

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE VIOLENCIA EN LA PAREJA Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA, ENERO- FEBRERO 2018

Tesis presentada por el Bachiller:

Zeballos Gonzales, Edgard Patrick

Para optar por el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor: Dr. Tohalino Meza, Gustavo

Arequipa – Perú

2018



115

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° 155 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE VIOLENCIA EN LA PAREJA Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS
MEDIATAS DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA, ENERO - FEBRERO 2018"**

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

EDGARD PATRICK ZEBALLOS GONZALES

Nuestro dictamen es:

FAVORABLE

OBSERVACIONES:

NINGUNA

Arequipa, 14/03/18

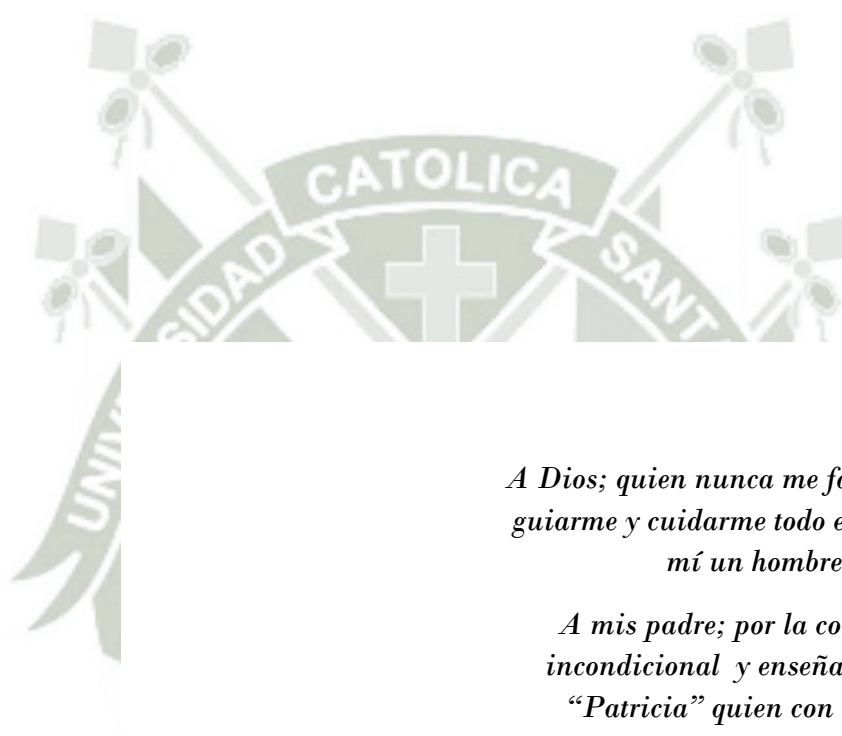
Dr. Ricardo Javier Ibañez Barreda

Dr. José Eliseo Alvarado Aco

CMP: 14051

Dr. Miguel Medina Vasquez

Medicina Interna
CMP 11509 - RNE 20095



*A Dios; quien nunca me falla, por iluminarme,
guiarme y cuidarme todo este tiempo y hacer de
mí un hombre de bien.*

*A mis padre; por la confianza, el apoyo
incondicional y enseñanzas, a mi madre
“Patricia” quien con amor, sacrificio,
abnegación y templanza supo hacer de tres
niños, tres hombres de bien, profesionales que
sirven cada uno en su rama a la sociedad y que
le estarán agradecidos eternamente.*

*A mi hermano Jeancarlo por ser el papá que
cuido de mí cuando era niño y a Edwin el
compañero de toda la vida quien jugó, rió y lloro
a mi lado, a los dos gracias por todo el cariño,
enseñanzas, comprensión y orgullo que me
hacen sentir.*

*A Maribel; quien hizo de esta etapa
universitaria el motivo para realizarla con éxito
y felicidad, quien gracias a su amor y
comprensión me llena de dicha cada día.*

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS.....8

CAPITULO II

RESULTADO.....14

CAPITULO III

DISCUSION Y
COMENTARIOS.....27

CAPITULO IV

CONCLUSIONES.....32

RECOMENDACIONES.....33

BIBLIOGRAFIA.....34

ANEXOS

ANEXO 1 FICHA INSTRUMENTO PARA OBTENCION DE DATOS.....47

ANEXO 2 PROYECTO DE TESIS.....52

ANEXO 2 AUTORIZACION.....119

ANEXO 2 MATRZ DE DATOS.....120

RESUMEN

Introducción: En la actualidad la depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes constituyendo un serio problema de salud pública ocasionando discapacidad y deterioro de la calidad de vida siendo aún más vulnerable la mujer en la gestación y puerperio, a esto se agrega además la violencia basada en género y dentro de esta la violencia de pareja que trae como consecuencias mediatas e inmediatas alteraciones físicas, sexuales y psíquicas son los motivos, pudiendo llevar a la mujer a la discapacidad, al aislamiento e incluso a la muerte.

