**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**TEMA:**

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES DE UN PUESTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA**

**BACHILLERES:**

**Mori Mariñas, Aurora Karina**

**Rospigliosi Montero, Carlos Alfonso**

**ASESOR:**

**Mg. Carlos Alberto Quispe Molocho**

**Cajamarca, agosto del 2020**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**TEMA:**

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES DE UN PUESTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA**

**BACHILLERES:**

**Mori Mariñas, Aurora Karina**

**Rospigliosi Montero, Carlos Alfonso**

**ASESOR:**

**Mg. Carlos Alberto Quispe Molocho**

**Cajamarca, agosto del 2020**

COPYRIGHT © 2020 by

**Mori Mariñas, Aurora Karina**

**Rospigliosi Montero, Carlos Alfonso**

Todos los derechos reservados

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**

**APROBACIÓN DE TESIS PARA ADQURIR EL TÍTULO PROFESIONAL**

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES DE UN PUESTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA**

**Presidente: Mg. Gianina Esther Calderón Pérez**

**Secretaria: Dra. Liz Verónica Álvarez Cabanillas**

**Asesor: Mg. Carlos Alberto Quispe Molocho**

**DEDICATORIA**

A: Elsa Montero por todo su apoyo, dedicación y consagración durante toda mi vida, a Janett Aquino por ser mi compañera, amiga y eterna enamorada; a Sebastián, Javier y Gabriela por ser la razón de mi vida…

**Carlos Alfonso**

A: Mis padres Luis y Rosaura, por el apoyo incondicional que siempre me brindan y a mis hijos Eduardo y David que son el motor de mi vida y mi mejor proyecto.

**Aurora Karina**

# **AGRADECIMIENTO**

* A la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo y a los docentes por sus conocimientos brindados para una mejor formación profesional.
* A mi asesor Mg. Carlos Alberto Quispe Molocho por su apoyo y motivación, para la elaboración de la presente investigación.
* Al director del centro de salud donde se realizó dicha investigación.
* A las madres gestantes por todo el apoyo para cumplir nuestro objetivo de la investigación.

**RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca. El diseño que se empleó fue descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 103 mujeres gestantes que fueron atendidas en un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca y la muestra estuvo conformada por 70 gestantes que fueron atendidas en un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca. Los resultados arrojaron que si existe relación entre las variables de estudio es significativa al 0,738 la correlación es significativa en el nivel 0,01, con el 88,6% de las gestantes encuestadas señalan haber sido víctimas de algún acto de violencia psicológica por parte de su pareja, con respecto al nivel de depresión en mujeres gestantes se tiene que el 27% presenta depresión y con 73% no presenta, según los niveles de instrucción básica se tiene que el 95,7% con un nivel bajo presenta mayor violencia y depresión, siendo el 83,3% han tenido un embarazo no planificado recurrente a la violencia psicológica.

**PALABRAS CLAVES:** violencia psicológica y depresión.

# **ABSTRACT**

The present research aimed to determine the relationship between psychological violence and depression in pregnant women from a health post in the city of Cajamarca. The design used was descriptive, correlational and cross-sectional. The population consisted of 103 pregnant women who were treated at the health post in the city of Cajamarca and the sample was made up of 70 pregnant women who were treated at a health post in the city of Cajamarca. The results showed that if there is a relationship between the study variables, it is significant at 0.738, the correlation is significant at the 0.01 level, with 88.6% of the pregnant women surveyed indicating having been victims of some act of psychological violence by your partner, with respect to the level of depression in pregnant women, 27% have depression and 73% do not, according to the levels of basic education, 95.7% with a low level have greater violence and depression , being 83.3% have had an unplanned pregnancy recurrent to psychological violence.

**KEY WORDS**: psychological violence and depression

INDICE

Items Pag.

[AGRADECIMIENTO ix](#_Toc48679396)

[RESUMEN x](#_Toc48679397)

[ABSTRACT 1](#_Toc48679398)

[LISTA DE TABLAS 4](#_Toc48679399)

[INTRODUCCIÓN 6](#_Toc48679402)

[CAPITULO I 7](#_Toc48679403)

[PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN 7](#_Toc48679404)

[**1.1.** **Planteamiento del problema** 8](#_Toc48679405)

[**1.2.** **Formulación del Problema** 10](#_Toc48679406)

[**1.3.** **Objetivos de la investigación** 10](#_Toc48679407)

[**1.3.1.** **Objetivo General** 10](#_Toc48679408)

[**1.3.2.** **Objetivos Específicos** 10](#_Toc48679409)

[**1.4.** **Hipótesis de investigación** 11](#_Toc48679410)

[**1.4.1.** **Hipótesis General** 11](#_Toc48679411)

[**1.5.** **Operacionalización de Variables** 12](#_Toc48679412)

[**1.6.** **Justificación de la investigación:** 13](#_Toc48679415)

[CAPITULO II 14](#_Toc48679416)

[MARCO TEÓRICO 14](#_Toc48679417)

[**2.1. Antecedentes de la Investigación** 15](#_Toc48679418)

[**2.1.1. Internacionales** 15](#_Toc48679419)

[**2.1.2. Nacionales** 21](#_Toc48679420)

[**2.2. Bases Teóricas** 24](#_Toc48679421)

[CAPITULO III 3](#_Toc48679422)4

[MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 3](#_Toc48679423)4

[**3.1. Tipo de investigación** 3](#_Toc48679424)5

[**3.2.** **Diseño de investigación** 3](#_Toc48679425)5

[**3.3.** **Población, muestra, criterios de inclusión, exclusión y unidad de análisis** 3](#_Toc48679426)6

[**3.3.1.** **Población** 3](#_Toc48679427)6

[**3.3.2.** **Muestra** 3](#_Toc48679428)6

[**3.3.3.** **Criterios de inclusión** 3](#_Toc48679429)6

[**3.3.4.** **Criterios de exclusión** 3](#_Toc48679430)6

[**3.3.5.** **Unidad de análisis** 3](#_Toc48679432)7

[**3.4.** **Técnicas e Instrumentos de recolección de datos** 3](#_Toc48679434)7

[**3.4.1.** **Instrumentos de recolección de datos** 3](#_Toc48679436)7

[**3.5.** **Procedimiento de recolección de datos** 4](#_Toc48679437)2

[**3.6.** **Análisis de datos** 4](#_Toc48679439)2

[**3.7.** **Consideraciones éticas** 4](#_Toc48679440)2

[CAPITULO IV 4](#_Toc48679442)5

[RESULTADOS Y DISCUSIÓN 4](#_Toc48679443)5

[**4.1. Análisis de resultados** 4](#_Toc48679444)6

[**4.2. Discusión de resultados** 50](#_Toc48679446)

[CAPITULO V 5](#_Toc48679447)4

[CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 5](#_Toc48679448)4

[**5.1. Conclusiones** 5](#_Toc48679449)5

[**5.2. Recomendaciones** 5](#_Toc48679450)6

[REFERENCIAS 5](#_Toc48679451)7

# **LISTA DE TABLAS**

Items Pag.

Tabla 1: Operacionalización de las variables………………………….……………….12

Tabla 2: Prevalencia de la violencia psicológica según la variable nivel de estudios.…44

Tabla 3: Prevalencia de la depresión según la variable nivel de estudios………………44

Tabla 4: Gestantes que presentan algún acto de violencia psicológica por parte de sus parejas según variable tipo de embarazo………..………………………………………45

Tabla 5: Gestantes que presentan depresión según variable tipo de embarazo.…………45

Tabla 6: Relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca……………………………….…………….48

**LISTA DE FIGURAS**

Items Pag.

## Figura 1: Prevalencia de la violencia psicológica por parte de su actual o última pareja, en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca…………..…46

## Figura 2: Nivel de depresión que presentan las mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca……………………………………………………………47

**INTRODUCCIÓN**

La violencia y la depresión con el paso del tiempo ha ido incrementando, se genera normalmente en mujeres debido a que se encuentra expuesta a múltiples factores de riesgo, por tal motivo se vio por conveniente investigar la relación entre violencia psicológica y depresión en las madres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.

La presente investigación fue dividida por capítulos con el fin de entender mejor el desarrollo, tenemos:

El Capítulo I: Problema de investigación, se encuentra constituido por el planteamiento del problema, los objetivos tanto generales como específicos, justificación, hipótesis y la matriz de operacionalización

El Capítulo II: Marco Teórico, se encuentran antecedentes importantes dentro de los ámbitos: internacionales y nacionales; la fundamentación teórica.

