

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017

Tesis presentada por la Bachiller:

Mendivil Amado, Gabriela Lya

Para optar el Título Profesional de
Médica Cirujana

Asesor: Fuentes Fuentes, Dante

Arequipa - Perú

2018



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 111 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

GABRIELA LYA MENDIVIL AMADO

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

puede sustentarlo

Arequipa,

M. Montes Cáceres
DR. MIGUEL MONTES CÁCERES

JEFE DEL SERVICIO DE
MEDICINA LEGAL
C.M.F. 22187 - P. U. 1980

Ervis Felipe Alvarado Duenas
DR. ERVIS FELIPE ALVARADO DUEÑAS

C.M.F. 22187 - P. U. 1980
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA LEGAL

Agüeda Muñoz del Carpio Toia
DRA. AGÜEDA MUÑOZ DEL CARPIO TOIA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haber guiado mi camino hasta ahora y por la fortaleza que me dio para seguir adelante, a mis padres Ricardo y Jelvy, por su constante dedicación y apoyo, a mi hermana Alejandra por su paciencia siempre a la espera de mi regreso, a mis abuelos Benjamín, Domitila, José, Lucia, a ellos porque siempre creyeron en mi.

A mis maestros por aportar en mi educación e inspirarme a ser más grande cada día. Son muchas las personas las que han formado parte de mi vida profesional a las que les agradezco su tiempo, amistad, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más duros de la carrera. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

DEDICATORIA

A Jose Mendivil Escalante, para ti hasta el cielo.





El mejor médico es aquel que inspira la esperanza

Samuel Taylor Coleridge

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	6
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS.....	37
Anexo 1: Consentimiento informado	38
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	40
Anexo 3: Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género	41
Anexo 4: Cuestionario de Depresión de Beck.....	43
Anexo 5: Matriz de sistematización de información.....	46
Anexo 5: Proyecto de investigación	49

RESUMEN

Antecedentes: La violencia de género puede afectar a las mujeres incluso durante el embarazo y provocar síntomas depresivos.

Objetivo: Determinar la asociación de la violencia familiar como factor de riesgo de depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Métodos: Se encuestó una muestra de 65 gestantes que cumplieron criterios de selección, para aplicar la Escala de Evaluación del Tipo y Fase de la Violencia de Género (EETFVG), y el Cuestionario de Depresión de Beck. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y t de Student.

Resultados: El 10.77% de las gestantes evaluadas fueron adolescentes, 66.15% tuvieron entre 20 y 34 años, y 23.08% fueron gestantes añosas. La edad promedio de las gestantes fue de 28.82 ± 6.98 años. La edad gestacional al momento de la evaluación fue 35.48 ± 6.45 semanas. Al aplicar el inventario de depresión se encontró que el 30.77% de casos tuvieron síntomas de depresión, leve en 15.38%, moderado en 9.23% y grave en 6.15%. El 44.62% de gestantes manifiesta recibir algún tipo de maltrato, siendo físico y psicológico en 23.08%, y solo psicológico en 21.54%; ninguna gestante refirió maltrato solo físico. Cuando no hay maltrato en la gestante, el 19.44% tiene depresión, esta aumenta a 28.57% cuando hay maltrato psicológico, y a 60% si el maltrato es físico y psicológico; igualmente la severidad de la depresión llega a 20% cuando hay maltrato físico y psicológico, estando ausente si es psicológico, y a 2.78% si no hay maltrato ($p < 0.05$).

Conclusiones: Existe una alta frecuencia de depresión en gestantes, así como alta frecuencia de violencia de género, estando estas variables muy relacionadas.

PALABRAS CLAVE: violencia de género – depresión – gestantes.

ABSTRACT

Background: Gender violence can affect women even during pregnancy and cause depressive symptoms.

Objective: To determine the association of family violence as a risk factor for depression in pregnant women treated at the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Methods: A sample of 65 pregnant women who met the selection criteria was surveyed, to apply the Gender and Violence Type and Phase Evaluation Scale (EETFVG), and the Beck Depression Questionnaire. Variables are compared by chi-square test and Student's t test.

Results: A 10.77% of the pregnant women evaluated were adolescents, 66.15% were between 20 and 34 years old, and 23.08% were pregnant women. The average age of the pregnant women was 28.82 ± 6.98 years. The gestational age at the time of evaluation was 35.48 ± 6.45 weeks. When applying the inventory of depression it was found that 30.77% of cases had symptoms of depression, mild in 15.38%, moderate in 9.23% and severe in 6.15%. 44.62% of pregnant women report receiving some type of abuse, being physical and psychological in 23.08%, and only psychological in 21.54%; no pregnant woman reported physical alone abuse. When there is no abuse in the pregnant woman, 19.44% have depression, this increases to 28.57% when there is psychological abuse, and to 60% if the abuse is physical and psychological; also the severity of the depression reaches 20% when there is physical and psychological abuse, being absent if it is psychological, and 2.78% if there is no abuse ($p < 0.05$).

Conclusions: There is a high frequency of depression in pregnant women, as well as a high frequency of gender violence, these variables being closely related.

KEY WORDS: gender violence - depression - pregnant women.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más prevalentes en los pacientes adultos. Según la OMS, afecta a 350 millones de personas en el mundo y es la principal causa de incapacidad laboral, condición que eleva significativamente las tasas de morbilidad convirtiéndose en un problema de salud serio que en el peor de los casos puede llevar a suicidio cuyo número de casos supera a los 800 000 cada año, siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (1)

Se sabe que las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos del estado de ánimo, principalmente en la edad reproductiva, pudiendo ser la gestación y el post-parto momentos de marcada relevancia para el desarrollo de depresión debido a que la mujer atraviesa por cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes que la hacen vulnerable. (2)

En una reciente revisión de Cochrane se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre. (3)

En el Perú, los estudios que valoran depresión en embarazadas informan lo siguiente: en el hospital Cayetano Heredia se encontró una prevalencia de 34,7% y en el Instituto Nacional Materno Perinatal una prevalencia de 40,1%. (3) Considerando esta información que nos indica que la depresión en el embarazo es un problema de salud muy frecuente, es que nos preguntamos ¿cuáles son los determinantes o factores de riesgo asociados a depresión?

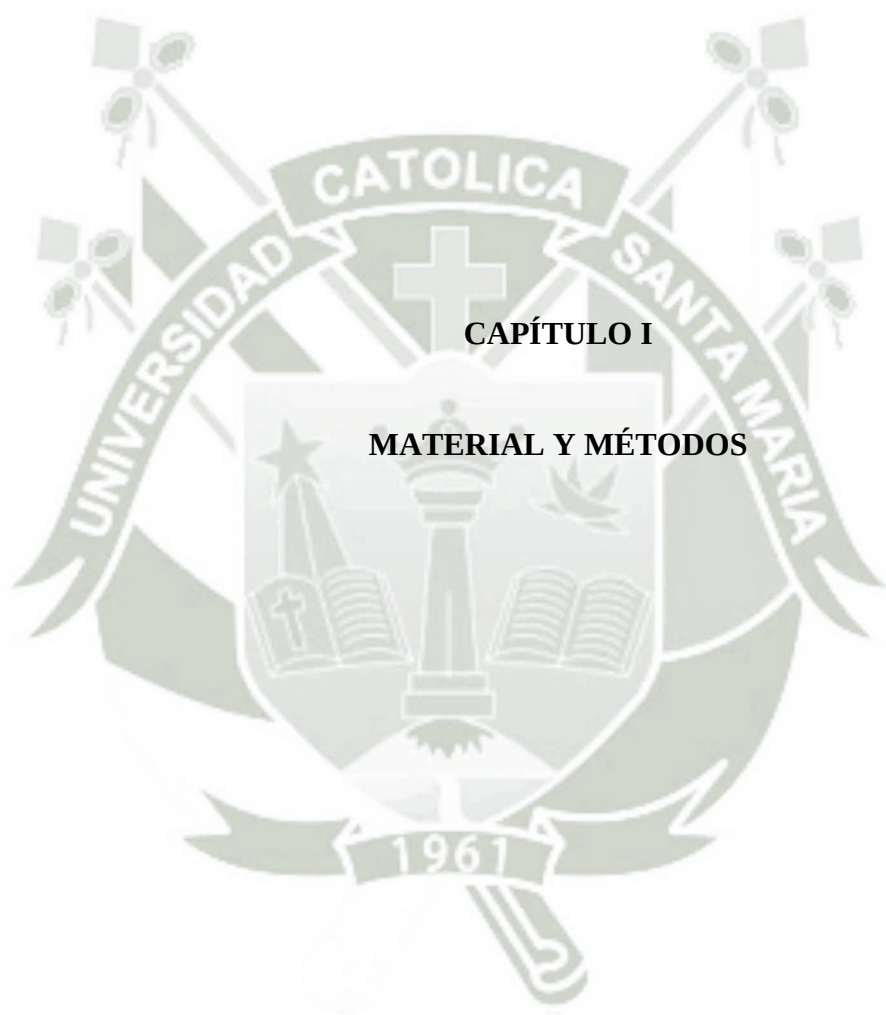
Existen factores neurobiológicos y ambientales bajo una predisposición genética que aumentan la probabilidad de que aparezca la depresión y los estudios sugieren que ser víctima de violencia de género es uno de los factores ambientales asociados. Una relación problemática en la que la mujer es víctima de violencia física y/o psicológica incrementa el riesgo de sufrir de depresión, comprometiendo no solo su salud sino su calidad de vida, de allí la importancia

de considerar las formas de convivencia y el entorno que se vive con la pareja como factores determinantes en el desarrollo de depresión.

Según el estudio de Juan Escobar en el 2008 en Perú el 27% de mujeres son víctimas de violencia durante el embarazo, siendo el principal agresor, la pareja. Además, según este estudio, la relación entre violencia de género y depresión post-parto en 100 mujeres atendidas en el hospital San Bartolomé encontró que el 72% ya se sentía deprimida durante el embarazo. (3) El estado de sufrimiento sostenido durante el embarazo afecta de sobremanera al feto, en el que se ha evidenciado mayor riesgo de presentar peso bajo al nacer, deficiencias en el estado nutricional, dificultades en la orientación auditiva y visual, menor actividad, disminución del tono muscular, irritabilidad, mayor susceptibilidad de infecciones, trastornos en el neurodesarrollo, alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales. (4)

Entonces considerando que los trastornos depresivos influyen negativamente durante la gestación y generan consecuencias de trascendental importancia en la madre y en la vida del nuevo ser, se propuso realizar esta investigación con el objetivo de obtener una estimación sobre la prevalencia de depresión en pacientes gestantes en nuestra ciudad y analizar la violencia de género como factor asociado a depresión en la gestantes, con la finalidad de ser sustento para incorporar nuevas estrategias sanitarias cuyo fin sea mejorar la salud mental de la mujer gestante desde etapas tempranas.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que existe una alta frecuencia de depresión en gestantes, así como alta frecuencia de violencia de género, estando estas variables muy relacionadas.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

1.2. Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha dividida en 4 partes: la primera corresponde al consentimiento informado, la segunda recoge datos sobre información personal, antecedentes gineco-obstétricos y patológicos, la tercera está constituida por la Escala de Evaluación del Tipo y Fase de la Violencia de Género y la cuarta por el Inventario de Depresión de Beck que mide el nivel de depresión.

1.3. Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – Perú.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses diciembre 2016 y diciembre 2017.

2.3. Unidades de estudio: Gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Población: Totalidad de gestantes hospitalizadas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses agosto 2017 y diciembre 2017.

Muestra: Las pacientes fueron seleccionadas por conveniencia durante los meses agosto 2017 y diciembre 2017, según su deseo de acceder a participar en el estudio

2.4. Criterios de selección:

♦ Criterios de Inclusión

- Gestantes hospitalizadas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Pacientes mayores de edad
- Participación voluntaria en el estudio

♦ Criterios de Exclusión

- Pacientes iletradas o quechua-hablantes
- Pacientes con trastornos del sensorio o alteración de las funciones superiores
- Pacientes en inicio de trabajo de parto
- Fichas de recolección de datos incompleta o mal llenada.

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo.

4. Nivel de investigación: La presente investigación se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización: Se realizó una coordinación previa con la Dirección del Hospital y Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia para obtener la autorización para efectuar el estudio.

Se identificó a las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia para solicitar su participación voluntaria en el estudio, se verificó previamente que cumplieran los criterios de

selección. Se les abordó explicando la intención del estudio y previo consentimiento informado, se aplicó la ficha que incluye datos para obtener las variables de estudio, la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género y el Inventario de Depresión de Beck. Una vez concluida la fase recolección de datos, éstos se organizaron para su posterior análisis e interpretación.

5.2. Validación de los instrumentos:

La primera parte no requiere validación por ser una hoja de recolección de datos (Anexo 2).

La Escala de Evaluación del Tipo y Fase de la Violencia de Género (EETFVVG) es un instrumento validado que consta de dos partes, la primera con un total de 28 ítems que mide los comportamientos que subyacen al tipo y fase(s) de la violencia. La siguiente parte con 14 ítems, evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las mujeres afectadas sobre algunas creencias relevantes para prevenir, erradicar y resolver la violencia contra las mujeres. Las respuestas a los ítems, valoran la ausencia o la presencia de las conductas a través de cinco alternativas de respuesta (0= Nada/Nunca, 1=Algunas veces, 2= Muchas veces 3= Casi siempre 4= Siempre). Las respuestas que miden la escala de creencias son también de cinco alternativas (0= nada de acuerdo, 2= algo de acuerdo, 3= bastante de acuerdo, 4=muy de acuerdo; Anexo 2)

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento validado y adaptado en España el 2011 para medir el nivel de depresión en pacientes mayores de 13 años. Las respuestas pueden determinar los siguientes puntajes: 1-10: altibajos son considerados normales, 11-16: Leve perturbación del estado de ánimo, 17-20: Estados de depresión intermitentes, 21-30: Depresión moderada, 31-40: Depresión grave, + 40: Depresión extrema. Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional (Anexo 3).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección:

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 2 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento:

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis:

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo de chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas mediante la prueba de T de Student considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



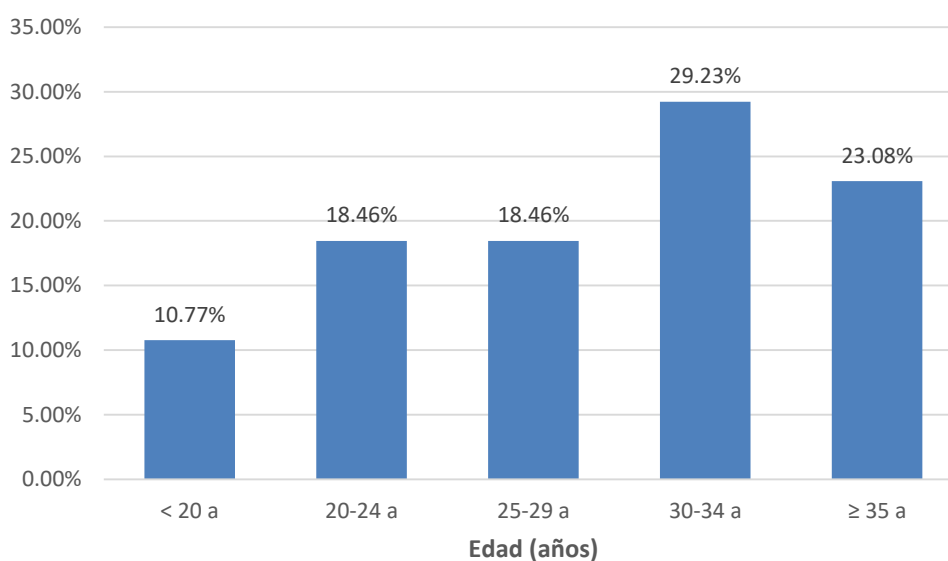
CAPÍTULO II

RESULTADOS

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 1
Distribución de gestantes según edad

Edad (años)	N°	%
< 20 a	7	10.77%
20-24 a	12	18.46%
25-29 a	12	18.46%
30-34 a	19	29.23%
≥ 35 a	15	23.08%
Total	65	100.00%



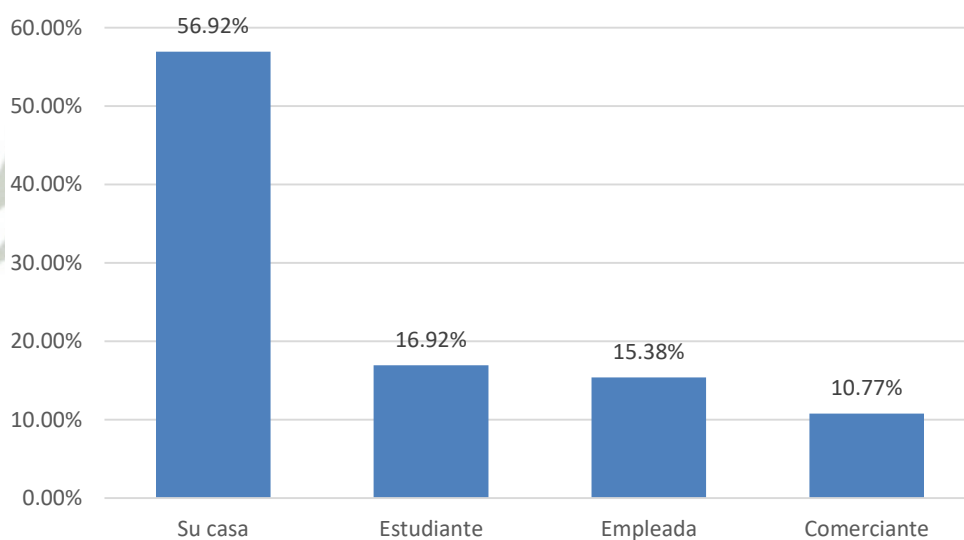
Edad promedio $\pm$ D. estándar (min – máx): 28.82 ± 6.98 años (15 – 40 años)