Objetivo: •Determinar la relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión postparto en puérperas mediatas del hospital III Yanahuara, Arequipa, 2018.

Diseño: Estudio Analítico Observacional de corte Transversal.

Lugar: Servicio de Obstetricia del Hospital del Hospital III Yanahuara.

Participantes: Madres puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero-Febrero del 2018.

Intervención: Toma de Test de Edimburgo para Depresión Posparto y toma de Test Index of spouse abuse para violencia de pareja, para describir los hallazgos se utilizó mediana, frecuencias y porcentajes. Análisis bivariado X².

Resultados: Se incluyó 288 puérperas mediatas, de las cuales 40% presentó tamizaje positivo para depresión posparto, se encontró a 118 puérperas mediatas con violencia no física (41 %), se encontró una frecuencia de 54 puérperas mediatas que sufrieron violencia física por parte de su pareja (18.8 %) Se encontró asociación estadística en las variables de violencia física ($p < 0,003$), de violencia no física ($p < 0,007$).

Conclusiones: En la población estudiada la frecuencia de tamizaje positivo para riesgo de depresión posparto mediante la Escala de Edimburgo es de 40%. Se encontró asociación estadística con violencia física y violencia no física,

Palabras clave: Depresión posparto, Test de Edimburgo (EDPS), violencia de pareja

SUMMARY

Introduction: Currently, depression is one of the most frequent psychiatric pathologies constituting a serious public health problem causing disability and deterioration of the quality of life. Women are even more vulnerable in pregnancy and puerperium, and violence is added to this. based on gender that brings immediate and immediate consequences physical, sexual and psychic alterations are the reasons, leading women to disability, isolation and even death **Objective:** • Determine the relationship between the rate of violence in the couple and risk of postpartum depression in middle-aged puerperal women from Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2018. **Design:** Cross-sectional Observational Analytical Study. **Place:** Obstetrics Service Hospital Hospital III Yanahuara. **Participants:** Midwives postpartum mothers of the Obstetrics service of Hospital III Yanahuara in the months of January-February of 2018. **Intervention:** Taking the Edinburgh Test for Postpartum Depression and taking the Test Index of spouse abuse for gender violence, to describe the findings, we used median, frequencies and percentages. Bivariate analysis X2. **Results:** 288 puerperal midwives were included, of which 40% presented positive screening for postpartum depression, 118 middle-aged puerperal women were found with non-physical violence (41%, a frequency of 54 middle-aged puerperal women was found who suffered physical violence from their couple (18.8%) Statistical association was found in the variable of physical violence ($p < 0.02$), Statistical association was found in the variable of non-physical violence ($p < 0.024$) **Conclusions:** In the population studied, the frequency of positive screening for risk of postpartum depression using the Edinburgh Scale is 40% Statistical association was found with physical violence and non-physical violence.

Key words: postpartum depression, Edinburgh Test (EDPS), risk factors, intimate partner violence.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos depresivos constituyen un serio problema de salud pública ocasionando discapacidad y deterioro de la calidad de vida de quien lo padece, presentándose a cualquier edad, sin distinción de género o condición económica ni momento de la persona. No obstante, es la mujer durante la edad reproductiva donde existe una tendencia mayor de presentarse dichos trastornos, una explicación probable sería las variaciones hormonales que este sexo presenta llegando a la cúspide del embarazo disminuyendo súbitamente luego del parto. Si se asocian estas variaciones hormonales al factor genético y a factores psicosociales existiría una clara relación con la Depresión Post-Parto (DPP), la cual es definida, según el DSM-V como “la presentación de depresión durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto” y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto.