El Capítulo III: Método de investigación, menciona el tipo y diseño de la investigación, los instrumentos utilizados, la población, muestra, unidad de análisis y el procedimiento de recolección y análisis de datos.

El Capítulo IV: Análisis y Discusión de resultados, se encuentra el análisis y discusión de resultados, se muestran los resultados y la discusión de los mismos teniendo en cuenta los objetivos, antecedentes y fundamentación teórica.

Por último, el Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, se encuentran las conclusiones y recomendaciones generales para la investigación

# **CAPITULO I**

# **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

* 1. **Planteamiento del problema**

Para Coronel, según estudios realizados “la depresión es un problema que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo y sociedad donde tiene mayor prevalencia en mujeres, se proyecta que para el año 2020 se convertirá en la primera causa de discapacidad en el mundo” (2014, p. 100).

Según Sumano, “la depresión es un síndrome que afecta al ser humano, que consiste en un conjunto de síntomas afectivos tales como la disminución del estado de ánimo, tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar y que afecta para afrontar sus factores externos donde vive y los síntomas de tipo cognitivo y somático como: falta de apetito, falta de energía y problemas de sueño”. (2014, p. 18)

Según Díaz una mujer gestante muestra indicadores más propensos sobre la depresión, porque en su edad fértil suele ser más vulnerable, especialmente en su periodo menstrual, en la etapa del embarazo la mujer presenta cambios hormonales. La Organización Mundial de la Salud señala que la depresión afecta a más del 15% de la población y 22% de las mujeres en edad fértil y estos porcentajes se van disminuyendo cuando la mujer llega a los 45 años de edad”. Durante el embarazo la mujer puede desarrollar algunas características sobre la depresión porque se encuentran expuestas a diversos factores de riesgo: violencia física y psicológica, no cuenta con el apoyo de su pareja, afrontar la situación de ser madre soltera, no planificar su embarazo, la falta de economía, tener a su cargo más hijos y embarazarse cuando no lo desea. (2013, p. 25)

La depresión en gestantes se da en diversos cambios en el aspecto conductual como: descuido y abandono de sí misma, cuando acude a sus diversos controles médicos no presenta buena apariencia, no cumple con las indicaciones de su médico, entra al consumo de alcohol y drogas. (Jedresic, 2010, p.84)

Según Sumano fuentes estadísticas mencionan en América Latina, el 29% de mujeres embarazadas presentaron un cuadro depresivo, en México el 14%, en Chile un 1% con trastorno depresivo mayor. En nuestro país Perú (2010) el 35% de mujeres en proceso de gestación atendidas en el Hospital Cayetano Heredia de la ciudad de Lima han sufrido de depresión y estudios realizados en el Instituto Nacional Materno perinatal de la ciudad de Lima (2009) el 40,1% de mujeres embarazadas presentaron depresión mayor. (2014, p. 50)

Según Hernández y Vega, manifiesta que la violencia hacia el sexo femenino en nuestros tiempos es un problema de salud pública y mundial que cada día va aumentando. En la actualidad 5 millones de mujeres al año son víctimas de violencia psicológica y física por parte de sus parejas, cabe indicar que el 50% al 60% son violadas sexualmente y 4,400 mujeres que son asesinadas a consecuencia de la violencia de sus parejas, sin embargo estos casos de violencia no son denunciados, debido a que se quedan en silencio, ninguna persona nota dicha violencia, es minimizado por la pareja, es negado por todos los miembros de la familia, el machismo cultural y por último es aceptada por las propias parejas y la sociedad. (2014, pp. 105-106)

Según OMS, el 20% de las mujeres han tenido violencia psicológica y abuso sexual, con el 10% al 50% de las agredidas reportan haber sido violentadas físicamente a través de golpes por parte de sus parejas en algún momento de su convivencia y el 3% al 20% han recibido golpes durante su embarazo. (29 de noviembre del 2017)

Según Hernández y Vega, en América Latina y el Caribe, cuatro de diez mujeres son violentadas por parte de sus parejas. En los últimos años dentro de la sociedad cientos de mujeres han sido secuestradas, violadas, asesinadas por sus parejas, este estudio señala que el índice de la violencia en zonas rurales y urbanas está entre 30% a 60%. La violencia hacia la mujer está presente en nuestra historia, sociedad y cultura, no discrepa la clase social, edad, cultura, religión y condición social, ser una víctima de violencia por parte de la pareja es vivir bajo amenaza constante y real de ser agredida, viven un estrés continuo y se asocia con la depresión y angustia, ocasionando una baja autoestima, aislamiento parcial o total y por ultimo llegar al destino final el suicido. Se ha demostrado que los casos de homicidio son más altos en mujeres violentadas durante el embarazo. (2014, pp. 209-213)

* 1. **Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca?

* 1. **Objetivos de la investigación** 
     1. **Objetivo General**

Determinar la relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.

* + 1. **Objetivos Específicos**
* Identificar la prevalencia de la violencia psicológica por parte de su actual o última pareja, en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.
* Identificar el nivel de depresión que presentan las mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.
* Comparar la prevalencia de la violencia psicológica y la depresión según las variables nivel de estudio y tipo de embarazo.
  1. **Hipótesis de investigación** 
     1. **Hipótesis General**

Na Existe una relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.

**Hipótesis nula**

H0 No Existe una relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.

* 1. **Operacionalización de Variables**

Tabla 1

*Operacionalización de variables*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Definición conceptual** | **Dimensiones** | **Indicadores – Categorías** | **Instrumentos** |
| Depresión en gestantes | Cuadro depresivo, porque aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna. (Murray y Cox 1990) | Depresión post natal leve  Depresión post natal sin psicosis  Depresión post natal psicótico. | Sí = Mayor a 10  No= Menor de 10 | Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) |
| Violencia psicológica | Los actos de críticas recurrentes y/o agresión verbal hacia la pareja, y/o actos de aislamiento y dominación hacia la pareja. Generalmente, tales acciones causan miedo o una autoestima muy baja. Calvete (2005) | Aislamiento hostil | 2,9,10.14 | Inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja de Esther Calvete, Susana Corral, Ana Estévez (2005) |
| Conductas de intimidación | 3,6,7,12,17 |
| Denigración | 4,5,11,1,5,16 |
| Conductas restrictivas | 1,8,13 |

* 1. **Justificación de la investigación:**

La depresión se está convirtiendo en un problema que está afectando a miles de personas en todo el mundo, sobre todo a las mujeres en edad fértil y durante el desarrollo de su embarazo, debido a que ellas están expuestas a factores de riesgo como: violencia conyugal, inadecuado apoyo emocional por parte de la pareja, ser madre soltera, la pobreza, economía baja, etc.

Desde una perspectiva metodológica la depresión y la violencia psicológica en mujeres gestantes produce efectos negativos: inadecuadas relaciones interpersonales, desarrollo de su vida diaria, lo cual influye en los patrones de crianza hacia sus hijos, es por ello, que es importante conocer su importancia y consecuencias para poder intervenir y evitar futuras anomalías en el nacimiento donde producirá un desequilibrio emocional a nivel personal, familiar, trabajo y social.

Esta investigación es importante ya que brindará información sobre la relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca. Así mismo, nos permitirá conocer con mayor profundidad la problemática de la violencia psicológica hacia las mujeres gestantes.

Con respecto a la parte social la presente investigación favorecerá como antecedente para aquellas personas que deseen realizar investigaciones futuras para la prevención que involucra a la violencia psicológica hacia las mujeres gestantes y tomar conciencia de las consecuencias que puede generar dicha violencia en éstas y así llegar de alguna manera a paliar los efectos nocivos de violencia que conduciría a un episodio depresivo y de mantener una buena relación entre la pareja.

# **CAPITULO II**

# **MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes de la Investigación**

### **2.1.1. Internacionales**

Ortega, (2001) realizó un estudio sobre prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatología y Reproducción Humana, en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas, el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión durante el último trimestre del embarazo y determinar la validez y confiabilidad de la escala de depresión perinatal de Edinburgh EPDS, la muestra fue de 360 mujeres. Los resultados fueron: en relación con la validez de constructo de la versión en español, se identificaron dos factores con valores superiores a 1, que dan cuenta que el 50,3% de la varianza total; el primer factor agrupo los reactivos 1, 2,7-10, que están más relacionados con los “sentimientos depresivos”; y el segundo factor, se integró con los reactivos 3-6, más relacionados con ansiedad y transición hacia la maternidad. Respecto de la confiabilidad, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.818 en la escala global, un alfa estandarizada de 0.822 y un coeficiente de 0.75, por un método de mitades de Guttman. En conclusión, se confirma la validez del constructo y la confiabilidad de la versión en español EPDS para evaluar sintomatología depresiva durante la gestación; la tasa de 21,7% de mujeres con probable depresión.

