

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Obstetricia**

**“VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA  
DEPRESIÓN POST-PARTO EN LAS P UÉRPERAS ATENDIDAS  
EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL  
DE LIMA EN EL AÑO 2014”**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Maria Emilia Miranda Maquera**

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**TACNA - PERÚ**

**2015**

---

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

“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

PRESENTADA POR:

Bach. MARIA EMILIA MIRANDA MAQUERA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



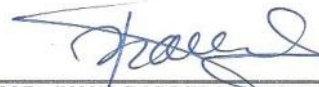
---

MGR. NÉRIDA PÉREZ CABANILLAS  
PRESIDENTA



---

DR. OLGA CHOQUE CHURA  
JURADO



---

MGR. JUANA BARREDA GRADOS  
JURADO



---

DR. GEMA NATIVIDAD SOLOGUREN GARCIA  
ASESORA DE TESIS INTERNA



---

OBST. MARÍA LUZ DIAZ GALLEGOS  
ASESORA DE TESIS EXTERNA



## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios quien nos dio la vida, que aunque no lo vemos, sentimos su presencia, guía y dirección no sólo en la realización de este informe de investigación, sino también en nuestras labores diarias. Que con su infinito amor me ha dado la Sabiduría suficiente para culminar la carrera universitaria.*

*A mis padres y hermanos por el infinito amor que siempre me brindan, por el apoyo y comprensión durante toda mi vida.*

*A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para terminar mi tesis.*

*A mi asesora, Dra. Gema Sologuren García, por sus oportunos señalamientos y revisiones, por su gran apoyo y dirección que enriquecieron el presente informe de investigación.*

## DEDICATORIA

*A dios, quien supo guiarme por el buen camino, por darme fuerza y voluntad para seguir adelante, y la esperanza de seguir luchando con amor y humildad cada día.*

*A mis queridos padres Felipe y Eunice por brindarme su apoyo, comprensión, sacrificio, amor, consejos, por motivarme para seguir adelante y acompañándome para poderme realizar como profesional.*

*A mis hermanos: Edwin, Jaime, Haroldo, Berna, Rubén, Omar, Samuel, William y Karen quienes no sólo me brindaron amor, sino también su apoyo, comprensión, sacrificio y confianza incondicional en todos estos años de estudio.*

## **CONTENIDO**

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN	xvii
ABSTRACT	xviii
INTRODUCCIÓN	1

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

	Pág.
1.1. Descripción del problema	4
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación e importancia	7
1.4. Objetivos	9

1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivo específicos	9
1.5. Hipótesis	10
1.5.1. Hipótesis general	10
1.5.2. Hipótesis específicas	11

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del problema	13
2.1.1 A nivel internacional	13
2.1.2. A nivel nacional	23
2.1.3. A nivel local	32
2.2. Bases teóricas	33
2.2.1. Violencia basada en género	33
2.2.2 Depresión post-parto	46
2.3. Definición de términos	68

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo y diseño de investigación	71
3.2. Población y muestra	72
3.2.1. Población	72
3.2.2. Muestra	72
3.3. Variables de estudio	75
3.3.1. Variable Independiente	75
3.3.2. Variable Dependiente	75
3.3.3. Definición operacional de las variables	75
3.4. Operacionalización de las variables	76
3.5. Técnicas e instrumentos para recolección de datos	78
3.6. Procesamiento y análisis de datos	81

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1	Análisis estadístico descriptivo de los datos sociodemográficos	83
4.2	Proceso de contrastación de hipótesis	83



DISCUSIÓN	124
CONCLUSIONES	129
RECOMENDACIONES	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132

## ÍNDICE DE ANEXOS

**ANEXO 1:** Ficha de recolección de datos de la madre.

**ANEXO 2:** Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

**ANEXO 3:** Ficha de tamizaje de violencia basada en género.

**ANEXO 4:** Consentimiento informado.

**ANEXO 5:** Cuadros de respuestas a cuestionarios.

**ANEXO 6:** Matriz de consistencia.

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN EDAD.	84
TABLA 2: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN NIVEL DE ESTADO SOCIOECONOMICO.	86
TABLA 3: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN ESTADO CIVIL.	88
TABLA 4: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.	90
TABLA 5: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	93

TABLA 6:	PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN TIPO DE PARTO.	95
TABLA 7:	PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN PARIDAD.	97
TABLA 8:	PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN DEPRESIÓN POST-PARTO	99
TABLA 9:	PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN VIOLENCIA PSICOLOGICA	101
TABLA 10:	PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN VIOLENCIA FÍSICA	103
TABLA 11:	PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL	105

AÑO 2014. SEGÚN VIOLENCIA SEXUAL

TABLA 12:	PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN INCIDENCIA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO.	107
TABLA 13:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL ENTRE VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DEPRESIÓN POST – PARTO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA.	110
TABLA 14:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y DEPRESIÓN POST – PARTO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA.	115
TABLA 15:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL ENTRE VIOLENCIA SEXUAL Y DEPRESIÓN POST – PARTO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA.	120

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
GRÁFICO 1: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN EDAD.	85
GRÁFICO 2: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN NIVEL DE ESTADO SOCIOECONÓMICO.	87
GRÁFICO 3: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN ESTADO CIVIL.	89
GRÁFICO 4: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.	92
GRÁFICO 5: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN PLANIFICACION DEL EMBARAZO	94

- GRÁFICO 6: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN TIPO DE PARTO. 96
- GRÁFICO 7: PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. SEGÚN PREMATURIDAD. 98
- GRÁFICO 8: DEPRESIÓN POST – PARTO EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. 100
- GRÁFICO 9: VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. 102
- GRÁFICO 10: VIOLENCIA FÍSICA EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO 2014. 104

GRÁFICO 11: VIOLENCIA SEXUAL EN LAS PUÉRPERAS 106  
ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL  
MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL AÑO  
2014.



## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal determinar la 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. Es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 376 puérperas. El método de recolección de datos fue: un cuestionario de datos sociodemográficos y obstétricos, un cuestionario sobre la Escala de Depresión de Post-Parto de Edinmburgh de 10 ítems y un cuestionario sobre tamizaje de violencia basada en género realizada directamente, de persona a persona; la prueba estadística que se aplicó fue el chi-cuadrado; teniendo como resultado que: el 76,9% tuvieron depresión post-parto, 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.

**Palabras clave:** Violencia basada en género, Depresión post-parto.

## ABSTRACT

This paper's main objective was to determine the Gender-Based Violence and its influence on Postpartum Depression in puerperal women attended by the National Maternal Perinatal Institute in Lima in 2014. It is a descriptive, prospective and cross-sectional study. The sample consisted of 376 postpartum women. The method of data collection was: a questionnaire on sociodemographic and obstetric data, a questionnaire on Depression Scale Edinburgh Postpartum 10-item questionnaire and screening for gender-based violence carried out directly, from person to person; the statistical test was applied was the chi-square; with the result that: 76.9% had postpartum depression, gender-based violence as psychological violence (46.80%), physical violence (19.90%) and sexual violence (14.90%) an incidence of 75.8% was found; a statistically significant relationship between the two variables study found.

**Keywords:** gender-based violence postpartum depression.

## INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno globalizado caracterizado por una situación que rompe los límites de la persona y que se puede manifestar en el plano psicológico, físico, económico y político entre otros. La naturaleza de la violencia que padecen las mujeres comprende tres modalidades: física, sexual y psicológica (1).

En la sociedad actual la depresión en el pos parto puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria, sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención, siendo esta una patología con mayor frecuencia en la mujer, posiblemente debido a las variaciones hormonales que estas presentan llegando a la cúspide durante el embarazo disminuyendo bruscamente luego del parto (2).

Frente a esta realidad la violencia basada en género y la depresión post-parto se considera un serio problema de salud pública; este hecho nos motiva a realizar un estudio con la finalidad de determinar en qué medida la Violencia Basada en Género influye en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

El presente informe de investigación consta de cuatro capítulos: en el capítulo I: se plantea el problema de investigación y se justifica la importancia de realizar este estudio, los objetivos y la importancia de realizar este estudio; en el capítulo II: se exponen los antecedentes de este estudio tanto a nivel local como a nivel nacional e internacional, las bases teóricas de la violencia basada en género y depresión post-parto haciendo una revisión de las experiencias de diversos investigadores, así como también, se definen términos para la comprensión del tema que tratamos.

En el capítulo III: se explica el método de investigación, se identifican las variables de la investigación, se describe la población y muestra de estudio, se presentan las hipótesis de investigación, se describen los instrumentos de recolección de datos así como la forma de su procesamiento.

En el capítulo IV: se presentan los resultados de la investigación, producto del procesamiento de los datos. Cada dato estadístico es interpretado y se realizan las asociaciones necesarias entre las variables medidas, lo cual deriva en la contratación de la hipótesis de investigación.

Asimismo, se presenta la discusión de resultados y a continuación las conclusiones del estudio vertidas en base al procesamiento de datos y un conjunto de recomendaciones que posibilitan intervenir en la situación problemática sobre la base de hallazgos efectuados.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Durante el embarazo y el puerperio sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer (3).

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto, trayendo repercusiones tanto para la propia mujer, que se manifiesta en la salud y en la vida cotidiana para experimentar el gozo de la maternidad, por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas (4).

Otra patología que en estos tiempos representa un reto mayor para la salud pública es la Violencia Basada en Género (VBG), Por mucho tiempo la violencia basada en género, ha sido considerada como índole privado, sin embargo, hoy en día la violencia es un problema de violación a los derechos humanos, es por eso que en los últimos tiempos se está dando mucha importancia al tema de violencia; la cual es definida como todo acto de violencia basado en género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, en la vida de la mujer, pudiendo llevar a la mujer a la discapacidad, al aislamiento e incluso a la muerte (5).

Debido al aumento de estas patologías que se ha experimentado en los últimos años y a su privilegiada posición en el ámbito de la familia, se ha convertido en un factor negativo que va adquiriendo fuerza creciente en nuestra área y en el resto del mundo.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal – ex maternidad de Lima, fundada el 10 de octubre de 1826; en el año 2009, se registraron en un 40,10% de puérperas con depresión post-parto. En un estudio realizado en la Maternidad de Lima, 40% de las

entrevistadas durante el periodo de post-parto reportó que alguna vez en su vida había sufrido violencia física o sexual, según fuente del sistema de registro de casos UNFPA-PERÚ.

Esto es debido tanto al desconocimiento de los derechos humanos, así también, por la escasa frecuencia con que las mujeres consultan, ya que es un tema del que la madre rehúye hablar porque lo vive como un fracaso personal, con una importante carga de culpa, que provoca una disminución de su autoestima y que conduce a una dificultad para establecer una buena relación con el bebé.

En la Ciudad de Lima tenemos una población vulnerable a ser víctimas de maltrato por el entorno que los rodea, siendo de mayor frecuencia la violencia física y sexual, con mayor frecuencia en mujeres.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 PROBLEMA GENERAL**

Conociendo esta realidad y en el contexto de su proceso, se formula la siguiente pregunta principal:



¿La violencia basada en género influye en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014?

### **1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO**

¿La violencia psicológica influye en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014?

¿La violencia física influye en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014?

¿La Violencia Sexual influye en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

El presente informe de investigación nos muestra una problemática que es la depresión post-parto en las puérperas por la influencia de la violencia basada en género en sus tres modalidades: violencia

psicológica, violencia física y violencia sexual, ayudando a contribuir en uno de los objetivos del milenio, la disminución de la morbimortalidad materna del Perú.

El problema es trascendente, en razón que ya se tiene conocimiento de forma global y estadísticamente que la violencia basada en género y la depresión post-parto, como también, tenemos conocimiento que la depresión postparto se manifiesta en el puerperio, ha ido aumentando por lo que se desea determinar la violencia basada en género y su influencia en la depresión post-parto; ya que son fenómenos que afectan a la mujer, al núcleo familiar y a la sociedad; y posteriormente para disminuir esta problemática.

Desde el punto de vista práctico, los resultados van a permitir abordar el problema, estableciendo medidas preventivas, con el propósito de evitar la violencia basada en género que conllevaría a la depresión post-parto, aumentando la tasa de mortalidad materna, por lo que la investigación es esencialmente útil desde el punto de vista preventivo promocional, ya que la falta de información acerca de la ciudadanía, la inadecuada actitud y el diagnóstico tardío; frente a estos fenómenos son frecuentes y motivará otros trabajos similares.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la 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.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Establecer el perfil epidemiológico y obstétrico de las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.
- b. Describir la Violencia Psicológica y su influencia en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.
- c. Identificar la Violencia Física y su influencia en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

- d. Determinar la Violencia Sexual y su influencia en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.
- e. Identificar la incidencia de la violencia basada en género en la depresión post-parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

## **1.5. HIPÓTESIS**

### **1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL**

La Violencia basada en género influye significativamente en la depresión post-parto en las mujeres puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>0</sub>. La violencia basada en género no influye significativamente en la depresión Pos-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>1</sub>. La violencia basada en género influye significativamente en la depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

### 1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

H<sub>0</sub>: **La violencia psicológica** no influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>1</sub>: **La violencia psicológica** influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>0</sub>: **La violencia física** no influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>2</sub>: **La violencia Física** influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el

Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>0</sub>.: **La violencia sexual** no influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>3</sub>.: **La Violencia Sexual** influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

##### **2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL**

A. Fernández y Sánchez (2007), en su investigación “la depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal”, realizado en España, llega a las siguientes conclusiones (2):

- La depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante durante o después del proceso del embarazo. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento, etc.) o sociodemográficas fundamentalmente.
- Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento.

- Las características sociodemográficas tales como: edad de la gestante, grado de instrucción, estado civil y nivel educativo sí influyen en la depresión post parto.

B. Latirgue y cols (2008), en su investigación “depresión en la etapa perinatal”, realizado en México. Llega a las siguientes conclusiones (6):

- La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto, por ejemplo, suele asociarse con una elevación del nivel sérico de cortisol, alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas; asimismo, se sabe que la presencia de estos efectos indeseables están asociados con una mayor frecuencia de prematurez, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal.
- La depresión es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. De hecho, mundialmente, la depresión en mujeres (entre



18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral.

C. Barra (2008) en su investigación "Depresión posparto, hacia un tratamiento integral" realizado en Chile, llega a las siguientes conclusiones (7):

- La Depresión es una de las enfermedades de mayor relevancia en la Salud Pública, uno de cada seis adultos experimenta depresión en el curso de su vida, es la cuarta causa mayor de carga de enfermedad a nivel global (morbilidad + mortalidad) y casi el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones de moderadas a severas en el trabajo, el hogar, las relaciones o el funcionamiento social. La importancia que reviste la depresión radica en que, siendo un cuadro de alta prevalencia, produce sufrimiento al individuo y al entorno, implica altos niveles de discapacidad, ocasiona aumento de consultas médicas y psicológicas, disminuye la sobrevivencia general y es una enfermedad que recurre en la mayoría de los pacientes.