Se encontró que el 10.77% de la población fueron adolescentes, el 66.15% tuvieron entre 20 y 34 años siendo el mayor porcentaje de la población y el 23.08% fueron gestantes añosas.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 2
Distribución de gestantes según ocupación

Ocupación	N°	%
Ama de casa	37	56.92%
Estudiante	11	16.92%
Empleada	10	15.38%
Comerciante	7	10.77%
Total	65	100.00%

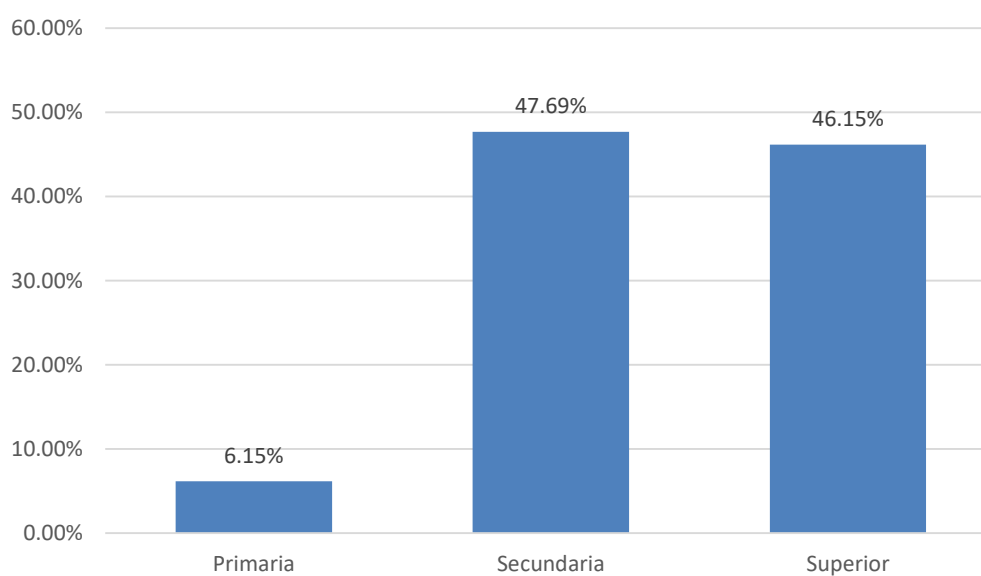


Se encontró que el 56.92% de gestantes se dedicaban a labores del hogar siendo esta la actividad más frecuente entre, el 16.92% se encontraban como estudiantes, el 15.38% contaban con algún empleo y el 10.77% se dedicaban al comercio.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 3
Distribución de gestantes según nivel de instrucción

Instrucción	N°	%
Primaria	4	6.15%
Secundaria	31	47.69%
Superior	30	46.15%
Total	65	100.00%

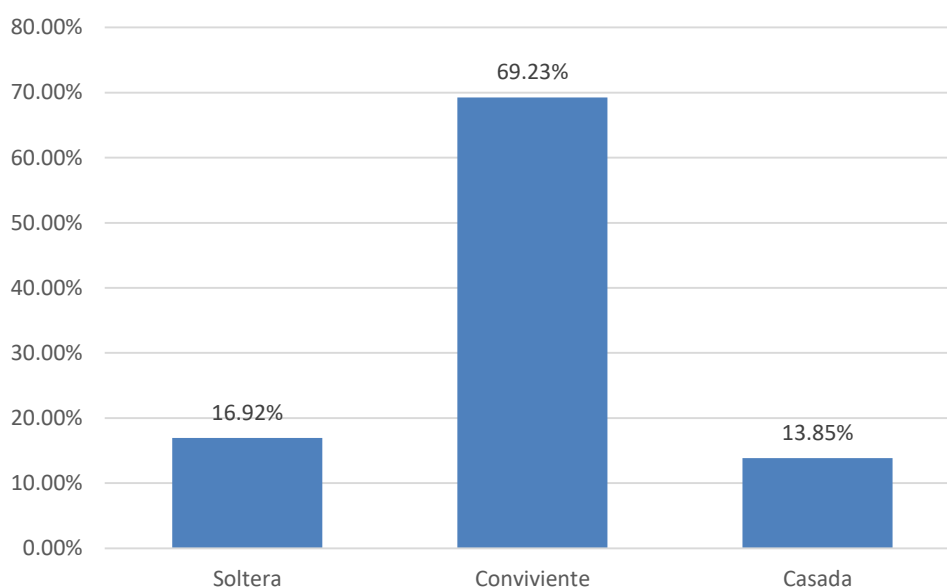


Se encontró que el nivel de instrucción referido por las pacientes fue secundaria en un 47.69%, seguido instrucción superior en 46.15% y primaria en 6.15%.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 4
Distribución de gestantes según estado civil

E. civil	N°	%
Soltera	11	16.92%
Conviviente	45	69.23%
Casada	9	13.85%
Total	65	100.00%

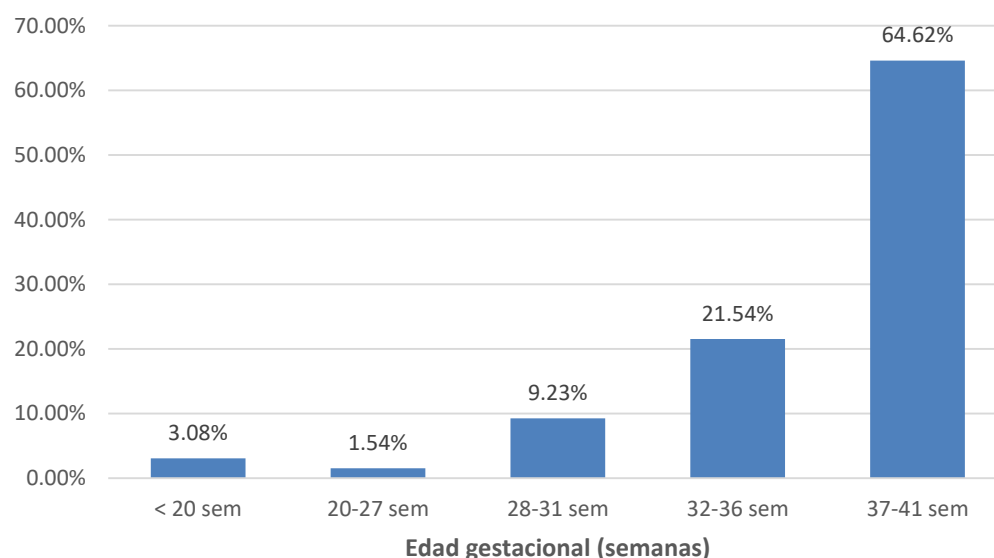


Se encontró que el 69.23% de la población referían como estado civil ser convivientes siendo el mayor porcentaje de la población seguido por un 16.92% que referían ser solteras y un 13.85% que referían ser casadas al momento de la recolección de datos.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 5
**Distribución de gestantes según edad gestacional al momento de la
evaluación**

Edad gestacional	Nº	%
< 20 sem	2	3.08%
20-27 sem	1	1.54%
28-31 sem	6	9.23%
32-36 sem	14	21.54%
37-41 sem	42	64.62%
Total	65	100.00%



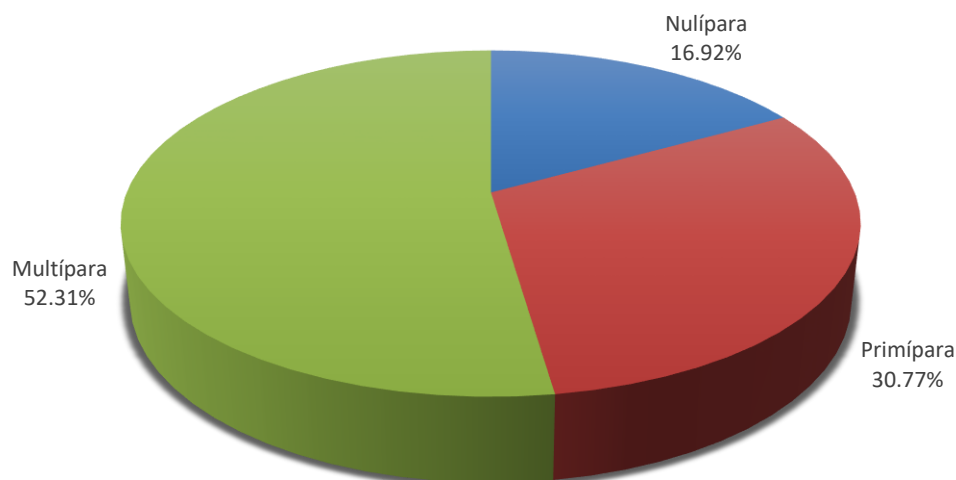
Edad gestacional promedio $\pm$ D. est (mín – máx): 35.48 $\pm$ 6.45sem (4 – 41sem)

Se encontró que la edad gestacional al momento de la evaluación fue en su mayoría entre las 37 y 41 semanas (64.62%), el 21.54% de gestantes evaluadas tenía entre 32 y 36 semanas.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 6
Distribución de gestantes según paridad

Paridad	N°	%
Nulípara	11	16.92%
Primípara	20	30.77%
Múltipara	34	52.31%
Total	65	100.00%



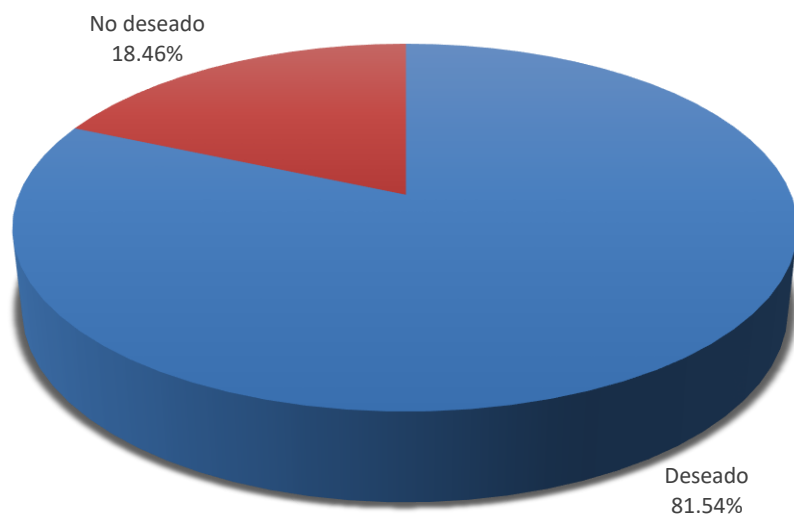
Se encontró que el 52.31% de las pacientes fueron múltiparas, el 30.77% primíparas paridad de las gestantes y el 16.92% fueron nulíparas.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 7

Distribución de gestantes según planificación de embarazo actual

Embarazo	N°	%
Deseado	53	81.54%
No deseado	12	18.46%
Total	65	100.00%



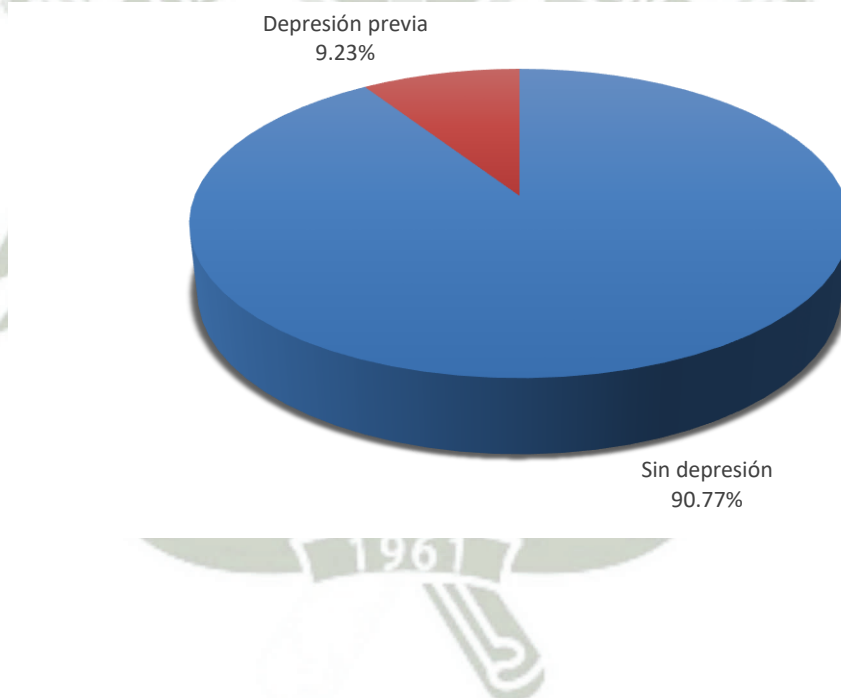
Se encontró que el 81.54% de pacientes referían que su embarazo era deseado y un 18.46% referían que su embarazo no fue deseado.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 8

Distribución de gestantes según antecedente de depresión previa

Depresión previa	N°	%
Sin depresión	59	90.77%
Depresión previa	6	9.23%
Total	65	100.00%

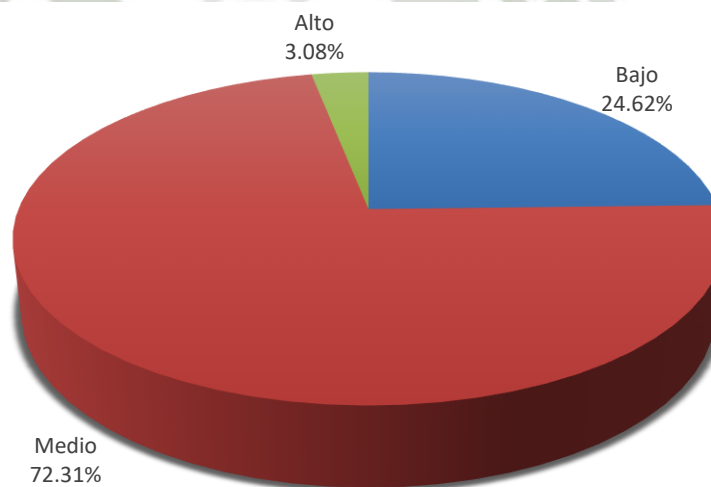


Se encontró que el 9.23% de gestantes referían haber padecido algún episodio de depresión previa.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 9
Distribución de gestantes según nivel socioeconómico

Nivel Socio Económico	N°	%
Bajo	16	24.62%
Medio	47	72.31%
Alto	2	3.08%
Total	65	100.00%

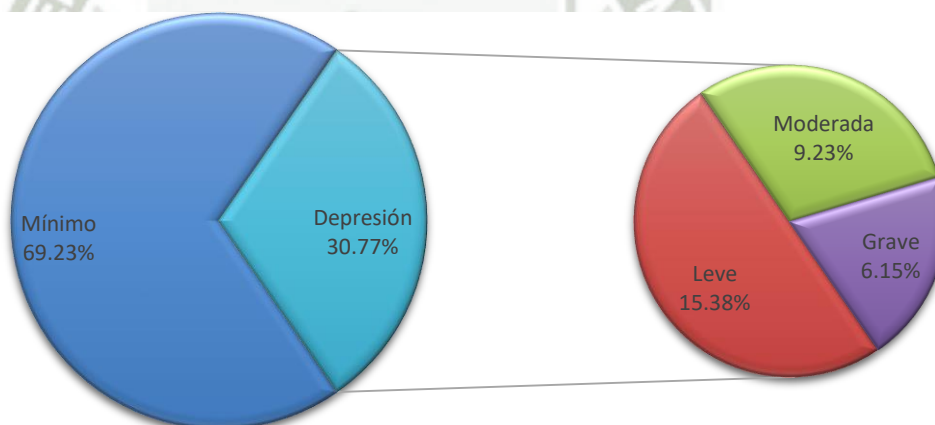


Se encontró que el nivel socioeconómico de las gestantes evaluadas fue de forma predominante medio en un 72.31%, bajo en 24.62% y alto en 3.08% de casos.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 10
Prevalencia de depresión en las gestantes evaluadas

Depresión	N°	%
Mínimo	45	69.23%
Leve	10	15.38%
Moderada	6	9.23%
Grave	4	6.15%
Total	65	100.00%



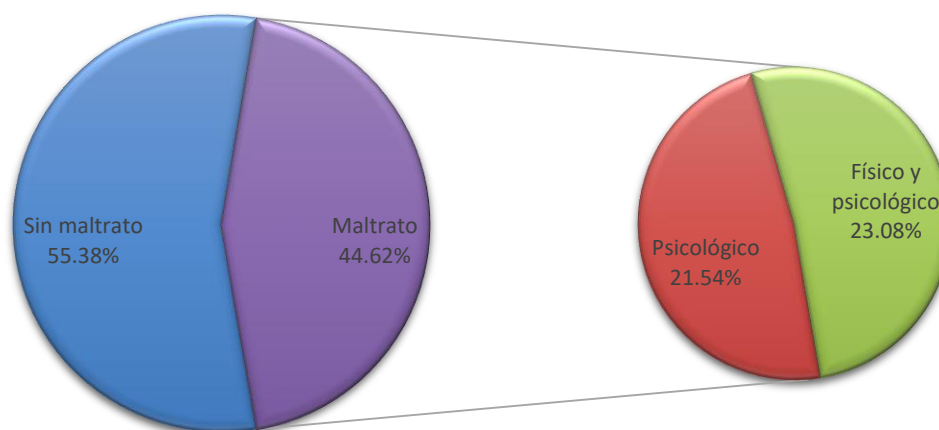
Se encontró que el 30.77% de las pacientes evaluadas referían síntomas de depresión, de estos casos el 15.38% correspondían a una forma de depresión leve, el 9.23% moderada y el 6.15% grave.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla y Gráfico 11

Distribución de gestantes según el tipo de maltrato referido

Maltrato	N°	%
Sin maltrato	36	55.38%
Psicológico	14	21.54%
Físico y psicológico	15	23.08%
Total	65	100.00%



Se encontró que el 44.62% de gestantes manifiesta recibir algún tipo de maltrato, siendo físico y psicológico en 23.08%, y solo psicológico en 21.54%; ninguna gestante refirió maltrato solo físico.

