que se encontró en la presente investigación, nuevamente coincidimos con Gamio T. en 77% al igual que con Cueva K. y Julca D. en un 62,86%; al observar este resultado se denomina como factor de riesgo a la convivencia, ya que si bien es cierto hoy en día es reconocida por la ley, pero socialmente no tiene la formalidad de un matrimonio que es la forma legal de establecer una familia.

De igual manera se encontró que el 51% de puérperas son amas de casa lo que crea una dependencia económica que crea violencia; puesto que muchas veces la violencia física y psicológica tienen su origen en la violencia económica. Ante esto la ONU MUJERES da a conocer que estudios en diferentes países han mostrado cómo el acceso de las mujeres a opciones de autonomía económica, se ha asociado con niveles más bajos de violencia hacia la mujer.

Por consiguiente, respecto a las características obstétricas; se observó que gran parte de las puérperas tuvieron parto vaginal en un 84% y fueron primíparas en un 58% y multíparas en 42%. El 90% no planifico el embarazo lo que hace analizar según la OMS que dicha gestación se

produjo sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos y la ineffectividad o no administración de anticonceptivos de emergencia. Por otro lado, la OPS (3) informa que la violencia hacia la mujer tiene consecuencias en la salud sexual y reproductiva y aumenta el riesgo de embarazos no planeados y/o deseados.

Por otro lado, respecto a la violencia de pareja hacia la mujer en la investigación se encontró que el 94% de las puérperas fueron víctimas de algún tipo y nivel de violencia de pareja en los últimos 12 meses de su relación frente a un 6% que negó sufrir de violencia; según el tipo (económica-psicológica-física-sexual) en lo que respecta al nivel prevalece en todos los tipos de violencia de pareja el nivel moderado. Del mismo modo Romero M., encontró la existencia de violencia de género en 47,6% de su población. %. En cambio, Miranda M. dio a conocer una incidencia de violencia basada en género de 75,8%.

Respecto a lo anteriormente mencionado se analiza que las mujeres de la presente investigación reconocen la violencia y son conscientes que han sido víctimas en los últimos 12 doce meses de algún tipo y nivel de violencia. Esto es bueno para empezar a romper el círculo de la violencia que se transmite de generación en generación, reconocer el problema y aceptarse como una persona que merece vivir sin violencia.

Por consiguiente, a partir de los resultados encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general que establece que existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.

El impacto que la violencia de pareja genera en la mujer, dañan varios aspectos relacionados a su salud mental. Asimismo, en un artículo del Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres 2018 (52), revela que las mujeres que son víctimas de violencia de cualquier tipo que fuera son más propensas a estar en riesgo de desarrollar algún cuadro de estrés, ansiedad y depresión. Por otra parte, después del parto la mujer debe enfrentar tres realidades fundamentales: la aparición de un nuevo ser, las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y fisiológicas que alteran la imagen corporal, y el nuevo rol social.

La violencia hacia la mujer es una de los mayores problemas que el Estado Peruano debe enfrentar. Para ello es necesario diseñar e implementar políticas públicas que busquen reducir la incidencia de violencia hacia la mujer, sancionando efectiva y ejemplarmente a los perpetradores.

Por otra parte, nuestros resultados al relacionar los tipos de violencia con el riesgo de blues materno; se halló relación con violencia económica, psicológica y sexual, pero con violencia física no se encontró relación.

Las mujeres que son víctimas de violencia física ocultan la agresión por miedo, vergüenza y así protegen a su atacante. Asimismo, en otros casos lo asumen como algo normal dentro de la relación. Sin embargo, lo que debemos resaltar son las consecuencias a nivel emocional que traen consigo los diferentes tipos de violencia (ansiedad, aumento de miedo, depresión, ideas suicidas e ira).

De acuerdo con la OMS una de cada tres mujeres en el mundo (30%) ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. En el Perú, de acuerdo con la OMS, 69% de mujeres rurales y 51% de urbanas han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja. Solo en el 2016 el 68,2% de las mujeres en el Perú sufrieron violencia física, sexual o psicológica por parte de sus parejas.

El embarazo y la llegada de un hijo son factores que indican cambios importantes en el entorno de la mujer. Estos cambios harán que ella atraviese por un proceso de adaptación al cambio que supone la maternidad, en el que entrará en un estado de melancolía y tristeza que ira desvaneciéndose en unos días. Sin embargo, habrá otras mujeres en el que éste estado se acentuará y por tanto estarán en riesgo de hacer una depresión posparto.

Analizando los resultados obtenidos, en la muestra total de puérperas evaluadas, el 26% presentaron un nivel de riesgo bajo, el 69%

un nivel moderado y el 5% un nivel de riesgo alto. Sin embargo, Loyaga C. obtuvo resultados diferentes en su estudio; el 51,9% de las puérperas presento un nivel moderado de blues materno, el 20,7% un nivel alto y el 27,4% un nivel bajo. Dentro de este marco Contreras Pulache H. et al, da a conocer un análisis que permite interpretar los resultados de la “Escala de Blues Materno “; por tanto, debemos decir que una mujer con un nivel de riesgo alto o moderado de Blues Materno se encuentra en la probabilidad de desarrollar alguna patología mental (depresión posparto trastorno de ansiedad o alguna otra entidad) y no lograr el pleno desarrollo de su maternidad.