En estos tiempos existen también diversas patologías que representan un reto para la salud pública; una de estas es la Violencia de pareja, la cual es definida como “Todo acto de violencia basado en la pareja que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vía privada”. Las consecuencias mediatas e inmediatas en la mujer así como alteraciones físicas, sexuales y psíquicas son los motivos por los cuales se considera un serio problema de salud, pudiendo llevar a la mujer a la discapacidad, al aislamiento e incluso a la muerte. Considerando que en nuestro país las cifras de Violencia de género y específicamente en violencia de pareja son alarmantes, presentándose en cualquier etapa de vida de la mujer, además de cualquier momento incluyendo la gestación es que en el presente estudio tiene como finalidad determinar la asociación de riesgo de los casos de Violencia de pareja y de DPP; así como la descripción de los factores sociodemográficos relacionados con ambas patologías.

CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas e Instrumentos

1.1.1. Llenado de la ficha de datos

Se le pidió a cada paciente puérpera que acepte participar del estudio, responda las preguntas de la ficha de datos (Ver Anexo 01) en la cual están las preguntas acerca de los factores sociodemográficos.

1.1.2. Llenado de Test de Edimburgo

Se le pidió a cada paciente participante del estudio responda a las preguntas del Test de Edimburgo (Ver Anexo 02), considerando como se ha sentido en los últimos 7 días. Son 10 preguntas, a las cuales se les asignó valores de 0,1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

1.1.3. Llenado del test de Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja)

Se le pidió a la paciente responda este test Index of spouse (anexo 03) considerando las situaciones vividas con anterioridad. Los autores establecieron los puntos de corte para mujeres maltratadas por violencia no física: puntuaciones iguales o superiores a 14 y para violencia física: puntuaciones iguales o superiores a 63.

1.1.4. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

El orden en el cual se ejecutó las acciones de la investigación fueron las siguientes:

- a) Presentación del protocolo al Jefe del Servicio de Obstetricia para el permiso respectivo de toma de datos de las pacientes (Anexo 06)

- b) Obtención de los materiales necesarios para la recolección de la información:
 - i. Impresión de fichas de datos (Ver Anexo 01).
 - ii. Impresión de Test de Edimburgo (Ver Anexo 02)
 - iii. Impresión de Test Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja) (Ver Anexo 03)
- c) Recojo de la información.
- d) Análisis de información.
- e) Elaboración de la base de datos.
- f) Análisis en programas estadísticos.
- g) Presentación de informe final y Resultados

Se procedió a la tabulación de los datos recabados a una base electrónica elaborada en el programa Microsoft Excel.

La base de datos final se analizó en el programa SPSS v24.

Primero, se realizó un análisis descriptivo. Se describieron frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central y dispersión en las variables numéricas

Las variables categóricas se analizaron con la prueba de ji cuadrado

Se realizaron modelos para determinar factores asociados posibles (respecto a las variables sociodemográficas y de violencia con la variable principal (Depresión post parto: mediante la Escala de Edimburgo). Se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

1.1.5. Consideraciones éticas y consentimiento informado

El presente estudio no incurrió en contra de ninguno de los principios de Bioética, tales como de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia.

Se procedió a pedir la autorización del Jefe de Servicio de Obstetricia del hospital III Yanahuara y el consentimiento informado de las pacientes

antes de responder las preguntas de la fichas. El consentimiento informado fue el siguiente (Ver Anexo 04).

La información recogida se utilizó solo con los fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos.

1.2. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 22).
- Impresora

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial:

La presente investigación se realizó en el área de hospitalización de obstetricia del Hospital III Yanahuara

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó durante el periodo Enero- Febrero 2018.

2.3. Unidades de Estudio

a) Universo: Puérperas hospitalizadas en el área de obstetricia del Hospital III Yanahuara

b) Población: Puérperas mediatas atendidas en el hospital III Yanahuara en Enero-Febrero 2018. Se estudió todo el grupo poblacional.

2.4. Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Pacientes puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara.
- Aquellas que llenaron correctamente la ficha de datos.

- Puérperas que aceptaron participar del estudio, previamente informadas.

Criterios de Exclusión

- Puérpera con diagnóstico de otros trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc), en tratamiento.
- Puérpera con dificultades o imposibilidad para responder por sí sola la encuesta.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Modo

Se hizo de modo individual, aplicando como técnica la encuesta y recolección de datos para su posterior registro y manejo.

- Recursos

Se necesitó:

- Hojas de papel
- Útiles de escritorio
- Calculadora
- Computadora con software para recolección de datos y elaboración de matriz de datos (SPSS 22 para Windows)
- Recolector de datos y aplicador de la encuesta

- Necesidades de Información

Se requirió de una buena comprensión y manejo del tema para poder dirigir el significado de los resultados obtenidos. Se contó con asesoría de un entendido de la especialidad de psiquiatría que pueda enrumbar mejor la dirección del estudio y la verdadera significancia que este tiene.