- Entre las poblaciones de mayor riesgo para desarrollar cuadros depresivos se encuentran las mujeres durante el periodo de posparto, pues los cambios hormonales (baja de estrógenos) y la escases de recursos psicológicos para enfrentar los eventos psicosociales desencadenantes de estrés favorecen la aparición de dichas patologías; llegando a alcanzar tasa cercanas al 10% en el caso específico de la Depresión Posparto.

D. Podestá López (2008) en su investigación "desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión post-parto" realizado en Chile, llega a las siguientes conclusiones (8):

- La Depresión Post Parto es un cuadro de depresión mayor que se inicia dentro de las cuatro semanas que siguen al parto. Es una patología de alta prevalencia en Chile, con cifras de un 10 a 36,7% en estudios realizados en la región Metropolitana. Sin embargo, la tasa de detección sigue siendo baja y sólo una cuarta parte de los pacientes recibe atención y tratamiento

dirigido. Esta patología produce un gran impacto en el desarrollo infantil.

- En estudios de cohortes se ha encontrado menor rendimiento en la Escala de Desarrollo Infantil de Bailey en lactantes, mayor frecuencia de trastornos de conducta, ansiedad, agresividad y retrasos del lenguaje en preescolares, más dificultades de adaptación y de concentración en escolares y mayor abuso de sustancias y psicopatología, incluyendo depresión en adolescentes. En todas las edades aumenta el riesgo de alteraciones del vínculo madre-hijo y de maltrato infantil.

E. Collado (2009), en su investigación "Depresión post-parto en pacientes entre las edades de 15 a 45 años de edad en el hospital de Gineco-obstetricia del instituto guatemalteco de seguridad social" realizado en Guatemala, llega a las siguientes conclusiones (9) :

- Se encontró una sensibilidad del 88 % y una especificidad del 92,5 % para depresión mayor. Su aplicación dentro de las 3 o 4 primeras semanas

puede contribuir a una mejor efectividad en el diagnóstico precoz.

- El tratamiento más efectivo es a través de medicamentos antidepresivos con prescripción médica, y estos, en combinación con un psicoterapeuta aumentan la efectividad del tratamiento.
- La aparición de este trastorno psíquico presenta una mayor frecuencia entre la primera y la tercera semana a partir del nacimiento de su bebé.

F. Rhonda Small (2010), en su investigación “Association between depression and abuse by Partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey”, realizado en Australia, llega a las siguientes conclusiones (10):

- En el 2 % de los casos la víctima es el varón, en el 75 % es la mujer y en el 23 % restante la violencia es cruzada. En Argentina, se estima que el 25 % de las mujeres sufre regularmente violencia doméstica, y el 50% pasará por alguna situación de violencia en algún momento de

su vida. Una de cada nueve mujeres que consultan a un servicio de emergencia reportan violencia física; una de cada tres mujeres que intentan suicidio y una de cada cinco, mujeres embarazadas.

- El 37% de las mujeres que consultan por violencia doméstica han sido agredidas en la infancia, los varones provenientes de familias con historia de abuso tienen mayor tendencia a ser violentos. El 9 % de los agresores son maridos, el 35 % son ex-maridos, el 32 % son novios o ex-novios. El 70 % de los hombres que golpean a sus mujeres, también lo hacen con sus hijos.

G. García (2010), en su tesis “Estudio médico-forense de la violencia de género: análisis de la calidad de los Partes de lesiones”, realizado en Madrid, llega a las siguientes conclusiones (11):

- Las víctimas del presente estudio se caracterizan por ser una mujer con edad comprendida entre 25-34 años, de origen sudamericano, con estudios secundarios, trabajadora, con descendencia y que mantiene con su

agresor una relación de pareja con convivencia de entre dos años y medio y cinco años de duración.

- El perfil del agresor, basado en el consumo de sustancias tóxicas, es el de varón consumidor habitual de alcohol, con edad media de 35 años, de origen sudamericano, activo laboralmente, sin antecedentes ni posesión de armas.

H. Urdaneta y cols (2011), en su investigación “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo”, realizado en Venezuela, llega a las siguientes conclusiones (12):

- Se encontró una prevalencia del test positivo del 91 %, con una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV del 22 %. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP.

- Se observó que el nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presenta una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector.
- Existe una alta prevalencia de DPP, con diversos factores de riesgo que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad”.

I. Soares (2011), en su tesis titulada: la depresión postnatal en las mujeres: etiología y consecuencias psicosociales”, realizado en, llega a las siguientes conclusiones (13):

- El nivel más alto de la depresión post-parto se encuentra en los doce meses post-parto.
- La historia psiquiátrica previa es una variable importante en la manifestación de depresión post-parto, se diagnosticaron en número estadística y significativamente superior la depresión postnatal y la sintomatología depresiva y ansiosa.

- Las restantes variables demográficas parecen tener un efecto muy débil en las mujeres de la muestra, lo que nos hace suponer que no serán el tipo de variables más influyentes en la depresión postnatal.
- Las variables estudiadas como: la historia previa de depresión, la ansiedad, el neuroticismo, el optimismo, el apoyo social y los acontecimientos vitales son las más influyentes en la depresión post – parto.

J. Ramírez Bonilla (2012) En su tesis “Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el post-parto”, realizado en Colombia, llega a las siguientes conclusiones (14):

- Se logró establecer que 54 % de las participantes fue maltratada, 17 % presentó abuso físico por su pareja con una correlación positiva de  $r=0,549$ , 54% presentó abuso no físico con una correlación positiva de  $r=0,650$ ; 33% de las participantes de la investigación presentó sintomatología depresiva en el post - parto, siendo la labilidad emocional  $r=0,683$ , la ansiedad e inseguridad



$r=0,581$  y la confusión mental  $r=0,560$  las dimensiones más afectadas. Se encontró una correlación positiva entre depresión post - parto y la violencia de pareja con un valor de  $r=0,738$ . La realización de esta investigación enfatiza en la importancia en la detección temprana de la depresión post-parto, para una oportuna intervención.

- Establece el tipo de maltrato (físico o no físico), la gravedad del maltrato y las dimensiones más afectadas en la mujer con sintomatología depresiva en el post - parto. Invita además al desarrollo de actividades desde la academia para el conocimiento, estudio, divulgación, de estas situaciones que afectan la salud de la mujer en la etapa perinatal, y al planteamiento de propuestas de intervención desde enfermería para las instituciones de salud.

### **2.1.2 A NIVEL NACIONAL**

- A. Escobar (2008), en su tesis “Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé”, realizado en lima, obtienen como resultado que (5):

- El 56 % de los casos que sus embarazos fueron no planificados terminando dichas gestaciones en el 74 % por vía vaginal, el 82 % se encontró en el nivel socioeconómico medio y el estado civil más frecuente fue el de conviviente.
- Se encontró que el 4 % presentó baja autoestima, el 27 % haberse sentido deprimida antes del embarazo, el 72 % se sintió deprimida y el 47 % ansiosa durante el embarazo y el 51 % presentó tristeza post-parto.
- La tasa de depresión post - parto fue de 17 % con una media de 7,5+/-5 y una moda de 10 puntos para la escala de Edimburgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de depresión post parto y autoestima, historia de depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. Así mismo; se detectó que el 51 % de las mujeres habían sido víctimas de violencia basada en género, siendo la VBG psicológica la más frecuente y la pareja el principal

agresor. Al realizar la confrontación de casos de violencia basada en género y depresión post - parto, se halló diferencias estadísticamente significativas para la prueba X<sup>2</sup> (P= 0,001) y la medida de asociación OR= 9,8 (IC: < 2,1; 45>).

- Así mismo, hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables depresión post – parto y violencia basada en género durante la gestación encontrando un OR de 5,5 (IC: < 5,5; 16,7>). Con lo cual encuentra un riesgo alto de sufrir depresión post-parto en aquellas mujeres que fueron víctimas de la violencia basada en género.
- En conclusión, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de Depresión Post-Parto y los de Violencia Basada en Género; así mismo, se calculó que existe un riesgo elevado de sufrir depresión post - parto en aquellas mujeres que habían sido víctimas de la violencia basada en género.

B. Valderrama (2010), en su investigación “Prevalencia de depresión post - parto en puérperas del CSMI Laredo, febrero- abril. 2010”, realizado en Trujillo, obtienen como resultado que (15):

- Se encontró una prevalencia del 17,1 % de depresión posparto entre las evaluadas y los mayores porcentajes se da en puérperas con satisfacción familiar regular con un 33,34 % según satisfacción familiar percibida; con un 20,75 % con parto vaginal según tipo de parto; con un 19,24 % sin aborto previo; con un 19,23% entre 3 y 4 meses según tiempo de puerperio, con un 18,84% de puérperas con embarazo deseado además de puérperas entre 12 a 18 años como primigestas con un 18,18% en ambos casos, todos estos porcentajes superiores al porcentaje global y por cada indicador.

C. Paima y cols (2011), en su investigación “Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en post-cesareadas adolescentes en el instituto

nacional materno perinatal”, realizado en Lima, llega a las siguientes conclusiones (16):

- La depresión post-parto en adolescentes post-cesareadas de INMP fue del 39 % y 54 % fueron cesáreas no programadas, De las adolescente con “riesgo de depresión post-parto”, el 62% fueron cesáreas no programadas y de las que tuvieron “probable depresión post-parto”, el 54 % fueron no programadas. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión postparto en las adolescentes post-cesareadas.

D. Gomez (2011), en su investigación “Representaciones maternas en madres primerizas que presentan sintomatología depresiva postparto”, llega a las siguientes conclusiones (17):

- Una vez revisados los aspectos teóricos de la maternidad y de las representaciones maternas, detallaremos el segundo eje del presente trabajo: los síntomas depresivos postparto. Se sabe que la depresión post-parto es un episodio depresivo no psicótico que empieza o se extiende en el período

postparto. Los debates actuales alrededor de este concepto revelan que no existe un consenso sobre el diagnóstico de la depresión postparto como una entidad independiente o como una variante de la depresión mayor descrita en el DSM-IV, que la incluye como una manifestación particular del episodio depresivo.

- A pesar de estas controversias, el diagnóstico de la depresión postparto utiliza los mismos criterios clínicos de diagnóstico del episodio depresivo mayor.
- La sintomatología particular de la depresión postparto incluye manifestaciones de ansiedad y, en ocasiones, crisis de angustia. Así, entre las características de la depresión postparto, los síntomas neuróticos -expresados en irritabilidad, ansiedad y fobia- podrían opacar a los síntomas depresivos.
- Además, se considera que las actitudes maternas en estos casos incluyen la presencia de miedo, desinterés o excesiva preocupación por el niño, además de sentimientos de culpa y relaciones conflictivas con personas significativas para la madre.

E. Muruaga (2012), en su investigación “La Depresión Posparto una forma de Depresión de Género”, realizado en Lima, llega a las siguientes conclusiones (18):

- Durante el posparto, un porcentaje muy elevado de mujeres, entre el 50 y el 80 %, experimentan tristeza, lloros, fatiga, irritabilidad, insomnio, cefaleas, etc. Este fenómeno, llamado depresión posparto, es todavía poco conocido. Se observa que la conducta problemática se manifiesta generalmente entre los once primeros días después del parto y su duración puede ir desde unas pocas horas hasta varios días e incluso meses.
- En un 50 % de los casos suele ser moderada y transitoria (conocida como “maternity blues” en la literatura científica anglosajona), pero, según los últimos datos, la llamada propiamente Depresión Posparto, cuya duración es superior a un mes, la padece un 20 % de mujeres, manifestando estos problemas con mayor gravedad y llegando incluso a ser incapacitante para ellas.

F. Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana (2011), realizó una investigación “La violencia contra la mujer: feminicidio en el Perú. Lima, octubre. Año 2011”, llegan a las siguientes conclusiones (19) :

- Tenemos una población estimada en 27 millones, de la cual el 50,1 % son mujeres. El número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) asciende a siete millones (28,2 %). El 33 % de mujeres que han estado unidas alguna vez, con rangos que fluctúan entre 15 % y 52 %, han sufrido alguna forma de violencia física por parte de sus parejas. La violencia basada en género representa la mitad de las muertes violentas de mujeres en el mundo.
- El feminicidio es la sexta causa de muerte de mujeres entre 15 y 49 años. Anualmente más de mil mujeres mueren por violencia de sus parejas y 3 millones sufren abuso físico de parte de sus maridos o novios. El 20 % de niñas y más de 5 % de niños sufre de abusos sexuales, casi siempre de familiares o conocidos.



- Una de cada cuatro mujeres adultas sufrirá un ataque sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida. A pesar de sus serias implicaciones y predominio elevado, la violencia sexual ha sido prácticamente ignorada. Estando incluida muy ocasionalmente dentro de los programas que proporcionan el cuidado médico sexual y reproductivo para las mujeres.
- La violencia sexual merece una atención mucho mayor por varios motivos: implica una violación seria de derechos humanos, tiene consecuencias severas para la salud mental y física de las víctimas y tiene una alta prevalencia.
- Entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez, el 15 % en Lima y 28 % en Cusco habían sufrido violencia física en por lo menos un embarazo. De estas, un tercio en Lima y más de la mitad en Cusco, habían sido golpeados con el pie o con el puño en el abdomen. En prácticamente todos los casos el autor de hechos había sido el padre del hijo que llevaba la mujer.

### 2.1.3 A NIVEL LOCAL

A. Tejada (2009), en su tesis “Factores psicosociales asociados y detección de depresión post-parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna”, obtienen como resultado que (20):

- La incidencia de madres adolescentes fue 14,17 %. La incidencia de depresión post-parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes fue 51,1%. La incidencia de ideas de auto-daño fue de 22,2 % en aquellas con DPP y 4,7% en las que no presentaron depresión (RR: 1.8;  $p < 0,05$ ).
- Los factores psicosociales que tuvieron asociación a DPP fueron estado civil, grado de instrucción y el entorno de convivencia familiar de la madre ( $p < 0,05$ ).
- La edad de la pareja, paridad, antecedentes de aborto, nivel socioeconómico, apoyo de la familia, relación con la pareja y embarazo no planificado, no demostraron ser factores de riesgo. En la evolución

de la depresión postparto, 54,2 % la presentaron al puerperio inmediato y 46,2 % mantuvo depresión al mes de post-parto (RR: 1.7;  $p < 0,05$ ).

- En la evolución de ideas de auto-daño, 16,7 % la presentaron al puerperio inmediato y el 50 % mantuvo la idea al mes de post-parto (RR: 7,0;  $p < 0,05$ ).
- En conclusión: la depresión post-parto en madres adolescentes alcanzó niveles elevados y en ninguna fue considerado como diagnóstico en la historia clínica. Se debe explorar este diagnóstico en todas las puérperas adolescentes. Los factores asociados fueron el estado civil, grado de instrucción y entorno de convivencia familiar de la madre adolescente.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

La violencia basada en género (VBG), es uno de un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo

integral de las personas. Es sin duda una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género que coloca generalmente a las mujeres y las niñas en una posición subordinada respecto de los varones, la violencia basada en género afecta por lo menos a la tercera parte de las mujeres en el mundo (21).

Se reconoce ampliamente que la VBG es expresión de la presencia de estructuras y dinámicas sociales, y ejercicio inadecuado del poder, que se fundamentan en la asignación de roles diferentes a varones y mujeres en función de su sexo (21).