Desde la perspectiva general de esta investigación se debe señalar que la violencia hacia la mujer ocurre en todas las edades, estatus socioeconómico, nivel educativo, situación geográfica y en diferentes contextos sociales. Asimismo, tiene consecuencias en la salud sexual y reproductiva, físicas y psicológicas y de comportamiento.

CONCLUSIONES

1. Con respecto a la presencia de violencia de pareja hacia la mujer en el total de puérperas, se ha obtenido que un gran porcentaje fueron víctimas de algún tipo de violencia y el nivel entre todos los tipos fue el moderado.
2. Las características sociodemográficas y obstétricas más resaltantes de la presente investigación fueron: edad entre 18-34 años, estado civil conviviente, ocupación ama de casa y grado de instrucción secundaria, no planificaron el embarazo, tuvieron parto vaginal y fueron primíparas y multíparas.
3. En todos los tipos de violencia de pareja ya sea económica, psicológica, física y sexual se presentó mayormente el nivel moderado y en menor porcentaje el nivel severo.
4. El mayor nivel de riesgo de Blues Materno en las puérperas fue de moderado a bajo y según el tipo de violencia de pareja se relaciona significativamente con violencia económica, psicológica y sexual mas no con violencia física.
5. Existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues Materno, ya que una mujer que no ha sufrido de ningún

tipo y nivel de violencia de pareja probablemente tendrá por consiguiente un nivel bajo de Blues Materno esto a diferencia de una mujer que ha sufrido de algún tipo y nivel de violencia la cual tendrá posiblemente un riesgo moderado y alto de Blues Materno.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda primeramente reconocer que existe violencia y que es un factor de riesgo para el estado emocional de la gestante y/o puérpera, para ello debemos trabajar en equipo con instrumentos validados, actualizados y uniformes para la detección oportuna de aquellos factores de riesgo.
- A los profesionales de obstetricia, poner más énfasis en la salud mental o emocional de la gestante y/o puérpera ya que, si bien no es nuestro campo directamente, son los obstetras los responsables de la atención integral de la gestante y/o puérpera y es nuestro deber también valorar el estado emocional y no solo enfocarnos al estado físico.
- Incluir la intervención en hospital sobre la consejería en aceptación del recién nacido y estrechamiento del vínculo afectivo madre-niño/a y aceptación de la nueva etapa de la mujer.
- Realizar nuevas investigaciones en la región Tacna, enfocados en la salud mental y asociados a la salud sexual y reproductiva de la mujer en las diferentes etapas de su vida (adolescencia, embarazo, posparto y menopausia).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.1993. Consultado [2019 mayo 15]. disponible en: <https://www.ohchr.org>
2. OMS-OPS, 2014. Resumen. Respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas, Washington, DC.
3. OPS.Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (2014). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. En español en: <https://www.paho.org/hq/index>
4. Córdova L.O. La violencia económica y/o patrimonial contra las mujeres en el ámbito familiar. Revista del Instituto de la Familia [en línea].2017 [fecha de acceso 15 de mayo 2019]; N°06 disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15178>
5. MIMP. Programa Nacional Contra La Violencia Familiar y Sexual. [Internet]. Resumen estadístico de personas afectadas por violencia

familiar y sexual atendidas CEM.2019 [citado el 24 de mayo de 2019.] Recuperado de:

<https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=33>

6. Medina Serdán E. Diferencias entre depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto.2013;23(3):185-193.Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
7. Contreras Pulache H, Mori Quispe E, Lam Figueroa N. Revista. El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. Revista peruana de epidemiología. [Internet] 2011. [Consultado 28 de mayo 2019]-vol. 15 (N. ° 2):3: recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994804>
8. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian Journal of Psychiatry. 2015; 57 (2):216-21.
9. Moreno Valles, Luisa Marlene. Prevalencia DE Blues Materno en Puérperas de un Instituto de Salud Materno De Lima Metropolitana. [Tesis de pregrado]. Lima: Vicerrectorado de investigación, Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.

10. Roncallo, C., Sánchez, E., Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología*; 8(2), 14-23
11. OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud World Health Organization; [citado 24 de mayo 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
12. Devries K. M., Mak J. Y., García Moreno C., Petzold, M., Child, J. C., Felder, G., Watts, C. H. (2013). La prevalencia global de la violencia de pareja contra las mujeres. *Ciencia* 340, 1527-1528. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.1240937>
13. INEI. En el Perú 66 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unidas fueron víctimas de violencia ejercida por su esposo o compañero [INTERNET]. 2018
Disponible: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n210-2018-inei.pdf>
14. Observatorio Regional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar [base de datos en internet]. Tacna: Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES); 2017- [acceso 20 de mayo 2019]. [1 página]. Disponible en: <http://observatorioviolencia.regiontacna.gob.pe/>