Picech y Flores, (2005) realizaron un estudio sobre depresión y embarazo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia: Hospital “Ángela Iglesia de Llano”, Argentina, el objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas. Fue un estudio epidemiológico descriptivo transversal, se realizó una encuesta voluntaria a 200 embarazadas que concurrieron a la consulta en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital Ángela I. Llano de la ciudad de Corrientes, en el período comprendido entre el 1/9/04 al 31/12/04. La encuesta tuvo dos partes: una en donde se recopilaban datos generales: edad materna, edad gestacional, patología del embarazo actual, tratamiento antidepresivo, estudios cursados. La segunda parte de la encuesta estaba formada por el test de Zung para evaluar la presencia de sintomatología depresiva. Esta escala cuantifica la frecuencia de los síntomas utilizando una escala 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre), el rango de puntuación es de 20-80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. Tomamos como punto de corte un valor de 40 puntos, para la detección de depresión. Resultados: de las 200 embarazadas encuestadas se obtuvo una prevalencia de 42 embarazadas (21%) con sintomatología depresiva. Conclusión: El porcentaje hallado (21%) es similar al encontrado por otros autores (26%).

Ceballos y Martínez, (2010) realizaron un estudio sobre la depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas – Méjico, el objetivo fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, las características epidemiológicas y factores asociados, en una unidad de primer nivel de atención médica. Métodos: estudio transversal comparativo con una muestra de 220 embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación. Se excluyeron aquellas con tratamiento psiquiátrico o depresivo en los seis meses previos al embarazo actual se utilizó la escala de Depresión perinatal de Edimburgo. Resultados: 6.4 % presentó depresión, una media de 26 años de edad y 21.4 % fue adolescente. La escolaridad máxima fue secundaria en 50 %, 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo, 21.4 % sin pareja, 35.7 % con depresión en la familia y 28.6 % con historia de tratamiento antidepresivo previo. Conclusiones: aun cuando en la población estudiada no existieron factores de riesgo como en una unidad de alta especialidad con servicio de perinatología, la frecuencia fue alta en comparación con población abierta, por lo que es importante realizar la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritara tratamiento, en las adolescentes embarazadas o con antecedente de hijos previos con peso bajo al nacer.

Díaz, y López, (2013) realizaron un estudio sobre la depresión y ansiedad en embarazadas – Venezuela. Se planteó analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio–agosto 2012. Se llevó a cabo un estudio correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas excluyendo aquellas con diagnóstico anterior de depresión o ansiedad, enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada, patologías de base: Diabetes mellitus tipo 1 y 2, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedades inmunológicas, cáncer, síndrome de Down e infecciones de transmisión sexual y pacientes con discapacidad, a quienes se aplicó los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad. El 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico IV. 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor, sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Se concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable. El 67,3% de las pacientes presentó algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la Escala de Hamilton y 66,1% algún nivel de depresión, siendo alarmante que 19,4% de estas últimas presentaron un cuadro de depresión severa o muy severa, lo cual refleja una tendencia al deterioro de la salud mental de las gestantes estudiadas.

Sumano y Vargas, (2014) realizaron un estudio sobre la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. Instituto Mexicano del Seguro Social y Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. México. Su objetivo fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas atendidas en una unidad de primer nivel, mediante un estudio descriptivo transversal prospectivo, utilizando la escala de depresión perinatal de Edinburgh. Según los resultados se encontró que el 14% de encuestadas presentó depresión. Los autores llegaron a la conclusión que mientras mayor grado de escolaridad, menor será el porcentaje de ellas que muestren depresión.

Cepeda y Méndez, (2011) realizaron un estudio sobre la violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Perinatología y Reproducción Humana, Méjico. La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que influye en la morbimortalidad materna y perinatal. Su objetivo fue establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. Material y métodos: Estudio de cohorte de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia). Se calcularon riesgos relativos, Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión lineal. Resultados: La violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de peso bajo (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal (residuos tipificados). Conclusión: La violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas).

Núñez y Rojas, (2003) realizaron un estudio sobre la violencia fisica, psicologica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al necer en Costa Rica, su objetivo fue determinar la prevalencia de la violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo y su asociación con el bajo peso al nacer. Los métodos fueron explorar la violencia sufrida por 118 embarazadas de la comunidad urbana marginal Finca San Juan, de Rincón Grande de Pavas, San José, Costa Rica, que dieron a luz entre septiembre de 1998 y noviembre de 1999. Se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas previamente validado. Mediante un modelo de regresión lineal múltiple se ajustaron las diferencias entre las medias del peso de los recién nacidos según las características de la madre (edad, años de estudio, condición conyugal, deseo del embarazo, hábitos nocivos, número de embarazos y partos previos, intervalo intergenésico, estatura, aumento total de peso durante el embarazo y enfermedades durante la gestación). Se utilizó un modelo de regresión logística para medir el efecto directo de la violencia sobre el bajo peso al nacer, así como un método no paramétrico para calcular la fracción atribuible en las mujeres expuestas. Los niños de madres que sufrieron actos de violencia pesaron como promedio 449,4 g menos (P < 0,001) que los de las mujeres que no habían estado expuestas a actos de violencia. Las primeras presentaron un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacer que las segundas (IC95%: 1,39 a 8,10). Las variables que se asociaron más estrechamente con el bajo peso al nacer fueron la violencia sufrida por la madre (asociación directa) y el aumento de peso de la madre durante la gestación (relación inversa). Las conclusiones fueron: indican la necesidad de investigar el tema más profundamente, instruir al personal de salud sobre la violencia hacia las mujeres como factor de riesgo reproductivo y conformar grupos de expertos en este tema con el fin de desarrollar protocolos especializados para la identificación temprana de embarazadas sometidas a algún tipo de agresión.

Christina, (2004) realizó un estudio sobre la relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia, el contexto es que la violencia contra la mujer en la pareja está estrechamente relacionada con una serie de problemas de salud reproductiva y mental. Sin embargo, la relación entre la violencia intrafamiliar y la capacidad de la mujer para controlar su fecundidad no ha sido adecuadamente analizada, especialmente en los países en desarrollo. Métodos: Se realizaron análisis de regresión logística multivariada con los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia, del año 2000, con el objeto de estudiar la relación entre la violencia conyugal y el embarazo no planeado, lo cual fue incluido como un indicador del grado del control que tenían las mujeres sobre su fecundidad. Asimismo, se estudiaron las diferencias regionales con respecto a esta relación y se calculó el riesgo atribuible poblacional. La muestra consistió en 3.431 mujeres casadas alguna vez, de entre 15 y 49 años, que hubieran dado a luz durante los últimos cinco años o que en ese momento estuvieran embarazadas. Resultados: El 55% de las entrevistadas habían tenido por lo menos un embarazo no planeado, y el 38% habían sido física o sexualmente abusadas por su pareja actual o más reciente. La razón de momios ajustada de haber tenido un embarazo no planeado fue significativamente más alta si la mujer había sido abusada física o sexualmente (razón de momios, 1,4); esta relación se observó en las regiones Atlántica y Central de Colombia (1,7 cada una), pero no fue significativa en otras regiones del país. Si se elimina la violencia contra la mujer en la pareja en Colombia se calcula que podrían evitar unos 32.523–44.986 embarazos no planeados por año. Conclusiones: Estos resultados señalan la necesidad de incluir la detección y el tratamiento de la violencia contra la mujer en los programas de salud reproductiva, de fomentar la participación del hombre en los programas de control de la fecundidad, y de mejorar la respuesta social y política ante la violencia intrafamiliar.

### **2.1.2. Nacionales**

Hinostroza y Lam, (2010), realizaron un estudio sobre los factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Su objetivo fue: determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales. Estudio observacional transversal analítico en tres hospitales Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Muestra probabilística de 593 gestantes. Se utilizó la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor. Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor. La EPDS es un cuestionario confiable y, posiblemente válido, para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor, y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada.