Existen diversas argumentaciones acerca de la violencia. En el caso de la mujer en el hogar, se manifiesta que afecta a millones de estas, considerado anteriormente como un asunto privado, ahora se ve como tragedia pública; no conoce barreras culturales, ni religiosas, e impide que la mujer ejerza su derecho a participar plenamente en la sociedad. Esta argumentación muestra cómo la violencia contra la mujer se manifiesta desde el propio aborto, al conocerse que espera una niña en lugar del deseado varón,

pues en algunas sociedades las niñas son sometidas a prácticas tradicionales como la circuncisión que las deja mutiladas o traumatizadas. Las mujeres también son víctimas del incesto, las violaciones, u obligadas a contraer matrimonios a temprana edad antes de haber alcanzado la madurez física, mental y emocional, lo cual ocasiona en muchos casos hasta la muerte (22)

La violencia es un fenómeno histórico que se relaciona con condiciones sociales particulares. Explicar su etiología sólo por características individuales de origen biológico o psicológico, reduce su esencia y desdibuja los efectos del proceso interactivo entre individuos y entre estos y sus ambientes sociales concretos. La razón de la violencia hay que encontrarla en el cruce de factores negativos del individuo y de la sociedad. La violencia se define desde lo cultural, a partir del desequilibrio de poder y es mediatizada por lo psicológico. La violencia es aprendida a partir del modelo social y la anticipación de consecuencias que se vinculan con valores sociales de poder y dominio (23)

La violencia contra la mujer es un tipo de violencia de género ejercida contra las mujeres por su condición de mujer. Esta violencia presenta numerosas facetas que van desde la discriminación y el menosprecio hasta la agresión física o psicológica y el asesinato. Produciéndose en muy diferentes ámbitos (familiar, laboral, formativo,..), adquiere especial dramatismo en el ámbito de la pareja y doméstico, en el que anualmente las mujeres son asesinadas a manos de sus parejas por decenas o cientos en los diferentes países del mundo.

Concluyendo que una de las formas más frecuentes de la violencia de género es la ejercida por el marido o compañero sentimental, que se denomina “violencia doméstica” o “violencia contra la mujer en la pareja”. Este tipo de violencia es la primera causa de muerte o invalidez para las mujeres de 15 a 44 años.

#### **2.2.1.1. TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Según el MINSA, afirman: que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y las

libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades (21).

**a) VIOLENCIA PSICOLÓGICA:** Toda acción u omisión cuyo propósito sea degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer, por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento, encierro o cualquier otra conducta u omisión que implique un perjuicio en la salud psicológica, el desarrollo integral o la autodeterminación de la mujer.

**b) VIOLENCIA FÍSICA:** Toda acción u omisión que produce un daño o menoscabo a la integridad corporal de la mujer. Sus manifestaciones pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono de personas en situación de peligro, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida.

**c) VIOLENCIA SEXUAL:** Toda conducta que entrañe amenaza o intimidación que afecte la integridad o la autodeterminación

sexual de la mujer, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar y el lugar de trabajo. Sus manifestaciones incluyen sexo forzado o degradación sexual.

#### **2.2.1.2. MODALIDADES DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

Según CONSAVIG, la violencia basada en género tiene las siguientes modalidades (24):

- A. VIOLENCIA DOMÉSTICA:** La violencia psicológica y física con el cónyuge, el maltrato infantil y el abuso de los niños.
  
- B. VIOLENCIA POLÍTICA:** Es aquella que surge de los grupos organizados ya sea que estén en el poder o no. El estilo tradicional del ejercicio político, la indiferencia del ciudadano común ante los acontecimientos del país, la no participación en las decisiones, así como la existencia de las llamadas coimas como: manejo de algunas instituciones y las prácticas de Nepotismo institucional. También la violencia producida por la respuesta de los grupos alzados en armas.



**C. VIOLENCIA SOCIO-ECONÓMICA:** Que es reflejada en situaciones de pobreza y marginalidad de grandes grupos de la población: desempleo, subempleo, informalidad; todo esto básicamente reflejado en la falta o desigualdad de oportunidad de acceso a la educación y la salud.

**D. VIOLENCIA CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA:**

Aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

**E. VIOLENCIA OBSTÉTRICA:** Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

**F. VIOLENCIA MEDIÁTICA:** Aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o

indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres

#### **2.2.1.3. ETIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO**

Según el MINSA, para prevenir la violencia es necesario conocer cómo se origina. La violencia es el resultado de la interacción compleja de un conjunto de factores que actúan en distintas dimensiones: individuales, relacionales, sociales, institucionales, culturales y ambientales (21).

Es necesario comprender la forma en que estos factores se vinculan en contextos determinados, para enmarcar nuestras acciones de atención integral dentro de un enfoque de salud pública.

*El nivel individual* está referido a los factores biológicos y factores de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Centra su atención en las características que aumentan en un individuo, la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

*El nivel relacional* está referido a las relaciones sociales cercanas (amigos, pareja y familiares) cuya cotidianeidad condiciona muchas veces la presencia y recurrencia de actos violentos.

*En el nivel de la comunidad* se examinan diversos escenarios (escuela, trabajo, barrio o vecindario) en donde se establecen relaciones sociales que pueden posibilitar relaciones de violencia. Algunos factores aquí son: frecuente movilidad y cambio de residencia, heterogeneidad demográfica de una población, alta densidad poblacional, pobreza o deterioro físico, etc.

*En el nivel social* se examinan los factores institucionales, sociales y culturales que crean un clima de aceptación de la violencia y contribuyen a mantener las brechas y tensiones entre distintos segmentos de la sociedad o fuera de ella.

#### 2.2.1.4. CICLO DE LA VIOLENCIA

Según MINSA, 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 (21):

- a) **FASE UNO** “*ETAPA DE AUMENTO DE LA TENSION*”: 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 comportamiento del agresor después de acaecido el hecho violento se torna cariñoso, amable con muestras de aparente arrepentimiento. Trata de paliar su actitud pero irremediabilmente va

cayendo en nuevas tensiones hasta ingresar a la *FASE UNO* y volver a repetir el ciclo.

#### **2.2.1.5. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER A TRAVÉS DEL CICLO DE VIDA**

Según MINSA, son los siguientes (21):

- a) **PRE-NATAL:** Interrupción selectiva del embarazo; violencia durante el embarazo con efectos sobre el recién nacido.
- 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 (ejemplo: alteración de bebidas y violaciones); sexo forzado por razones económicas (ejemplo: niñas estudiantes que tienen relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto, suicidio.

- 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.

#### 2.2.1.6. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EL PERÚ

Según MINSA, la violencia basada en género en el Perú tiene una prevalencia preocupante. Así lo demuestran diversos estudios y análisis realizados en torno a este problema de salud pública, se presenta a continuación algunos hallazgos importantes (21):

El 43 % de mujeres unidas que viven en el área urbana y el 38n% que viven en el área rural ha sufrido violencia por parte de su cónyuge. Según datos preliminares de la ENDES, el 15 % de mujeres viven en el área urbana y el 13 % que vive en

el área rural ha recibido violencia física de su cónyuge en los últimos 12 meses.

En el año 2002 se llevó a cabo en el Perú un estudio de la OMS que reporta una alarmante cifra de prevalencia de violencia física y sexual. Entre los 12 países participantes, el Perú (Cuzco) ocupa el primer lugar en violencia física (61 %) y el tercer lugar en violencia sexual (47 %), los resultados del estudio fueron los siguientes:

- Entre las mujeres que habían tenido pareja alguna vez, 49 % de las de Lima y el 51 % de las de Cuzco informo haber sufrido en algún momento de su vida actos de violencia física por parte de sus parejas. En lo que refiere a la violencia sexual, estos porcentajes fueron del 23 % en Lima y del 47 % en Cuzco.
- El 51 % de las mujeres de Lima que había tenido pareja alguna vez y el 69 % de las de Cuzco habían padecido actos de violencia física o sexual por parte de sus parejas.
- Entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez, el 15 % en Lima y el 28 % en Cuzco habían sufrido violencia física durante al menos un embarazo.

- Solo una tercera parte aproximadamente de las mujeres que habían sido víctimas de acto de violencia física infligida por su pareja había solicitado ayuda, principalmente la policía (25 %) o un establecimiento de salud (8 % en Lima y 17 % en Cuzco).
- En el área de salud mental, la distribución porcentual de suicidios registrados fue de 35,1 % para mujeres, mientras que la distribución porcentual de hospitalizados por depresión, corresponde a 68,5 % para las mujeres.

### **2.2.2 DEPRESIÓN POST-PARTO**

Durante el embarazo y puerperio sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos de la mujer.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental refiere que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es



lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente

Según Hamilton, definió a la depresión post-parto como “un síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado, al que acompañan síntomas como lloros, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración, pérdida de apetito, etc., cuya duración puede variar desde unas horas hasta días”.

La depresión posparto (DPP) puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses (4)

El estudio de la DPP tiene relevancia ya que ésta puede provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, una reducida interacción madre hijo; y una mayor morbilidad y mortalidad materna. Según los estudios de Beck hay una creciente evidencia de que la depresión posparto tiene efectos devastadores no sólo en las madres, sino también en sus familiares. (4).

La depresión maternal sufrida durante periodos críticos del desarrollo fetal puede alterar los estados comportamentales del ser no nacido y como consecuencia su desarrollo neurobiológico. Después del nacimiento las madres depresivas presentan un menor apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disfóricas, durante la interacción con sus hijos y a su vez, estos presentan una mayor irritabilidad, se muestran más tensos y se fatigan más que los hijos de madres no deprimidas (2).

En algunos estudios se ha mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, acompañado de bajo peso al nacer, depresión posparto y dificultades en el aprendizaje (4).

Muchas mujeres atraviesan un periodo en el que se sienten cansadas y con un estado de ánimo decaído. Esta reacción se conoce como depresión posparto, y puede ser muy dolorosa, ya que afecta a la mujer misma, su pareja y sus hijos (3).

La depresión post parto ha sido identificada desde el año 460 antes de Cristo. Sin embargo, a pesar de ser conocida hace

tanto tiempo, es recién en las últimas décadas que ha surgido el interés por profundizar en su estudio.

Las razones por las que se produce la depresión post-parto no están aún muy claras. Las investigaciones psiquiátricas le atribuyen factores que van desde el desajuste hormonal, efectos fisiológicos de partos altamente difíciles hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo.

#### **2.2.2.1 FRECUENCIA**

La depresión posparto es bastante común (entre el 10 y el 20 por ciento de las mujeres). Puede ocurrir justo después del parto, o varios meses después. Puede comenzar muy repentinamente o ir apareciendo lentamente. Afecta a mujeres de todas las edades, tanto primerizas como con hijos. Es posible que una mujer se sienta bien con su primer hijo, pero se deprima con el siguiente, aunque las probabilidades de desarrollar depresión posparto son más altas si una mujer la ha tenido ya antes (3).

En diversas partes del mundo existen estudios sobre DPP, encontrándose un amplio rango de prevalencias para esta condición, que van desde 1 hasta 39 %. Usando la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo, se hallaron los siguientes datos, en Inglaterra la incidencia de la depresión posparto va de un 10 a 15 % y la prevalencia en un rango de 8,2 a 14,9%. En Chile la prevalencia a las 12 semanas post-parto es de 43 % y una incidencia de 32,5%. En Estados Unidos de 8 a 26 %, España 25,8 % y Brasil 12 %. Un estudio que incluyó 11 centros, mostró que la depresión posparto fue más frecuente en India (32 %), Korea (36 %), Guyanas (57 %) y Taiwán (61 %). (4).

Lo estudio de la incidencia sigue siendo una preocupación actual al nivel mundial, por lo que se refiere, por ejemplo, un estudio reciente en China, en parejas primíparas (n=130) en que se observó que 13,8 % de las madres estudiadas y el 10,8 % de los padres, mostraron depresión entre las 6 y 8 semanas después del parto (25).

En una publicación reciente observaron que la incidencia y prevalencia de depresión postnatal aumentó de 15,0 % en 1996 al 17,40% en 2006, lo que puede, en opinión de los autores, ser inherente a los cambios socio-económicos en el país. Sin embargo, un estudio reciente en Brasil (26), registraron una tasa de incidencia de 24,30 % de la depresión postnatal en los primeros 5 meses después del parto, señalando que esta tasa no fue uniforme a lo largo de estos cinco meses evaluados, y que alcanzó su punto máximo a los 3 meses con en el valor de 37,50 % (27).

#### **2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO**

Se han planteado muchas preguntas sobre la depresión post-natal. Una de ellas se relaciona con los factores determinantes asociados a su ocurrencia. Si se tiene en consideración las variables asociadas a su manifestación ya señaladas se llega a la conclusión de que pueden haber diferentes grupos de factores de riesgo como los: demográficos, biológicos, obstétricos y

ginecológicos, psicosociales, antecedentes psiquiátricos y los antecedentes familiares (13).

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación (28).

Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de (29) (30):

- Un fenómeno de retirada por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del cortisol plasmático. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable del problema.
- Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad del enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión.

Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.

- La existencia de una alta respuesta a la hormona de crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en mujeres que desarrollan psicosis afectivas, hallazgo similar al encontrado en la psicosis postparto.
- Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas remedan un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren un mayor estudio.

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión postparto (29):

- Antecedentes personales: estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10 % - 24 %. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto (35 %); si existen antecedentes de depresión post-parto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50 %.
- Antecedentes familiares de depresión.

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que



tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas (29).

La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos (28). (7)

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno (7).

La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema (7) (28).

- La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.
- La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado como factores asociados la presencia de anomalías o enfermedades, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros (28).

### **2.2.2.3 SÍNTOMAS TÍPICOS**

Puede sentirse:

- Deprimida y llorosa, todo puede parecer una lucha. Se siente mal consigo misma y con lo que hay a su alrededor.
- Ansiosa y preocupada por su propia salud, el bebé o el resto de la familia. Puede tener miedo de estar sola en casa o de salir a la calle.

- Irritable y frustrada. Puede enfadarse con sus hijos o sentirse furiosa con su pareja.
- Exhausta física y mentalmente, incapaz de hacer frente a las numerosas demandas.
- Culpable por no comportarse como una madre "apropiada" o por sus propias emociones de enfado y depresión

También puede notar cambios en el modo en que funciona su cuerpo o el modo en que se comporta:

- Tiene problemas para concentrarse.
- Sus patrones de sueño pueden estar trastornados. Por ejemplo, puede desear dormir a todas horas, o puede ser difícil quedarse dormida o dormir las suficientes horas.
- Puede verse afectado su apetito, de manera que pierde interés en la comida o come mucho más de lo habitual.
- Puede tener la impresión de que su cuerpo funciona lentamente, resultándole difícil tomar incluso decisiones

simples; o bien puede sentirse llena de tensión nerviosa y estar constantemente ocupada, pero sin lograr hacer mucho.

- Puede perder interés en el sexo (31).