15. Vásquez Plasencia G, Rodríguez Díaz D, Correa Arangoitia A, Alvarado Cáceres V, Llanque Sánchez. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú. -2014. Revista UCV-Scientia ,2018;9(2):145-152
16. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Quino-Villanueva K, Hinostroza-Camposano W, Espinoza-Lecca E, Gil-Guevara E, Torrejon-Reyes E. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. Revista Peruana de Epidemiología [Internet].2011;15(2): 89-96. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516004.pdf>
17. Tamayo-Caballero C, Freitas J, Alejo-Pacoma J, Vargas A. Estudio epidemiológico: perfil de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar en el macrodistrito 2 Max Paredes ciudad de La Paz, Bolivia, 2014" un problema no resuelto. Revista Cuadernos Hospital de Clínicas [Internet].2016;57(1):18-24. Recuperado de:
http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v57n1/v57n1_a03.pdf
18. Safranoff, Ana. Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato

en la pareja? Revista Salud colectiva[Internet].2017;13(4):611-632.
Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n4/611-632/es>

19. Molina Rodríguez A. Vulnerabilidad y Daño Psíquico en Mujeres Víctimas de Violencia en el Medio Familiar. [Tesis doctoral]. España: Facultad de Medicina, Universidad de Granada;2015. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/26083267.pdf>
20. Maldonado Yépez A. Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”. [Tesis pregrado]. Ecuador: Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad Central del Ecuador ;2018. Disponible: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15178>
21. Moreno Valles L. Prevalencia de blues materno en puérperas de un instituto de salud materno de Lima metropolitana. [Tesis pregrado]. Lima: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal;2019 Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2773>
22. Loyaga Álvarez C. Blues materno en puérperas del centro de obras sociales Maternidad de María, Chimbote, 2017. [Tesis pregrado].

Chimbote: Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Psicología, Universidad San Pedro; 2017. Disponible en:

<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/4561>

23. Gamio Montesinos T. Prevalencia del síndrome del baby blues en puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil de Salud Chorrillos II, 2017. [Tesis pregrado]. Lima: facultad de Medicina Humana Y Ciencias de la salud Escuela Académico Profesional de Obstetricia, Universidad Alas Peruanas;2017. Disponible en:

<http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/5281>

24. Fernández Aguayo P, Marce Fernández R. Aspectos Psicosociales y el Blues Materno en Madres Atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa. [Tesis pregrado]. Arequipa: Facultad de Ciencias y Tecnologías, Sociales y Humanidades Escuela Profesional de Psicología, Universidad Católica de Santa María;2018. Disponible:

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7286>

25. Cardozo Trujillo W y Montañez Nuñuvero R. Niveles de violencia contra la mujer en el distrito de Huaycán departamento de Lima ,2016. [tesis maestría]. Lima: Escuela de posgrado, Universidad César Vallejo; 2018.

Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/14565>

26. Cueva Reyes K, Julca Morales D. Tipos de violencia por parte de la pareja en mujeres que acuden a un establecimiento de salud de Chiclayo, 2015. [Tesis pregrado]. Chiclayo: Carrera Profesional De Psicología, Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2015. Disponible: <http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/101>
27. Romero Colter M. Violencia De Género: Tipo, Fase Y Factores Asociados En Los Distritos De Tumbayaco Y José Leonardo Ortiz Del Departamento De Lambayeque. Agosto - octubre 2015. [Tesis pregrado]. Lambayeque: Facultad de Medicina Humano, Universidad San Martín de Porres; 2017. Disponible: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2565>
28. Andrade Ramos E. Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016. [Tesis de Grado]. Lima: Facultad de Medicina E.A.P. Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5093>
29. Guerra Ordaya E. Violencia contra la mujer ejercida por la pareja durante el embarazo en madres atendidas en el Hospital María Auxiliadora [tesis]. Lima: Facultad de Obstetricia y Enfermería, Universidad San Martín de Porres; 2018. Disponible en:

<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3476>

30. Miranda Maquera M. Violencia basada en género y su influencia en la depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014. [Tesis pregrado]. Tacna: Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann;2015. Disponible en:

<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2097>

31. Mamani Tapia R. Características sociodemográficas y su relación con la violencia contra la mujer del Club de Madres 7 de junio del distrito de Ciudad Nueva Tacna-2018. [Tesis pregrado]. Tacna: Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.

Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3352>

32. Incacutipa Centeno C. Factores individuales y socioculturales y su relación con la actitud frente a la violencia en las mujeres de 20 a 59 años que acuden al CS San Francisco, 2017. [Tesis pregrado]. Tacna: Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann;2018.

Disponible en:

<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3348>

33. Fuentes Fuentes P. Factores intrafamiliares y jurídicos asociados a la violencia familiar. Distrito de Tacna, 2015. [Tesis maestría]. Tacna: Escuela de posgrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016. Disponible en:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/1078>
34. OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C, 2003
35. MIMP. violencia basada en género marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado. Informe de un Grupo técnico del MIMP. LIMA; 2016. Resolución Ministerial N° 151-MIMP
36. Miljánovich C, Huerta R, Campos P, Torres V, Vásquez M, Vera P, Díaz A. Revista de Investigación en Psicología [Internet] 2013 [Consultado 28 de mayo 2019] - VOL. 16, (N.º 1):16 Disponible: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/issue/view/353>
37. MINSA. Guía técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género. 5-10, 2007.
38. Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. Ley N° 30364 de 22 de noviembre. Diario Oficial el peruano, (23-11-2015).