Paccori y Mercado, (2012) realizaron un estudio sobre los factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú. Su objetivo fue analizar los factores asociados a la depresión en gestantes. Diseño: Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. Métodos: Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. Resultados: Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema. Conclusiones: Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

Del Pilar Bao y Saona, (2010) realizaron un estudio en base a la prevalencia de depresión durante la gestación – Lima. Sus objetivos fueron estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. Material y Métodos: Entre los meses de marzo y julio del 2004, se incluyeron 203 pacientes embarazadas que acudían al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. Se registraron los datos personales, obstétricos, socioeconómicos y psiquiátricos de las gestantes, y se les aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Resultados: Un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EPDS > 13,5. La prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes, tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDS para el punto de corte 13,5, fue 22,25%. Se obtuvieron puntajes totales de EPDS con una media de 11,3 y una desviación estándar de 6,2. Los factores asociados a mayores niveles de depresión medidos con la EPDS fueron: ser soltera.

Contreras y Chacón, (2013) realizaron un estudio sobre las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Objetivos. Determinar las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. Materiales y métodos. Estudio transversal llevado a cabo en el INMP entre enero a marzo de 2010. Se trabajó con una muestra probabilística y un muestreo sistemático. La unidad de estudio fue toda adolescente hospitalizada después de la atención del parto y residente en Lima. Se realizó una entrevista semiestructurada. El antecedente de violencia se operacionalizó en: violencia verbal (insultos, ridiculizaciones, humillación); violencia física (jalones del brazo, jalones de los cabellos, empujones); agresión directa (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras), y violencia sexual (relaciones sexuales sin consentimiento). Resultados. Se incluyeron 292 madres adolescentes. La edad promedio fue de 16,5 ± 1 año. En cuanto a estado civil, el 47,9% era conviviente y el 51,4% soltera. El motivo del embarazo fue por relación consentida en el 97,3% y por violación sexual en el 2,7%. El 90,1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado el embarazo. El antecedente de violencia reportado fue en 48,1% de violencia verbal; 17,1% violencia física; 8,2% agresión directa, y 6,8% de violencia sexual. Conclusiones. La violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas.

**2.2. Bases Teóricas**

**2.1. Violencia psicológica**

Se estima que el 20 y 60% de las mujeres que viven en América sufren de violencia. En América del Sur; se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida. En Lima se realizó una encuesta en cuatro hospitales y se obtuvieron como resultado que el 61% de mujeres en general y el 54 % de embarazadas en algún momento de su vida había sido víctima de algún tipo de violencia y el tipo de violencia más común en ambos casos había sido la violencia psicológica, seguida de la violencia física. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], diciembre del 2017).

Según Jimenez, “la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”. (2017, p.38)

Dentro de la violencia encontramos la familiar, que viene a ser un problema a la salud de la mujer ataca al desarrollo de la familia, donde podemos definir: que es acto, único, repetitivo, cometido por un miembro de la estructura familiar, en relación al poder y que, en función al sexo, la edad y la condición física; todo esto en contra de otro u otros integrantes de la familia, sin importar aspecto como el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, sexual, psicológico. (Organización Mundial de la Salud [OMS], octubre del 2016)

**2.2. Violencia contra la mujer.**

Las Naciones Unidas, definen la “violencia en contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada, también puede traer consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio”. (Setiembre del 2015)

Según la OMS, describe que las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual por la pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. Así mismo mencionamos que la violencia durante el embarazo se da a través de las agresiones que recibe una mujer embarazada y que ocasiona diferentes cambios en el sistema familiar una de ellas es el estrés, esto incrementa niveles de cortisol, una hormona esteroidal que se libera en respuesta al estrés. (Organización Mundial de la Salud [OMS], octubre del 2016)

Según la nota realizada por “Noticias de la ciencia y la tecnología, efectos psicológicos en el bebé de la violencia doméstica a la madre durante la gestación en el año 2014, este equipo de trabajo e investigación manifiesta que cuando son mayores los niveles de cortisol a su vez podrían aumentar los niveles de cortisol en el feto, y que, teniendo en cuenta que el cortisol tiene efectos dañinos sobre el cerebro cuando alcanza niveles excesivos, eso podría explicar los problemas emocionales para el bebé después del nacimiento. Otra consecuencia de la violencia durante el embarazo aumenta la probabilidad de un aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. (22 de diciembre del 2014)

Para los agresores el embarazo no es un impedimento para la violencia y que puede estar presente mucho antes de la gestación, esta situación a la vez es un patrón de violencia y control, a través de la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos contra una mujer, por su pareja o ex –pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento del primer hijo, encontramos dentro de los factores relacionados a la violencia en el embarazo, a la violencia familiar cuando ha ocurrido durante el año previo al embarazo, durante su infancia, su adolescencia, esto tiene un ligamento si la pareja consume drogas o alcohol, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, los abortos, etc. (Infogen, 2016, p.58)

**2.3. Tipos de la violencia en el embarazo**

Según la OMS, son diversos y en varias formas: abusos psicológicos, agresiones físicas, abusos sexuales y otros; que ocurre en parejas de todas las clases sociales, razas, edades y etnias, aunque los motivos sean diversos pero la raíz esencia está en el poder patriarcal y machismo. Las consecuencias de la violencia en el embarazo son diversas: en la parte física las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general. En la parte psicológica la manipulación emocional, baja autoestima, depresión, etc. Las mujeres que sufrieron agresiones durante su embarazo sufrirán una depresión postparto, rechazo o apatía al bebe y cuadros de ansiedad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 28 de mayo del 2016)

Como resultado de la violencia durante la gestación traerá consigo un trauma emocional y comportamiento hacia los hijos en el primer año de vida. Estos síntomas son: pesadillas, alarmarse con facilidad, angustiarse por ruidos de volumen alto y luces brillantes, evitar el contacto físico y tener dificultades para disfrutar de algo, debido a que este tipo de violencia es uno de los más poderosos y tan poco perceptible y hacen daño, intimidación, humillación, insultos, criticas, culpa y privación de la libertad dentro del hogar.

Según Soto en su investigación “consecuencias de violencia en el embarazo”, menciona que las consecuencias inmediatas para el bebé cuando la violencia ocurre durante el embarazo son: muerte, traumatismos, problemas respiratorios por falta de desarrollo de los pulmones, deformaciones ortopédicas, anemia, alteración de su sistema circulatorio, hemorragias, ruptura de órganos, falta de oxigenación (hipoxia), traumatismo de cráneo y daño en el cerebro, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, etc. Y las consecuencias tardías serian: falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia, riesgo muy elevado de muerte del bebé en el primer año de vida, maltrato infantil y posibilidades limitadas para su desarrollo físico, emocional, afectivo y social. (2018, pp. 119-120)

**2.4. Depresión**

Según la OMS y OPS, “la depresión es el principal problema de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones más de 300 millones de personas viven con depresión y son las mujeres son más propensas que los varones a presentar depresión mayor en cualquier periodo de la vida, es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años de edad de todo el mundo”. (30 de marzo del 2017)

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana, [APA], 18 de mayo del 2003)

Según el DSM V la sintomatología que presentan los pacientes que sufren episodios depresivos, se sienten deprimidos durante casi todo el día, durante todos los días, entendiéndolo desde la información subjetiva se siente triste, vacío, sin esperanza; disminución del interés o placer de las actividades que realiza, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o perdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, pensamiento de muerte de forma recurrente. (2014, pp. 104 – 105)

**2.5. Depresión en la gestante:**

Paccori y Mercado nos dice que es “una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima de la gestante”. (2012, p. 15)

Según Matthey y Barnett las características clínicas de la depresión mayor del embarazo son, en lo fundamental, similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida. Por este motivo, para el especialista, es útil conocer los síntomas de depresión mayor, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría se tiene: animo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas o perdidas de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta, fatiga, sensación de enlentecimiento, sentimientos de culpa, etc. Se debe tener presente que algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión. Asimismo, es pertinente recordar que las embarazadas pueden sufrir de ciertas patologías médicas, tales como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por ello, se recomienda explorar sistemáticamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida. (2006, pp. 120-122)

**2.6. Factores de riesgo de depresión durante la gestación**

**Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión en el embarazo, encontrados mediante análisis por Lancaster y Cols son:**