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Tabla 12

**Distribución de gestantes según la influencia del maltrato en la presencia
de síntomas depresivos**

Depresión	Sin maltrato		Psicológico		Físico y psicológico		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mínimo	29	80.56%	10	71.43%	6	40.00%	45	69.23%
Leve	5	13.89%	3	21.43%	2	13.33%	10	15.38%
Moderada	1	2.78%	1	7.14%	4	26.67%	6	9.23%
Grave	1	2.78%	0	0.00%	3	20.00%	4	6.15%
Total	36	100.00%	14	100.00%	15	100.00%	65	100.00%

Chi² = 15.79

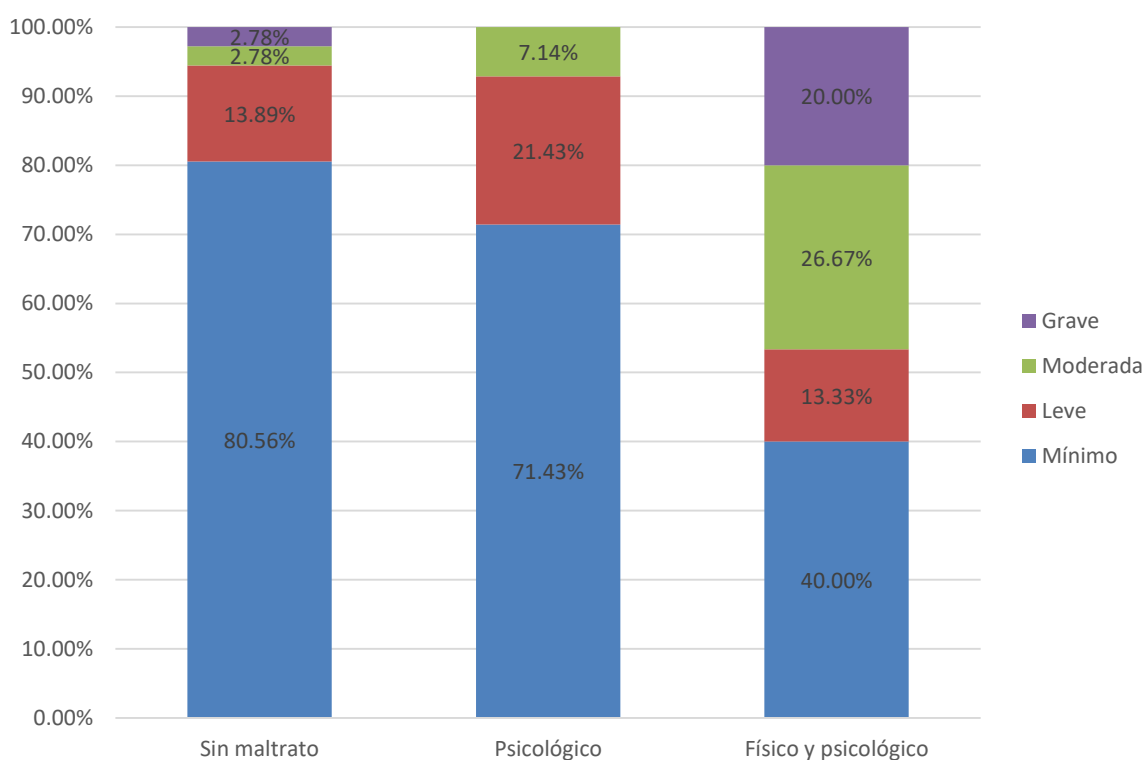
G. libertad = 6

p = 0.0150

**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2017**

Gráfico 12

**Distribución de gestantes según la influencia del maltrato en la presencia
de síntomas depresivos**



Se encontró que aun cuando la paciente no refiere maltrato el 19.44% tienen algún grado de depresión, esta aumenta a 28.57% cuando hay maltrato psicológico, y a 60% si el maltrato es físico y psicológico.

Además los casos de formas graves de depresión llegan al 20% cuando la paciente refiere maltrato físico y psicológico, estando ausente si es solo psicológico, y a 2.78% si no hay maltrato.



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la asociación de la violencia familiar como factor de riesgo de depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se realizó la presente investigación debido a que durante mi internado médico tuve la sorpresiva y difícil experiencia de conocer casos sobre violencia de género en muchas de las gestantes hospitalizadas a las cuales tuve la oportunidad de atender y en las que percibí síntomas depresivos; considero que actualmente es un problema de salud latente que aqueja a muchas mujeres de nuestra población porque no es diagnosticado y oportunamente tratado, y así como esas mujeres sus hijos muy probablemente también sean víctimas de violencia generándose una cadena de conductas consideradas aparentemente normales que limitan nuestro desarrollo como país; detectar estos casos a tiempo mejorará la atención integral de las gestantes y mejorará también el pronóstico para la madre y el recién nacido.

Entonces considerando que los trastornos depresivos influyen negativamente durante la gestación y generan consecuencias de trascendental importancia en la madre y en la vida del nuevo ser, se propuso realizar esta investigación con el objetivo de obtener una estimación sobre la prevalencia de depresión en pacientes gestantes de nuestra ciudad y analizar la violencia de género como factor de riesgo para esta patología.

Para tal fin se encuestó una muestra de 65 gestantes que cumplieron criterios de selección, para aplicar la Escala de Evaluación del Tipo y Fase de la Violencia de Género (EETFVG), y el Cuestionario de Depresión de Beck. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y t de Student.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la edad de las gestantes evaluadas; el 10.77% fueron adolescentes, 66.15% tuvieron entre 20 y 34 años, y 23.08% fueron gestantes añosas. La edad promedio de las gestantes fue de 28.82 ± 6.98 años. Es evidente la predominancia de mujeres adultas jóvenes en el estudio,

este término hace referencia al periodo de vida comprendido entre los 18 y 35 años, nuestros datos son similares al estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el año 2012 donde se encontró una edad media de 27.65 ± 5.53 años. (3) Los cuadros depresivos pueden iniciarse a cualquier edad, sin embargo la literatura reporta mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años, y al considerar que influyen negativamente en la educación, la productividad y las relaciones interpersonales, llegando a considerarse la principal causa de discapacidad en el mundo, es que podemos darnos cuenta de la importancia de la identificación de cuadros depresivos y sus determinantes en este grupo poblacional con el objetivo de que sean abordados a tiempo por el personal médico capacitado. (25,26)

En la **Tabla y Gráfico 2** se aprecia cual es la ocupación que referían tener las gestantes; el 56.92% se dedicaban a labores del hogar, 16.92% eran estudiantes, un 15.38% eran empleadas y 10.77% eran comerciantes. La mayoría de gestantes refirieron ser amas de casa, dato similar al reportado por M. Borda Perez en Colombia donde el 72,6 % de pacientes gestantes evaluadas referían ser amas de casa. (5) De la misma forma M. Farfan Calvo en su estudio realizado con gestantes en Arequipa halló que el 52% de su población refería tener como ocupación labores de hogar. (6) La incorporación de la mujer al mundo laboral ha crecido de forma progresiva en las últimas dos décadas hasta el punto de que el número de amas de casa a tiempo completo se ha reducido casi a la mitad en este periodo, según el estudio elaborado por la Fundación La Caixa: “El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI”. En concreto, en los últimos veinte años, el porcentaje de mujeres que se dedica por completo a las labores domésticas ha pasado del 43% al 23%. (7) Sin embargo, pese a su incorporación al mercado laboral, las mujeres siguen soportando el peso de las obligaciones familiares. En nuestro país, en junio del 2017 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) – 2016, en el Perú 32,2% de las mujeres son amas de casa (8); por otro lado en octubre del mismo año la agencia de investigación de

mercados Kantar Worldpanel presentó su estudio 'Lifestyle Latam' informando varios datos sobre la situación de las amas de casa peruanas. El estudio reveló que, además de dedicarse a las labores del hogar, el 22% de amas de casa son madres con un empleo a tiempo completo; y el 25% son mamás con un empleo a tiempo parcial. Además, el 43% indicó ser mamá y no contar con una labor remunerada. Cabe resaltar que es importante tener en cuenta este número porque es uno de los porcentajes más altos de la Latinoamérica, después de Panamá y Honduras. (9) Es entonces que podemos darnos cuenta que en nuestra realidad es válida la teoría de género, la cual explica que la sociedad atribuye a la mujer un rol reproductivo que va ligado al cuidado del hogar y las tareas domésticas en oposición al hombre al que se le asocia con un rol productivo, de proveedor económico de la familia, lo que le otorga un poder simbólico sobre la mujer, generando de esta forma relaciones de inequidad y desigualdad por lo cual situaciones como la violencia de género es aceptada por la sociedad como algo cotidiano e incluso necesario y normal. (27)

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra el nivel de instrucción de las gestantes que participaron en el estudio encontrándose lo siguiente: educación secundaria en 47.69% de la población, educación superior con un valor cercano siendo este de 46.15% y educación primaria en 6.15%. Datos similares a los reportados por L. Calloapaza Salazar en 2015 en Camaná, Arequipa donde se reporta nivel de instrucción secundario en 57.7% de las gestantes evaluadas, además se reportó un 21,2% con instrucción superior, siendo esta última cifra un valor inferior al encontrado en nuestro estudio. (10)

Según el INEI, en 2017 en nuestro país, de acuerdo con el nivel de educación alcanzado, el 38,7% de las madres tienen educación secundaria, 36,0% educación primaria, 14,6% educación superior no universitaria y 10,7% superior universitaria. Cifras por debajo de los valores referidos en nuestro estudio. (8) El bajo nivel de educación es un factor de riesgo para violencia, y no es solo considerado como factor de riesgo para conductas violentas por parte del agresor sino también para la víctima que permite ser maltratada (28),

en nuestro estudio la mayoría de gestantes evaluadas refieren un nivel de instrucción secundario a superior, por lo que no consideraríamos el nivel de instrucción bajo como un factor de riesgo para depresión en la presente investigación.

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra el estado civil de las pacientes: el 16.92% informaron ser solteras, el 69.23% son convivientes y el 13.85% fueron casadas. La convivencia es el estado civil más frecuente en las gestantes estudiadas, dato cercano al reportado en el estudio de Y. Mercado Huachupoma en el Instituto Nacional Materno Perinatal en 2011 donde el 50.4% de gestantes referían ser convivientes y además este grupo padecía algún grado de depresión. (3) En la literatura se reporta que el estado civil (soltera, divorciada o viuda) parece tener relación con una mayor probabilidad de inicio de trastornos depresivos (26), en nuestro estudio un porcentaje considerable de gestantes refieren ser solteras al momento de la evaluación por lo que podríamos considerarlo como un factor de riesgo importante para desarrollo de cuadros depresivos en nuestras gestantes intervenidas.

La edad gestacional al momento de la evaluación fue en su mayoría entre las 37 y 41 semanas (64.62%); en promedio, las gestantes tuvieron 35.48 ± 6.45 semanas al momento de la evaluación, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 5**. El estudio realizado por Carmenza Ricardo-Ramírez, MD en Medellín, Colombia en 2013, informa que la edad gestacional promedio de sus pacientes evaluadas fue 30,5 semanas. (11) Según la literatura el mayor índice de depresión se encuentra en el tercer trimestre de gestación, situación que es confirmada en nuestro estudio, algunos autores afirman que durante el último trimestre regresan las dificultades anímicas, principalmente por el aumento del volumen del vientre y porque las expectativas relacionadas al parto son mayores en comparación del primer trimestre de embarazo, como consecuencia aparecen ciertos malestares: dificultad para dormir, micción frecuente, dolor de espalda y cansancio, molestias que no ayudan al bienestar emocional. (30)

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la paridad de las gestantes; el 16.92% fueron nulíparas, 30.77% primíparas, y 52.31% fueron multíparas. Estos datos difieren con los informados a nivel nacional, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, las mujeres de 15 a 49 años tienen en promedio 2,5 hijos. Sin embargo esto varía de acuerdo al lugar de residencia, ya que en el área urbana el número promedio de hijos por mujer es de 2,3 y en la rural 3,3 hijos. Por departamentos, el mayor número de hijos en promedio por mujer se registra en Loreto con 3,7 hijos, le siguen Ucayali con 3,5 y Amazonas y Madre de Dios con 3,2 hijos, cada uno. En tanto, en la Provincia de Lima y Tacna las mujeres tienen en promedio solo 2,1 hijos. (8)

En un estudio realizado en Lima en 2008 resultó interesante cuando se evaluó el antecedente de gestación ya que contrario a lo que se piensa tradicionalmente, el estudio reveló que aquellas mujeres que gestan por primera vez presentan menores niveles de síntomas depresivos en relación a aquellas que no son primigestas. Esto podría explicarse debido a que las mujeres que cursan su primera gestación presentan de manera significativa mayores niveles de apoyo social y apoyo afectivo. De esto podríamos deducir que el apoyo social adecuado se comportaría como un factor protector frente a la presencia de síntomas depresivos. (12) En nuestro estudio la mayoría de mujeres son multíparas lo que nos explicaría que las pacientes evaluadas con mayor cantidad de partos son más propensas a desarrollar trastornos depresivos.

Según nuestro estudio, el embarazo actual fue deseado en 81.54% de casos (**Tabla y Gráfico 7**). Este porcentaje difiere con el encontrado por María del Pilar Bao-Alonso en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima en 2010 donde reportan que el 56.1% de las pacientes referían que su embarazo era deseado. (13) Es probable que la mayoría de nuestras pacientes referían que su gestación es deseada no siendo realmente de esta forma debido a que la mayoría se encuentran en un estado de gestación avanzada; es importante conocer que las pacientes con cuadros depresivos

durante la gestación pueden referir que su embarazo no fue planificado y ser esto un condicionante para el desarrollo de su patología, sin embargo se requeriría de un estudio más minucioso para obtener datos más confiables que nos permitan establecer con mayor veracidad la influencia de esta condición sobre el estado de ánimo de la paciente. Me parece también importante mencionar que la violencia de género como factor de riesgo para depresión también puede tener consecuencias muy graves como embarazos no deseados, por lo que estas variables estarían muy interrelacionadas.

En la **Tabla y Gráfico 8** se observa que el 9.23% de gestantes refirieron algún episodio previo de depresión. Este porcentaje es inferior al obtenido en un estudio realizado en Lima por L. Paccori Yanac quien encontró el 15.9% de las gestantes al momento de la intervención referían lo mismo; por otro lado, en este estudio se reporta que el 41.6% de pacientes con depresión durante el embarazo referían haber padecido algún episodio previo de depresión y además se encontró que las que tuvieron el antecedente de episodio depresivo, mostraron un riesgo 3.7 veces más de padecer depresión en el embarazo que aquellas que no tuvieron este antecedente, siendo esta asociación significativa. (3) Bao Alonso (14) encontró mayor proporción significativa de este antecedente en las gestantes que tuvieron depresión. Estos no muestra y confirma que presentar episodios de depresión previos a la gestación, hacen más vulnerable a la mujer, para el desarrollo de trastornos depresivos durante el embarazo.

El nivel socioeconómico de las gestantes evaluadas fue bajo en 24.62%, medio en 72.31%, y alto en 3.08% de casos, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 9**. Las carencias económicas están reconocidas como factores de riesgo para cuadros depresivos pues incrementan en 2.3 veces más la probabilidad de padecer depresión durante el embarazo (3), en nuestro estudio la mayoría de pacientes refieren un nivel socioeconómico medio a alto, sin embargo es importante el porcentaje de pacientes que refieren bajos recursos económicos por lo que consideramos este un factor de riesgo probable para el desarrollo de cuadros depresivos. Acevedo Da Silva en su estudio encontró

asociación entre los cuadros depresivos durante la gestación con el antecedente de que sean de bajos recursos económicos. (15)

Al aplicar el inventario de depresión se encontró que el 30.77% de casos tuvieron síntomas de depresión, leve en 15.38%, moderado en 9.23% y grave en 6.15% (**Tabla y Gráfico 10**). Este porcentaje es coincidente al obtenido por Bolton y colaboradores en Londres: 30.7 % (18); también es coincidente a un estudio efectuado en México en el que se evaluó a embarazadas en cualquier trimestre de embarazo, donde se obtuvo una prevalencia de 30.7%, y a un estudio de similares características realizado en Cartagena, Colombia, en el que se encontró una prevalencia de 32% (19).