39. Villegas María Celia .Violencia contra la mujer: El caso peruano.2017
disponible en: <http://focoeconomico.org/2017/11/10/violencia-contra-la-mujer-el-caso-peruano/>
40. García P .Violencia intrafamiliar: tipos, causas y consecuencias.2018
disponible en: <https://www.lifeder.com/violencia-intrafamiliar/>
41. Romero AI, Carrillo A. Alteraciones psiquiátricas en el postparto.
JANO: Medicina y Humanidades. 63 (1449): 30-36. [Consultado el
28 de mayo de 2019.] Recuperado de:
http://test.elsevier.es/jano/ctl_servlet?_f=1350&id=13001842.
42. Oviedo G, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. Revistas
Científicas Javeriana: [serie en internet].2006[acceso 20 Jun
2019];47(2):131-140.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>
43. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y
Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004.
44. Organización Mundial de la Salud. (2002). Violencia y Salud Mental.
Recuperado de: www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf
45. UNISDR, Terminología sobre Reducción de Riesgo de Desastres
2009 para los conceptos de Amenaza, vulnerabilidad y riesgo.

46. Figueroa Huamán L, Aliaga Guevara M. Violencia de pareja hacia la mujer y actitudes sexistas en universitarios. [tesis pregrado]. Cajamarca: Facultad de psicología, Universidad de Cajamarca.; 2019. Disponible: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/845>
47. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6ª. ed. Mexico: McGRA W-HILL/Interamericana Editores; 2014.
48. Observatorio de Salud de la Mujer. Adaptación Española de un Instrumento de Diagnóstico y otro Cribado para Detectar la Violencia Contra la Mujer en la Pareja desde el Ámbito Sanitario. España: Unidad de Apoyo a la Investigación, Escuela Andaluza de Salud Pública; 2005. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf
49. Flood M, Pease B. Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009;10(2):125-142.
50. ONU MUJERES: Factores protectores frente a la violencia contra la mujer [Internet]. Portal Coomeva 2017; [consultado 9 agosto 2019]. Disponible: <http://www.coomева.com.co/publicaciones.php?id=48010>

51. MIMP. Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar: impacto y consecuencias de la violencia contra las mujeres [Internet]. 2018; [consultado 9 agosto 2019]. Disponible en:
<https://observatorioviolencia.pe/impacto-y-consecuencia-de-la-violencia-contra-las-mujeres/>

ANEXOS

ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

Fecha: / / Nro.....

EDAD:

1. <18 años
2. 18-34 años
3. >34 años

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Superior
4. Superior
no universitaria

ESTADO CIVIL:

1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente
4. Divorciada

OCUPACIÓN

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Dependiente
4. Independiente

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

1. SI
2. NO

TIPO DE PARTO

1. vaginal
2. cesárea

PARIDAD

1. Primípara
2. Multípara

ANEXO 02: ÍNDICE DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER

Estimada señora la violencia es un problema en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja de la mujer, es por ello el motivo de la presente investigación.

Instrucciones: A continuación, se le presentará una serie de enunciados los cuales tendrá usted que valorar y marcar según la relación con su pareja en los últimos 12 meses. Recuerde que todo lo que responda será **ANÓNIMO** y solo será usado para esta investigación.

Por favor **marque (x)** a la respuesta que considere más adecuada para usted.

**1=NUNCA 2= ALGUNA VEZ 3=VARIAS VECES 4=MUCHAS VECES
5= SIEMPRE**

- | | |
|---|-------------------------------------|
| a) Presencia y nivel de violencia de pareja hacia la mujer: | - Leve (9-18 puntos) |
| - Ausencia (28 puntos) | - Moderada (19-29 puntos) |
| - Leve (29-65) | - Severa (30-40 puntos) |
| - Moderado (66-103) | d) Violencia física la escala será: |
| - Severo (104-140) | - Ausencia (8 puntos) |
| b) Violencia económica la escala será: | - Leve (9-18puntos) |
| - Ausencia (4 puntos) | - Moderada (19 –29 puntos) |
| - Leve (5 – 9 puntos) | - Severa (30-40 puntos) |
| - Moderada (10 –15 puntos) | e) Violencia sexual la escala será: |
| - Severa (16-20 puntos) | - Ausencia (8 puntos) |
| c) Violencia psicológica la escala será: | - Leve (9-18 puntos) |
| - Ausencia (8 puntos) | - Moderada (19-29 puntos) |
| | - Severa (30-40 puntos) |

ÍNDICE DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER

VIOLENCIA ECÓNOMICA		1	2	3	4	5
1	Mi pareja usa el dinero o toma decisiones económicas importantes sin consultarme					
2	Mi pareja se enoja cuando le digo que no alcanza el dinero que me da o gano					
3	Mi pareja me chantajea con su dinero					
4	Mi pareja utiliza el dinero para controlarme					
VIOLENCIA PSICOLÓGICA		1	2	3	4	5
4	Mi pareja me amenaza con herirme cuando ebrio y/o sobrio					
6	mi pareja me insulta cuando esta ebrio y/o sobrio					
7	Mi pareja me insulta o humilla cuando estoy enferma y/o sana					
8	Mi pareja se descontrola cuando esta ebrio y/o sobrio					
9	Mi pareja me insulta delante de otras personas					
10	Mi pareja me ha dicho que soy fea o poco atractiva					
11	Mi pareja amenaza con herirme o apuñalarme					
12	Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades					
VIOLENCIA FÍSICA		1	2	3	4	5
13	Mi pareja me golpea cuando esta ebrio y/o sobrio					
14	Mi pareja me golpea cuando estoy enferma y/o sana					
15	Mi pareja me da puñetazos					
16	Mi pareja me da golpes en la cara y en la cabeza					
17	Mi pareja me tira del pelo					
18	Mi pareja me ha golpeado					
19	Mi pareja me ha empujado con fuerza					
20	Mi pareja me pincha o golpea con objetos punzantes					
VIOLENCIA SEXUAL		1	2	3	4	5
21	Mi pareja se molesta cuando le pido usar preservativo					
22	Mi pareja dice que no es lo mismo tener relaciones sexuales con preservativo					
23	Mi pareja se niega a usar preservativo porque dice que me es fiel					
24	Mi pareja se niega a usar preservativo porque dice que no tiene alguna ITS					
25	Mi pareja me fuerza físicamente a tener relaciones sexuales					
26	Mi pareja me hace daño cuando tenemos relaciones sexuales					
27	Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él					
28	Mi pareja lastima mi pechos y/o genitales					