#### **2.2.2.4 TIPOS DE DEPRESIÓN**

Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos:

- **DEPRESIÓN SEVERA:** La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida.
- **DISTIMIA:** es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo, impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con Distimia también pueden padecer de

episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

- **TRASTORNO BIPOLAR:** Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la *fase depresiva* del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la *fase maníaca*, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas

- **DEPRESIÓN POSPARTO:** Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. La Academia Americana del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama "baby blues" pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica (31).

#### **2.2.2.5 CUADROS DEPRESIVOS DE LA DEPRESIÓN POST-PARTO**

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el posparto: Disforia, Depresión y Psicosis. La más leve de ellas y la más frecuente, es la tristeza post-parto (disforia post-parto), La depresión

post-parto no psicótica es menos frecuente y clínicamente indistinguible de un episodio de depresión mayor en una mujer no puérpera. El cuadro que solo se ve en ocasiones es la psicosis post-parto. Con características particulares y de inicio relativamente súbito.

**a) TRISTEZA POST-PARTO, DISFORIA POST-PARTO U “POSTPARTUM BLUES”.**

Este cuadro consiste es leve y autolimitado (50 % - 75%), aparece más tempranamente que la depresión, entre la 1ª y la 2ª semana, su duración habitual va de horas hasta 10 días. Es un cuadro de alta frecuencia, que afecta a cerca del 60 % de mujeres en puerperio. Caracterizado por labilidad emocional, angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad y fatigabilidad. Requiere fundamental manejo ambiental, psicoeducación a paciente y familia; generalmente no requiere tratamiento farmacológico. Si este cuadro se prolonga por más

de dos semanas hay que sospechar y evaluar el desarrollo de un Episodio Depresivo Posparto.

Los factores de riesgo asociados a este cuadro son: antecedentes de depresión en la gestación y los antecedentes de un trastorno disfórico premenstrual.

Existen dos hipótesis que explican la aparición de la disforia post-parto, la primera es que los cambios en el ánimo están ligados a descensos bruscos de los niveles hormonales, se evidencia que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de tristeza post-parto, pero los cambios bruscos entre los niveles del embarazo y luego del parto. Del mismo modo, el metabolito de la progesterona, la alopregmolona, con efecto ansiolítico agonista GABA, es significativamente menor en mujeres con disforia post-parto o tristeza post-parto.

La segunda hipótesis refiere que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las



conductas madre - hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la oxitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: madres roedoras a las que les extrajeron las células productoras de oxitocina exhibieron conductas con menos rasgos maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates. Bajo condiciones de adecuada contención y de estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre – hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tomarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores. (13).

## ***b) DEPRESIÓN POST-PARTO SIN PSICOSIS***

La prevalencia con que se da es de un 10% - 15 %, mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor. Es un cuadro que puede iniciarse en la 3ª a 4ª semana postparto hasta un año después, encontrándose un peak de presentación en las semanas 8 a 12 post parto. Requiere tratamiento y puede cursar con síntomas severos en una de cada 10 puérperas.

Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor (riesgo superior al 35 %), la historia de depresión post-parto previa tiene un riesgo de 50 % de recurrencia, historia de desórdenes disfóricos premenstruales, estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial.

Los síntomas que pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso

cuando alguien este cuidando al bebe. En su forma más severa la ideación suicida es bastante frecuente, aunque los índices de suicidio son relativamente bajos.

No hay evidencia directa que el desbalance hormonal cause depresión post parto. Los cambios biológicos subyacentes en la tristeza post-parto pueden llevar a la depresión post-parto en presencia de un contexto de vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social.

Existen deferentes trabajos de investigación sobre culturas en donde hay una baja prevalencia de depresión post-parto están caracterizadas por un fuerte soporte a nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo: sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, baños rituales, o el mismo retorno a su hogar de origen

(13)

### **c) PSICOSIS POST-PARTO**

La Psicosis Post-parto es un cuadro severo, poco frecuente (0,1 % a 0,2 %) y dramático, aparece en las primeras 48 horas hasta 2 semanas post-parto y presenta riesgo de suicidio e infanticidio. Requiere hospitalización y manejo de especialidad a la brevedad y se le considera un indicador pronóstico de patología mental severa.

Los signos más tempranos son usualmente ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación, despersonalización y conducta desorganizada. Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño esta defectuoso o se está muriendo, de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente, se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. A diferencia de otra

psicosis afectiva, la psicosis post-parto frecuentemente se asocia con confusión y delirio.

Un autor holandés klompenhouwer define la psicosis post-parto como: “un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un periodo de dos semanas después del parto”. Dicho cuadro clínico se caracteriza por (32):

- Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales.
- trastornos de la psicomotricidad, acompañados de alteraciones de la comunicación verbal.
- Oscilaciones de la efectividad o trastornos afectivos más estables.
- Alucinaciones y pseudo alucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malas identificaciones o alucinaciones.

- Delirios y elaboraciones delirantes con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción.
- Gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo: denominado “caleidoscópico” (13).

## **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **2.3.1 VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG)**

- **Definición conceptual**

Todo acto de violencia basado en género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluido las amenazas la coerción arbitraria de la libertad; ya sea que ocurra en la vida pública o privada.

- **Definición operacional**

Para el presente estudio se categorizará la VBG de acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento de detección de violencia basado en género.

### **2.3.2 DEPRESIÓN POST-PARTO**

- **Definición conceptual**

Presentación de depresión a partir de las cuatro semanas posparto y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de las 18 semanas posteriores del parto.

- **Definición operacional**

Para el presente estudio se categorizará DP de acuerdo a la puntuación obtenida en la escala de Edimburgo.

### **2.3.3 TRISTEZA MATERNA**

- **Definición conceptual**

Estado transitorio del puerperio inmediato de tendencia al llanto, ansiedad, irritabilidad y apatía.

- **Definición operacional**

Tendencia de llanto y caída del humor durante la primera semana posterior al parto en las puérperas del estudio.



## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

Según la clasificación de Canales F. y Cols, la investigación es de tipo descriptivo, porque consiste en especificar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y se registra la información según va ocurriendo; porque se describe el comportamiento de la variable involucrada, ya que su meta es determinar la influencia de la violencia basada en género en la depresión post-parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014 (33).

## 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.2.1. POBLACIÓN

La población objetivo estuvo constituida por 16,972 pacientes puérperas que sus partos (vaginales o cesáreos) fueron atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima que cumplieron con los criterios de inclusión, con un nivel de confianza del 95 % y con un margen de error del 5 %.

### 3.2.2. MUESTRA

El tamaño de muestra se obtiene aplicando la siguiente ecuación:

$$n = \frac{z^2 NPQ}{\mathcal{E}^2 N + z^2 PQ}$$

Donde:

**N**= Es el tamaño de la población.

**n**= Es el tamaño de muestra que deberá ser tomada de la población.

**E**= Es el límite deseado de error.

**Z**= Nivel de confianza.

**P**= Es la proporción verdadera, en la población de unidades en esa clase.

**Q**= Es la proporción, en la población, de unidades que no pertenecen a esa clase.

Los valores que tomarán las variables es de la siguiente manera:

**N**= 16,972 (Total de púérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima).

**E**= 5% (0,05) Mientras menor sea el error, mayor exactitud habrá en los resultados.

**z**= 95%, (de acuerdo a la campana de Gauss, la probabilidad es a:  $z = 1,96$ ).

**P**= 0,5 Probabilidad de éxito.

**Q**= 0,5 Probabilidad de fracaso.

**n**=?

$$n = \frac{(1,96)^2 * 16,972 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * 16,972 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

n = 376 puérperas

Para una población de 16,972 puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, se toma una muestra de 376 puérperas.

- **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Mujeres puérperas de parto eutócico y distócico.
- Mujeres puérperas con nacidos vivos,
- Madres que hablen español
- Madres que den el consentimiento informado verbal

- **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Mujeres con alguna discapacidad como sordera
- Mujeres que sufren una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.

### **3.3 VARIABLES DE ESTUDIO**

#### **3.3.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- Violencia basada en género

#### **3.3.2. VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Depresión post-parto

#### **3.3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:**

- **VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO:**

Todo acto de violencia basado en género que tiene como resultado posible o real un daño psicológico, físico o sexual; en las mujeres púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

Se determinó a través de un tamizaje de violencia basada en género.

- **DEPRESIÓN POST-PARTO:**

Síndrome caracterizado por un estado depresivo moderado, al que acompañan síntomas como lloro, fatiga, pérdida de energía, incomodidad física, problemas de concentración, pérdida de apetito, etc., cuya duración puede variar desde unas horas hasta unos días. Según la DSM –

IV, la diagnóstica después de la presentación de depresión a partir de las 4 semanas posteriores al parto y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto.

### 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>INDEPENDIENTE:</b> violencia basada en género	Tipos de VBG	Psicológica Física Sexual	Cualitativa Nominal
<b>DEPENDIENTE</b> Depresión post-parto	Criterios de diagnóstico de depresión posparto	ESCALA DE EDIMBURGO: Sí (mayor de 10) No (menor de 10)	Cualitativa Nominal
<b>INTERVENIENTES</b> Factores sociodemográficos	Edad	años	Razón Cuantitativa
	Estado civil	soltera, casada, conviviente, divorciada o viuda	cualitativa Nominal

	Nivel de estado socioeconómico	Alto Medio bajo	cualitativa Ordinal
<b>Factores socioculturales</b>	Nivel de instrucción	Sin grado de instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnico Superior no universitario Superior universitario	Cualitativo Ordinal
<b>Factores personales y obstétricos</b>	Planificación del embarazo	Planificado No planificado	Cualitativa Nominal
	Paridad	primíparas multíparas	Cualitativa Nominal
	Tipo de parto	Vaginal Cesárea	Cualitativa Nominal

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los métodos de recolección de datos que se usarán es la encuesta, aplicada en grupo, con una explicación previa sobre el llenado de la misma.

El procedimiento de los datos se realizó con el programa Excel y el análisis de los mismos a través del programa SPSS

La técnica de recolección de datos que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue la de persona a persona

Para recopilar los datos de la presente investigación se han utilizado los siguientes instrumentos.

- **Para medir las variables de estudio:**

Para el acopio de datos se diseñó una encuesta orientada a obtener información de las variables de estudio sobre la violencia basada en género y la depresión post-parto en las púerperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.



### **FICHA TÉCNICA (VER ANEXO 01)**

- El instrumento está diseñado para recoger los datos sociodemográficos de Las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en el año 2014, sobre la influencia de la violencia basada en género en la depresión post-parto.
- **Características del instrumento:** está constituido por 07 ítems, de la siguiente manera: edad, nivel de estado socioeconómico, estado civil, nivel educativo, planificación del embarazo, tipo de parto y prematuridad.

### **FICHA TÉCNICA: ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH (VER ANEXO 02)**

- El instrumento está diseñado para el diagnóstico temprano de depresión post-parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en el año 2014 (32).
- **Características del Instrumento:** Está constituido por 10 ítems.
- **Instrucciones de uso:**

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
  2. Tienen que responder las diez preguntas.
  3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
  4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
- **Pautas para la evaluación:** a las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0; 1; 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3; 5; 6; 7; 8; 9; 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3; 2; 1; 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

### **FICHA TÉCNICA: TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VER ANEXO 3)**

- El instrumento está diseñado para recoger la percepción de Las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en el año 2014, sobre la influencia de la violencia basada en género en la depresión post-parto (21).
- **Características del instrumento:** Está constituido por tres ítems, que se detalla de la siguiente manera:
  - ✓ **Violencia psicológica**
  - ✓ **Violencia física**
  - ✓ **Violencia sexual**

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se usó la estadística descriptiva para el procesamiento de los datos recolectados, que es conveniente para nuestro estudio.

Así mismo, la prueba de chi – cuadrado para la correlación de las variables, las técnicas utilizadas en el estudio fueron: la encuesta y el análisis de contenido.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIONES**

#### **4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DE LA ENCUESTA EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA**

En la primera parte de este capítulo se muestra los resultados descriptivos de los factores sociodemográficos, culturales, personales y violencia basada en género. Estos resultados nos permiten observar los efectos de los factores sociodemográficos, culturales, personales y violencia basada en género de las puérperas participantes en la investigación.

**“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”**

**TABLA 1  
SEGÚN EDAD**

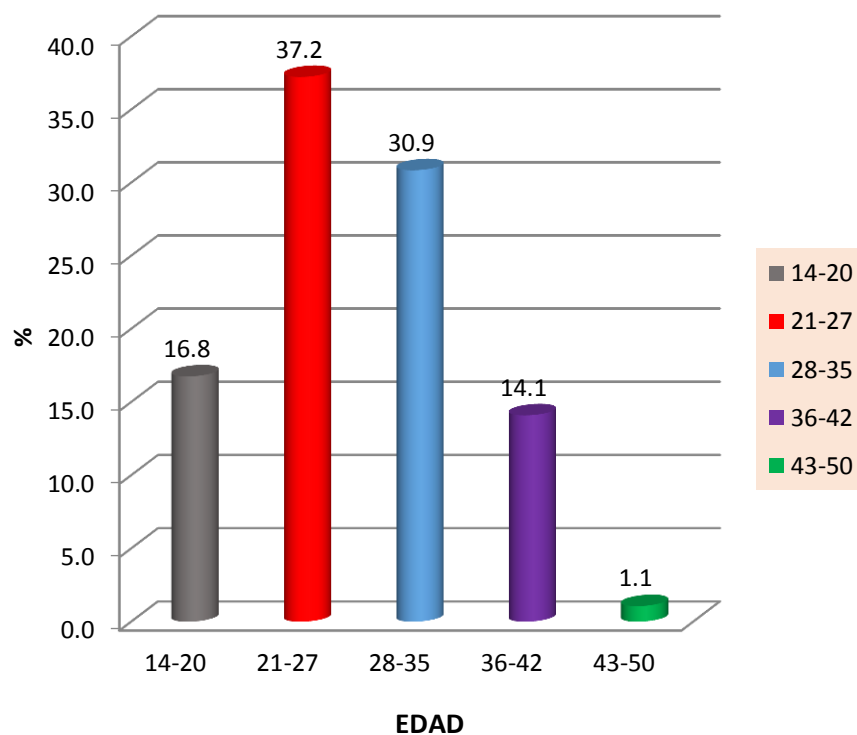
<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
14-20	63	16,80
21-27	140	37,20
28-35	116	30,90
36-42	53	14,10
43-50	4	1,10
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

En la tabla 1 se observa que el mayor porcentaje de las puérperas tienen de 21 a 27 años (37,20 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas tienen de 43 a 50 años (1,10 %).