* **Depresión: en sus diferentes niveles de afectación**
* **Ansiedad materna: Alta asociación.**
* **Acontecimientos vitales estresantes: Alta asociación.**
* **Antecedentes personales de depresión: Alta asociación.**
* **Falta de apoyo social: Especialmente la de la pareja. Asociación media.**
* **Violencia doméstica: Media a pequeña asociación.**
* **Embarazo no deseado: Baja asociación.**
* **Relación de pareja: Asociación media entre el no vivir con la pareja.**
* **Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo.**
* **Sociodemografía: Se encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud.**
* **El nivel socioeconómico no mostró asociación.**
* **Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja. (2010, p.156).**

**2.7. Gestación**

La gestación es una de las etapas que predispone a las mujeres a diferentes cambios y alteraciones de la salud, una de ellas es la depresión; considerada una alteración como condición en el embarazo, tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas y sin tratamiento. (Ceballos y Fernández, 2010, p.18)

En la vida de las mujeres, el embarazo es un evento que implica cambios en la forma de vivir, en la vida de pareja y en la relación con las personas que la rodean. Se ha llegado a considerar como una crisis, cuando pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para adaptarse a tales demandas. (Oquendo y Méndez, 2008, p.58)

Es una etapa en la que existe un conflicto de intereses entre las necesidades, las aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad ya que pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido necesita, por lo que hay una predisposición para presentar estrés psicológico, lo que determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad y la posibilidad de que aparezca la depresión. (Gómea, 2007, p.45)

La gestación es en sí misma una experiencia estresante (Salvatierra, 1989, p.45) debido a que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias debidas a los cambios biológicos del embarazo, tales como náuseas, vértigo, cambio de apetito, aumento de peso y deformación maternal; además, experimenta cambios en su modo de vida cotidiano, ya que requiere asistir periódicamente al médico, sufrir exploraciones y realizarse pruebas. Todo esto puede incrementar la tensión nerviosa, sobre todo en aquellas mujeres que trabajan o tienen otros compromisos sociales y familiares.

**2.3. Definición de términos básicos**

**Gestación**

La gestación es una de las etapas que predispone a las mujeres a diferentes cambios y alteraciones de la salud, una de ellas es la depresión; considerada una alteración como condición en el embarazo, tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas y sin tratamiento. (Ceballos y Fernández, 2010, p.18)

**Depresión en la gestante:**

Paccori y Mercado nos dice que es “una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima de la gestante”. (2012, p. 15)

**Depresión**

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana, [APA], 18 de mayo del 2003)

**Violencia**

Según Jimenez, “la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”. (2017, p.38)

# **CAPITULO III**

# **MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

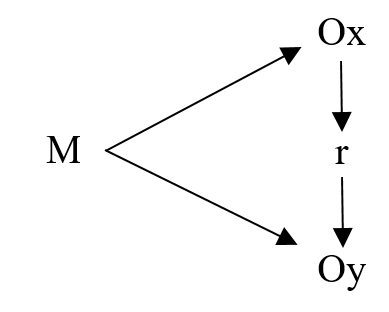
## **3.1. Tipo de investigación**

El estudio es cuantitativo, con un nivel descriptivo- correlacional: Cuantitativo por el hecho que se utilizó la recolección de datos abarcando una base de cálculo numérica y un análisis estadístico. Descriptivo por el mismo hecho que busca contrastar y puntualizar, las diferentes peculiaridades y tipología de las variables que se intentan analizar. (Hernández, 2014, p.125).

* 1. **Diseño de investigación**

El diseño es no experimental donde no se realiza la manipulación de variables, sólo se observa los fenómenos en su contexto originario para estudiarlos y además de ello revelan las intenciones del investigador (Hernández, et al, 2014).

Esquema de Diseño



Leyenda:

M: Muestra

Ox: Violencia psicológica en embarazadas

Oy: Depresión

r: Relación entre variables

* 1. **Población, muestra, criterios de inclusión, exclusión y unidad de análisis**
     1. **Población**

La población estuvo conformada por un total de 103 gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.

* + 1. **Muestra**

Se empleó un muestreo de tipo no probabilístico, con un total de 70 gestantes de un centro de salud de la ciudad de Cajamarca, la edad promedio de las encuestadas es de 26 años (edad mínima = 15 años y edad máxima de 42 años; DE= 6 años). Es decir, cerca del 70% de las encuestadas están entre los 20 y 32 años de edad, con lo cual podemos afirmar que se trata de una población joven. En cuanto a su estado civil, 74,3% de las encuestadas es conviviente, 20% es casada y el 4,3% es madre soltera. El 32,9% tiene estudios de educación básica sin concluir, el 24,3% alcanzó concluir su nivel educación básica pero no tiene estudios superiores y el 27,1% ha concluido estudios superiores

* + 1. **Criterios de inclusión**
* Gestantes que asistieron al puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.
* Gestantes que aceptaron participar en dicho estudio, previa firma del consentimiento informado.
  + 1. **Criterios de exclusión**
* Gestantes un diagnóstico actual de depresión.
* Gestantes que no aceptaron participar en dicho estudio.
* Gestantes con alguna enfermedad psiquiátrica.
  + 1. **Unidad de análisis**

Mujer gestante, periodo 2019 y que fueron atendidas en un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca, edad de 15 a 42 años de edad.

* 1. **Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

Se usó la técnica de la observación y también instrumentos cuantitativos como escalas y test estandarizados, validados por la asociación científica que permitieron recolectar información sobre las variables a medir.

* + 1. **Instrumentos de recolección de datos**

**Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh**

**FICHA TECNICA**

**Autores**: Cox, Holden y Sagovsky 1987

**Validación para gestantes**: Murray y Cox 1990

**Objetivo**:

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

**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. 5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

**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.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

**Validaciones en el Perú**

Comparación de dos cuestionarios auto aplicables para detección de síntomas depresivos en gestantes - autores Nely Lam, Hans Contreras, Elizabeth Mori, Fátima Cuesta, Cesar Gutierrez, Milusca Neyra, Enrique Gil, Giuliana Cordoba (2009)

Resultados: El coeficiente de correlación de Person entre las escalas fue de 0,541 (P<0,01)

Conclusión: Tanto los resultados de la escala de Depresión Post Natal de Edinburgo con los del inventario de Depresión Beck presentaron consistencia interna alta y correlación aceptable.

Estudio de utilidad de Edimburgo en el diagnóstico de depresión en madres que acuden a consultorio de atención integral del niño en el hospital Goyeneche de Arequipa-2016

**Inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja**

**Ficha técnica**

**Autores**: Esther Calvete, Susana Corral, Ana Estévez (2005)

**Objetivo:**

El objetivo de este estudio fue desarrollar un inventario breve para evaluar el abuso psicológico en el contexto de las relaciones de pareja.

**Instrucciones de uso:**

1. La aplicación se realiza en forma individualizada autoaplicable, tomando un tiempo de 20 minutos aproximadamente.

**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 de la violencia psicológica; las puntuaciones fueron las siguientes de acuerdo a frecuencia:

1. Casi nunca.
2. Algunas veces.
3. Frecuentemente.
4. Casi siempre.

Se consideró violencia psicológica los puntajes obtenidos por 1, 2 y 3.

**Adaptación para el presente estudio**

Se realizó la adaptación para la presente investigación de acuerdo a la evidencia de validez basada en el proceso de respuesta, los factores relacionados a los ítems y el número de alternativas que se ofrezcan como respuesta. Por las características de las encuestadas se ha considerado disminuir el número de ítems de respuesta con la finalidad de ser mejor comprendidos; así mismo, determinar la violencia psicológica en los criterios de 1,2 y 3.