Da Silva en Brasil encontró una prevalencia mayor informando un porcentaje de 39% (20); en nuestro país en 2009 se informó una prevalencia de 40.1% (21), y en otro estudio realizado por Lam y colaboradores en Lima, obtuvieron una prevalencia probable de depresión mayor de 34.1% (22). La prevalencia de depresión en gestantes obtenida en nuestro estudio se encuentra por encima de los valores de referencia mundial, que indican que oscila entre un 7 y 24% (16), y por lo reportado por Bowen en Canadá, quien indica una prevalencia de 20.7% (17). Entonces encontramos que en nuestro medio existe una elevada prevalencia de cuadros depresivos en las gestantes que no son evaluados y por lo tanto no son tratados por los profesionales capacitados; la detección oportuna y el manejo de la depresión durante el embarazo no solamente es importante para tratar este trastorno mental, sino también porque algunos estudios han encontrado que la depresión se asocia con problemas obstétricos y neonatales tales como aumento de la probabilidad de la necesidad de analgesia epidural, cesárea, parto instrumentado, ingreso a la unidad de cuidados neonatales y bajo peso al nacer (29), por lo que debemos tener en cuenta la importancia de la detección temprana de la depresión en pacientes gestantes. Los hallazgos del presente estudio muestran una importante prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación y apoyan la recomendación de que se incorporen elementos de salud mental en los programas de atención de la salud reproductiva.

En la **Tabla y Gráfico 11** se observa que el 44.62% de gestantes manifiesta recibir algún tipo de maltrato, siendo físico y psicológico en 23.08%, y solo psicológico en 21.54%; ninguna gestante refirió maltrato solo físico.

Como observamos los resultados al respecto son tajantes, similares a los obtenidos por Cripe y col. quienes realizan el mismo estudio en nuestro país e informan que la prevalencia de violencia de género alcanza un 40% de las gestantes evaluadas. (23)

Un estudio similar en Lima reporta que el 61% de las gestantes entrevistadas aceptó haber sido víctima de algún tipo de violencia, que incluyó violencia psicológica en 54% violencia física en 32.2%, y violencia sexual 21.1% siendo la pareja actual o el ex esposo los principales agresores. (24) Entonces observamos que la prevalencia de víctimas de violencia de género en nuestro medio es elevada, lo que supone un grave problema de salud pública ya que las consecuencias son graves, la violencia de género produce en las víctimas y en sus hijos graves problemas de carácter físico, psicológico, sexual y reproductivo a corto y largo plazo, condiciones que determinan un elevado costo económico y social para el manejo de esta patología, ya que ser víctima de violencia durante la gestación incrementa la probabilidad de niños con bajo peso al nacer, aborto espontáneo, muerte fetal y parto prematuro, además infecciones de transmisión sexual e incluso puede ocasionar depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones emocionales e intento de suicidio. Según la literatura, las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja tienen el doble de probabilidades de padecer depresión. Por todas las consecuencias anteriormente mencionadas es necesario el uso de mayor cantidad de recursos para reforzar la prevención de la violencia de género mediante la promulgación de leyes y formulación de políticas que protejan a las víctimas y combatan la discriminación de la mujer fomentando la igualdad de género.

En la **Tabla y Gráfico 12** se observa que cuando no hay maltrato en la gestante, el 19.44% tiene depresión, esta aumenta a 28.57% cuando hay maltrato psicológico, y a 60% si el maltrato es físico y psicológico; igualmente la severidad de la depresión llega a 20% cuando hay maltrato físico y psicológico, estando ausente si es psicológico, y a 2.78% si no hay maltrato; las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Es entonces la violencia de género un factor de riesgo con asociación significativa para el desarrollo de cuadros depresivos durante la gestación, resultado similar al encontrado por Mercado H. Y en Lima (3) donde se refieren que las víctimas de violencia tienen mayores probabilidades de desarrollar cuadros depresivos.

Como observamos la violencia de género en las gestantes es un factor de riesgo importante para el desarrollo de cuadros depresivos y es el que mejor respaldo estadístico presenta según nuestro estudio.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. Se encontró que el 30.77% de gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE) cursan con un cuadro depresivo al momento de su evaluación, de las cuales 15.38% presentaron síntomas de depresión leve, 9.23% síntomas de depresión moderado y 6.15% y síntomas de depresión grave.

Segunda. Se encontró que el 44.62% de gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza son víctimas de violencia de género, correspondiendo un 23.08% a maltrato físico y psicológico y solo psicológico al 21.54%.

Tercera.- Existe una asociación significativa entre la violencia de género y la presencia y severidad de la depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza debido a que cuando la paciente no refiere maltrato el 19.44% tiene depresión y este porcentaje aumenta a 28.57% cuando hay maltrato psicológico, y a 60% si el maltrato es físico y psicológico.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda que el interno de medicina y/o el médico residente del HRHDE describan en la historia clínica el estado emocional de la paciente como parte del examen mental así como hallazgos sugerentes de agresión física para su posterior evaluación por los servicios de Psiquiatría y Psicología.
- 2) Se sugiere aplicar la ficha de tamizaje de violencia de género a cada gestante que acude a ser atendida al servicio de Ginecología y Obstetricia del HRHDE y en caso de ser positiva promover la realización de la denuncia. Además se sugiere la adecuación de un espacio privado donde ellas puedan acercarse y ser informadas sobre sus derechos y las medidas que deben tomar.
- 3) Se recomienda capacitar al personal médico, personal de enfermería y técnico del HRHDE en la detección de signos de alarma que nos permitan sospechar sobre casos de violencia de género, con el fin de que estas pacientes sean intervenidas precozmente por los especialistas de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud OMS. *La depresión*. Nota descriptiva N°369. Abril de 2016. Citado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. World Health Organization WHO. Global Health Observatory data repository. 2013. Citado en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IPV?lang=en>
3. Mercado Huachupoma, Yisell Diana. Paccori Yanac, Leonor Vanesa. *Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2012.
4. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. 2013. 144. Citado en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
5. Mariela Borda Perez, Claudia Forero, Nassin Ahcar Cabarcas, Camila Hinestrosa, Silvana Polo Lobo, Mairén Staaden Garavito, Margarita Valencia Mejía. *Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla*. Colombia: Universidad del Norte; 2013.
6. Miguel Ángel Farfán Calvo. *Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado en el mes de Febrero, Arequipa 2015*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015
7. La opinion de murcia. Comunidad española. *El número de amas de casa se reduce a la mitad en 20 años. Marzo de 2010*. Citado en: <http://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2010/03/14/numero-amas-casa-reduce-mitad-20-anos/235367.html>

8. Instituto Nacional De Estadística e Informática. *Más del 60% de las madres del país trabajan.* 2017. Citado en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-del-60-de-las-madres-del-pais-trabajan-9714/>
9. Perú 21. *En el Perú, 43% de mujeres son mamás que no tienen un trabajo remunerado.* 2017. Citado en: <https://peru21.pe/economia/estadisticas-amas-casa-peru-43-mujeres-son-mamas-380963>
10. Lizeth Marilú Calloapaza Salazar. *Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo Camaná, 2015.* Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015.
11. Carmenza Ricardo Ramírez, Matilde Álvarez Gómez, María Victoria Ocampo Saldarriaga, Andrés Felipe Tirado Otálvaro. *Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados.* 2015. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 2015
12. Nelly Lam, Hans Contreras, Elizabeth Mori, Williams Hinostroza, Richard Hinostroza, Erasmo Torrejón, Elizabeth Coaquira, Willy Hinostroz. *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; 2010.
13. María del Pilar Bao Alonso, Johann M. Vega Dienstmaier, Pedro Saona-Ugarte. *Prevalencia de depresión durante la gestación.* Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
14. Bao-Alonso M, Vega-Dienstmaier JM, Saona-Ugarte P. *Prevalencia de depresión durante la gestación.* Revista de Neuropsiquiatría; 2010.
15. Silva Azevedo. *La depresión durante el embarazo en el Brasil el sistema de salud pública.* Revista Brasileira De Psiquiatría, São Paulo; 2010.
16. Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study.* Lancet; 2017.

17. Bowen A, Muhajarine N. *Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; 2006.
18. Bolton HL, Hughes PM, Turton P, Sedgwick P. *Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population*. J Psychosom Obstet Gynaecol; 2008.
19. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J, O'Keane V. *Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress*. Department of Child Psychiatry, Caen University Hospital, France; 2010.
20. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR. *Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women*. Universidade Federal Fluminense, Brasil; 2008.
21. Matos M, Salinas J, Luna A. *Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú*. Revista Panamericana de Salud Pública; 2009.
22. Lam N. et al. *Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú*. Revista Peruana De Epidemiología; 2010.
23. Cripe S, Sanchez S, Perales M, Lam N, Garcia P, Williams M. *Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in peru*. International Journal Of Gynecology And Obstetrics; 2008.
24. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N. *Detección de violencia basada en género tres servicios de atención de salud reproductiva*. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; 2008
25. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. 2013. Citado en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

26. María Álvarez Ariza. Gerardo Atienza Merino. María José Ávila González. Amparo González García. Elena de las Heras Liñero. Arturo Louro González. Jose Luis Rodríguez-Arias Palomo. Yolanda Triñanes Pego. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. 2014. Citado en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_comp_l.pdf*
27. Alarcón Cebrián, Antonio. *Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia; 2012.
28. Adam A. *Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. A review on gender violence. A whole doubt gender*. 2013. Citado en: http://www.uv.es/gicf/4A1_Adam_GICF_09.pdf
29. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. *Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh*. BMC Public Health; 2010.
30. Greysi Jhoana Ruiz-Acostaa , Heidi Organista-Gabriela. *Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel*. Universidad Veracruzana, México; 2017.



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito determinar la asociación de violencia de género como factor de riesgo de depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Participación voluntaria y anónima:

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria y anónima.

Procedimientos:

Se realizará una previa coordinación con la Dirección del Hospital y Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia para obtener la autorización para efectuar el estudio. Se identificará a las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia para solicitar su participación voluntaria en el estudio, se verificará previamente que cumplan los criterios de selección. Se les abordará explicando la intención del estudio y previo consentimiento informado, se aplicará la ficha que incluye datos sobre información personal que es de carácter anónimo, la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género y el Inventario de Depresión de Beck. Una vez concluida la fase recolección de datos, éstos serán organizados para su posterior análisis e interpretación.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos:

No existen riesgos en esta investigación.

Costos:

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

Beneficios:

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a darnos a conocer la frecuencia de pacientes gestantes que son víctimas violencia de género y que cursan con depresión, condición considerada un problema de salud pública que afecta gravemente a nuestra sociedad pero que puede ser prevenida si actuamos oportunamente, esto es fundamental para poder combatirla y luchar por erradicarla.

Confidencialidad:

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACIÓN

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas. He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios. En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización:

DNI: _____

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“Violencia de género como factor de riesgo de depresión en pacientes
gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado
Espinoza, 2017”**

1. Edad: ____

5. Semanas de gestación:

2. Grado de Instrucción:

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| a) No sabe leer ni escribir | a) < 20 sem |
| b) Primaria | b) 20-27 sem |
| c) Secundaria | c) 28-31 sem |
| d) Técnico | d) 32-36 sem |
| e) Superior universitaria | e) 37-41 sem |

6. Antecedentes Obstétricos:

3. Ocupación:

- | | |
|----------------|--------------|
| a) Ama de casa | a) Nulípara |
| b) Estudiante | b) Primípara |
| c) Empleada | c) Multípara |
| d) Obrera | |
| e) Comerciante | |

7. Embarazo Deseado:

4. Estado Civil:

- | | |
|----------------|-------|
| a) Soltera | a) Sí |
| b) Conviviente | b) No |
| c) Casada. | |
| d) Divorciada | |
| e) Viuda | |

8. Historia de depresión previa:

- a) Sí
b) No

9. Nivel socioeconómico:

- a) Bajo
b) Medio
c) Alto

ANEXO 3

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TIPO Y FASE DE LA
VIOLENCIA DE GÉNERO (EETFVG)**

Responda, marcando con una cruz (X) según el grado en que se sienta identificada con cada frase. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

0	1	2	3	4
Nada/Nunca	Algunas	Muchas	Casi siempre	Siempre

		Nunca/ Nada	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1	Considero violencia el hecho de que me empujen aunque no me caiga	0	1	2	3	4
2	Considero violencia el hecho de que me empujen si me caigo	0	1	2	3	4
3	Sólo es violencia cuando te golpean a menudo	0	1	2	3	4
4	Quien te quiere no puede pegarte	0	1	2	3	4
5	Me siento inútil cuando me golpean	0	1	2	3	4
6	Me parece normal que mi pareja me pegue si no le hago caso	0	1	2	3	4
7	Me pega sin motivo aparente	0	1	2	3	4
8	Antes de vivir conmigo, yo sabía que mi pareja había pegado a sus parejas anteriores	0	1	2	3	4
9	He tenido relaciones sexuales con mi pareja por la fuerza.	0	1	2	3	4
10	Accedo a tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar los malos tratos	0	1	2	3	4
11	Tengo relaciones sexuales con mi pareja por miedo	0	1	2	3	4
12	Considero que hay malos tratos aunque no me ponga la mano encima	0	1	2	3	4
13	Él decide por mí	0	1	2	3	4
14	Ha conseguido aislarme de mis amigos	0	1	2	3	4
15	Ha intentado aislarme de mi familia	0	1	2	3	4
16	Me siento culpable de lo que pasa	0	1	2	3	4
17	Me insulta en cualquier lugar	0	1	2	3	4
18	Trato de ocultar los motivos de mis “moratones”	0	1	2	3	4
19	Siempre estoy en alerta	0	1	2	3	4
20	Lo he denunciado	0	1	2	3	4
21	Me asustan sus miradas	0	1	2	3	4
22	Me siento sola	0	1	2	3	4
23	Puedo estudiar /trabajar fuera de casa	0	1	2	3	4
24	Me impide ver a mi familia	0	1	2	3	4
25	Vigila mis actos	0	1	2	3	4
26	Creo que sigo “engachada” a mi marido	0	1	2	3	4
27	El arrepentimiento de mi marido me hace sentirme culpable	0	1	2	3	4
28	Me gusta cuidar mi aspecto	0	1	2	3	4

A continuación se presentan una serie de creencias sobre la VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Indique, marcando con una cruz (X) su grado de acuerdo en relación con las frases que le mostramos.

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Por favor, responda a todos los ítems marcando el número que considere que mejor refleja lo que usted cree:

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
29	Yo creo que la mujer tiene que obedecer	0	1	2	3	4
30	Yo creo que las mujeres somos iguales que los	0	1	2	3	4
31	Yo creo que las mujeres no llaman a la policía porque protegen a sus maridos	0	1	2	3	4
32	Yo creo que lo que ocurre en la familia es privado	0	1	2	3	4
33	Yo creo que las bofetadas son a veces necesarias	0	1	2	3	4
34	Yo creo que la mayoría de los maltratadores son personas fracasadas	0	1	2	3	4
35	Yo creo que cuando te casas es para lo bueno y para lo	0	1	2	3	4
36	Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario	0	1	2	3	4
37	Yo creo que un/a hijo/a sin padre se desarrolla	0	1	2	3	4
38	Yo creo que hay que aguantar el maltrato por los	0	1	2	3	4
39	Yo creo que mi marido no puede vivir sin mí	0	1	2	3	4
40	Yo creo que no lo abandono porque lo quiero	0	1	2	3	4
41	Yo creo que no lo abandono porque me da pena	0	1	2	3	4
42	Yo creo que la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio	0	1	2	3	4

*Tipo de
maltrato:*

<i>Psicológico</i>	<i>Físico</i>	<i>Ambos</i>
--------------------	---------------	--------------

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste
b. Me siento triste
c. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
d. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2. a. No me siento especialmente desanimada respecto al futuro
b. Me siento desanimada respecto al futuro.
c. Siento que no tengo que esperar nada.
d. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3. a. No me siento fracasada
b. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
c. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
d. Me siento una persona totalmente fracasada.
4. a. Las cosas me satisfacen tanto como antes
b. No disfruto de las cosas tanto como antes.
c. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. a. No me siento especialmente culpable.
b. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
c. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
d. Me siento culpable constantemente.
6. a. No creo que esté siendo castigado.
b. Me siento como si fuese a ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Siento que estoy siendo castigado.
7. a. No estoy decepcionada de mí misma.
b. Estoy decepcionada de mí misma.
c. Me da vergüenza de mí misma.
d. Me detesto.