**“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”**

**GRÁFICO 1  
SEGÚN EDAD**



**Fuente:** Tabla 1.

**“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”**

**TABLA 2**

**SEGÚN NIVEL DE ESTADO SOCIOECONÓMICO**

<b>NIVEL DE ESTADO SOCIOECONÓMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alto	6	1,60
Medio	259	68,90
Bajo	111	29,50
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

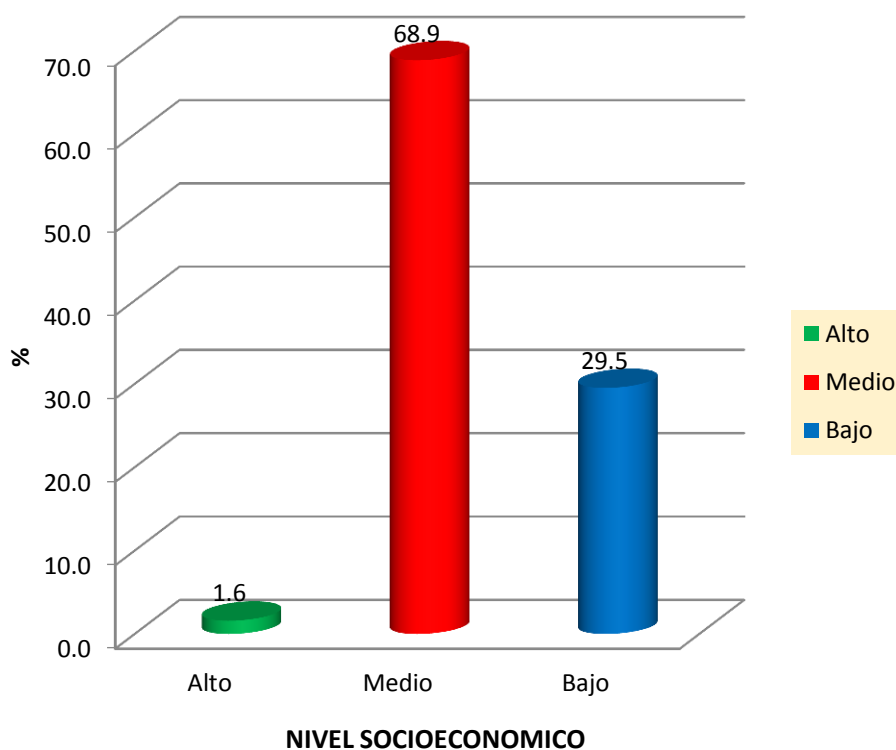
En la **tabla 2** se observa que el mayor porcentaje de puérperas tienen un nivel de estado socio económico medio (68,90 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas tienen un nivel de estado socioeconómico alto (1,60 %).



**“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”**

**GRÁFICO 2**

**SEGÚN NIVEL DE ESTADO SOCIOECONÓMICO**



**Fuente:** Tabla 2.

**“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”**

**TABLA 3  
SEGÚN ESTADO CIVIL**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Soltera	38	10,10
Conviviente	276	73,40
Casada	47	12,50
Separada o divorciada	10	2,70
Viuda	5	1,30
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

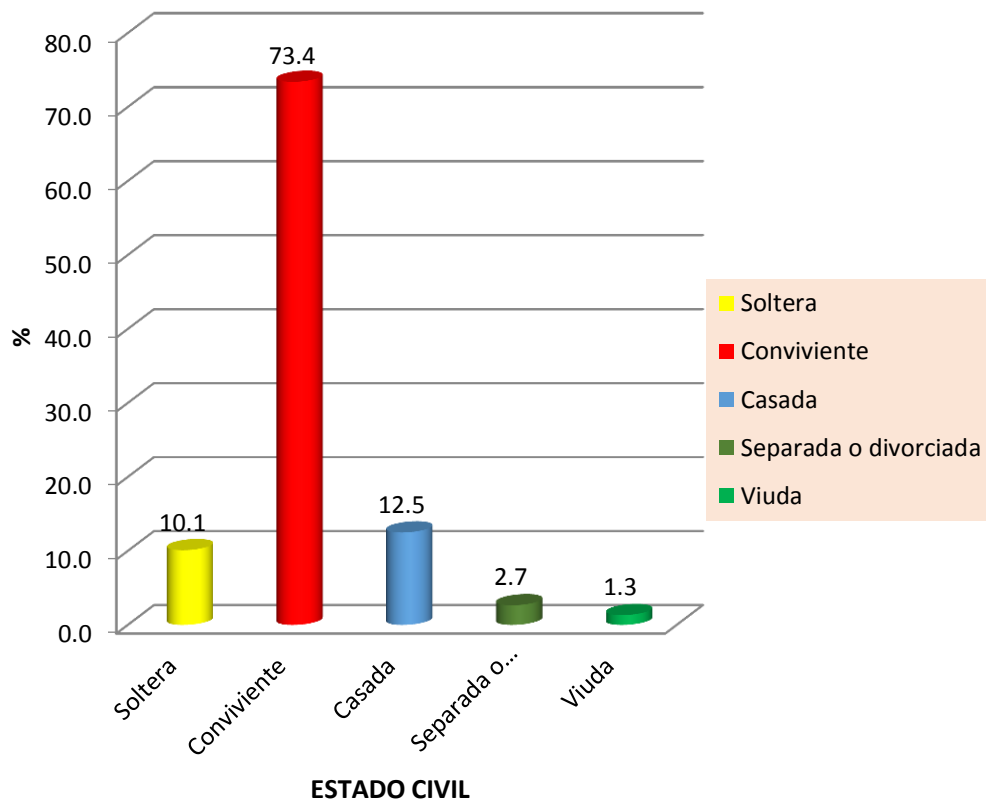
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

En tabla 3 se observa que el mayor porcentaje de las puérperas son convivientes (73,40 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas son separadas o divorciadas y viudas (2,70 % y 1,30 %).

**“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”**

**GRÁFICO 3**

**SEGÚN ESTADO CIVIL**



**Fuente:** Tabla 3.

**“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”**

**TABLA 4  
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO**

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Sin Grado de instrucción	6	1,60
Primaria incompleta	41	10,90
Primaria completa	62	16,50
Secundaria completa	176	46,80
Secundaria incompleta	38	10,10
Superior incompleta	21	5,60
Superior completa	8	2,10
Superior técnico incompleto	13	3,50
Superior técnico completo	11	2,90
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

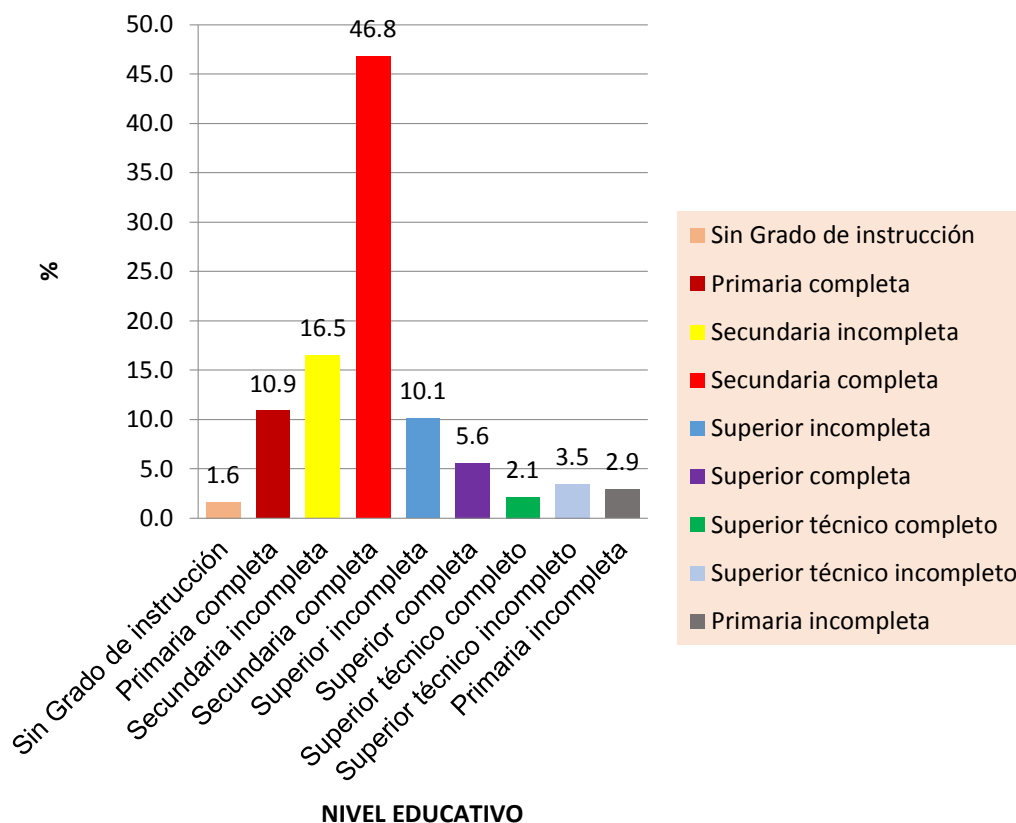
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla 4** se observa que el mayor porcentaje de puérperas estudiaron la secundaria completa (46,80 %), mientras que el menor porcentaje de puérperas no tienen grado de instrucción (1,60 %).

**“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”**

**GRÁFICO 4**

**SEGÚN NIVEL EDUCATIVO**



**Fuente:** Tabla 4.

**“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”**

**TABLA 5  
SEGÚN PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO**

<b>PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Sí	165	43,90
No	211	56,10
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

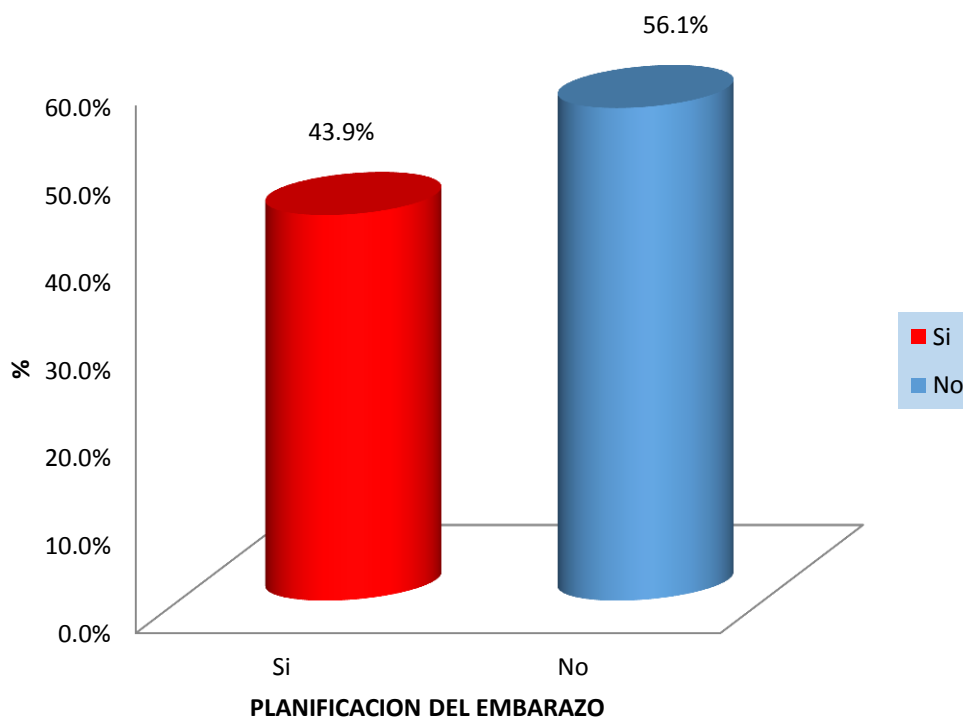
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

En la tabla 5 se observa que el mayor porcentaje de puérperas no planificaron sus embarazos (56,10 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas si planificaron sus embarazos (43,90 %).

**“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”**

**GRÁFICO 5**

**SEGÚN PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO**



**Fuente:** Tabla 5.



**“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”**

**TABLA 6  
SEGÚN TIPO DE PARTO**

<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Vaginal	245	65,20
Cesárea	131	34,80
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

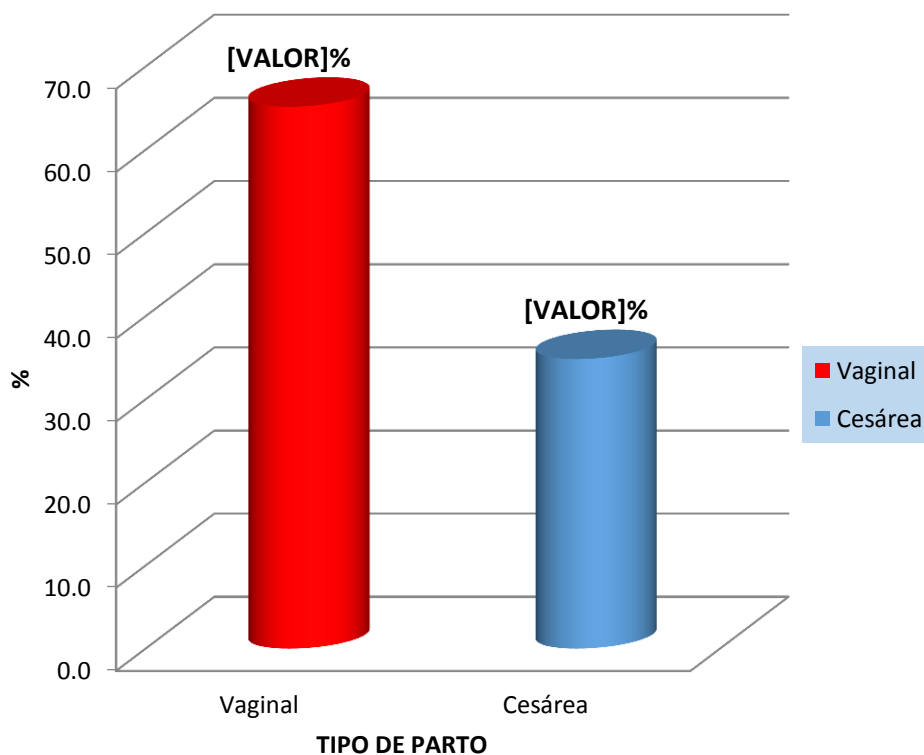
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla 6** se observa que el mayor porcentaje de puérperas su parto fue vaginal (65,20 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas su parto fue por cesárea (34,80 %).