**Resultados de adecuación.**

Fiabilidad escala Violencia Psicológica

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ítems | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
| 1. Controla lo que hago. | ,227 | ,926 |
| 1. Me oculta información. | ,701 | ,912 |
| 1. Se enfada cuando no estoy de acuerdo con él. | ,659 | ,913 |
| 1. Hace algo a propósito para hacerme sentir mal. | ,820 | ,908 |
| 1. Hace algo a propósito para avergonzarme. | ,783 | ,911 |
| 1. Me levanta la voz y grita cuando las cosas no le gustan. | ,566 | ,916 |
| 1. Se enoja y me amenaza con golpearme. | ,611 | ,916 |
| 1. No hace caso a lo que yo quiero. | ,532 | ,917 |
| 1. Me aísla de mis familiares y amigos (as). | ,599 | ,915 |
| 1. Me prohíbe el acceso al celular y las redes sociales. | ,452 | ,919 |
| 1. Me ignora y muestra mayor atención a sus asuntos. | ,743 | ,911 |
| 1. Utiliza a mis hijos (as) para controlarme. | ,679 | ,914 |
| 1. No me toma en cuenta en sus decisiones. | ,675 | ,913 |
| 1. No permite que use su dinero para lo que necesito. | ,694 | ,912 |
| 1. Cuenta a otros sobre mi vida personal con el propósito de avergonzarme. | ,704 | ,914 |
| 1. Me insulta constantemente. | ,702 | ,913 |
| 1. Destroza las cosas que me pertenecen. | ,502 | ,917 |

* 1. **Procedimiento de recolección de datos**

Para recolectar los datos requeridos en la investigación se procedió de la siguiente forma: en un primer momento se solicitó el permiso al puesto de salud de la ciudad de Cajamarca para la aplicación de los instrumentos a las gestantes que han sido atendidas, en un segundo momento se explicó a la muestra en que consiste dicha investigación y a quienes firmaron su consentimiento informado.

* 1. **Análisis de datos**

Aplicados los instrumentos, se procedió a realizar la tabulación de los datos obtenidos, luego de ello se codificó y proceso apoyados por los programas de Microsoft Excel 2013 y Statistical Package of Social Science (SPSS) versión 24. Se aplicó el coeficiente de pearson para ver la correlación entre variables y verificar nuestra hipótesis de estudio.

* 1. **Consideraciones éticas**

Para la presente investigación se tomaron en consideración los siguientes criterios:

* Privacidad y confidencialidad: tomar las precauciones razonables para proteger la información confidencial obtenida o conservada por cualquier medio, reconociendo que los alcances y límites de la confidencialidad pueden ser regulados por ley.
* Fidelidad y responsabilidad: establecer relaciones de confianza con aquellos con quienes trabajan. Ser sensatos de las responsabilidades profesionales y científicas con la colectividad y las comunidades específicas donde se interactúa.
* Adecuada utilización de técnicas: los participantes tendrán el derecho de recibir, y el psicólogo el deber de explicar la naturaleza y propósito de la investigación y de dar los resultados de ésta, en un lenguaje que el cliente pueda comprender, a menos que exista una excepción explícita previamente acordada. Asegurar de que los resultados de la evaluación y su interpretación no sean mal usados por terceros.
* Autorización del centro de salud: proveer información precisa acerca de sus propuestas de investigación y obtener la autorización correspondiente antes de realizar la investigación. Dirigir la investigación de acuerdo con el protocolo autorizado.
* Consentimiento informado para la investigación: informar a los participantes acerca del propósito de la investigación, la duración estimada, y los procedimientos; su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado; las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse; los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; cualquier beneficio posible de la investigación; los límites de la confidencialidad; los incentivos por la participación; y a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los derechos de los participantes.
* Plagio: no presentar como propios partes del trabajo o datos ajenos, aun cuando éstos sean citados ocasionalmente.

# **CAPITULO IV**

# **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

## **4.1. Análisis de resultados**

**4.4.1. Ni****vel descriptivo**

**Tabla 2**

*Prevalencia de la violencia psicológica según la variable nivel de estudios.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nivel de instrucción | Presenta violencia psicológica | | Total |
|  | No | SI |  |
| Básica incompleta | 1 | 22 | 23 |
| 4,3% | 95,7% | 100% |
| Básica completa | 7 | 40 | 47 |
| 14,9% | 85,1% | 100% |

*Nota*: la prevalencia de la violencia psicológica y variable nivel de estudio en la Tabla 1. Los resultados indican que el 95,7% de las madres gestantes con un nivel de instrucción básica incompleta presentan violencia psicológica y con el 85,1% con nivel básica completa también presenta violencia psicológica.

**Tabla 3**

*Prevalencia de la depresión según la variable nivel de estudios.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nivel de instrucción | Depresión | | Total |
|  | No | SI |  |
| Básica incompleta | 16 | 7 | 23 |
| 69,6% | 30,4% | 100,0% |
| Básica completa | 35 | 12 | 47 |
| 74,5% | 25,5% | 100,0% |

*Nota*: la prevalencia de la depresión y variable nivel de estudio en la Tabla 2. Los resultados indican que el 30,4% de las madres gestantes con un nivel de instrucción básica incompleta presentan depresión y con el 25,5% con nivel básica completa también presenta depresión.

**Tabla 4**

*Gestantes que presentan algún acto de violencia psicológica por parte de sus parejas según variable tipo de embarazo.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de embarazo | Presenta violencia psicológica | | Total |
|  | NO | SI |  |
| Planificado | 4 | 20 | 24 |
| 16,7% | 83,3% | 100% |
| No planificado | 4 | 42 | 46 |
| 8,7% | 91,3% | 100% |

*Nota*: Las gestantes con algún acto de violencia psicológica por parte de sus parejas según tipo de embarazo según la Tabla 3. Los resultados indican que el 83.3% en un embarazo planificado presenta violencia psicológica, con el 91,3% en un embarazo no planificado también presenta violencia psicológica.

**Tabla 5**

*Gestantes que presentan depresión según variable tipo de embarazo.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de embarazo | Depresión | | Total |
|  | No | SI |  |
| Planificado | 22 | 2 | 24 |
| 91,7% | 8,3% | 100,0% |
| No planificado | 29 | 17 | 47 |
| 63,0% | 37,0% | 100,0% |

*Nota*: Las gestantes que presentan depresión según tipo de embarazo según la Tabla 4. Los resultados indican que el 8.3% en un embarazo planificado presenta depresión, con el 37,0% en un embarazo no planificado también presenta depresión.

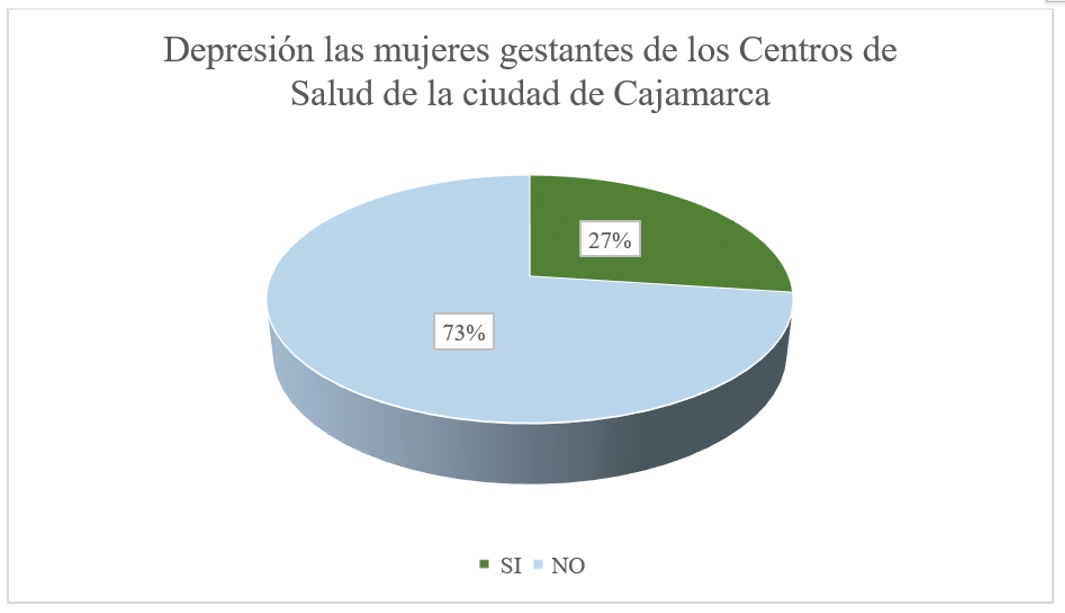
## **Figura 1**

*Prevalencia de la violencia psicológica por parte de su actual o última pareja, en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.*



*Nota*: Como poder ver en la Figura 1, el 88,6% de las gestantes encuestadas señalan haber sido víctimas de algún acto de violencia psicológica por parte de su pareja.

**Figura 2**

*Nivel de depresión que presentan las mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.*

*Nota*: Como podemos ver en la Figura 2, el porcentaje de gestantes con diagnóstico de depresión asciende al 73% y con el 27% no presentan depresión.