8. a. No me considero peor que cualquier otro.
b. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
c. Continuamente me culpo por mis faltas.
d. Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. a. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
b. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
c. Desearía suicidarme.
d. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo que solía llorar.
b. Ahora lloro más que antes.
c. Lloro continuamente.
d. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. a. No estoy más irritada de lo normal en mí.
b. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
c. Me siento irritada continuamente.
d. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. a. No he perdido el interés por los demás.
b. Estoy menos interesado en los demás que antes.
c. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
d. He perdido todo el interés por los demás.
13. a. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
b. Evito tomar decisiones más que antes.
c. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
d. Ya me es imposible tomar decisiones.
14. a. No creo tener peor aspecto que antes.
b. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
c. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
d. Creo que tengo un aspecto horrible.
15. a. Trabajo igual que antes.
b. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

- c. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - d. No puedo hacer nada en absoluto.
- 16.** a. Duermo tan bien como siempre.
- b. No duermo tan bien como antes.
 - c. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17.** a. No me siento más cansada de lo normal.
- b. Me canso más fácilmente que antes.
 - c. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - d. Estoy demasiado cansada para hacer nada.
- 18.** a. Mi apetito no ha disminuido.
- b. No tengo tan buen apetito como antes.
 - c. Ahora tengo mucho menos apetito.
 - d. He perdido completamente el apetito.
- 19.** a. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- b. He perdido más de 2 kilos y medio.
 - c. He perdido más de 4 kilos.
 - d. He perdido más de 7 kilos.
- 20.** a. No estoy preocupada por mi salud más de lo normal.
- b. Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 - d. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21.** a. No he observado ningún cambio reciente en mi interés hacia el sexo.
- b. Estoy menos interesada por el sexo que antes.
 - c. Estoy mucho menos interesada por el sexo.
 - d. He perdido totalmente mi interés por el sexo.



ANEXO 5

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Edad	Cat edad	Ocupación	E. Civil	Instrucción	Semanas	Embarazos	Hijos	Deseado	Depresión pre Nivel SE	Nacimiento	Vive	Beck	Nivel depresión	Tipo maltrato	Tiempo maltrato	Veces denunciado	Apoyo social	Apoyo familiar
1	34 30-34 a	Su casa	Conviviente	Superior	7	3	3	2 Sí	Bajo	Arequipa	Arequipa		13 Mínimo	Psicológico +	1	0	Nunca	Algunas veces
2	34 30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	34	3	3	3 Sí	Medio	Cusco	Arequipa		15 Leve	No	-	-	-	-
3	25 25-29 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	36	2	2	0 Sí	Bajo	Apurímac	C Colorado		26 Moderada	Psicológico +	0.5	0	Algunas veces	Algunas veces
4	21 20-24 a	Estudiante	Conviviente	Secundaria	39	2	2	1 Sí	Bajo	Arequipa	C Colorado		0 Mínimo	No	-	-	Siempre	Siempre
5	18 < 20 a	Empleada	Soltera	Superior	35	2	2	0 Sí	Medio	Arequipa	Arequipa		14 Leve	No	-	-	Casi siempre	Casi siempre
6	40 ≥ 35 a	Su casa	Soltera	Secundaria	39	4	4	4 Sí	Bajo	Apurímac	Hunter		33 Grave	Psicológico +	10	0	Nunca	Nunca
7	33 30-34 a	Su casa	Casada	Secundaria	39	2	2	1 No	Bajo	Cusco	C Colorado		30 Grave	No	-	-	-	-
8	20 20-24 a	Estudiante	Conviviente	Superior	39	1	1	1 Sí	Medio	Arequipa	Arequipa		18 Leve	No	-	-	Nunca	Casi siempre
9	29 25-29 a	Comerciante	Casada	Secundaria	40	4	4	2 Sí	Medio	Cusco	C Colorado		8 Mínimo	Psicológico	2	0	-	-
10	24 20-24 a	Empleada	Soltera	Superior	40	2	2	0 Sí	Medio	Arequipa	Characato		0 Mínimo	Psicológico	4	0	Nunca	Casi siempre
11	34 30-34 a	Empleada	Conviviente	Superior	34	2	2	1 No	Medio	Arequipa	ASA		9 Mínimo	Psicológico	1	0	Siempre	Siempre
12	34 30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	37	3	3	3 Sí	Alto	Tumbes	Islay		25 Moderada	No	-	-	Nunca	Algunas veces
13	36 ≥ 35 a	Su casa	Casada	Primaria	36	2	2	1 No	Bajo	Cusco	Caraveli		11 Mínimo	Psicológico	-	-	Nunca	Algunas veces
14	38 ≥ 35 a	Comerciante	Conviviente	Superior	-	4	4	3 No	Medio	Arequipa	Cayma		4 Mínimo	No	-	-	-	Siempre
15	21 20-24 a	Estudiante	Soltera	Superior	37	1	1	1 Sí	0 Medio	Arequipa	M Melgar		11 Mínimo	Psicológico	1	0	Nunca	Casi siempre
16	19 < 20 a	Estudiante	Soltera	Superior	38	1	1	0 Sí	Medio	Moquegua	Moquegua		4 Mínimo	No	-	-	Siempre	Siempre
17	23 20-24 a	Estudiante	Conviviente	Superior	37	1	1	0 Sí	Medio	Arequipa	Paucaipata		0 Mínimo	No	-	-	-	-
18	19 < 20 a	Su casa	Conviviente	Superior	40	1	1	1 Sí	Medio	Arequipa	La Joya		3 Mínimo	No	-	-	Siempre	Siempre
19	29 25-29 a	Empleada	Conviviente	Superior	28	2	2	1 Sí	Medio	Puno	M Melgar		19 Leve	No	-	-	-	Siempre
20	25 25-29 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	40	2	2	2 Sí	Medio	Arequipa	Characato		4 Mínimo	No	-	-	-	Siempre
21	15 < 20 a	Estudiante	Conviviente	Secundaria	38	1	1	0 Sí	Medio	Arequipa	La Joya		9 Mínimo	Psicológico	-	-	Nunca	Siempre
22	40 ≥ 35 a	Comerciante	Conviviente	Secundaria	34	3	3	3 Sí	Medio	Cusco	M Melgar		24 Moderada	Psicológico +	11	4	Algunas veces	-
23	33 30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	29	2	2	1 Sí	Bajo	Arequipa	Yura		25 Moderada	Psicológico	10	0	-	-
24	30 30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	29	3	3	2 Sí	Bajo	Arequipa	Majes		8 Mínimo	No	-	-	-	-
25	34 30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	41	3	3	3 Sí	Medio	Arequipa	Sachaca		8 Mínimo	No	-	-	Nunca	-
26	35 ≥ 35 a	Comerciante	Conviviente	Superior	35	3	3	2 Sí	Medio	Arequipa	Islay		1 Mínimo	No	-	-	-	-
27	16 < 20 a	Su casa	Soltera	Secundaria	39	1	1	0 Sí	Medio	Arequipa	Islay		2 Mínimo	No	-	-	Casi siempre	Siempre
28	38 ≥ 35 a	Comerciante	Conviviente	Superior	36	2	2	1 Sí	Medio	Moquegua	Scobaya		2 Mínimo	No	-	-	-	-
29	20 20-24 a	-	Conviviente	Superior	38	1	1	1 Sí	Medio	Puno	C Colorado		0 Mínimo	No	-	-	-	-
30	19 < 20 a	Estudiante	Soltera	-	39	1	1	1 Sí	Medio	Arequipa	Uchumayo		0 Mínimo	No	-	-	Siempre	Siempre
31	22 20-24 a	Estudiante	Soltera	Superior	36	2	2	1 Sí	Medio	Arequipa	JL ByR		5 Mínimo	No	-	-	-	-
32	33 30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	31	3	3	2 No	Bajo	Apurímac	JL ByR		31 Grave	Psicológico +	-	0	Algunas veces	Algunas veces
33	35 ≥ 35 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	40	3	3	2 Sí	Bajo	Puno	Paucaipata		17 Leve	Psicológico	-	-	-	-

34	32-30-34 a	Su casa	Casada	Superior	36	3	2 Si	Si	Medio	Arequipa	Paucarpata	16 Leve	No	-	-	Algunas veces
35	27-25-29 a	Empleada	Conviviente	Superior	32	3	1 Si	No	Medio	Arequipa	Arequipa	5 Mínimo	No	-	-	Siempre
36	15 < 20 a	Estudiante	Soltera	Secundaria	38	1	0 Si	No	Alto	Arequipa	Yura	3 Mínimo	No	-	-	Siempre
37	27-25-29 a	Empleada	Conviviente	Superior	38	2	1 Si	No	Medio	Cusco	Caylloma	12 Mínimo	Psicológico +	5	0 -	-
38	30-30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	38	3	2 Si	No	Bajo	Cusco	Arequipa	11 Mínimo	No	-	-	-
39	32-30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	38	4	3 Si	-	Medio	Arequipa	Paucarpata	16 Leve	Psicológico +	5	0 Nurca	Casi siempre
40	31-30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	38	1	0 Si	Si	Medio	Arequipa	ILBYR	10 Mínimo	Psicológico	1	0 -	Casi siempre
41	29-25-29 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	39	3	3 Si	No	Medio	Arequipa	Arequipa	14 Leve	Psicológico +	10	0 -	-
42	33-30-34 a	-	Casada	Secundaria	32	3	3 Si	No	Bajo	Arequipa	Characato	4 Mínimo	Psicológico +	3	0 -	-
43	32-30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	37	2	2 No	No	Medio	Arequipa	Arequipa	41 Grave	Psicológico +	2	0 -	-
44	34-30-34 a	-	Soltera	Superior	39	1	1 Si	No	Medio	Arequipa	C Colorado	0 Mínimo	No	-	Siempre	Siempre
45	32-30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	38	4	3 Si	No	Bajo	Cusco	Arequipa	21 Moderada	Psicológico +	8	0 -	-
46	35 ≥ 35 a	Empleada	Conviviente	Superior	26	2	2 No	No	Medio	Arequipa	Arequipa	5 Mínimo	Psicológico	-	Nurca	-
47	24-20-24 a	Estudiante	Soltera	Superior	4	2	0 No	Si	Medio	Arequipa	Arequipa	20 Moderada	Psicológico +	0.5	0 Nurca	Nurca
48	40 ≥ 35 a	Empleada	Casada	Primaria	33	4	3 Si	Si	Medio	Puno	Islay	14 Leve	Psicológico	10	0 -	-
49	39 ≥ 35 a	Su casa	Conviviente	Superior	37	3	3 Si	-	Medio	Arequipa	Islay	3 Mínimo	Psicológico	18	0 -	-
50	27-25-29 a	Empleada	Casada	Superior	29	2	1 Si	No	Medio	Arequipa	ILBYR	1 Mínimo	No	-	-	-
51	27-25-29 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	38	2	2 Si	No	Medio	Arequipa	Arequipa	10 Mínimo	Psicológico +	0.5	1 Algunas veces	Algunas veces
52	35 ≥ 35 a	Su casa	Casada	Superior	38	0	0 Si	No	Medio	Arequipa	ASA	8 Mínimo	No	-	Siempre	Siempre
53	38 ≥ 35 a	Su casa	Casada	Secundaria	37	3	3 Si	-	Medio	Arequipa	Arequipa	6 Mínimo	No	-	Algunas veces	Casi siempre
54	32-30-34 a	Su casa	Conviviente	Primaria	38	2	2 No	-	Medio	Cusco	Arequipa	3 Mínimo	Psicológico	-	0 -	-
55	35 ≥ 35 a	Su casa	Conviviente	-	38	4	4 No	-	Bajo	Arequipa	Yura	16 Leve	Psicológico	10	0 -	-
56	25-25-29 a	Su casa	Conviviente	Primaria	37	2	2 No	No	Medio	Cusco	C Colorado	10 Mínimo	Psicológico +	5	3 -	-
57	20-20-24 a	Su casa	Conviviente	Superior	39	2	2 Si	No	Medio	Arequipa	Cotahuasi	7 Mínimo	No	-	-	-
58	38 ≥ 35 a	Comerciante	Conviviente	Superior	-	4	3 No	-	Medio	Arequipa	Cayma	4 Mínimo	No	-	-	Siempre
59	27-25-29 a	Empleada	Conviviente	Superior	38	2	1 Si	No	Medio	Cusco	Caylloma	12 Mínimo	Psicológico +	5	0 -	-
60	30-30-34 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	29	3	2 Si	No	Bajo	Arequipa	Majes	8 Mínimo	No	-	-	-
61	20-20-24 a	-	Conviviente	Superior	38	1	1 Si	-	Medio	Puno	C Colorado	0 Mínimo	No	-	-	-
62	20-20-24 a	Su casa	Conviviente	Superior	39	2	2 Si	No	Medio	Arequipa	Cotahuasi	7 Mínimo	No	-	-	-
63	25-25-29 a	Su casa	Conviviente	Secundaria	40	2	2 Si	-	Medio	Arequipa	Characato	4 Mínimo	No	-	-	Siempre
64	35 ≥ 35 a	Comerciante	Conviviente	Superior	35	3	2 Si	-	Medio	Arequipa	Islay	1 Mínimo	No	-	-	-
65	21-20-24 a	Estudiante	Conviviente	Secundaria	39	2	1 Si	-	Bajo	Arequipa	C Colorado	0 Mínimo	No	-	Siempre	Siempre

ANEXO 6
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**VIOLENCIA DE GÉNERO COMO FACTOR DE
RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
2017**

Autora:

GABRIELA MENDIVIL
AMADO

Trabajo de Investigación para
obtener el Título Profesional de
Médico Cirujano

Arequipa - Perú
2017

I. PREÁMBULO

El embarazo es un periodo en la vida de la mujer que involucra cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales; en la década de los 80 no se conceptuaba de tal forma sino como un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez cuestionó esta premisa, lo cual marco el inicio de una serie de investigaciones en las patologías mentales de las gestantes y las repercusiones que tienen sobre la madre y sus hijos (1).

La depresión es un trastorno mental común, que durante la gestación se manifiesta con las mismas características clínicas que muestra en otras etapas de la vida, los síntomas que suelen presentarse son estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía y falta de concentración (2).

Durante el embarazo, la depresión es la afección psiquiátrica más frecuente, los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer y la interacción con factores externos estresantes, afectan la salud mental de la madre, dejándola más susceptible a padecer esta patología.

La depresión puede ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos: ingreso económico bajo, desempleo, el antecedente genético, antecedente de abuso sexual, baja autoestima, personalidad neurótica, antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico, deficiente apoyo social, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante el embarazo, mal estado de salud de la madre y violencia de género, siendo esta ultima una de las causas documentadas de alta prevalencia en nuestro medio. (4).

La violencia de género en la gestante es un grave problema de salud pública que compromete su bienestar y el del niño por nacer y las consecuencias reportadas abarcan desde secuelas psicológicas hasta causas de morbilidad materno-infantil. La gestante víctima de maltrato está expuesta a condiciones de estrés permanente, y las consecuencias psíquicas del estrés desencadenan patrones de depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento y en el peor de

los casos, suicidio, aumentando el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo que altere el bienestar materno-fetal como, restricción de crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, preeclampsia, infección del tracto urinario, parto pretérmino entre otras. (17,18)

Entonces son incalculables las implicancias de la violencia de género en la gestante, cuyos efectos se ven reflejados en los indicadores de salud reproductiva y el agravante de esta situación es que en nuestro medio podemos ver que esta condición no es diagnosticada ni tratada por lo que el estudio de la violencia de género como condición predisponente a sufrir depresión es importante para el diseño de políticas de intervención que consideren la prevención de los resultados maternos adversos.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Es la violencia de género un factor de riesgo de depresión en pacientes gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2017

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Depresión	Respuesta a Inventario de Depresión de Beck	No depresión Depresión leve Depresión moderada Depresión severa	Categórica Ordinal
Violencia de género	Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género	Violencia física Violencia psicológica	Categórica Ordinal
Edad	Según fecha de nacimiento	< 20 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años ≥ 35 años	Numérica Discreta
Grado de instrucción	Hoja de recolección de datos	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Superior universitaria	Categórica Ordinal
Ocupación	Hoja de recolección de datos	Ama de casa Estudiante Empleada Obrera Comerciante	Categórica Nominal
Estado civil	Hoja de recolección de datos	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Categórica Nominal
Edad gestacional	Según fecha de última menstruación	< 20 sem 20-27 sem 28-31 sem 32-36 sem 37-41 sem	Numérica Discreta
Antecedentes obstétricos	Hoja de recolección de datos	Nulípara Primípara Multípara	Categórica Nominal
Embarazo deseado	Hoja de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
Historia de depresión previa	Hoja de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
Nivel socioeconómico	Hoja de recolección de datos	Bajo Medio Alto	Categórica Ordinal

Fuente: elaboración propia

c) Interrogantes básicas. Las interrogantes básicas que se pretenden responder en la presente investigación son las siguientes:

1. ¿Cuál es la frecuencia de depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?
2. ¿Cuál es la frecuencia de pacientes gestantes víctimas de violencia de género en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?
3. ¿Existe asociación entre violencia de género y depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?

d) Tipo de investigación: analítica

e) Diseño de investigación: Observacional, prospectivo, transversal.

f) Nivel de investigación: Descriptivo

1.3. Justificación del problema

El grado de depresión en gestantes es un cuadro clínico que generalmente pasa desapercibido por el personal médico y su diagnóstico es considerado poco relevante en los establecimientos de salud, incluso a pesar de tener conocimiento sobre las graves consecuencias que supone, para la madre y para su hijo, una depresión no tratada. Poco se conoce sobre la frecuencia de la depresión en gestantes, siendo esta una población de trascendental importancia en el momento de valorar los indicadores de salud de un país. Por otro lado, el personal médico muchas veces olvida y no considera que la depresión es una importante causa de mortalidad a nivel mundial, por lo tanto en la mayoría de las instituciones de salud, en las que he tenido oportunidad de realizar mis practicas

pre-profesionales, no se le presta mayor atención, no es debidamente diagnosticada y mucho menos tratada.