**“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”**

**GRÁFICO 6**

**SEGÚN TIPO DE PARTO**



**Fuente:** Tabla 6

**“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”**

**TABLA 7  
SEGÚN PARIDAD**

<b>PARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
multíparas	71	18,90
Primíparas	305	81,10
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

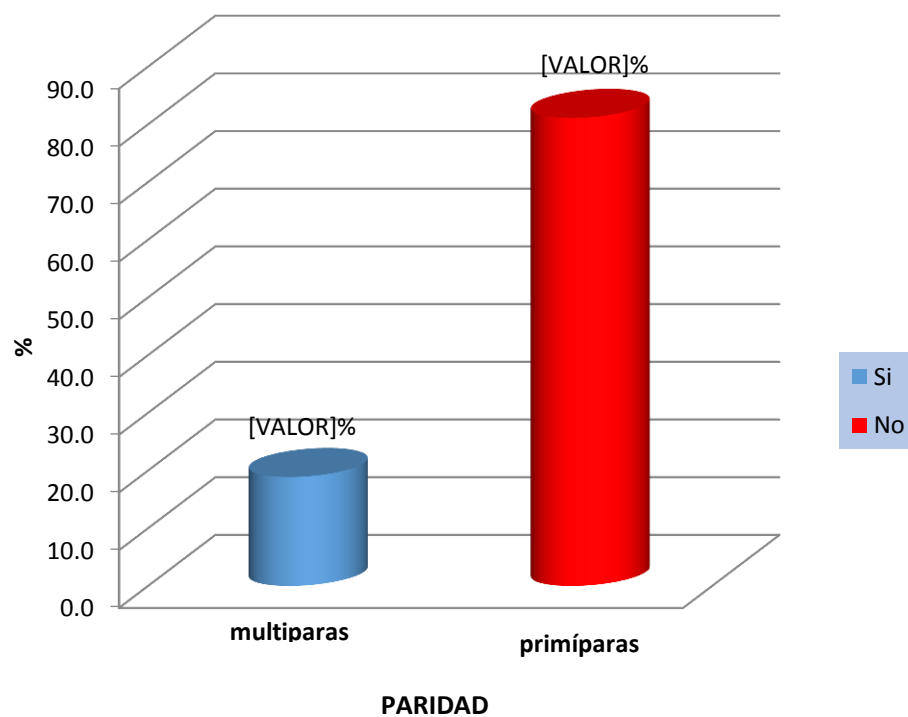
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla y el gráfico 7** se observa que el mayor porcentaje de las puérperas son primíparas (81,10 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas son multíparas (18,90 %).

**“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”**

**GRÁFICO 7**

**SEGÚN PARIDAD**



**Fuente:** Tabla 7.

**“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”**

**TABLA 8  
SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO**

<b>DEPRESIÓN POST-PARTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	289	76,90
No	87	23,10
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

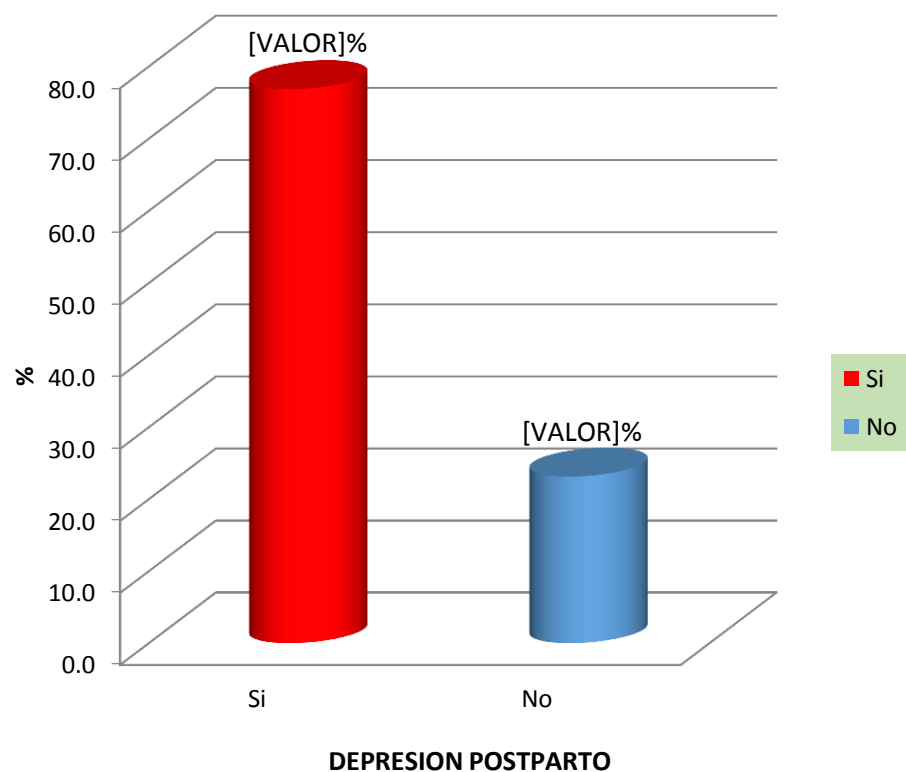
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla y el gráfico 8** se observa que en el mayor porcentaje de las puérperas sí hay depresión post-parto (76,9 %), mientras que en el menor porcentaje de las puérperas no hay depresión post-parto (23,1 %).

**“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”**

**GRÁFICO 8**

**SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO**



**Fuente:** Tabla 8.

**“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”**

**TABLA 9**

**SEGÚN VIOLENCIA PSICOLOGICA**

<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	176	46,80
No	200	53,20
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

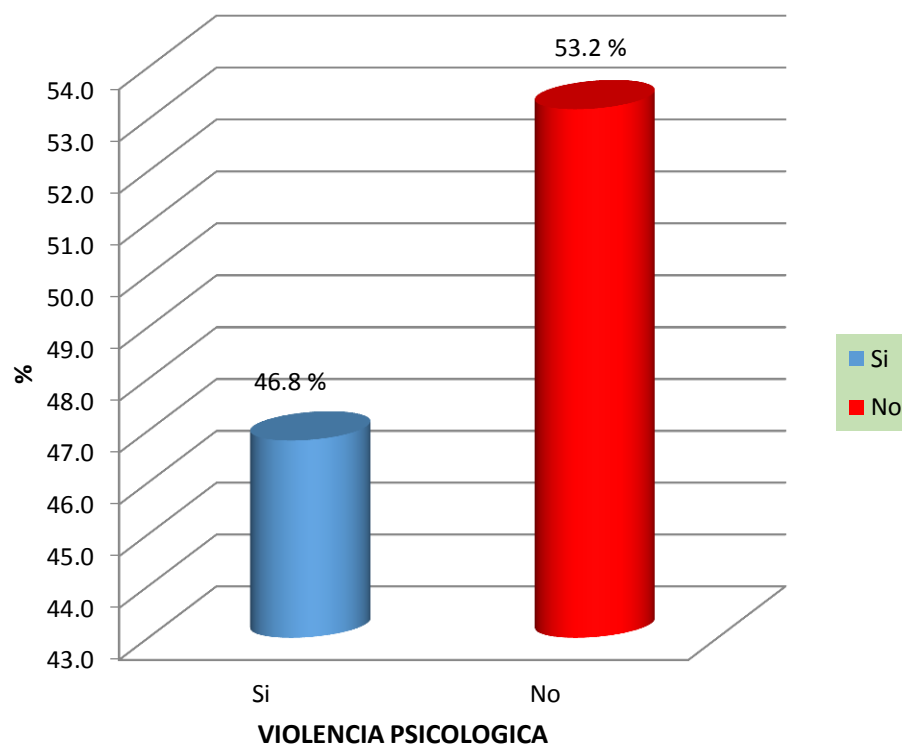
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla y el gráfico 9** se observa que el mayor porcentaje de las puérperas no hay violencia psicológica (53,20 %), mientras que en el menor porcentaje de las puérperas sí hay violencia psicológica (46,80 %).

**“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”**

**GRÁFICO 9**

**SEGÚN VIOLENCIA PSICOLÓGICA**



**Fuente:** Tabla 9.



**“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”**

**TABLA 10**

**SEGÚN VIOLENCIA FÍSICA**

<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	75	19,90
No	301	80,10
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

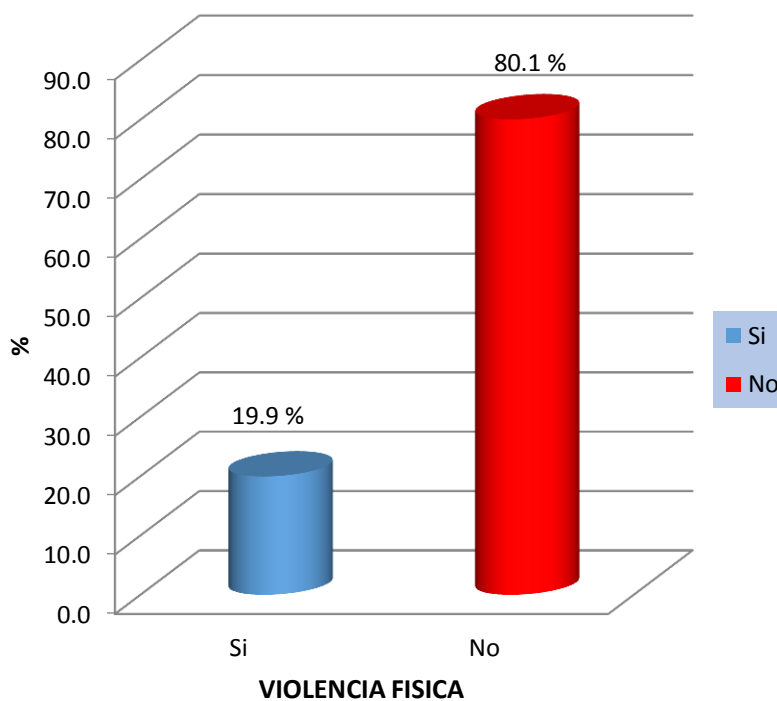
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla y el gráfico 10** se observa que el mayor porcentaje de las puérperas no hay violencia física (80,10 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas sí hay violencia física (19,90 %).

**“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”**

**GRÁFICO 10**

**SEGÚN VIOLENCIA FÍSICA**



**Fuente:** Tabla 10.

**“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”**

**TABLA 11  
SEGÚN VIOLENCIA SEXUAL**

<b>VIOLENCIA SEXUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	56	14,90
No	320	85,10
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

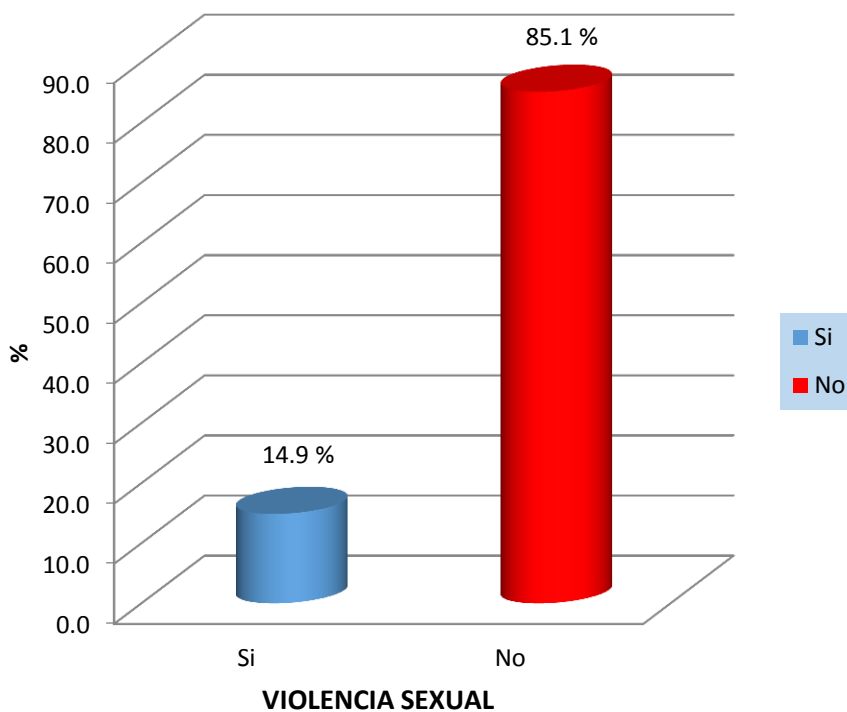
*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla 11** se observa que el mayor porcentaje de las puérperas no hay violencia sexual (85,1 %), mientras que el menor porcentaje de las puérperas sí hay violencia sexual (14,9 %).

**“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”**

**GRÁFICO 11**

**SEGÚN VIOLENCIA SEXUAL**



**Fuente:** Tabla 10.

**“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”**

**TABLA 12**

**SEGÚN LA INCIDENCIA DE VIOLENCIA BASADA EN  
GÉNERO**

<b>INDICADORES</b>	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Violencia Psicológica	176	42,30
Violencia Física	75	19,10
Violencia Sexual	56	14,40
<b>Sub Total</b>	<b>307</b>	<b>75,80</b>
Sin Violencia	69	24,20
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**En la tabla 12** se observa que el 75,80 % de las puérperas presentaron violencia basada en género de tipo psicológica, física y sexual en 307 casos de un total de 376 casos; mientras que el 24,20 % de las puérperas no tuvieron violencia basada en género en 69 casos de un total de 376 casos.

### 4.3 PROCESO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

#### 4.3.1 PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA: análisis estadístico relacional entre violencia psicológica y depresión post – parto de las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

H<sub>0</sub>: **La Violencia Psicológica** no influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

H<sub>1</sub>: **La Violencia Psicológica** influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL ENTRE VIOLENCIA  
PSICOLÓGICA Y DEPRESIÓN POST – PARTO DE LAS PUÉRPERAS  
ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL  
DE LIMA**

**TABLA 13**

**SEGÚN VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DEPRESIÓN POST-  
PARTO**

VIOLENCIA PSICOLÓGICA	DEPRESIÓN POSPARTO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	159	42,3%	17	4,5%	176	46,8%
No	130	34,6%	70	18,6%	200	53,2%
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>76,9%</b>	<b>87</b>	<b>23,1%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*



## Prueba estadística de chi - cuadrado

- **Tipo de prueba**

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- **Nivel de significación de la prueba**

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba**

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) ( F-1 )**

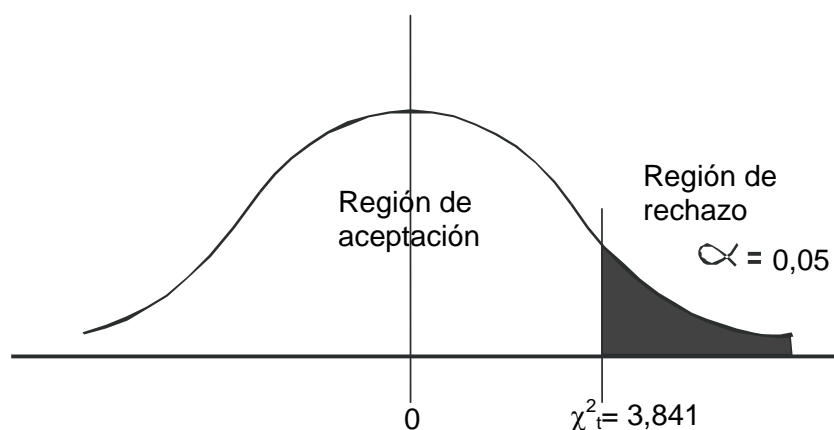
$$Gl = (2 - 1) * (2 - 1)$$

$$Gl = 1$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 3,841$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) <sup>2</sup>	(Fo-Fe) <sup>2</sup> /Fe
1	159	135,28	23,72	562,80	4,160
2	130	153,72	-23,72	562,80	3,661
3	17	40,72	-23,72	562,80	13,820
4	70	46,28	23,72	562,80	12,162
<b>TOTAL</b>	376	376	0,00	2 251,20	33,803

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 33,803$$

- **Regla de decisión**

Si  $\chi^2_c \leq \chi^2_t$ : **Se Acepta la H<sub>0</sub>**

Si  $\chi^2_c > \chi^2_t$ : **Se rechaza la H<sub>0</sub>**

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 33,803$$

$$\chi^2_t = 3,841 \quad \alpha = 0,05$$

**Conclusión.-** Como el estadístico chi-cuadrado calculado ( $\chi^2_c$ ) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla ( $\chi^2_t$ ) ( $33,803 > 3,841$ ), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces se concluye que hay relación entre violencia psicológica y depresión post-parto.