**4.1.2. Nivel inferencial**

**Tabla 6**

*Relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Depresión | Violencia psicológica |
| Rho de Spearman | Depresión | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,738\*\* |
| Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| N | 70 | 70 |
| Violencia psicológica | Coeficiente de correlación | ,738\*\* | 1,000 |
| Sig. (bilateral) | ,000 | . |
| N | 70 | 70 |
| \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). | | | | |

*Nota*: la relación entre violencia psicología y depresión en mujeres gestantes según la Tabla 3. Los resultados indican una relación significativa al 0,738, la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral lo que indica que existe relación altamente significa entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca.

## **4.2. Discusión de resultados**

La violencia que existe hacia las mujeres hoy en día en nuestra sociedad peruana y la realidad de Cajamarca, cuando están en estado de gestación, se está notando cada vez más, ya que parece algo invisible, porque para el agresor no es ningún impedimento que la mujer este en estado de gestación y realice la violencia o abuso, a continuación, se presenta los resultados relacionados con nuestra investigación:

Con respecto al objetivo general: determinar la relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca, según la tabla 3, la relación entre variables es significativa al 0,738 en el nivel 0,01 (bilateral lo que indica que existe relación altamente significa entre las variables de estudio. Según el estudio de Paccori y Mercado (2012) factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú, llegaron a la conclusión que los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo. Según menciona Soto (2018) como resultado de la violencia durante la gestación traerá consigo un trauma emocional y comportamiento hacia los hijos en el primer año de vida. Estos síntomas son: pesadillas, alarmarse con facilidad, angustiarse por ruidos de volumen alto y luces brillantes, evitar el contacto físico y tener dificultades para disfrutar de algo, debido a que este tipo de violencia es uno de los más poderosos y tan poco perceptible y hacen daño, intimidación, humillación, insultos, criticas, culpa y privación de la libertad dentro del hogar, también menciona las consecuencias de dicha violencia en el embarazo inmediatas para el bebé son: muerte, traumatismos, problemas respiratorios por falta de desarrollo de los pulmones, deformaciones ortopédicas, anemia, alteración de su sistema circulatorio, hemorragias, ruptura de órganos, falta de oxigenación (hipoxia), traumatismo de cráneo y daño en el cerebro, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, etc. Y las consecuencias tardías serian: falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia, riesgo muy elevado de muerte del bebé en el primer año de vida, maltrato infantil y posibilidades limitadas para su desarrollo físico, emocional, afectivo y social.

Según nuestro objetivo específico: identificar la prevalencia de la violencia psicológica por parte de su actual o última pareja, en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca. Según los resultados en la figura 1 indican que el 88,6% de las gestantes encuestadas señalan haber sido víctimas de algún acto de violencia psicológica por parte de su pareja. Con similitud al estudio de Contreras y Chacón (2013) las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú, los resultados: fueron una edad promedio fue de 16 años, estado civil el 47,9% era conviviente y el 51,4% soltera. El motivo del embarazo fue por relación consentida en el 97,3% y por violación sexual en el 2,7%. El 90,1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado el embarazo. El antecedente de violencia reportado fue en 48,1% de violencia verbal; 17,1% violencia física; 8,2% agresión directa, y 6,8% de violencia sexual y como conclusión final la violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas. Según Jimenez (2017) la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo y durante el proceso de gestación, estos actos son únicos, repetitivos, se dan en diferentes espacios donde alteran la estructura familiar y por ende un desequilibrio entre sus miembros.

Como siguiente objetivo específico: identificar el nivel de depresión que presentan las mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca, según se observa en la figura 2, el porcentaje de gestantes con diagnóstico de depresión asciende al 27% y con el 73% no presentan depresión. Similar al estudio de Ceballos y Martínez, (2010) sobre la depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas – Méjico, los resultados: 6.4 % presentó depresión, también el estudio de Sumano y Vargas (2014) frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. Instituto Mexicano del Seguro Social y Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. México, según los resultados se encontró que el 14% de encuestadas presentó depresión. Huachupoma y Paccori (2012) nos dice que es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima de la gestante.

Y como último objetivo específico: comparar la prevalencia de la violencia psicológica y la depresión según las variables nivel de estudio y tipo de embarazo. Según la tabla 1, el 95,7% de las madres gestantes con un nivel de instrucción básica incompleta presentan violencia psicológica y con el 85,1% con nivel básica completa también presenta violencia psicológica. Con respecto al tipo de embarazo Según la tabla 2, con el 83.3% en un embarazo planificado presenta violencia psicológica, con el 91,3% en un embarazo no planificado también presenta violencia psicológica. Según el estudio de Ceballos y Martínez, (2010) depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas – Méjico, los resultados: 6.4 % presentó depresión, con un promedio de edad de 26 años de edad, el factor de escolaridad máxima fue secundaria en 50 %, 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo, 21.4% sin pareja, 35.7 % con depresión en la familia y 28.6 % con historia de tratamiento antidepresivo previo. Según la teoría tomada en esta investigación Soto (2018) en su investigación consecuencias de violencia en el embarazo, menciona que las consecuencias serían: falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia, riesgo muy elevado de muerte del bebé en el primer año de vida, maltrato infantil y posibilidades limitadas para su desarrollo físico, emocional, afectivo y social, es por todo esto que las mujeres dejan de estudiar y por desconocimiento tienen embarazos no planificados.

# **CAPITULO V**

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**5.1. Conclusiones**

* Existe una relación entre violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca, según nuestra investigación según la tabla 1, la relación entre variables es significativa al 0,738 la correlación es significativa en el nivel 0,01.
* La prevalencia de la violencia psicológica por parte de su actual o última pareja, en mujeres gestantes de un centro de salud de la ciudad de Cajamarca, el 88,6% ha sufrido un acto de violencia por parte de su pareja o expareja.
* Nivel de depresión que presentan las mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca, el 27% presenta depresión y el 73% no presenta depresión.
* La prevalencia de la violencia psicológica y la depresión según las variables nivel de estudio y tipo de embarazo; de las madres gestantes con un nivel de instrucción básica incompleta presentan un 95,7% violencia psicológica y 30,4% depresión; l 85,1% con el nivel básica completa también presenta violencia psicológica en un 85,1% y 25,5% depresión. Con respecto al tipo de embarazo planificado, el 83.3% presenta violencia psicológica y 8,3% depresión, con respecto a un embarazo no planificado el 91,3% presenta violencia psicológica y 37,0% depresión

**5.2. Recomendaciones**

* Al director del puesto de salud, abordar la violencia psicológica durante el embarazo como un problema de salud materno perinatal brindando capacitación y facilidades para un manejo oportuno.
* Al personal obstetra, realizar una detección oportuna de los signos o síntomas de violencia psicológica durante la atención prenatal, para realizar la derivación oportuna al especialista que lo requiera.
* Fortalecer temas de violencia psicológica mediante charlas y consejerías, entre las gestantes que acude a los centros de salud proporcionándoles información como por ejemplo trípticos que resuman: los conceptos y tipos de violencia, las formas de reconocerlos, las instituciones públicas que brindan asesoramiento y tratamiento de estos, haciendo énfasis que si tuviese conocimiento de alguna forma de maltrato es necesario manifestarlo y denunciarlo.

# **REFERENCIAS**

APA, A. P. A. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* DSM-IV-TR.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (**DSM**-**5**) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo, E., Medina-Peralta, G., Madera-Gamboa, J., Y Fernández-Arias, Y. F. (2010). *Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *48*(1), 71-74.

Cepeda-Silva, A., Morales-Carmona, F., Henales-Almaraz, M. C., & Méndez-Cabello, S. (2011). *Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo*. *Perinatol Reprod Hum*, *25*(2), 81-87.

Christina, C. (2004). *Relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: análisis de una muestra nacional de Colombia*.

Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Hinostroza-Camposano, W. D., Yancachajlla-Apaza, M., Lam-Figueroa, N., y Chacón-Torrico, H. (2013). *Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *30*, 379-385.

Coronel, C. (2014). *Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado 2014*. [Tesis pregrado]. Universidad Nacional San Agustín. Arequipa-Perú.

Del Pilar Bao-Alonso, M., Vega-Dienstmaier, J. M., y Saona-Ugarte, P. (2010). *Prevalencia de depresión durante la gestación*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *73*(3), 95-103.

Díaz, M. (2013*). Depresión y Ansiedad en Embarazadas*. Salus, vol. 17, núm. 2, agosto, 2013, pp. 25-30. Universidad de Carabobo. Bárbula, Venezuela.

Diaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., y López, J. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas*. *Salus*,*17*(2), 25-30.

Gómea, A. (2007). *Depresión en el embarazo y el posparto*. OFFARM, 26(1), 44-53.

Hernández y Vega (2014). *Violencia contra la mujer embarazada atendida en el servicio de obstetricia del Hospital General de Jaén, 2014.* [Tesis postgrado]. Universidad nacional de Cajamarca - Perú.

Hinostroza y Lam. (2008). *Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú.* Abril a junio de 2008. *Revista Peruana de Epidemiología*, *14*(3), 193-200.

Infogen. (2016). *Violencia y embarazo*. [Sitio en Internet]. Consultado: 28 de Marzo del 2016. Disponible. <http://infogen.org.mx/violencia-y-embarazo/>

Jadresic, M, (2010). *Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuropsiquiatría*. Diciembre de 2010;48(4):269-78.

Jiménez, (2017). *Violencia en embarazadas y efectos materno-perinatales en usuarias del servicio de ginecología del Hospital Isidro Ayora De Loja* [Tesis para optar título de médico general] Loja, Ecuador, Universidad Nacional De Loja;2014.19-01-2017.Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12557/1/BIBLIOTECA.

**Lancaster y Cols** (2010). *Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño de Jesús en Barranquilla (Colombia).* Revista Científica Salud Uninorte, 29(3).

Matthey y Barnett (2006). *Depresión en el embarazo y el puerperio*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *48*(4), 269-278.

Naciones Unidas (2015). *La violencia contra la mujer: un obstáculo para el desarrollo*. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.

Noticias de la ciencia y la tecnología, efectos psicológicos en el bebé de la violencia doméstica a la madre durante la gestación.2014 [Sitio en internet].Consultado: 19-01-2017.Disponible en : <http://noticiasdelaciencia.com/not/12265/efectos-psicologicos-en-el-bebede-la-violencia-domestica-a-la-madre-durante-la-gestacion/>

Núñez, Monge, Gríos, Elizondo y Rojas (2003). *La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica*. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Ministerio de Salud, San José, Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), San José, Costa Rica.

OMS (2016). *Pàgina OMS*. [Online].[cited 2016 11 14]

Oquendo, M., Lartigue T., González-Pacheco, I., Y Méndez S. (2008). *Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 195202. Revista Medigraphic, 22(3), 2008, 195- 202.

Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer.* Setiembre 2016 [Sitio en Internet]. Consultado el 28 de junio del 2015. Disponible:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Escuelas Promotoras de Salud: Fortalecimiento de la Iniciativa Regional, Serie Promoción de la Salud*, (14).

Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. (2001*). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatología Reproductiva Humana*. 2001;15(1):11-20.

Paccori Yanac, L. V., y Mercado Huachupoma, Y. D. (2012). *Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal.*

Picech y Flores (2015). Depresión y Embarazo. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Me­dicina, Corrientes, 2005;145:5-8.

Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca

Soto Canta, E. C. (2018). *Consecuencias de la violencia en el embarazo en gestantes de 15–49 años en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el periodo de enero–diciembre año 2016.*

Sumano, M. (2014). *Frecuencia de depresión en mujeres embazadas*. e-Magazine Conductitlán, 1(1), 33-46. Recuperado de [http://www.conductitlan.net/revista\_electronica\_psicologia/03\_depresion\_mujeres embarazadas.pdf](http://www.conductitlan.net/revista_electronica_psicologia/03_depresion_mujeres%20embarazadas.pdf).

.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**EPDS:** Edinburgh Postnatal Depression Scale

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**GLOSARIO**

**Gestación**

La gestación es una de las etapas que predispone a las mujeres a diferentes cambios y alteraciones de la salud, una de ellas es la depresión; considerada una alteración como condición en el embarazo, tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas y sin tratamiento. (Ceballos y Fernández, 2010, p.18)

**Depresión en la gestante:**

Paccori y Mercado nos dice que es “una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima de la gestante”. (2012, p. 15)

**Depresión**

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana, [APA], 18 de mayo del 2003)

**Violencia**

Según Jimenez, “la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”. (2017, p.38)

**ANEXOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE**

Le invitamos a participar en el estudio titulado: Violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de centros de salud de la ciudad de Cajamarca, realizado por los investigadores:

Mori Mariñas, Aurora Karina

Rospigliosi Montero, Carlos Alfonso

**Propósito del Estudio:**

La finalidad de este estudio es determinar si existe violencia psicológica y depresión en mujeres gestantes de centros de salud de la ciudad de Cajamarca.

**Confidencialidad:**

Se guardará la información de forma anónima y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

**Consentimiento**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de que se trata el proyecto, y que mi contribución contribuirá con la investigación antes mencionada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participante  Nombre:  DNI: |  | Fecha |

**Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

**(Validado para el periodo prenatal)**

l presente cuestionario intenta mediar la depresión que presentan las gestantes de un Centro de Salud de la ciudad de Cajamarca, el mismo que servirá para el desarrollo del proyecto de investigación “Violencia Psicológica y Depresión en Mujeres Gestantes de Centros de Salud de la Ciudad de Cajamarca”, realizada por los Bachilleres de Psicología Aurora Karina Mori Mariñas y Carlos Alfonso Rospigliosi Montero, para lo cual solicitamos su apoyo y colaboración, así mismo el presente cuestionario goza de toda confidencialidad.

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

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

0 Tanto como siempre

1 No tanto ahora

2 Mucho menos

3 No, no he podido

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

0 Tanto como siempre

1 Algo menos de lo que solía hacer

2 Definitivamente menos

3 No, nada

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

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, algunas veces

1 No muy a menudo

0 No, nunca

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

0 No, para nada

1 Casi nada

2 Sí, a veces

3 Sí, a menudo

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

3 Sí, bastante

2 Sí, a veces

1 No, no mucho

0 No, nada

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

3 Sí, la mayor parte de las veces

2 Sí, a veces

1 No, casi nunca

0 No, Nada

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

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, a veces

1 No muy a menudo

0 No, nada

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

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 No muy a menudo

0 No, nada

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

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 Sólo en ocasiones

0 No, nunca

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

3 Sí, bastante a menudo

2 A veces

1 Casi nunca

0 No, nunca

**OBSERVACIONES:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuestionario Sobre Violencia Psicológica**

El presente cuestionario intenta mediar la violencia psicológica que presentan las gestantes de un Centro de Salud de la ciudad de Cajamarca, el mismo que servirá para el desarrollo del proyecto de investigación “Violencia Psicológica y Depresión en Mujeres Gestantes de un puesto de salud de la Ciudad de Cajamarca”, realizada por los Bachilleres de Psicología Aurora Karina Mori Mariñas y Carlos Alfonso Rospigliosi Montero, para lo cual solicitamos su apoyo y colaboración, así mismo el presente cuestionario goza de toda confidencialidad.

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

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor marque con una equis (X) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido. Recuerde, no existe respuesta correcta o incorrecta.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NIVEL INFORMATIVO** | Casi Nunca | Algunas Veces | Frecuente mente | Casi Siempre |
| 01 | Controla lo que puede y no puedo hacer. |  |  |  |  |
| 02 | Me oculta información. |  |  |  |  |
| 03 | Se enfada cuando no estoy de acuerdo con él. |  |  |  |  |
| 04 | Hace algo a propósito para hacerme sentir mal. |  |  |  |  |
| 05 | Hace algo a propósito para avergonzarme. |  |  |  |  |
| 06 | Me levanta la voz y grita cuando las cosas no le gustan. |  |  |  |  |
| 07 | Se enoja y me amenaza con golpearme. |  |  |  |  |
| 08 | No hace caso a lo que yo quiero. |  |  |  |  |
| 09 | Me aísla de mis familiares y amigos (as). |  |  |  |  |
| 10 | Me prohíbe el acceso al celular y las redes sociales. |  |  |  |  |
| 11 | Me ignora y muestra mayor atención a sus asuntos. |  |  |  |  |
| 12 | Utiliza a mis hijos (as) para controlarme. |  |  |  |  |
| 13 | No me toma en cuenta en sus decisiones. |  |  |  |  |
| 14 | No permite que use su dinero para lo que necesito. |  |  |  |  |
| 15 | Revela información para avergonzarme y descreditarme. |  |  |  |  |
| 16 | Me insulta constantemente. |  |  |  |  |
| 17 | Destroza las cosas que me pertenecen. |  |  |  |  |

**OBSERVACIONES:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_