En el desarrollo de la depresión intervienen diversos factores entre ellos la violencia de género, y una de las razones por las que apenas se la ha considerado como factor de riesgo para depresión es que, en nuestra sociedad muchas veces se consideran los actos de violencia de cualquier tipo como comportamientos aceptables e incluso necesarios que tienen como fin la búsqueda de lo que se considera o cree correcto. La violencia de género es un problema de salud pública que afecta gravemente a nuestra sociedad pero puede ser prevenido si actuamos oportunamente, entonces debe ser identificada y estudiada bajo sus diferentes formas, esto es fundamental para poder combatirla y luchar por erradicarla.

El conocimiento de los factores de riesgo, sobre los que como personal médico podemos actuar, asociados a depresión en pacientes gestantes es muy importante porque permite un mejor abordaje y manejo integral de dichas pacientes, evitando las importantes consecuencias que esta enfermedad supone.

Este estudio tiene relevancia científica, ya que se aplican conceptos de salud mental en un grupo poblacional de elevada importancia en cualquier sociedad con el fin de identificar la frecuencia de cuadros depresivos cuyo adecuado manejo mejora las condiciones de salud de las pacientes.

Tiene relevancia social, ya que permitirá abordar pacientes con algún grado depresión que además sean víctimas de violencia de género. Esto permitirá dar un mejor manejo, integral y oportuno, a nuestras pacientes gestantes que contribuirá con el mejoramiento no solo de su salud física y mental sino también con la de nuestros futuros compañeros de sociedad.

Este estudio es contemporáneo ya que la depresión y la violencia de género son graves problemas de salud de permanente presentación

y es factible de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población disponible y con instrumentos validados de fácil aplicación para identificar víctimas de violencia de género y grados de depresión.

El interés personal por realizar esta investigación es que lograra una importante contribución al campo de la medicina en la ciudad en la cual me desempeño, al ser patologías muchas veces dejadas en el olvido, cuyas consecuencias pueden incluso cobrar la vida de alguno de nuestros pacientes, es necesario que como personal médico generemos conciencia de la importancia de identificar estos casos y de evitar las terribles consecuencias de haber obviado un abordaje oportuno.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 DEPRESIÓN

2.1.1 Definición

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se presenta como un conjunto de síntomas de tipo afectivo, volitivo y somático que persisten por lo menos 2 semanas y que incluyen: tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, sensación subjetiva de impotencia frente a las exigencias de la vida, cambios bruscos de humor, sentimientos de culpa, irritabilidad, sensación de angustia, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, problemas de concentración, retraso o agitación en el procesamiento psicomotor, elevada autocrítica., cambios en el patrón de sueño, cambios en el apetito e ideación suicida. La depresión es entonces una patología de afectación global: psíquica y física, que hace especial énfasis en la esfera afectiva. (4,5)

Es definida por el Ministerio de Salud del Perú como un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren. (6)

La depresión puede iniciarse a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia es entre los 15 y 45 años, por lo que influye de manera importante en la educación, la productividad y las relaciones interpersonales siendo considerada la principal causa de discapacidad en el mundo. (4,5)

2.1.2 Epidemiología internacional y nacional

La depresión es un trastorno frecuente en todo el mundo y representa un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. La OMS advierte que una de cada cinco personas desarrollara un cuadro depresivo en su vida y que este número puede aumentar si además hay comorbilidades o situaciones de estrés. Además, revela que cada año se quitan la vida 800 mil personas en el mundo y que esta suma supera a las cifras de decesos por homicidios, conflictos bélicos y desastres naturales juntas. (1, 5, 7)

Según la Asociación Psiquiátrica De América Latina, la depresión ataca a cualquier grupo de edad, siendo el grupo más afectado el del adulto joven entre los 18 y 35 años de edad, aunque también puede aparecer en niños de edad escolar y adultos mayores. La depresión mayor es más común en las mujeres (4.5-9.3%) que en los hombres (3.2%), se estima que hay de 82 a 201/100,000 casos nuevos en varones, por 247-7,800/100,000 casos nuevos en mujeres. El trastorno depresivo es más común en personas solteras o divorciadas que en personas casadas. No

existen diferencias en la prevalencia de depresión entre personas de diferentes razas, nivel socioeconómico o grupo religioso. (8)

En Europa, según el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) 10,6% de españoles presentaron depresión mayor en algún momento de su vida y 4,0% en los últimos 12 meses. Según este estudio, la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, por otro lado la prevalencia de depresión se eleva entre los pacientes hospitalizados hasta un 18,9% y en los inmigrantes no regularizados, especialmente vulnerables, hasta un 40,7%. En este sentido, se ha planteado que la depresión es el trastorno mental más costoso en Europa y representa un 33% del coste total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía (118 billones de euros) y un 1% de la economía europea. Los costes indirectos debidos a bajas por enfermedad y pérdida de productividad suponen un 61% de este gasto, mientras que los costes directos se reparten entre la atención ambulatoria (19%), hospitalizaciones (9%), tratamiento farmacológico (8%) y mortalidad (3%). (1)

El estudio de prevalencia, severidad y necesidades de cobertura para el tratamiento de los trastornos mentales de la OMS desarrollado en las Américas encontró una prevalencia del 9.6% en Estados Unidos, 4.8% en México y 6.8% en Colombia para los trastornos afectivos o del humor (Trastorno Bipolar I, II, la Distimia y el Trastorno Depresivo Mayor). (4)

En Latinoamérica un estudio de prevalencia en la población general en tres grandes ciudades de Brasil, encontró que 1.9 y 5.9 % de hombres y 3.8 a 14.5 % de mujeres desarrollaron algún trastorno depresivo en su vida incluyendo depresión mayor. (4) En México, según la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, la prevalencia del episodio depresivo mayor desarrollado alguna vez en la vida es de 3.3 %, 1.5%

en los últimos 12 meses y 0.6 % en el último mes. En México la prevalencia del episodio depresivo mayor en los hombres es de 2% a lo largo de la vida, mientras que en las mujeres es de 4.5 %. (8) En Chile, según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, la depresión es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad en la población chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años. El estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica realizado en cuatro ciudades de Chile, muestra que el 9% de población femenina y el 6.4% de población masculina presentaron algún trastorno depresivo alguna vez en su vida. (4)

En nuestro país, al 2014, hay un 1 700 000 personas que sufren depresión, pero solo el 25% ha recibido atención especializada. La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero sigue sin ser debidamente atendida. Walter Castillo Martell, director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, explicó que las conductas suicidas están asociadas a la depresión y se forman desde la infancia. Según las estadísticas de la institución, el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país en el 2013 tuvieron su origen en problemas de ánimo y depresión. De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse. (7)

2.1.3 Factores de riesgo y etiología

La depresión es una patología compleja y multifactorial cuya probabilidad de desarrollo depende de un grupo de factores de riesgo muy amplio, hasta la actualidad no ha sido posible establecer la totalidad de estos ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce la influencia de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla. (5,28)

La investigación de los factores de riesgo para depresión cuenta con algunas limitaciones como las siguientes: es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma; además, existen pocos estudios que han valorado su grado de influencia. (5)

Los factores que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en: personales y sociales, cognitivos, familiares y genéticos:

a) Factores personales y sociales. La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando durante la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. La depresión es una importante causa de discapacidad en hombres y mujeres; sin embargo, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades crónicas de carácter físico o mental y la posible asociación al consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad están asociados con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y es probable que aumenten la posibilidad de desarrollar depresión ante las situaciones adversas de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología: los trastornos de ansiedad que en general son factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y la distimia que se considera un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo. Por otro lado, se ha visto que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor.

Se ha descrito una asociación entre depresión y migraña (no otro tipo de cefalea), de forma que los pacientes con depresión mayor presentan mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña tenían mayor riesgo de depresión mayor.

También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Dentro de las circunstancias sociales se destaca el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresión con mayor frecuencia. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se encontró que los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen mayores índices de depresión, indicando que el riesgo para el desarrollo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. El estado civil (soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen tener relación con una mayor probabilidad de depresión, también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida influye en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

b) Factores cognitivos. La investigación sobre la influencia de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado de forma predominante por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

c) Factores familiares y genéticos. Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los familiares de segundo grado. Entonces, los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. La forma presentación del cuadro puede ser diferente, siendo la señal más temprana un trastorno de ansiedad. Sin embargo, los estudios por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene del ambiente familiar compartido y qué cantidad de los factores genéticos.

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de depresión es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica para el transportador de serotonina, lo que puede producir una disminución del transporte de este neurotransmisor y cuya importancia va más allá porque podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepressivo. Se ha observado que las personas con el alelo S de la región promotora del gen de Sitios de Fijación de Transporte de Serotonina (SERT) son un grupo vulnerable a los efectos depresivos debidos al estrés de los primeros años de vida como el abuso o rechazo infantil. Este efecto es “dosis-dependiente”, es decir, si tienen una o dos copias del alelo S y además, con qué frecuencia y severidad se dio el abuso. Entonces, las personas más vulnerables al desarrollo de depresión son aquellas con el genotipo S/S y las menos vulnerables son las que presentan el genotipo L/L, las que presentan el genotipo S/L tienen un riesgo intermedio. Este hallazgo es todavía más extraordinario ya que ha visto que los individuos S/S y los S/L tienen sitios de fijación de serotonina reducidos en los estudios de imagenología comparados con los individuos L/L. Los individuos con el genotipo L/L son inmunes a los efectos depresogénicos de los

traumas de los primeros años de vida, representando un haplotipo resistente a la enfermedad.

El estudio PredictD, realizado en 6 países europeos, en el ámbito de atención primaria, con el objetivo de realizar un algoritmo de predicción de riesgo de depresión, incluyó los siguientes factores: edad, sexo, nivel educativo, resultados de cribados previos de depresión, historia familiar de problemas psicológicos, salud física y mental, dificultades económicas y experiencias de discriminación. (5,28)

2.1.4 Cuadro clínico y Diagnostico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, son los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) y los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos.

El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares, dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Dentro de los bipolares, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico.

Otros trastornos del estado de ánimo también incluidos en el DSM-IV son el trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto y, en cierto modo, el trastorno esquizoafectivo.

El trastorno depresivo mayor es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas. Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un

grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos), así como nula respuesta al placebo. En general, la depresión melancólica es de mayor gravedad que la no melancólica. Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruína e hipocondría. Estas depresiones más graves pueden también complicarse con síntomas catatónicos como son la acinesia, el mutismo, la catalepsia, la flexibilidad cérica, o el negativismo.

La depresión mayor no melancólica constituye el grupo mayoritario de los episodios depresivos mayores y es probablemente indistinguible de la distimia en términos cualitativos. Muchos pacientes con depresión mayor no melancólica sufren otros trastornos mentales del eje I del DSM-IV o trastornos de la personalidad comórbidos. Dentro de este grupo, clínicamente y quizás etiopatogénicamente heterogéneo, se dio el calificativo de depresión atípica a la presentada por pacientes que tenían una mala respuesta a los antidepresivos tricíclicos en ensayos clínicos realizados en el ámbito hospitalario, caracterizándose por síntomas como humor reactivo, cansancio tipo pesadez de brazos y piernas, aumento de apetito o de peso significativos, hipersomnia,

hipersensibilidad al rechazo interpersonal y buena respuesta a los inhibidores de la monoaminooxidasa. A pesar de su nombre, no es una depresión atípica en el entorno ambulatorio.

El DSM-IV permite realizar una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad del episodio actual (grave, moderado, leve, en remisión parcial, en remisión total), sus características (con síntomas atípicos, con síntomas melancólicos, con síntomas catatónicos, con síntomas psicóticos) y el curso del trastorno (con o sin recuperación interepisódica).

El trastorno distímico o distimia es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20- 30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución.

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5 (10)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas: estado de ánimo deprimido o, pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información

subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

El capítulo quinto de la lista de códigos CIE-10, se dedica a trastornos mentales y del comportamiento, donde se indica la clasificación de los Trastornos del humor o afectivos que se indica a continuación:

- Episodio maníaco
 - Hipomanía
- Trastorno bipolar afectivo

- Episodio depresivo
 - Episodio depresivo leve
 - Episodio depresivo moderado
- Trastorno depresivo recurrente
 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
 - Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- Trastornos afectivos persistentes
 - Ciclotimia
 - Distimia
- Otros trastornos afectivos
- Trastorno afectivo sin especificar

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10 (9)

- A.** El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B.** El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C.** Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta

- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 (9)

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones

5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático

EPISODIO DEPRESIVO LEVE: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo

2.1.5 Tratamiento

Farmacológico:

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. El objetivo principal del tratamiento es la remisión total de la sintomatología y el restablecimiento de sus

funciones. La remisión a su vez disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando de esta manera el pronóstico.

La respuesta antidepresiva se inicia a la tercera semana de iniciar el fármaco a dosis terapéutica, esta dosis debe mantenerse y ser la misma con la que se obtuvo la remisión durante todo el tratamiento. Los errores más frecuentes en el tratamiento farmacológico de la depresión son dos: dosis insuficientes y períodos de tiempo demasiado cortos.

El tratamiento debe durar de 8 a 12 meses luego de obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años. Considerar mantener el tratamiento de manera indefinida en los siguientes casos: Trastorno depresivo con duración superior a un año y presencia de dos o más episodios durante los últimos 5 años.

La elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del fármaco, la experiencia del médico, las condiciones especiales del paciente y el antecedente de respuesta a tratamiento previo personal y/o en familiares de primer grado.

Ningún antidepresivo ha demostrado ser superior a otro. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los más tolerados ya que tienen menores efectos colaterales que los demás grupos de antidepresivos; además, no generan ningún tipo de adicción.

Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina. Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y que usen varios fármacos sea sertralina o citalopram porque han mostrado un menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos. Usar con cuidado los siguientes medicamentos: anfebutamona, venlafaxina, reboxetina, y los ISRS en pacientes con epilepsia convulsiva.

Se debe proporcionar al paciente y a su familia información simple y objetiva sobre el tratamiento con el fin de asegurar la adherencia al tratamiento.

Farmacoterapia y Psicoterapia como terapia combinada es más efectiva que la terapia única con antidepresivos. La utilización de Anticonvulsivantes o Antipsicóticos de 2ª. Generación, potencian el efecto de los antidepresivos

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento físico que ha demostrado utilidad en los casos de depresión refractaria, riesgo suicida y depresión psicótica, su uso se reserva al tercer nivel en hospitalización psiquiátrica bajo medidas que garanticen la integridad del paciente. Es necesaria la supervisión de un comité de bioética, el consentimiento informado del paciente y/o de un familiar o persona responsable cuando el paciente se encuentre impedido. (11)

No farmacológico:

En una revisión sistemática que evaluó todos aquellos ensayos clínicos aleatorizados que compararon una intervención psicoterapéutica (terapia cognitivo conductual, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica, entrenamiento en habilidades sociales y terapia interpersonal) con un grupo control (lista de espera, atención habitual o placebo) en adultos con depresión mayor, se encontró que las intervenciones psicoterapéuticas fueron superiores a estar en lista de espera, con un tamaño de efecto moderado-alto. Sin embargo, los resultados no mostraron diferencias al comparar las diferentes intervenciones entre sí, ni entre formatos individuales y grupales. (11)

2.2 VIOLENCIA. VIOLENCIA DE GÉNERO

2.2.1 Definición

El termino violencia se define como el uso deliberado de la fuerza, en grado de amenaza o efectivo, contra algún individuo,

que cause o tenga probabilidades de causar traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo e inclusive la muerte. (12)

La violencia de género se define como todo acto de violencia por parte de la pareja o ex pareja que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer comprometiendo su bienestar, el de su familia y el de su comunidad; las amenazas de tales acciones, la coacción o la privación arbitraria de libertad son también incluidas, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. (13)

2.2.2 Epidemiología Internacional y Nacional

En el primer estudio multipaís de la Organización mundial de la salud OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, realizado en 10 países en el 2005, en su mayoría de renta media y baja, se observó que en las mujeres del grupo etáreo de 15 a 49 años: (13)

- 15% en Japón y 71% en Etiopía referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja.
- Entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja después de cumplidos 15 años.
- 17% de las mujeres en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural y 30% en zonas rurales de Bangladesh indicaron que su primera experiencia sexual había sido forzada.

En un análisis reciente hecho por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, basado en los datos de más de 80 países, se observó que el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros.

A nivel mundial 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja y en algunas regiones el porcentaje es mucho mayor, otro dato de elevada importancia es que el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. (13,14)

2.2.3 Etiología

Por mucho tiempo y aun en diversas partes del mundo se considera al comportamiento violento como algo natural e innato del ser humano que no debe ser sujeto a explicaciones y que simplemente es de carácter necesario.