Se necesitó además de organización y adecuación de la información para poder explicar al paciente en qué consiste el estudio, de modo que comprendan adecuadamente los indicadores a evaluar y brinden datos suficientes.

- **Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados**

La información obtenida se procesó de forma sistemática y se obtuvo una base de datos. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen.



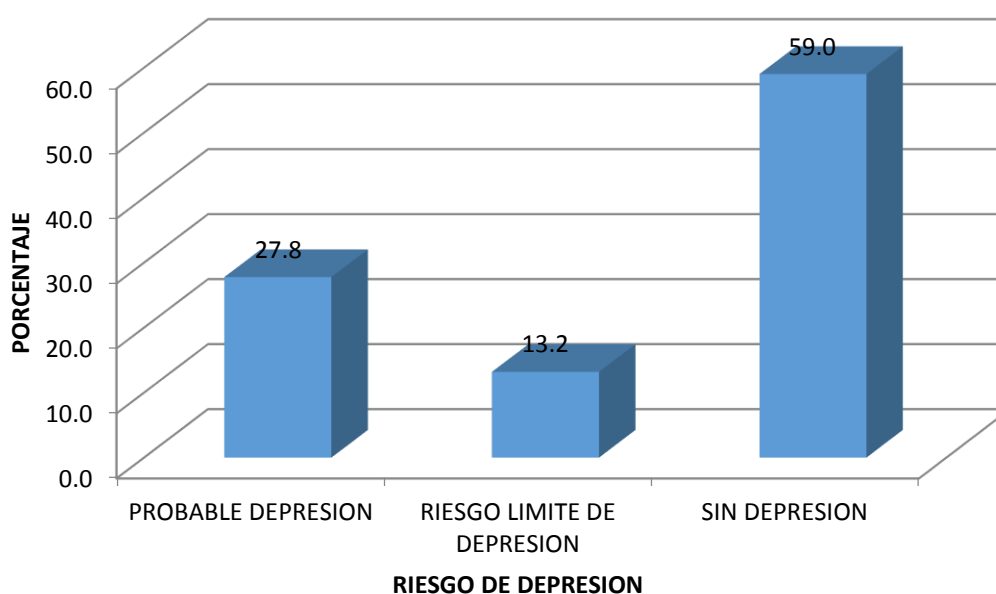


CAPITULO II RESULTADOS

**RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE VIOLENCIA EN LA PAREJA Y RIESGO DE DEPRESIÓN
POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA,
ENERO- FEBRERO 2018**

Depresión Postparto

Figura 1. Riesgo de Depresión Postparto según test de Edimburgo en puérperas mediatas en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.