**4.3.2 SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA: análisis estadístico relacional entre violencia física y depresión post-parto de las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.**

H<sub>0</sub>.: **La Violencia Física** no influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

H<sub>2</sub>.: **La violencia Física** influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL ENTRE VIOLENCIA FÍSICA Y  
DEPRESIÓN POST – PARTO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA**

**TABLA 14**

**SEGÚN VIOLENCIA FÍSICA Y DEPRESIÓN POST-PARTO**

<b>VIOLENCIA FÍSICA</b>	<b>DEPRESIÓN POST-PARTO</b>				<b>TOTAL</b>	
	<b>SÍ</b>		<b>NO</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	72	19,1%	3	0,8%	75	19,9%
<b>No</b>	217	57,7%	84	22,3%	301	80,1%
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>76,9%</b>	<b>87</b>	<b>23,1%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

## Prueba estadística de chi – cuadrado

- **Tipo de prueba**

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- **Nivel de significación de la prueba**

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba**

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) ( F-1 )**

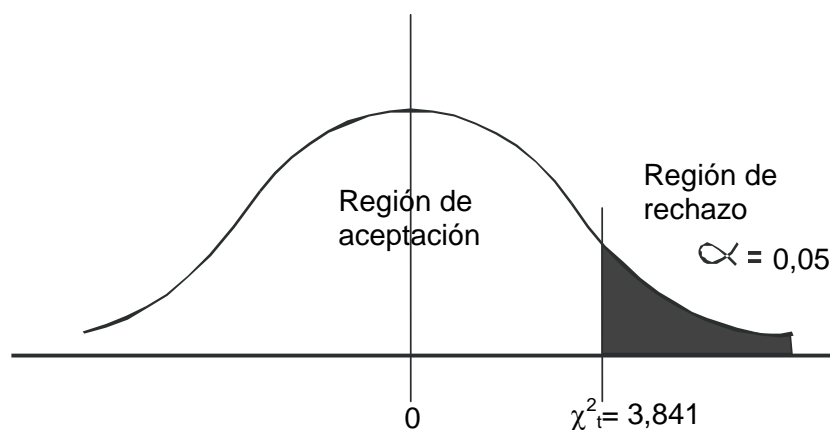
$$Gl = (2 - 1) * (2 - 1)$$

$$Gl = 1$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 3,841$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

<b>Celdas</b>	<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo-Fe</b>	<b>(Fo-Fe)<sup>2</sup></b>	<b>(Fo-Fe)<sup>2</sup>/Fe</b>
<b>1</b>	72	57,65	14,35	206,03	3,574
<b>2</b>	217	231,35	-14,35	206,03	0,891
<b>3</b>	3	17,35	-14,35	206,03	11,872
<b>4</b>	84	69,65	14,35	206,03	2,958
<b>TOTAL</b>	376	376	0,00	824,12	19,295

$$\sum (Fo - Fe)^2$$

$$\chi^2_c = \text{-----}$$

Fe

$$\chi^2_c = 19,295$$

- **Regla de decisión**

Si  $\chi^2_c \leq \chi^2_t$  : **Se Acepta la H<sub>0</sub>**

Si  $\chi^2_c > \chi^2_t$  : **Se rechaza la H<sub>0</sub>**

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 19,295$$

$$\chi^2_t = 3,841 \quad \alpha = 0,05$$

**Conclusión.-** Como el estadístico chi-cuadrado calculado ( $\chi^2_c$ ) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla ( $\chi^2_t$ ) ( $19,295 > 3,841$ ), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces, se concluye que hay relación entre violencia física y depresión post-parto.



**4.3.3 TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA: análisis estadístico relacional entre violencia sexual y depresión post-parto de las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.**

H<sub>0</sub>.: **La Violencia Sexual** no influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

H<sub>3</sub>.: **La Violencia Sexual** influye significativamente en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL ENTRE VIOLENCIA SEXUAL  
Y DEPRESIÓN POST – PARTO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA**

**TABLA 15**

**SEGÚN VIOLENCIA SEXUAL Y DEPRESIÓN POST-PARTO**

VIOLENCIA SEXUAL	DEPRESIÓN POSTPARTO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	54	14,4%	2	0,5%	56	14,9%
No	235	62,5%	85	22,6%	320	85,1%
Total	289	76,9%	87	23,1%	376	100,0%

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

## Prueba estadística de chi - cuadrado

- **Tipo de prueba**

Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.

- **Nivel de significación de la prueba**

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba**

Se utilizará la distribución muestral chi - cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) ( F-1 )**

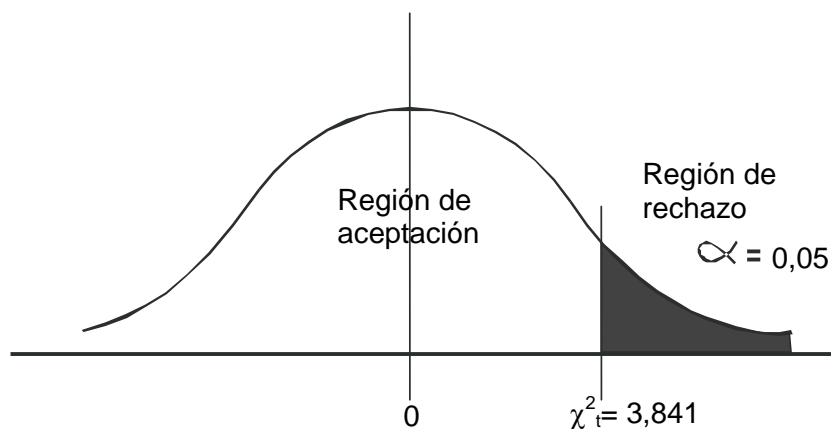
$$Gl = (2 - 1) * (2 - 1)$$

$$Gl = 1$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 3,841$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

<b>Celdas</b>	<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo-Fe</b>	<b>(Fo-Fe)<sup>2</sup></b>	<b>(Fo-Fe)<sup>2</sup>/Fe</b>
<b>1</b>	54	43,04	10,96	120,07	2,789
<b>2</b>	235	245,96	-10,96	120,07	0,488
<b>3</b>	2	12,96	-10,96	120,07	9,266
<b>4</b>	85	74,04	10,96	120,07	1,622
<b>TOTAL</b>	376	376	0,00	480,26	14,165

$$\sum (Fo - Fe)^2$$

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Fe

$$\chi^2_c = 14,165$$

- **Regla de decisión**

Si  $\chi^2_c \leq \chi^2_t$  : **Se Acepta la H<sub>0</sub>**

Si  $\chi^2_c > \chi^2_t$  : **Se rechaza la H<sub>0</sub>**

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 14,165$$

$$\chi^2_t = 3,841 \quad \alpha = 0,05$$

**CONCLUSIÓN.-** Como el estadístico chi-cuadrado calculado ( $\chi^2_c$ ) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla ( $\chi^2_t$ ) ( $14,165 > 3,841$ ), entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95 %, entonces, se concluye que hay relación entre violencia sexual y la depresión post-parto.

## DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró que la violencia basada en género sí influye en la depresión post-parto, en comparación con otros estudios se muestra resultados semejantes:

La edad promedio de las madres puérperas en la muestra varían de 21 a 27 años, según Aramburú y cols (2008), que coincide con las edades encontradas en diferentes países como Colombia y Chile (25,6 años); España, Portugal (28 años), Inglaterra y Suiza (29,7 años) y Perú (25-27 años). Según Latirgue y cols (2008), la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en los varones. De hecho, mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral.

Respecto al nivel de estado socio económico el mayor porcentaje de puérperas tienen un nivel de estado socio económico medio (68,9 %), en cuanto al estado civil se encontró que el 73,4 % de las puérperas conviven, el 12,5 % son casadas, el 10,1 % son solteras, el 2,7 % son separadas o divorciadas y el 1,3 % son viudas. Un 46,8 % estudiaron hasta la secundaria completa. Y más del 50 % de las puérperas no planificaron su embarazo. Respecto al tipo de parto fue vaginal en un 65,2

% y el 34,8 % fue parto cesárea y en un 81,1% de las puérperas son primíparas y un 18,9 % de las puérperas son multíparas.

Se encontró que el 76,9% de las puérperas presentaron dicha patología (depresión post-parto) y el 23,1 % no presentaron depresión post-parto respectivamente.

Con respecto a las cifras de casos de VBG se detectó que de las participantes del estudio fueron víctimas de diferentes tipos de violencia en algún momento de su vida. Encontrando que el 46,8 % fue víctima de violencia psicológica, el 19,9 % sufrió violencia física y el 14,6% fueron víctimas de violencia sexual.

La literatura mundial reporta que existe una prevalencia de depresión post-parto oscilante entre el 10 % - 20 % de las mujeres en el puerperio tardío tal como la tasa de presentación encontrada en en presente estudio que fue del 17 % (6).

Según escobar (2008), se detectó que el 51 % de las mujeres han sido víctimas de violencia basada en género, siendo la más frecuente la violencia psicológica, la tasa de depresión post-parto fue de 17 % con una media de 7,5 +/- 5. Por tanto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre depresión post-parto y violencia basada en género. Por tanto, se calculó que existe un riesgo elevado de

sufrir depresión post-parto en aquellas mujeres que han sido víctimas de violencia basada en género.

Según Ramirez Bonilla (2012) concluye que: el 54 % de las pacientes fueron maltratadas y un 17 % sufrió violencia física y el 33 % de las pacientes presentaron depresión post-parto. Por tanto, en comparación con el presente trabajo de investigación hay una correlación positiva entre violencia basada en género y depresión post-parto.

El 75 % de las víctimas son mujeres y en el 23 % restante la violencia es cruzada. En Argentina se estima que el 25 % de las mujeres sufre regularmente violencia basada en género, y el 50 % pasará por alguna situación de violencia en algún momento de su vida. Una de cada nueve mujeres que consultan a un servicio de emergencia reportan violencia física. Según Rhonda Small (2010), (10)

Se encontró una prevalencia del test positivo del 91 %, con una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV. Según Urdaneta y cols (2011)

En conclusión, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de Depresión Post-Parto y los de Violencia Basada en Género; así mismo, se calculó que existe un riesgo elevado de



sufrir depresión post-parto en aquellas mujeres que habían sido víctimas de la violencia basada en género.

Según Valderrama (2010), se encontró una prevalencia del 17,1 % de depresión post-parto entre las evaluadas y los mayores porcentajes se da en puérperas con satisfacción familiar regular con un 33,34 % según satisfacción familiar percibida también se evidenció que más del 50 % de las puérperas son primigestas. Por tanto, a diferencia del presente trabajo de investigación se encontró el 76,9 % de pacientes que sí han sufrido depresión post-parto.

Según Flora Tristán, existe una población estimada en 27 millones, de la cual el 50,1 % son mujeres. La violencia basada en género representa la mitad de las muertes violentas de mujeres en el mundo. Entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez, el 15 % en Lima y 28 % en Cusco habían sufrido violencia física en por lo menos un embarazo. De estas, un tercio en Lima y más de la mitad en Cusco, habían sido golpeados con el pie o con el puño en el abdomen. En prácticamente todos los casos el autor de hechos había sido el padre del hijo que llevaba la mujer (19).

Según Tejada (2009), la incidencia de madres adolescentes fue 14,17 %. La incidencia de depresión post-parto usando la escala de

Edimburgo en madres adolescentes fue 51,1 %. En comparación con el presente estudio la depresión post-parto en madres primíparas alcanzó niveles elevados. Por tanto, se debe explorar este diagnóstico en todas las puérperas adolescentes.

## CONCLUSIONES

- El perfil epidemiológico y obstétrico que influyen en la depresión post-parto en las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014 son:

La edad más frecuente es de 21 – 27 años y 28 a 35 años con 37,2 % y 30,9 %; el 68,9 % tiene un nivel socioeconómico medio; la gran mayoría de puérperas tienen una relación estable (el 73,4 % son convivientes y el 12,5 % son casadas); menos del 50 % estudiaron la secundaria (secundaria completa un 46,8 % y 16,5 % secundaria incompleta) y en un menor porcentaje no tuvieron grado de instrucción que equivale a 2,6 %; el 56,1 % no planificaron su embarazo; el 65,2 % de puérperas su parto fue por vía vaginal y el 34,8 % fue por cesárea;

El 81,1 % de puérperas son primíparas y el 18,9 % son multíparas.

- La violencia psicológica que es de un 46,80 % en 176 casos de un total de 376 casos; encontrándose que influye significativamente en la depresión post-parto en las mujeres puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

- La violencia física que es de un 19,90 % en 75 casos de un total de 376 casos; encontrándose que influye significativamente en la depresión post-parto en las mujeres puérperas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.
- La violencia sexual que es de un 14,9 % en 56 casos de un total de 376 casos; encontrándose que influye significativamente en la depresión post-parto en las mujeres puérperas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.
- La incidencia de la violencia basada en género es del 81,60 % en 307 casos de un total de 376 casos; que influye en la depresión post-parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.
- Para concluir se tiene como resultado final, que la violencia se encontró un alto porcentaje de influencia para que se presente la depresión en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.

## RECOMENDACIONES

- Como personal de salud estamos obligados a realizar un análisis de las causas, factores de riesgo o antecedentes maternos que pueden condicionar a la depresión post-parto y tomar las medidas que estén a nuestro alcance para reducirla, actuando sobre los factores de riesgo en los cuales podemos influir, en cada caso se debe establecer su pronóstico realizando adecuadamente la ficha de tamizaje de violencia.
- Continuar con los estudios de investigación en toda nuestra región, que permitan conocer a profundidad los factores que influyen en la violencia basada en género y por consecuencia, en la depresión post-parto y así poder colaborar en la disminución de casos de depresión post-parto para formular planes de intervención regional en el sector salud.
- Capacitar al personal de salud de los establecimientos de salud en la detección precoz de violencia basada en género.
- Empoderar a las mujeres mediante actividades educativas para evitar la violencia basada en género y depresión post parto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENITEZ GUERRA, GIDDER, PEÑA, ALEJANDRA Y PEÑA, DENISE. *Violencia contra la mujer durante el embarazo, resumen de casos.* Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 2002, pág. vol.64. n4.
2. FERNANDEZ MATEOS, LUZ Y SANCHEZ CABACO, ANTONIO. *La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculacion afectiva prenatal.*, Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental, 2007, págs. 2-3.
3. RÍOS RIAL B, GARCÍA-NOBLEJAS SÁNCHEZ- MIGALLÓN J, SÁNCHEZ CUBAS S. *Depresión post-parto en: Transtornos depresivos en la mujer.* depresión en patologías orgánicas, 1999, págs. 12-26.
4. ARAMBURU, PILAR, ARELLANO, ROSALYN Y JAÚREGUI, SANDRA Y COLS. *Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004.* 2008, Rev. Perú. epidemiol. Vol 12 No, págs. 1-4.