El fenómeno de la violencia contra la mujer ha estado sesgado por una serie de prejuicios, mitos y creencias que no poseían ningún rigor científico; sin embargo, actualmente existen diversas teorías que intentan encontrar cual es la explicación de este fenómeno, entre estas esta la teoría del género. (15)

La teoría del género señala que la identidad de género es construida a partir de un proceso en el que cada individuo aprende un conjunto de características de lo que es ser hombre o mujer; las cuales están definidas por oposición, es decir, lo que está permitido para uno no lo está para el otro. Se considera que la identificación con figuras parentales y/o significativas son la base de la formación de la identidad de género. (16)

Los roles de género son las formas de expresión de un conjunto de comportamientos que han sido construidos cultural y socialmente y que se adscriben tanto a mujeres como a hombres a partir de las diferencias biológicas, de esta manera se constituyen los denominados género masculino y género femenino. Entonces,

es así como se promueve la asignación de un rol reproductivo a la mujer que va ligado al cuidado del hogar, las tareas domésticas, la expresión abierta de sus sentimientos a los demás debiendo ser comprensiva, dulce y sacrificada; en oposición al hombre al que se le asocia con un rol productivo, de proveedor económico de la familia, de dirección del espacio familiar, siendo él quien debe tomar las decisiones demostrando ser fuerte, agresivo, competitivo, reprimiendo sentimientos de debilidad e irradiando seguridad. (16,17)

Paralelamente se establecen las relaciones de género entre hombres y mujeres que se construyen en los ámbitos doméstico, social y laboral. En estas relaciones se le atribuye mayor importancia y valor a uno de ellos que generalmente es el hombre al que se le otorga el poder simbólico sobre la mujer, generando de esta forma relaciones de inequidad y desigualdad. (15,17)

El sistema de género está referido al conjunto de normas y valores por medio de los cuales la sociedad establece el modo en el que hombres y mujeres deben funcionar y es así como el género organiza la vida de los individuos, de las instituciones y de las colectividades señalando cual es la forma en la que se debe organizar la sociedad y como debe ejercerse el poder. (16,17)

Entonces la teoría del género demuestra cómo se da la prevalencia de la figura masculina sobre la femenina, por lo cual la violencia no solo es pasada por alto, sino también aceptada por la sociedad como algo cotidiano.

2.2.4 Factores de riesgo

Aunque el rol ejercido en la pareja parece ser el elemento fundamental que define a la violencia de género, no es el único elemento que puede desencadenarla, mantenerla y hacer que se

desarrolle. Existen factores de riesgo de carácter individual, familiar, comunitario y social, algunos asociados a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo se encuentran los siguientes: (18,19)

- Bajo nivel de educación (autores y víctimas de violencia)
- Antecedente de haber sido víctima de maltrato infantil (autores y víctimas)
- Antecedente de violencia familiar (autores y víctimas)
- Trastorno de personalidad antisocial (autores)
- Consumo nocivo de alcohol (autores y víctimas)
- Abuso de drogas ilegales
- Promiscuidad, tener muchas parejas (autores)
- Sospechas no justificadas de infidelidad en la pareja (autores)
- Actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas)
- Discordia e insatisfacción marital (autores y víctimas)
- Dificultades de comunicación entre la pareja (autores)
- Creencia en el honor de la familia y la pureza sexual (autores)
- Ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre (autores)
- Sanciones legales leves contra los actos de violencia sexual (autores)

Como podemos ver, algunos de ellos están centrados en la variabilidad individual, influencias como el desarrollo infantil, la psicopatología, la educación y el abuso de drogas, tanto en los agresores como en las víctimas, lo que determina que pueda existir predisposición a ser violentos o a permitir ser víctimas de esa violencia.

Podríamos citar un ejemplo como el siguiente: individuos que siendo niños han presenciado el maltrato tanto físico como psíquico ejercido por sus padres hacia sus madres. Esta condición

predispondría a estos niños a ser también agresores de sus parejas durante su etapa de adultez e incluso ya durante la adolescencia, demostrando roles de mayor dominancia sobre sus parejas o aceptación del comportamientos violentos como adecuados y necesarios en sus relaciones.

Es importante mencionar de manera preocupante la situación actual entre los jóvenes. Diversos estudios demuestran que la conducta que se adopta desde muy jóvenes en el entorno de la pareja puede condicionar su forma futura de vivir una relación en la edad adulta. Comúnmente las conductas en esta etapa están ligadas a celos, a un control excesivo de la pareja y a la idealización del amor como algo sin lo cual no es posible ser feliz; aunque puede darse cualquier forma de violencia, tanto física, psíquica como sexual, en la mayor parte de casos comienza con la violencia verbal que incluso llega a verse como algo normal. (20)

Otro de los aspectos que confirman que la población no conoce el alcance real del problema, es la poca relevancia que tienen otros tipos de muertes que pueden darse en un contexto violento dentro de la pareja, como los suicidios. Es conocida, pero poco estudiada, la mayor incidencia de suicidios en las mujeres que son agredidas de forma continua por sus parejas por lo que se considera el maltrato como un factor de riesgo para el suicidio. Se ha encontrado una relación directa entre el maltrato a las mujeres y los trastornos depresivos que conducen a los intentos de suicidio, no quedando clara en el caso de los hombres. (21)

2.2.5 Consecuencias para la salud

La violencia de género produce en las víctimas y en sus hijos graves problemas de carácter físico, psicológico, sexual y

reproductivo a corto y largo plazo, condiciones que determinan un elevado costo económico y social.

La violencia contra la mujer puede tener consecuencias muy graves incluso mortales como el suicidio o el homicidio, puede ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH. Un análisis del 2013 reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales por parte de su pareja tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, en comparación con las mujeres que no habían sufrido violencia de pareja. Además, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos.

La violencia de género durante la gestación incrementa la probabilidad de niños con bajo peso al nacer, aborto espontáneo, muerte fetal y parto prematuro.

La violencia de género puede ocasionar depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones emocionales e intento de suicidio. Las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja tienen el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas de adicción al alcohol.

Los efectos a nivel físico que pueden presentar son: cefalea, lumbalgia, dolor abdominal, fibromialgia, trastornos del tracto gastrointestinal, limitación de la movilidad y alteraciones del estado general.

El siguiente grupo afectado es el de los hijos de la mujer víctima de violencia. Los niños que crecen en este tipo de familias tienen mayor probabilidad de sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales que de alguna manera pueden asociarse a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en su vida futura.

La violencia también está asociada a mayores tasas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años siendo las patologías asociadas más comunes las enfermedades diarreicas y la malnutrición.

Los costos sociales y económicos que implica el manejo de esta patología son muy elevados y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres víctimas pueden llegar a encontrarse incapacitadas para trabajar, perder su salario, dejar de participar en actividades cotidianas y ver disminuidas sus fuerzas para cuidar de de sus hijos e incluso de sí mismas. (15,16)

2.2.6 Prevención, Recuperación Y Rehabilitación

Actualmente son pocas las intervenciones cuya eficacia haya sido demostrada mediante estudios bien diseñados. Es necesario el uso de mayor cantidad de recursos para reforzar la prevención de la violencia de género, sobre todo la prevención primaria con el principal objetivo de impedir que se produzca el primer episodio.

En países de altos ingresos, dentro de los programas de prevención primaria se encuentra el programa escolar de prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo que es muy eficaz; sin embargo aun no se ha evaluado su posible eficacia en países con escasos recursos. Otras estrategias de prevención primaria que se han revelado prometedoras pero que requieren una mayor evaluación son las que fomentan la comunicación y las relaciones interpersonales adecuadas dentro de la comunidad, las que reducen el acceso al alcohol y por lo tanto su uso nocivo, y las que tratan de cambiar las normas culturales en materia de género.

Para generar cambios duraderos, es importante la promulgación de leyes y formulación de políticas que protejan a las víctimas, combatan la discriminación de la mujer fomentando la igualdad de

género y ayuden a adoptar normas culturales más pacíficas. La participación del sector salud puede ser de gran ayuda en la prevención de la violencia contra la mujer, por ello otra estrategia importante es la sensibilización y la formación de los trabajadores de servicios de salud de manera tal que se aborden integralmente las consecuencias que se pueden generar por estos actos de violencia y las necesidades de las víctimas y supervivientes. (15)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. Autor: Lizeth Marilú Calloapaza Salazar

Título: *“Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015”*

Resumen: El embarazo en la adolescencia puede representar una elevada carga emocional y traducirse en mayor ansiedad y depresión. El objetivo es caracterizar la frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná 2015. Se aplicó a una muestra de gestantes adolescentes y no adolescentes la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student. Se evaluaron 30 gestantes adolescentes y 60 no adolescentes. En ambos grupos la mayoría de evaluaciones se realizó entre las 32 y 41 semanas (80% en adolescentes, 70% en las no adolescentes; $p > 0.05$). Todas las gestantes adolescentes y no adolescentes mostraron niveles de ansiedad, la mayoría de las gestantes adolescentes (73.33%) y en las gestantes no adolescentes (63.33%) presentaron ansiedad de rango leve ($p > 0.05$). Además el 73.33% de madres adolescentes y 65% de madres no adolescentes presentaron depresión, con niveles leves en 60% de adolescentes y en 33.33% de no adolescentes; el 13.33% de madres adolescentes presentaron depresión

moderada a severa, lo que ocurrió en 30% de madres no adolescentes ($p > 0.05$). Se presentaron niveles leves de ansiedad y alta frecuencia de depresión tanto en gestantes adolescentes como no adolescentes. (22)

3.2. Autor: Arias K.

Título: Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes controladas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz-Zamacola Arequipa ,2012.

Resumen: Se buscó establecer los niveles de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes controladas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz-Zamacola Arequipa, así como su relación con la edad. Se realizó una entrevista a una muestra de 40 gestantes adolescentes que acudieron a control prenatal en el periodo de estudio, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad y depresión de Hamilton .Se asocian los puntajes de ansiedad y depresión con los grupos de edad mediante análisis de varianza. Un 32,50% de gestantes de 18 años y 25% con 19 años, con un 5% de adolescentes de 15 años, la edad promedio fue de 17,53 años. El 30% de gestantes adolescentes mostro un nivel de ansiedad; 67,50% presento ansiedad moderada y 2,50% ansiedad grave. El 85% de gestantes presento depresión, siendo ligera en 32,50%, moderada en 25%, severa en 20% y muy severa en 17,50% de gestantes. Los puntajes de ansiedad van disminuyendo paulatinamente desde los 15 años (28,50 puntos, depresión grave) a 22,62 puntos a los 16 años ,18 puntos a los 17 años y 19,54 puntos a los 18 años (ansiedad moderada), siendo de 14,40 puntos promedio a los 19 años (ansiedad leve).Esta asociación fue significativa (ANOVA; $P < 0,05$). Los puntajes de depresión disminuyen con la edad, siendo los puntajes más elevados a los 15 años (24 puntos, depresión muy severa) y menos a los 16 años (29,43 puntos depresión severa) de 12,57 puntos a los 17 años (dep. ligera), o de 15,46 puntos a los 18 años y de 14,90 puntos a los 19 años (depresión moderada), la relación con la edad fue también significativa (ANOVA; $P < 0,05$). (23)

A nivel nacional

3.3. Autor: Angela Marlene Salas Arriaga, Diana Elisa Salvatierra Aguilera.

Título: *“Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012”*

Objetivo: Analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero 2012.

Metodología: Estudio comparativo, transversal, retrospectivo. Se dividió a la población en base a la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar durante el embarazo, partiendo de los criterios de elegibilidad para el estudio. La muestra la conforman 116 puérperas adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes cada uno. Se recopilaron los datos mediante la entrevista estructurada y la revisión de las Historias Clínicas. En el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y prueba chi cuadrado, con nivel de significancia estadística de 0.05 ($p < 0.05$).

Resultados: El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue 17.1 ± 1.2 años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pretérmino (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pretérmino. La preeclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pretérmino fue el único resultado

materno con asociación significativa ($p < 0.05$) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar.

Conclusiones: Los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino. (24)

3.4. Autor: Mercado Huachupoma, Yisell Diana, Paccori Yanac, Leonor Vanesa.

Título: “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”

Objetivo: Analizar los factores asociados a la depresión en gestantes.

Diseño: Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. **Lugar:**

Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. **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. (25)

A nivel internacional

3.5. Autor: Mariela Borda Perez, Claudia Forero, Nassin Ahcar Cabarcas, Camila Hinestrosa, Silvana Polo Lobo, Mairén Staaden Garavito, Margarita Valencia Mejía.

Título: “*Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia)*”

Objetivo: Determinar la prevalencia de factores de riesgo para depresión en embarazadas atendidas en el Hospital Niño Jesús, en Barranquilla, en el primer semestre de 2012.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, en muestra de 151 embarazadas en control prenatal. Se estudiaron variables sociodemográficas, ginecobstétricas y antecedentes psicológicos y psiquiátricos. Se midió depresión con el Edinburgh Postnatal Depresión Scale, se clasificó con un punto de corte mayor o igual a 13. Se tabuló mediante los software Excel y Epi-info 2000, V 3.5.3; se presentan resultados en tablas y gráficos y se analizan con porcentajes, media y desviación estándar, Odd Ratio e IC 95%, chi-cuadrado y p.

Resultados: La depresión fue de 19.2 %. Edad media de 24,78 años (+/- 5,35); 57,6 % era de estrato económico bajo; 72,6 % amas de casa; 88,7 % convivía con su pareja; edad gestacional media de 28 (+/-4) y 25 % de mujeres con depresión tenía antecedente de esta. Los factores de riesgo, con tendencia a la asociación, fueron: historia de aborto anterior OR 3,39 (IC95 % 1,41– 8,15), algún grado de disfunción familiar OR 2,78 (IC95 % 1,08– 7,1) y actividad fuera del hogar 2,92 (IC95%1,03 – 8,23).

Conclusiones: La depresión en el embarazo se presentó cuando existió antecedente de aborto, algún grado de disfunción familiar y actividad fuera del hogar. (26)

3.6. Autor: Carmenza Ricardo-Ramírez, Matilde Álvarez-Gómez, María Victoria Ocampo-Saldarriaga, Andrés Felipe Tirado-Otálvaro.

Título: *“Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de medellín (colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados.”*

Objetivos: determinar la prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad, y los factores de riesgo asociados.

Materiales y métodos: estudio transversal, en gestantes con alto riesgo obstétrico, atendidas en un centro de referencia en Medellín (Colombia), entre enero y agosto del 2013. Se utilizaron los inventarios de Depresión de Beck versión II (BDI-II) con punto de corte de 12, y el de Ansiedad de Beck con punto de corte de 16. Se analizaron variables demográficas, reproductivas, culturales, patologías asociadas al embarazo y antecedentes psiquiátricos y de violencia. Se evaluó el OR y su respectivo intervalo de confianza del 95 %. Se presenta la prevalencia del periodo.

Resultados: se incluyó un total de 189 gestantes; la prevalencia de tamizaje positivo para depresión fue de 61,4 % y para ansiedad fue de 40,7 %. Se encontró asociación entre el tamizaje positivo de depresión con los antecedentes de la misma (OR = 7,1; IC 95 %: 2,6-19,2); el maltrato psicológico (OR = 8,7; IC 95 %: 2-38,5); tener pareja disfuncional (OR = 5,1; IC 95 %: 1,9-13,8), y tener hijos menores de cinco años (OR = 4,9; IC 95 %: 1,8-13,4). Respecto al tamizaje positivo para ansiedad se encontró asociación con haber sido víctima de situaciones sociales adversas (OR = 1,85; IC 95 %: 1,03-3,34) o haber vivido un desastre natural (OR = 2,11; IC95 %: 1,0-4,5).

Conclusiones: la prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad es alta en las gestantes con embarazos de alto riesgo, dichos síntomas deben ser explorados en estas pacientes. (27)

4. OBJETIVOS

4.1 General: Determinar la asociación de violencia de género como factor de riesgo de depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

4.2 Específicos

1. Determinar la frecuencia de depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
2. Determinar la frecuencia de pacientes gestantes víctimas de violencia de género en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
3. Determinar la asociación entre violencia de género y depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

5. HIPÓTESIS

Nula: No existe asociación entre violencia de género y depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2017.

Alternativa: Si existe asociación entre violencia de género y depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2017.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Técnica: En la presente investigación se aplicara la técnica de la entrevista

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha dividida en 4 partes: la primera corresponde al consentimiento informado, la segunda recoge datos sobre información personal, antecedentes gineco-obstétricos y patológicos, la tercera está constituida por la Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género y la cuarta por el Inventario de depresión de Beck que mide el nivel de depresión.

Materiales:

- Ficha de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora con programa de procesamiento de datos, de texto y software estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial: Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – Perú.

2.2. Ubicación temporal: el estudio se realizara en forma coyuntural durante los meses agosto y diciembre 2017.

2.3. Unidades de estudio: Gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

2.4. Población: Totalidad de gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses agosto y diciembre 2017.

2.5. Muestra: Las pacientes serán seleccionadas por conveniencia durante los meses agosto y diciembre 2017, según su deseo de acceder a participar en el estudio.