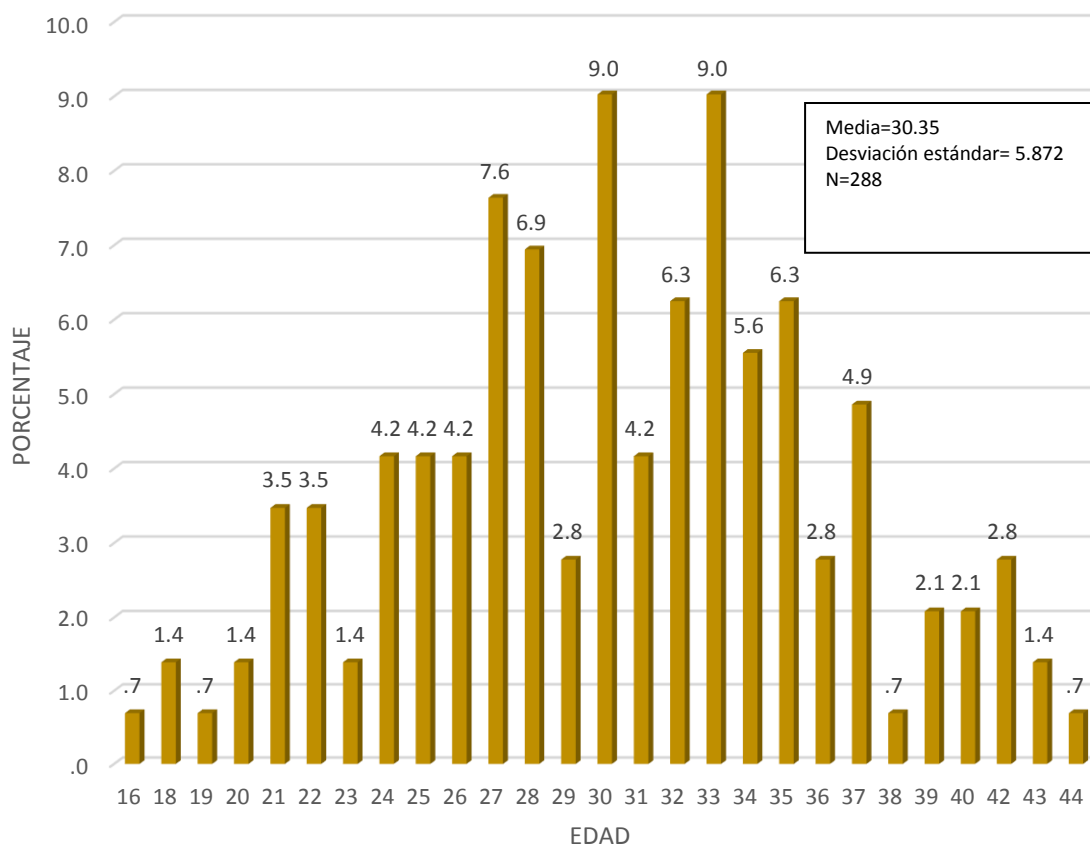


Se incluyeron en el estudio 288 puérperas mediatas las cuales fueron encuestadas durante los meses de enero –febrero del 2018 en el cual se encontró:

Se muestran los resultados de las puérperas mediatas según riesgo de depresión postparto en el Hospital III Yanahuara, los resultados reportaron que existe riesgo de depresión postparto en un 40% (riesgo limite en 38 puérperas (13.2%) y 80 puérperas (27.8%) con probable depresión postparto) y la mayor frecuencia y porcentaje se encontró en 170 puérperas (60%), quienes no tuvieron el riesgo de depresión durante el puerperio mediato. (Figura 1)

Edad.

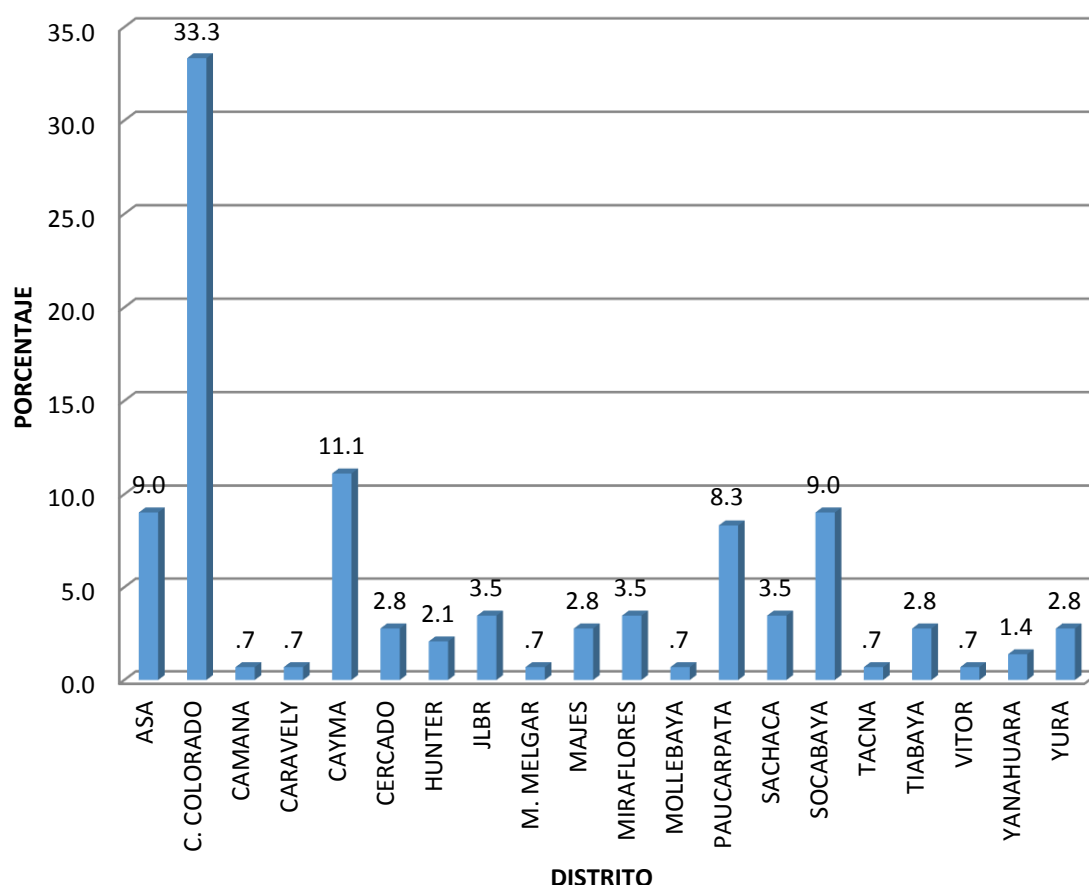
Figura 2. Edad en puérperas mediatas en el en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.