5. ESCOBAR MONTALVO, Juan manuel. *Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolome Lima - Perú*. Perú : s.n., 2008, págs. 12-17.
6. LATIRGUE, TERESA, Y COLS. *Depresión en la etapa perinatal*. Mexico : Instituto nacional de Perinatología, 2008, Vol. 22 n°2.
7. BARRA, Francisco y BARRA, Luis y cols. *Depresión Postparto, hacia un tratamiento integral*. Actualizaciones en psicoterapia integrativa. Publicado en Instituto Chileno de Psicoterapia integrativa, 2009,págs. vol. 77-78.
8. PODESTA LOPEZ, Loreto. *Desarrollo psicomotor en hijos de mujeres con depresión postparto*. Chile : universidad de la frontera, 2008.
9. COLLADO Y COLS. *Depresión post-parto en pacientes entre las edades de 15 a 45 años de edad en el hospital de Gineco-obstetricia del instituto guatemalteco de seguridad social*. Guatemala. 2009)
10. RHONDA SMALL. *Association between depression and abuse by Partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey, Australia*. 2010.

11. GARCÍA, *Estudio médico-forense de la violencia de género: análisis de la calidad de los Partes de lesiones*”, realizado en Madrid. 2010.
12. URDANETA, Jose, RIVERA, Ana y GARCIA, Jose y cols. *Factores de riesgo de depresión post parto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de edimburgo*. venezuela : Rev. chil. obstet. ginecol. , 2011, Vols. vol.76, nº2.
13. SOARES TEIXEIRA, Florhela. *la depresión posnatal en las mujeres: etiología y consecuencias psicosociales*. 2011, españa, págs. 40-42.
14. RAMÍREZ BONILLA, Edna Janneth, *Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de la depresión en el postparto..* colombia : s.n., 2012.
15. VALDERRAMA GONZALES, José. *Prevalencia de depresión posparto en puérperas del CSMI Laredo, febrero- abril*. Trujillo- Perú. : s.n., 2010.
16. PAIMA PEÑA, Jesús y VÁSQUEZ JARA, Ruth Isabel. *Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el instituto nacional materno perinatal*. Perú : s.n., 2011.



17. GOMEZ, Lorena. *Representaciones maternas en madres primerizas que presentan sintomatología depresiva postparto*. Perú : s.n., 2011.
18. MURUAGA LÓPEZ DE G. *La Depresión Posparto una forma de Depresión de Género*. UEREÑU, Soledad. Lima : s.n., 2012.
19. F. FLORA TRISTÁN, *Centro de la Mujer Peruana, la violencia contra la mujer: feminicidio en el Perú*. Lima, octubre. 2011.
20. TEJADA, *Factores psicosociales asociados y detección de depresión post- parto usando la escala de Edimburgo en madres adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú*. 2009.
21. MINSA. *Guía técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género*. 5-10, 2007.
22. MENDEZ, H, y otros. *Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del seguro social*. 2002, *Revista de salud publica de México*, págs. 45; 472-482.
23. ARTILES, *Salud y violencia de género en: salud y cotidianidad*. la Habana, 1998, págs. 24-25.

24. CONSAVIG. *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer: Convención de Belem Do Pará*. 2013.
25. GAO, L., CHAN, S. W., & MAO, Q. *Depression, perceived stress, and social support* . 2009.
26. KOZINSZKY, Z., DUDAS, R.B., CSATORDAI, S., DEVOSA, I., TÓTH, E., SZABÓ, *Depresion postparto, ...Pál, A.* 2011.
27. LOBATO, G., MORAES, C.L, DIAS, A.S. & REICHENHEIM, M.E. *Postpartum depression*. 2011.
28. MANCHADO RAMIREZ, F, Y OTROS.. *Depresión puerperal. factores relacionados, atención primaria*. 1997, págs. 66-161.
29. May, *The Harvard Medical School Mental Health Letter. postpartum disorders*. 1989.
30. ROMERO, Sebastian, BLAZQUEZ, Martin y cols, *Zamarriego depresión post parto en el area de salud de Toledo. Atec primaria. y.* 1999, págs. 215 -219.
31. MUÑOZ, Ana. *Depresión post parto. s.l. : cepvi.com, 2011.*

32. ALVARADO, CANALES F. *Metodología de la investigación manual para el desarrollo de personal de salud*. 1980.

33. J.L. COX, J.M. HOLDEN, R. SAGOVSKY. *Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh*. *Revista Británica de Psiquiatría*, 1987, pág. Volumen 150.

**ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA MADRE:

1. Edad de la madre:.....años
2. Nivel de estado socioeconómico ( por activos: autos, tv, refrigeradoras y teléfono)
  - a) Alto
  - b) Medio
  - c) Bajo
3. Estado civil:
  - a) Soltera
  - b) Conviviente
  - c) Casada
  - d) Separada o divorciada
  - e) Viuda
4. Nivel educativo:
  - a) Sin grado de instrucción
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Superior

5. Planificación del embarazo: sí ( ) no( )

6. Tipo de parto:

a) vaginal

b) cesárea

7. Paridad:

a) Primíparas

b) Multíparas

## ANEXO N° 02

### CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

*En los últimos 7 días:*

**1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas**

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos
- d) No, no he podido

**2. He mirado el futuro con placer**

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacer
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien**

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

**5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, nada

**6. Las cosas me oprimen o agobian:**

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

**7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir**

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada



**8. Me he sentido triste y desgraciada**

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

**9. He sido tan infeliz que he estado llorando**

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma**

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

## ANEXO N°. 03

### FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, en este Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema. Es muy importante que Ud. sea sincera en sus respuestas porque esta situación de violencia (que a veces es de un esposo o compañero) puede ser solucionada. Lo que Ud. nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

1. **VIOLENCIA PSICOLÓGICA:** ¿se sintió alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo? (ejemplos: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada o aislada, etc.)    Sí ( )    no ( )
2. **VIOLENCIA FÍSICA:** ¿alguna vez tu esposo o compañero le causó daño físico? (ejemplos: golpes, cortes, quemaduras, etc.)  
Sí ( )    no ( )
3. **VIOLENCIA SEXUAL:** ¿en algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?    Sí ( )    no ( )

## ANEXO N° 04

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN POST-PARTO EN LAS MUJERES PUÉRPERAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA – PERÚ.

AGOSTO - SETIEMBRE 2014

Yo,.....identificada con DNI....., domiciliada en .....

He sido informada de los objetivos del estudio “*VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN POST-PARTO EN LAS MUJERES PUÉRPERAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA*” , cuyos resultados nos permitirán conocer el número de mujeres que luego de dar a luz presentan síntomas depresivos y si la violencia contra Ud. antes durante o después del parto se relaciona con esos síntomas depresivos; así mismo, el equipo investigador garantiza un cuidadoso manejo de la información recabada garantizando la privacidad de todas las participantes del estudio. Teniendo conocimiento de los propósitos y la forma del manejo de la información acepto participar voluntariamente en el presente estudio. Así mismo, en cualquier momento podré voluntariamente retirarme del estudio sin perjuicio de la atención que recibiré en el INMP.

.....

Firma del paciente

**ANEXO N° 05**  
**CUADROS DE RESPUESTAS A CUESTIONARIOS**

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO RELACIONAL VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y LA DEPRESIÓN POST-PARTO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA.**

**TABLA 01**  
**EDAD Y DEPRESIÓN POST-PARTO**

<b>DEPRESIÓN POSTPARTO</b>	<b>EDAD</b>								<b>TOTAL</b>	
	<b>14-22</b>		<b>23-31</b>		<b>32-40</b>		<b>41-49</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	72	19,1%	137	36,4%	70	18,6%	10	2,7%	289	76,9%
No	30	8,0%	36	9,6%	20	5,3%	1	0,3%	87	23,1%
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>27,1%</b>	<b>173</b>	<b>46,0%</b>	<b>90</b>	<b>23,9%</b>	<b>11</b>	<b>2,9%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**TABLA 02**  
**ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST - PARTO**

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN POST-PARTO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	30	8,0%	8	2,1%	38	10,1%
Conviviente	207	55,1%	69	18,4%	276	73,4%
Casada	39	10,4%	8	2,1%	47	12,5%
Separada o Divorciada	8	2,1%	2	0,5%	10	2,7%
Viuda	5	1,3%	0	0,0%	5	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>76,9%</b>	<b>87</b>	<b>23,1%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**TABLA 03**  
**ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN POST - PARTO**

NIVEL EDUCATIVO	DEPRESIÓN POST-PARTO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Grado de instrucción	6	1,60%	0	0,00%	6	1,60%
Primaria incompleta	37	9,84%	4	1,06%	41	10,90%
Primaria completa	51	13,56%	11	2,93%	62	16,49%
Secundaria completa	131	34,84%	45	11,97%	176	46,81%
Secundaria incompleta	31	8,24%	7	1,86%	38	10,11%
Superior incompleta	13	3,46%	8	2,13%	21	5,59%
Superior completa	4	1,06%	4	1,06%	8	2,13%
Superior técnico incompleto	7	1,86%	6	1,60%	13	3,46%
Superior técnico completo	9	2,39%	2	0,53%	11	2,93%
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>76,86%</b>	<b>87</b>	<b>23,14%</b>	<b>376</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**TABLA 04**  
**PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO Y DEPRESIÓN POST-PARTO**

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	DEPRESIÓN POST-PARTO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí	122	32,4%	43	11,4%	165	43,9%
No	167	44,4%	44	11,7%	211	56,1%
<b>TOTAL</b>	<b>289</b>	<b>76,9%</b>	<b>87</b>	<b>23,1%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**TABLA 05**  
**PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO Y DEPRESIÓN POST - PARTO**

ESTADO SOCIOECONÓMICO	VIOLENCIA PSICOLÓGICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	5	1,3%	1	0,3%	6	1,6%
Medio	110	29,3%	149	39,6%	259	68,9%
Bajo	61	16,2%	50	13,3%	111	29,5%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>46,8%</b>	<b>200</b>	<b>53,2%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

**TABLA 06**  
**ESTADO CIVIL Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

ESTADO CIVIL	VIOLENCIA PSICOLÓGICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	23	6,1%	15	4,0%	38	10,1%
Conviviente	120	31,9%	156	41,5%	276	73,4%
Casada	23	6,1%	24	6,4%	47	12,5%
Separada o divorciada	7	1,9%	3	0,8%	10	2,7%
Viuda	3	0,8%	2	0,5%	5	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>46,8%</b>	<b>200</b>	<b>53,2%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*



**TABLA 07**  
**ESTADO SOCIOECONÓMICO Y VIOLENCIA FÍSICA**

Estado Socioeconómico	Violencia Física				Total	
	Sí		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	0	0,0%	6	1,6%	6	1,6%
Medio	46	12,2%	213	56,6%	259	68,9%
Bajo	29	7,7%	82	21,8%	111	29,5%
Total	75	19,9%	301	80,1%	376	100,0%

**Fuente:** Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014

**TABLA 08**  
**EDAD Y VIOLENCIA SEXUAL**

EDAD	Violencia Sexual				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
14-22	9	2,4%	93	24,7%	102	27,1%
23-31	34	9,0%	139	37,0%	173	46,0%
32-40	10	2,7%	80	21,3%	90	23,9%
41-49	3	0,8%	8	2,1%	11	2,9%
Total	56	14.9%	320	85.1%	376	100.0%

**Fuente:** Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014

**TABLA 08**  
**EDAD Y VIOLENCIA SEXUAL**

NIVEL EDUCATIVO	VIOLENCIA SEXUAL				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Grado de instrucción	1	0,3%	5	1,3%	6	1.6%
Primaria completa	15	4,0%	26	6,9%	41	10.9%
Secundaria incompleta	3	0,8%	59	15,7%	62	16.5%
Secundaria completa	20	5,3%	156	41,5%	176	46,8%
Superior incompleta	8	2,1%	30	8,0%	38	10,1%
Superior completa	3	0,8%	18	4,8%	21	5,6%
Superior técnico completo	0	0,0%	8	2,1%	8	2,1%
Superior técnico incompleto	2	0,5%	11	2,9%	13	3,5%
Primaria incompleta	4	1,1%	7	1,9%	11	2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>14,9%</b>	<b>320</b>	<b>85,1%</b>	<b>376</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Encuesta aplicada en el INMP/LIMA, 2014*

## ANEXO N° 06: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### TÍTULO: 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.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	BIBLIOGRAFÍA
<p><b>GENERALES</b></p> <p>¿En qué medida la violencia basada en género influye en la depresión post-parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014?</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>¿En qué medida la violencia psicológica influye la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima?</p> <p>¿En qué medida la violencia física influye la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima?</p> <p>¿En qué medida la Violencia Sexual influye la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima?</p>	<p><b>GENERALES</b></p> <p>Determinar en qué medida la Violencia Basada en Género influye en la Depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>a. Establecer el perfil epidemiológico y obstétrico de las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>b. Describir la Violencia Psicológica y su influencia en la Depresión Post – Parto en las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>c. Identificar la Violencia Física y su influencia en la Depresión Post – Parto en las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>d. Determinar la Violencia Sexual y su influencia en la Depresión Post – Parto en las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p>	<p><b>GENERALES</b></p> <p>H0. La violencia basada en género no influye significativamente en la depresión Post-Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.</p> <p>H1. La violencia basada en género influye significativamente en la depresión Post Parto en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2014.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>H<sub>0</sub>: <b>La Violencia Psicológica</b> no influye significativamente en la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>H<sub>1</sub>: <b>La Violencia Psicológica</b> influye significativamente en la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>H<sub>0</sub>: <b>La Violencia Física</b> no influye significativamente en la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>H<sub>2</sub>: <b>La violencia Física</b> influye significativamente en la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>H<sub>0</sub>: <b>La Violencia Sexual</b> no influye significativamente en la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p> <p>H<sub>3</sub>: <b>La Violencia Sexual</b> influye significativamente en la Depresión Post – Parto en las pacientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.</p>	<p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</b></p> <p>La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, Correlacional, prospectivo y de corte transversal.</p> <p><b>POBLACIÓN DE ESTUDIO.</b></p> <p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población objetivo estuvo constituida por el total de puérperas que fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (N=16,972).</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>Está formada por 376 puérperas dentro del grupo de estudio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BENITEZ GUERRA, Gidder; PEÑA, Alejandra; PEÑA, Denise. “<i>violencia contra la mujer durante el embarazo, resumen de casos</i>”. Hospital Universitario de Caracas entre 1997 y 2002. Canadá, 2002.</li> <li>- PEREZ ROMERO, Ramona Elizabeth. “<i>Informe final de investigación sobre violencia contra las mujeres indígenas</i>”, Quetzaltenango, Guatemala. 2007.</li> <li>- <i>Problemas sociales de salud prevalentes</i>, Ministerio de Salud, Programa médicos comunitarios: equipo de salud del primer nivel de atención. 2010.</li> <li>- ESCOBAR MONTALVO, Juan Manuel. “<i>Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé</i>”. Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú, 2008.</li> </ul>