**ANEXO 03:
ESCALA DEL BLUES MATERNO DE LIMA (EBML)**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de enunciados sobre su estado de ánimo después de su parto. Por favor, piense en su condición actual y trate de responder con la mayor honestidad que sea posible.

Por favor **MARQUE (X)** la respuesta que considere más adecuada para usted.

Nº	Ítem	No en absoluto	No muy a menudo	Si, bastante a menudo	Si, casi siempre
1	He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz	0	1	2	3
2	Me he sentido triste y desafortunada	0	1	2	3
3	Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo	0	1	2	3
4	Me siento muy irritable	0	1	2	3
5	Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa	0	1	2	3
6	Me fatigo fácilmente con cualquier cosa	0	1	2	3

Puntuaciones -Categoría

0-6 Nivel de Riesgo de Blues Materno Bajo

7-12 Nivel de Riesgo de Blues Materno Moderado

13-18 Nivel de Riesgo de Blues Materno Alto

ANEXO 04:

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER

El procedimiento para el análisis de validez de contenido se realizó mediante juicio de expertos. Para ello se consultó a profesionales que conocen o han investigado temas similares o que acrediten conocer el tema violencia de pareja hacia la mujer, seleccionando (2) docentes universitarios de la escuela de obstetricia-UNJBG y (1) psicóloga para la evaluación de validez de contenido de dicha variable, los expertos se les entregó un formato pidiéndoles que evalúen los ítems en forma individual y en su totalidad.

Evaluación del instrumento en forma general por criterios según el estadístico de prueba DPP (Distancia de puntos múltiples).

Los expertos calificaron en valores de uno a cinco, para la forma general. (Deficiente = 1, Bajo = 2, Regular = 3, Buena = 4, Muy buena = 5)

TABLA N° 01
ESCALA DE PUNTAJES DE LOS EXPERTOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN PARA LA VARIABLE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER.

INDICADOR	CRITERIOS	EXPERTO 01	EXPERTO 02	EXPERTO 03
1.CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible	4	5	4
2.OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.	5	5	4

3.PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.	4	4	4
4.ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas	5	5	4
5.SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas	4	5	4
6.INTENCIONALIDAD	El conto de ítems del cuestionario cumple en; registrar, estructurarlas funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas, características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.	4	4	4
7.CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.	4	4	3
8.COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.	5	4	4
9.METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del método científico. (proceso de la investigación)	4	4	4
10.INDUCCIÓN A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.	5	4	3
11.LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.	5	4	4

Fuente: Elaboración propia, basada en la ficha de evaluación de los expertos

Una vez recabada la información se aplicó la prueba DPP para determinar el índice de validez de contenido en forma general, la fórmula es la siguiente:

$$DPP = \sqrt{(X - Y1)^2 + (X - Y2)^2 + (X - Y3)^2 + \dots + (X - Y11)^2}$$

$$DPP = 1,764$$

Además

$$Dmax = \sqrt{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + (X3 - 1)^2 + \dots + (X9 - 1)^2}$$

$$Dmax = 12.17$$

La Dmax hallada fue de 1111, luego se procede a dividir entre el máximo valor de la escala, lo que nos da un valor de $12,17/5 = 2,433$. Con el valor hallado anteriormente la nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmax. Dividiendo en intervalos iguales entre sí, llamándose con las letras A; B; C, D; E.

TABLA N° 02
CALIFICACIÓN DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO “VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER.

NUEVA ESCALA		INTERVALO	SIGNIFICADO
0,000	2,433	A	Adecuación Total
2,434	4,867	B	Adecuación en gran medida
4,868	7,301	C	Adecuación promedio
7,302	9,735	D	Adecuación escasa
9,736	12,170	E	inadecuación

Fuente: elaboración por autor, Tomado del libro “Estadística inferencial” Cleto de la torre Dueñas, Yeny M. Accostupa Quispe, (2013) Editorial Moshera-lima, 1° edición.