Hubo distribución normal para esta variable (Figura 02), corroborándose con las pruebas de kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk, por lo cual se consideraron media y medianas como medidas de tendencia central. No hubo diferencias en la distribución de edad entre la totalidad de puérperas y las que presentaban depresión post parto, con una mediana de 30 años y desviación estándar de 5.87, donde se observan las mayores frecuencias en la edad de 30 y 33 años con 9 %, y las mínimas frecuencia se observaron en las edades de 16, 19, 38 y 44 años con 0.7% (Figura 2)

LUGAR DE PROCEDENCIA

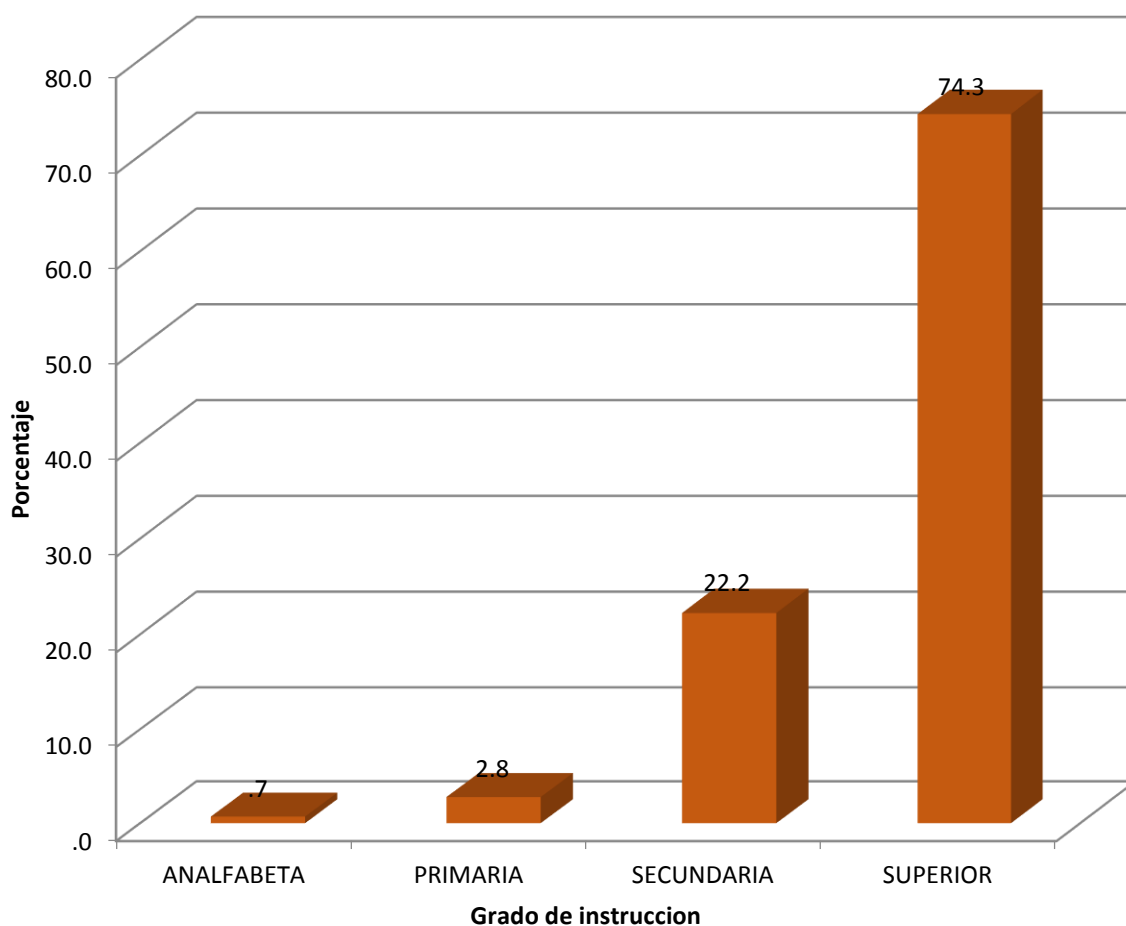
Figura 3. Lugar de procedencia de puérperas mediatas en el en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.