2.6. Criterios de inclusión

- Gestantes hospitalizadas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza
- Pacientes mayores de edad.
- Participación voluntaria en el estudio.

2.7. Criterios de exclusión

- Pacientes iletradas o quechua-hablantes.
- Pacientes con trastornos del sensorio o alteración de las funciones superiores.
- Pacientes en inicio de trabajo de parto
- Fichas de recolección de datos incompleta o mal llenada.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se realizara una previa coordinación con la Dirección del Hospital y Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia para obtener la autorización para efectuar el estudio. Se identificara a las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia para solicitar su participación voluntaria en el estudio, se verificara previamente que cumplan los criterios de selección. Se les abordará explicando la intención del estudio y previo consentimiento informado, se aplicará la ficha que incluye datos para obtener las variables de estudio, la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género y el Inventario de Depresión de Beck. Una vez concluida la fase recolección de datos, éstos serán organizados para su posterior análisis e interpretación.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador
- Asesor
- Gestantes del Departamento de Gineco-obstetricia

b) Materiales

- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los Instrumentos.

La primera parte no requiere validación por ser una hoja de recolección de datos (Anexo 2).

La Escala De Evaluación Del Tipo Y Fase De La Violencia De Género (EETFVG) es un instrumento validado que consta de dos partes, la primera con un total de 28 ítems que mide los comportamientos que subyacen al tipo y fase(s) de la violencia. La siguiente parte con 14 ítems, evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las mujeres afectadas sobre algunas creencias relevantes para prevenir, erradicar y resolver la violencia contra las mujeres. Las respuestas a los ítems, valoran la ausencia o la presencia de las conductas a través de cinco alternativas de respuesta (0= Nada/Nunca, 1=Algunas veces, 2= Muchas veces 3= Casi siempre 4= Siempre). Las respuestas que miden la escala de creencias son también de cinco alternativas (0= nada de acuerdo, 2= algo de acuerdo, 3= bastante de acuerdo, 4=muy de acuerdo). (Anexo 3)

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento validado y adaptado en España el 2011 para medir la severidad de una depresión en pacientes mayores de 13 años. Las respuestas pueden determinar los siguientes puntajes: 1-10: altibajos son considerados normales, 11-16: Leve perturbación del estado de ánimo, 17-20: Estados de depresión intermitentes, 21-30: Depresión moderada, 31-40: Depresión grave, + 40: Depresión extrema. Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional. (Anexo 4).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) **Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en los anexos 1, 2 y 3 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

b) **Plan de análisis**

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará con la prueba chi cuadrado, y se comparará las proporciones con la prueba de la Z. y la comparación de variables numéricas se realizará con la prueba t de Student. Se considerarán significativas diferencias de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el programa estadístico SPSS v.22.0.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo en meses Actividades	Año											
	2016			2017								2018
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto a Diciembre	Enero
Búsqueda bibliográfica problema de investigación												
Sistematización de bibliografía sobre violencia de género y depresión,												
Redacción de proyecto												
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis												
Dictamen de comité de ética de investigación												
Ejecución de proyecto												
Recolección de datos												
Estructuración de resultados												
Informe final												

Fecha de inicio: Enero 2017

Fecha probable de término: Diciembre 2017

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud OMS. *La depresión*. Nota descriptiva N°369. Abril de 2016. Citado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. World Health Organization WHO. Global Health Observatory data repository. 2013. Citado en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IPV?lang=en>
3. Mercado Huachupoma, Yisell Diana. Paccori Yanac, Leonor Vanesa. *Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2012.
4. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más*. 2013. 144. Citado en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
5. María Álvarez Ariza. Gerardo Atienza Merino. María José Ávila González. Amparo González García. Elena de las Heras Liñero. Arturo Louro González. Jose Luis Rodríguez-Arias Palomo. Yolanda Triñanes Pego. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. 2014. 264. Citado en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
6. Sausa Mariella. *La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida*. Perú 21. 2014, septiembre, 21.
7. Álvarez Rueda, J. Moisés. Caballero Romo, Alejandro De Jesús. Camarena Robles, Enrique. Colin Piana, Ricardo. Becerra Pino, Margarita. Corona Hernandez, Fernando. Chávez León, Enrique. De

- La Garza Gutierrez, Fidel. Gutiérrez Mora Doris. Díaz Anzaldúa Alejandro. González González, César. Hernández Huerta, Humberto. Kawas Valles, Omar. Lopez Munguia, Fernando. Madrigal De León, Eduardo Angel. Nanni Alvarado, Ricardo Ivan. Nieto Caraveo, Amado. Serrano Gómez, Carlos. Pinedo Rivas, Hector. Peña De León, Edilberto. Ontiveros- Uribe, Martha. Ojeda Torres, Daniel. Sosa Ortiz, Ana Luisa. Verduzco Fragoso, Wazcar. Villaseñor Bayardo, Sergio. *Asociación Psiquiátrica De América Latina Para El Tratamiento De Las Personas Con Depresión*. 2008. 250. Citado en: <http://www.psiquiatrasapm.org.mx/PDF/GuiaClinicaDepresion.pdf>
8. Garcia Parajuá, Pedro. Magariños López, Mónica. *Guía De Bolsillo De La Clasificación Cie-10*. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2015.
9. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. (5° edición). 2015. 30. Citado en: http://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/Spanish_DSM5U_pdate2015.pdf
10. Gómez Fernández, Adriana. Fernández Hernández, Juan Pablo. Silva Pérez, José Fidel David. Rodríguez Galindo, Dulce María. Parrilla Ortiz, Juan Ismael. *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto*. 2015. Citado en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf
11. World Health Organization WHO. *Violencia*. Global Health Observatory data repository. 2013. Citado en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
12. Organización mundial de la salud. *Violencia contra la mujer*. Centro de prensa, nota descriptiva. Setiembre 2016. Citado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
13. Organización mundial de la salud. *Violencia contra la mujer, Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema*

- de salud global de proporciones epidémicas*". 2013. Citado en:
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
14. Delgado, Ana. Ecurra, Luis. Atalaya, María. Pequeña, Juan. Cuzcano, Abel. Álvarez, David. Rodríguez, Rosa. *Actitudes hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja en estudiantes de cuarto grado de secundaria de instituciones educativas estatales y no estatales de lima metropolitana*. Revista IIPS. 2013; Vol. 16: 20. Citado en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/6549/5816>.
15. Alarcón Cebrián, Antonio. *Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización*. Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia; 2012.
16. Instituto de la mujer. *Imaginario cultural, construcción de identidades de género y violencia: formación para la igualdad en la adolescencia*. 2008. 320. Citado en:
<http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/imaginarioCultural.pdf>
17. Adam A. *Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. A review on gender violence. A whole doubt gender*. Gac. int. cienc. Forense. 2013. 9. Citado en:
http://www.uv.es/gicf/4A1_Adam_GICF_09.pdf
18. Herrera Rodas, Claudia Lorena; Peraza Segura, Carmen. Porter Aguilar, Hugo. *El abuso verbal dentro de la violencia domestica*. Scielo Medicina. Legal Costa Rica. 2014, vol.21, 249.
19. Gómez Palencia, Leticia Gálvez. *Proyecto de prevención de violencia de género en adolescentes*. Palencia: Universidad De Valladolid; 2015.

20. Llamas Martínez, Victoria. Frías Oncina, Ifigenia Ana. *La Violencia de Género como factor de riesgo de Suicidio*. 2010. Citado en: <http://www.congresoestudioviolencia.com/2012/articulo13.php>
21. Calloapaza Salazar, Lizeth Marilú. *Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015*. Arequipa: universidad católica de Santa Maria. 2015
22. Arias K. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes controladas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz-Zamacola. *Arequipa: universidad católica de Santa Maria*. 2012.
23. Salas Arriaga, Angela Marlene. Salvatierra Aguilera, .Diana Elisa. *Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2012.
24. Mercado Huachupoma, Yisell Diana, Paccori Yanac, Leonor Vanesa. “Factores asociados a la depresion en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal” Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2012.
25. Borda Perez, Mariela. Forero, Claudia. Ahcar Cabarcas, Nassin. Hineirosa, Camila. Polo Lobo, Silvana. Staaden Garavito, Mairén. Valencia Mejia, Margarita. *Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla. Colombia: Universidad del Norte*. 2013.
26. Ramírez Carmona, Ricardo. Álvarez-Gómez, Matilde. Ocampo-Saldarriaga, María Victoria. Tirado-Otálvaro, Andrés Felipe. *Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. Medellin-Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana*. 2013.

27. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. USA.
10° edición Editorial LWW, 2010

VI. ANEXOS



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito determinar la asociación de violencia de género como factor de riesgo de depresión en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Participación voluntaria y anónima:

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria y anónima.

Procedimientos:

Se realizará una previa coordinación con la Dirección del Hospital y Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia para obtener la autorización para efectuar el estudio. Se identificará a las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia para solicitar su participación voluntaria en el estudio, se verificará previamente que cumplan los criterios de selección. Se les abordará explicando la intención del estudio y previo consentimiento informado, se aplicará la ficha que incluye datos sobre información personal que es de carácter anónimo, la escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género y el Inventario de Depresión de Beck. Una vez concluida la fase recolección de datos, éstos serán organizados para su posterior análisis e interpretación.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos:

No existen riesgos en esta investigación.

Costos:

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

Beneficios:

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a darnos a conocer la frecuencia de pacientes gestantes que son víctimas violencia de género y que cursan con depresión, condición considerada un problema de salud pública que afecta gravemente a nuestra sociedad pero que puede ser prevenida si actuamos oportunamente, esto es fundamental para poder combatirla y luchar por erradicarla.

Confidencialidad:

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO/AUTORIZACIÓN**

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas. He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios. En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización:

DNI: _____

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“Violencia de género como factor de riesgo de depresión en pacientes
gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado
Espinoza, 2017”**

1. Edad: ____

5. Semanas de gestación:

2. Grado de Instrucción:

- f) No sabe leer ni escribir
- g) Primaria
- h) Secundaria
- i) Técnico
- j) Superior universitaria

- f) < 20 sem
- g) 20-27 sem
- h) 28-31 sem
- i) 32-36 sem
- j) 37-41 sem

3. Ocupación:

- f) Ama de casa
- g) Estudiante
- h) Empleada
- i) Obrera
- j) Comerciante

6. Antecedentes Obstétricos:

- d) Nulípara
- e) Primípara
- f) Multípara

4. Estado Civil:

- f) Soltera
- g) Conviviente
- h) Casada.
- i) Divorciada
- j) Viuda

7. Embarazo Deseado:

- c) Sí
- d) No

8. Historia de depresión previa:

- c) Sí
- d) No

9. Nivel socioeconómico:

- d) Bajo
- e) Medio
- f) Alto

ANEXO 3

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TIPO Y FASE DE LA
VIOLENCIA DE GÉNERO (EETFVG)**

Responda, marcando con una cruz (X) según el grado en que se sienta identificada con cada frase. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

0	1	2	3	4
Nada/Nunca	Algunas	Muchas	Casi siempre	Siempre

		Nunca/ Nada	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1	Considero violencia el hecho de que me empujen aunque no me caiga	0	1	2	3	4
2	Considero violencia el hecho de que me empujen si me caigo	0	1	2	3	4
3	Sólo es violencia cuando te golpean a menudo	0	1	2	3	4
4	Quien te quiere no puede pegarte	0	1	2	3	4
5	Me siento inútil cuando me golpean	0	1	2	3	4
6	Me parece normal que mi pareja me pegue si no le hago caso	0	1	2	3	4
7	Me pega sin motivo aparente	0	1	2	3	4
8	Antes de vivir conmigo, yo sabía que mi pareja había pegado a sus parejas anteriores	0	1	2	3	4
9	He tenido relaciones sexuales con mi pareja por la fuerza.	0	1	2	3	4
10	Accedo a tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar los malos tratos	0	1	2	3	4
11	Tengo relaciones sexuales con mi pareja por miedo	0	1	2	3	4
12	Considero que hay malos tratos aunque no me ponga la mano encima	0	1	2	3	4
13	Él decide por mí	0	1	2	3	4
14	Ha conseguido aislarme de mis amigos	0	1	2	3	4
15	Ha intentado aislarme de mi familia	0	1	2	3	4
16	Me siento culpable de lo que pasa	0	1	2	3	4
17	Me insulta en cualquier lugar	0	1	2	3	4
18	Trato de ocultar los motivos de mis “moratones”	0	1	2	3	4
19	Siempre estoy en alerta	0	1	2	3	4
20	Lo he denunciado	0	1	2	3	4
21	Me asustan sus miradas	0	1	2	3	4
22	Me siento sola	0	1	2	3	4
23	Puedo estudiar /trabajar fuera de casa	0	1	2	3	4
24	Me impide ver a mi familia	0	1	2	3	4
25	Vigila mis actos	0	1	2	3	4
26	Creo que sigo “engachada” a mi marido	0	1	2	3	4
27	El arrepentimiento de mi marido me hace sentirme culpable	0	1	2	3	4
28	Me gusta cuidar mi aspecto	0	1	2	3	4

A continuación se presentan una serie de creencias sobre la VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Indique, marcando con una cruz (X) su grado de acuerdo en relación con las frases que le mostramos.

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Por favor, responda a todos los ítems marcando el número que considere que mejor refleja lo que usted cree:

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
29	Yo creo que la mujer tiene que obedecer	0	1	2	3	4
30	Yo creo que las mujeres somos iguales que los	0	1	2	3	4
31	Yo creo que las mujeres no llaman a la policía porque protegen a sus maridos	0	1	2	3	4
32	Yo creo que lo que ocurre en la familia es privado	0	1	2	3	4
33	Yo creo que las bofetadas son a veces necesarias	0	1	2	3	4
34	Yo creo que la mayoría de los maltratadores son personas fracasadas	0	1	2	3	4
35	Yo creo que cuando te casas es para lo bueno y para lo	0	1	2	3	4
36	Yo creo que soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario	0	1	2	3	4
37	Yo creo que un/a hijo/a sin padre se desarrolla	0	1	2	3	4
38	Yo creo que hay que aguantar el maltrato por los	0	1	2	3	4
39	Yo creo que mi marido no puede vivir sin mí	0	1	2	3	4
40	Yo creo que no lo abandono porque lo quiero	0	1	2	3	4
41	Yo creo que no lo abandono porque me da pena	0	1	2	3	4
42	Yo creo que la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio	0	1	2	3	4

*Tipo de
maltrato:*

<i>Psicológico</i>	<i>Físico</i>	<i>Ambos</i>
--------------------	---------------	--------------

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

- 22. a. No me siento triste
 - b. Me siento triste
 - c. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - d. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
- 23. a. No me siento especialmente desanimada respecto al futuro
 - b. Me siento desanimada respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo que esperar nada.
 - d. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
- 24. a. No me siento fracasada
 - b. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - c. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - d. Me siento una persona totalmente fracasada.
- 25. a. Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - b. No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - c. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 26. a. No me siento especialmente culpable.
 - b. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - c. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - d. Me siento culpable constantemente.
- 27. a. No creo que esté siendo castigado.
 - b. Me siento como si fuese a ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Siento que estoy siendo castigado.
- 28. a. No estoy decepcionada de mí misma.
 - b. Estoy decepcionada de mí misma.
 - c. Me da vergüenza de mí misma.
 - d. Me detesto.

29. a. No me considero peor que cualquier otro.
b. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
c. Continuamente me culpo por mis faltas.
d. Me culpo por todo lo malo que sucede.
30. a. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
b. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
c. Desearía suicidarme.
d. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
31. a. No lloro más de lo que solía llorar.
b. Ahora lloro más que antes.
c. Lloro continuamente.
d. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
32. a. No estoy más irritada de lo normal en mí.
b. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
c. Me siento irritada continuamente.
d. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
33. a. No he perdido el interés por los demás.
b. Estoy menos interesado en los demás que antes.
c. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
d. He perdido todo el interés por los demás.
34. a. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
b. Evito tomar decisiones más que antes.
c. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
d. Ya me es imposible tomar decisiones.
35. a. No creo tener peor aspecto que antes.
b. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
c. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
d. Creo que tengo un aspecto horrible.
36. a. Trabajo igual que antes.
b. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

- c. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - d. No puedo hacer nada en absoluto.
- 37.** a. Duermo tan bien como siempre.
- b. No duermo tan bien como antes.
 - c. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 38.** a. No me siento más cansada de lo normal.
- b. Me canso más fácilmente que antes.
 - c. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - d. Estoy demasiado cansada para hacer nada.
- 39.** a. Mi apetito no ha disminuido.
- b. No tengo tan buen apetito como antes.
 - c. Ahora tengo mucho menos apetito.
 - d. He perdido completamente el apetito.
- 40.** a. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- b. He perdido más de 2 kilos y medio.
 - c. He perdido más de 4 kilos.
 - d. He perdido más de 7 kilos.
- 41.** a. No estoy preocupada por mi salud más de lo normal.
- b. Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 - d. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 42.** a. No he observado ningún cambio reciente en mi interés hacia el sexo.
- b. Estoy menos interesada por el sexo que antes.
 - c. Estoy mucho menos interesada por el sexo.
 - d. He perdido totalmente mi interés por el sexo.