Interpretación:

Según la tabla N°01 y los procesos, la prueba estadística de validez del **(DPP) es 1,764** y cae dentro del Intervalo A [0,000 – 2,433]. Por tanto, el instrumento tiene una validez de medida “Adecuación total” por lo cual supera la prueba de validez (validez de contenido) por lo cual podemos decir que el instrumento puede pasar a la siguiente etapa que es la aplicación a la muestra piloto.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación del instrumento, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

Para el cálculo de la confiabilidad del instrumento se aplicó a una muestra piloto de 25 puérperas tomándose en cuenta que tengan las características similares a la población objeto, luego una vez aplicado el cuestionario se usó una de las herramientas para estos fines, denominada Alfa de Cronbach, cuya valoración fluctúa entre - 1 y 1 como se muestra la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

α =coeficiente de confiabilidad

K=número de preguntas o ítems

V_i =varianza de cada ítem

V_t =varianza de los valores observados

Σ =Sumatoria

TABLA N° 03
ESCALA DE ALFA DE CRONBACH

Alfa de cronbach	Nivel de confiabilidad
+/- 0,00 a 0,50	No aceptable
0,50 a 0,60	Pobre
0,60 a 0,70	Cuestionable

0,70 a 0,80	Aceptable
0,80 a 0,90	Bueno
0,90 a 1,00	Excelente

Fuente: George y Mallery (2003)

Para dicho cálculo se ha hecho uso del SPSS Versión 25, sin reducir ningún elemento; es decir de una sola medida, se presentan a continuación:

TABLA N° 04
ALFA DE CRONBACH: INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

Variable	N° de elementos	Alfa de Cronbach	Interpretación confiabilidad
Violencia de pareja	28	0,969	Excelente

Fuente: Elaboración por autor, basado en cuestionario aplicado a las puérperas.

Análisis e Interpretación:

El Coeficiente obtenido para la variable violencia de pareja hacia la mujer dio un valor considerable de 0,969 el cual significa que la confiabilidad es muy buena, concluyendo que el instrumento aplicado tiene una confiabilidad muy aceptable y puede ser aplicado a la muestra real.

PRUEBA DE ALFA DE CROMBACH CON SPSS (CONFIABILIDAD), VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER. $\alpha = 0,969$

The screenshot displays the IBM SPSS Statistics interface with the following content:

```

*UNJBG - Pilar\Muestra Piloto n 25.sav'
/COMPRESSED.
RELIABILITY
/VARIABLES=Violen_01 Violen_02 Violen_03 Violen_04 Violen_05 Violen_06 Violen_07 Violen_08
Violen_09 Violen_10 Violen_11 Violen_12 Violen_13 Violen_14 Violen_15 Violen_16 Violen_17 Violen_18
Violen_19 Violen_20 Violen_21 Violen_22 Violen_23 Violen_24 Violen_25 Violen_26 Violen_27 Violen_28
/SCALE(*VARIABLE : VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER) ALL
/MODEL=ALPHA.
  
```

Fiabilidad

Escala: VARIABLE : VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válidos	25	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	25	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.969	28

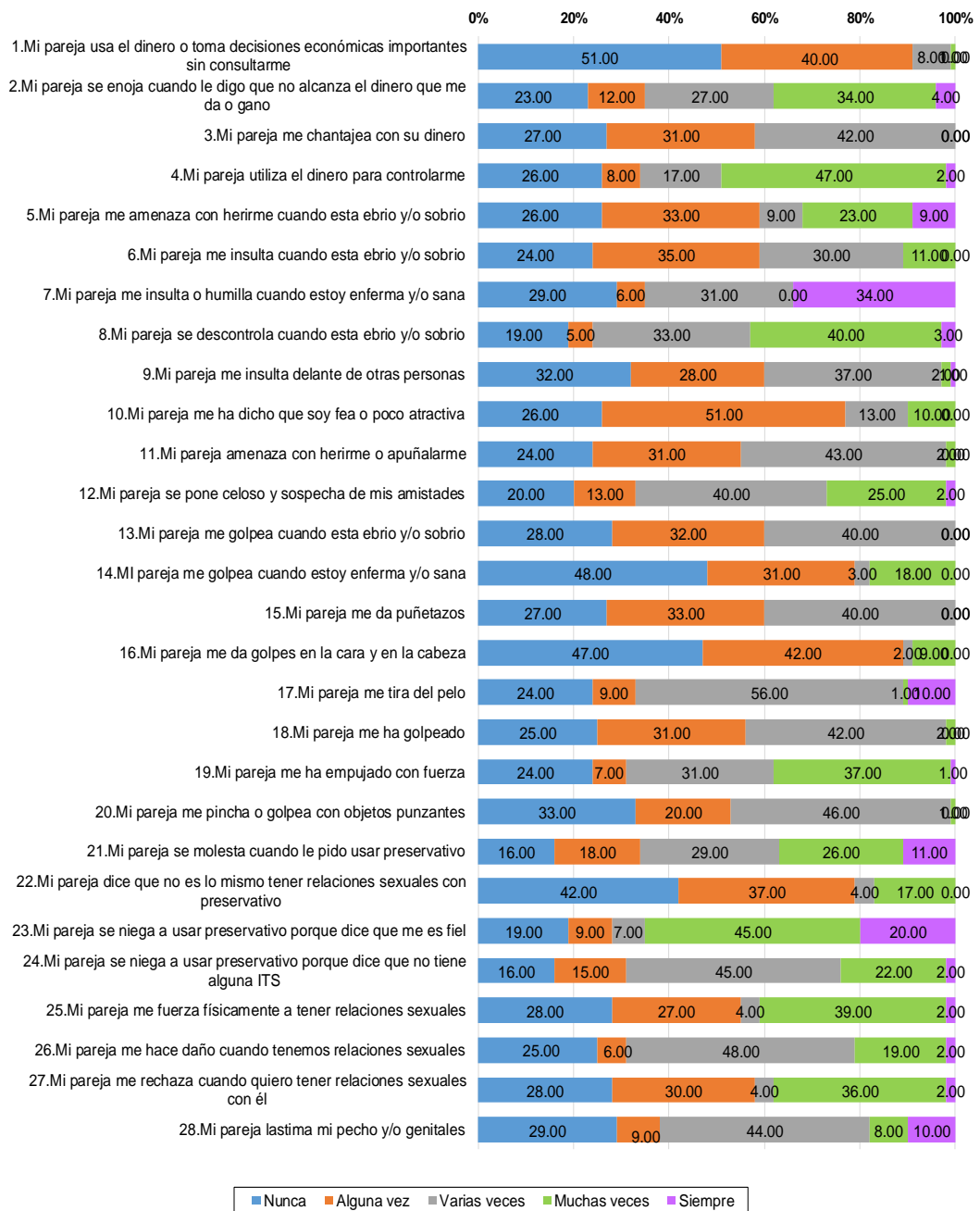
Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo. | Unicode ON. H: 0.58, W: 29.02 cm