El distrito con mayor cantidad de pacientes fue el de Cerro Colorado con 96 puérperas mediatas (33.3%), sin embargo donde se encontró la mayor cantidad de tamizaje positivo para depresión con 20 puérperas mediatas (62.6 %) fue el distrito de Cayma, le sigue en frecuencia de depresión postparto el distrito de ASA con 12 paciente (46.2%), los lugares de procedencia con menor frecuencia fueron Camana, Caravely, Mariano Melgar, Mollebaya, Tacna, y Vitor con el 0.7% de pacientes. (Figura 3)

GRADO DE INSTRUCCIÓN

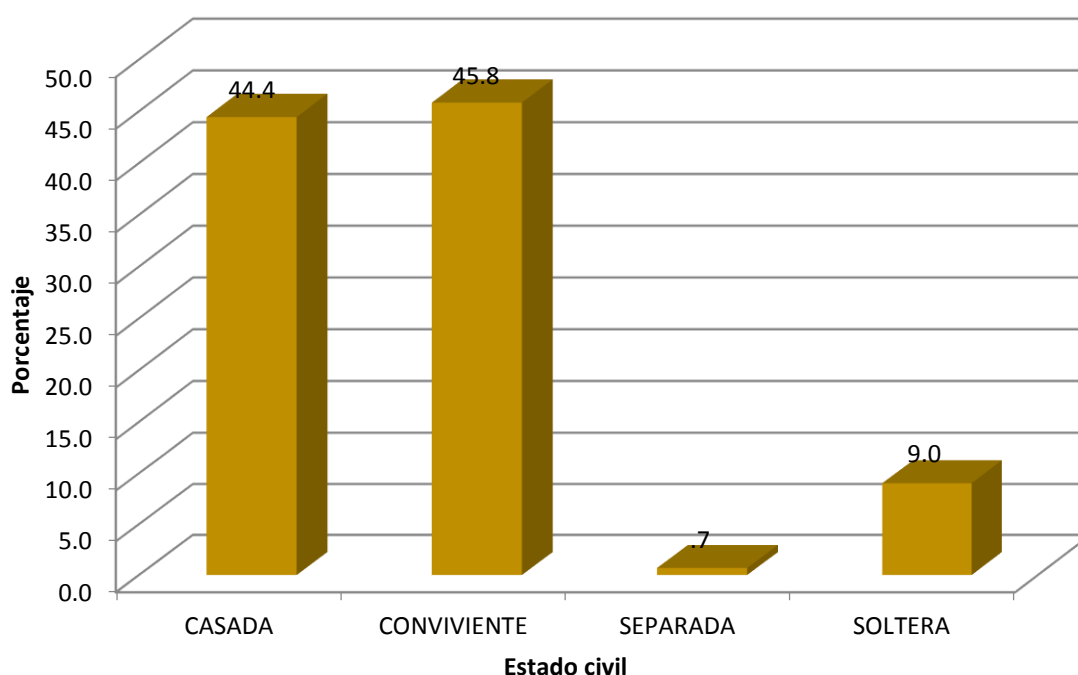
Figura 4. Grado de instrucción de puérperas mediatas en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018



En el presente estudio 248 puérperas mediatas (74,3 %) presentó educación superior, de éstas, 78 (36.4%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto, 64 puérperas mediatas (22.2%) presentó educación secundaria, de éstas, 34 (53.1%) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. 19 (9,1%), 8 puérperas mediatas (2.8 %) presentó educación primaria, de éstas, 4 (50 %) presentó tamizaje positivo para depresión posparto. 2 pacientes (0.7 %) refirieron ser analfabetas, presentando en su totalidad tamizaje positivo para depresión posparto. Se encontró asociación estadística entre estas categorías en relación al riesgo de depresión posparto ($p: 0.034$) (Figura 4) (Tabla 1)

Estado civil

Figura 5. Estado civil de puérperas mediatas en el en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.