**ANEXO 05:
ITEMS DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER EN
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA, 2019**

ITEMS - VIOLENCIA DE PAREJA	Nunca		Alguna vez		Varias veces		Muchas veces		Siempre		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Mi pareja usa el dinero o toma decisiones económicas importantes sin consultarme	51	51.00	40	40.00	8	8.00	1	1.00	0	0.00	100	100.00
2.Mi pareja se enoja cuando le digo que no alcanza el dinero que me da o gana	23	23.00	12	12.00	27	27.00	34	34.00	4	4.00	100	100.00
3.Mi pareja me chantajea con su dinero	27	27.00	31	31.00	42	42.00	0	0.00	0	0.00	100	100.00
4.Mi pareja utiliza el dinero para controlarme	26	26.00	8	8.00	17	17.00	47	47.00	2	2.00	100	100.00
5.Mi pareja me amenaza con herirme cuando esta ebrio y/o sobrio	26	26.00	33	33.00	9	9.00	23	23.00	9	9.00	100	100.00
6.Mi pareja me insulta cuando esta ebrio y/o sobrio	24	24.00	35	35.00	30	30.00	11	11.00	0	0.00	100	100.00
7.Mi pareja me insulta o humilla cuando estoy enferma y/o sana	29	29.00	6	6.00	31	31.00	0	0.00	34	34.00	100	100.00
8.Mi pareja se descontrola cuando esta ebrio y/o sobrio	19	19.00	5	5.00	33	33.00	40	40.00	3	3.00	100	100.00
9.Mi pareja me insulta delante de otras personas	32	32.00	28	28.00	37	37.00	2	2.00	1	1.00	100	100.00
10.Mi pareja me ha dicho que soy fea o poco atractiva	26	26.00	51	51.00	13	13.00	10	10.00	0	0.00	100	100.00
11.Mi pareja amenaza con herirme o apuñalarme	24	24.00	31	31.00	43	43.00	2	2.00	0	0.00	100	100.00
12.Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades	20	20.00	13	13.00	40	40.00	25	25.00	2	2.00	100	100.00
13.Mi pareja me golpea cuando esta ebrio y/o sobrio	28	28.00	32	32.00	40	40.00	0	0.00	0	0.00	100	100.00
14.Mi pareja me golpea cuando estoy enferma y/o sana	48	48.00	31	31.00	3	3.00	18	18.00	0	0.00	100	100.00
15.Mi pareja me da puñetazos	27	27.00	33	33.00	40	40.00	0	0.00	0	0.00	100	100.00
16.Mi pareja me da golpes en la cara y en la cabeza	47	47.00	42	42.00	2	2.00	9	9.00	0	0.00	100	100.00
17.Mi pareja me tira del pelo	24	24.00	9	9.00	56	56.00	1	1.00	10	10.00	100	100.00
18.Mi pareja me ha golpeado	25	25.00	31	31.00	42	42.00	2	2.00	0	0.00	100	100.00
19.Mi pareja me ha empujado con fuerza	24	24.00	7	7.00	31	31.00	37	37.00	1	1.00	100	100.00
20.Mi pareja me pincha o golpea con objetos punzantes	33	33.00	20	20.00	46	46.00	1	1.00	0	0.00	100	100.00
21.Mi pareja se molesta cuando le pido usar preservativo	16	16.00	18	18.00	29	29.00	26	26.00	11	11.00	100	100.00
22.Mi pareja dice que no es lo mismo tener relaciones sexuales con preservativo	42	42.00	37	37.00	4	4.00	17	17.00	0	0.00	100	100.00
23.Mi pareja se niega a usar preservativo porque dice que me es fiel	19	19.00	9	9.00	7	7.00	45	45.00	20	20.00	100	100.00
24.Mi pareja se niega a usar preservativo porque dice que no tiene alguna ITS	16	16.00	15	15.00	45	45.00	22	22.00	2	2.00	100	100.00
25.Mi pareja me fuerza físicamente a tener relaciones sexuales	28	28.00	27	27.00	4	4.00	39	39.00	2	2.00	100	100.00
26.Mi pareja me hace daño cuando tenemos relaciones sexuales	25	25.00	6	6.00	48	48.00	19	19.00	2	2.00	100	100.00
27.Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él	28	28.00	30	30.00	4	4.00	36	36.00	2	2.00	100	100.00
28.Mi pareja lastima mi pecho y/o genitales	29	29.00	9	9.00	44	44.00	8	8.00	10	10.00	100	100.00

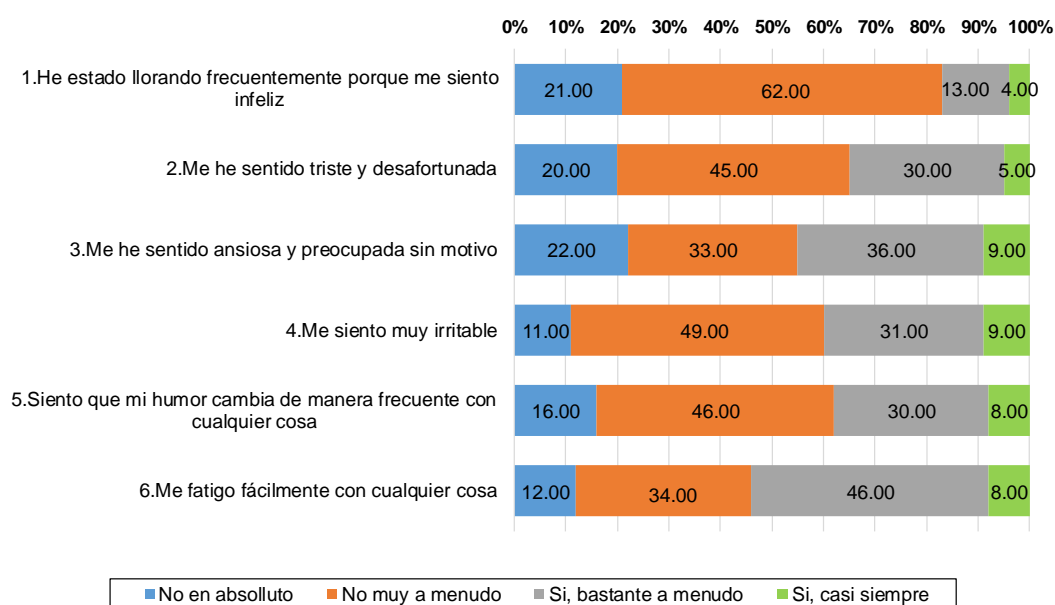
Fuente: Cuestionario aplicado en púerperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019



ANEXO 06:
ITEMS DE RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

PREGUNTAS - BLUES MATERNO	No en absoluto		No muy a menudo		Si, bastante a menudo		Si, casi siempre		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz	21	21.00	62	62.00	13	13.00	4	4.00	100	100.00
2.Me he sentido triste y desafortunada	20	20.00	45	45.00	30	30.00	5	5.00	100	100.00
3.Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo	22	22.00	33	33.00	36	36.00	9	9.00	100	100.00
4.Me siento muy irritable	11	11.00	49	49.00	31	31.00	9	9.00	100	100.00
5.Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa	16	16.00	46	46.00	30	30.00	8	8.00	100	100.00
6.Me fatigo fácilmente con cualquier cosa	12	12.00	34	34.00	46	46.00	8	8.00	100	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019



ANEXO 07: MATRIZ DE CONSISTENCIA

VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE BLUES MATERNO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>¿Existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer con el riesgo de Blues materno, en puérperas del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>a) Determinar la presencia y el nivel de violencia de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ,2019.</p> <p>b) Identificar el nivel de violencia económica de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ,2019.</p> <p>c) Identificar el nivel de violencia física de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ,2019.</p> <p>d) Identificar el nivel de violencia psicológica de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ,2019.</p> <p>e) Identificar el nivel de violencia sexual de pareja hacia la mujer en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ,2019.</p> <p>f) Describir el nivel de riesgo de blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna ,2019.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>(H1) Existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.</p> <p>(H0) No existe relación entre la violencia de pareja hacia la mujer y el riesgo de Blues materno en puérperas del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2019.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Violencia de pareja hacia la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia Económica • Violencia Psicológica • Violencia Física • Violencia Sexual <p>Ausencia-leve-moderado-severo</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Riesgo de Blues Materno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Riesgo de Blues Materno Bajo • Nivel de Riesgo de Blues Materno Moderado • Nivel de Riesgo de Blues Materno Alto 	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Descriptivo: describe el comportamiento de cada una de las variables involucradas.</p> <p>Diseño de la investigación:</p> <p>Correlacional: determinar el grado de relación o asociación existente entre las dos variables de estudio</p> <p>Prospectivo: la recolección de datos comenzó cuando se identificó a la población de estudio y continúa a medida que el tiempo va pasando, hasta el final del estudio.</p> <p>Transversal: evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.</p>	<p>Población de estudio:</p> <p>Todas las puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que tuvieron su parto entre los meses de junio a julio del 2019.</p> <p>Muestra:</p> <p>Estuvo constituida por 100 puérperas, seleccionadas por muestreo no probabilístico, por conveniencia y que cumplieron con los criterios de inclusión.</p>