Se observó que 132 puérperas mediatas (45,8%) fueron convivientes; 128 (44,4%) casadas; 26 (9 %) fueron solteras y 2 separadas con un (0.7). La mayor frecuencia de tamizaje positivo para depresión posparto se presentaron en el grupo de separadas donde se observa que las dos pacientes que tienen este estado civil presentaron riesgo de depresión post parto, las solteras presentaron un riesgo de depresión postparto de 61.6 %, las convivientes presentaron 40.9% y finalmente las casadas presentaron un 35.9 %. Se encontró asociación estadística entre estas categorías en relación al riesgo de depresión postparto ($p < 0.045$) (Figura 5) (Tabla 2)

Tabla 1. Grado de instrucción según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.

	<i>Factores</i>	<i>Total</i>	<i>Depresión Post Parto</i>		<i>p</i>
			<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Grado de instrucción</i>	Analfabeta	2	2	100	0.034*
	Primaria	8	4	50	
	Secundaria	64	34	53.1	
	Superior	214	78	36.4	

N: 288

*p: <0.05

Tabla 2. Estado civil según riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.

	<i>Factores</i>	<i>Total</i>	<i>Depresión Post Parto</i>		<i>p</i>
			<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Estado Civil</i>	Casada	128	46	44.7	0.045*
	Conviviente	132	54	40.9	
	Separada	2	2	100	
	Soltera	26	16	61.6	

N: 288

*p: <0.05

Violencia de Pareja

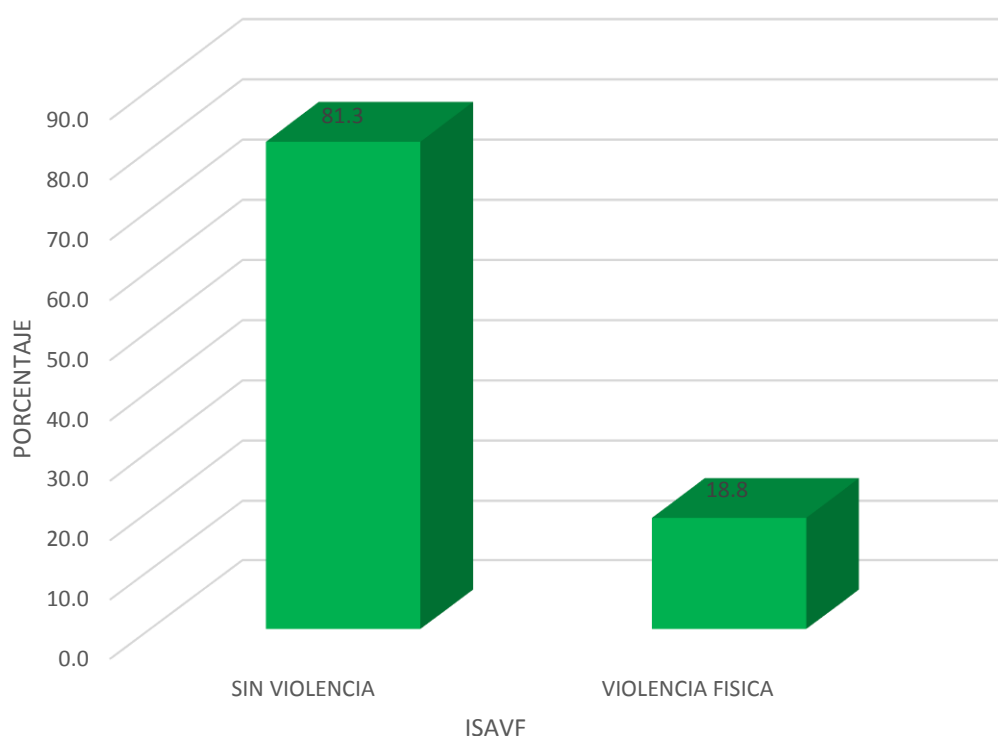
Figura 6. Puérperas mediatas con violencia de pareja, en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018



El análisis de esta variable se realizó para conocer si las participantes en la investigación han experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año. Esta variable se estableció con las puntuaciones ingresadas a la base de datos, que tuvieron las participantes después de la aplicación del (Index of spouse Abuse), y de establecer los valores ponderales de cada Ítem y la sumatoria de las misma en cada una de las subescalas. Posteriormente se tuvieron en cuenta los puntos de corte para violencia física 6 y violencia no física 14. Se clasificó a las participantes en puérperas mediatas con violencia y sin violencia. Los hallazgos muestran que 120 puérperas mediatas (41.7 %) sufren violencia por parte de su pareja y 168 puérperas mediatas (58.3%) no sufrieron violencia física ni violencia no física. (Figura 6)

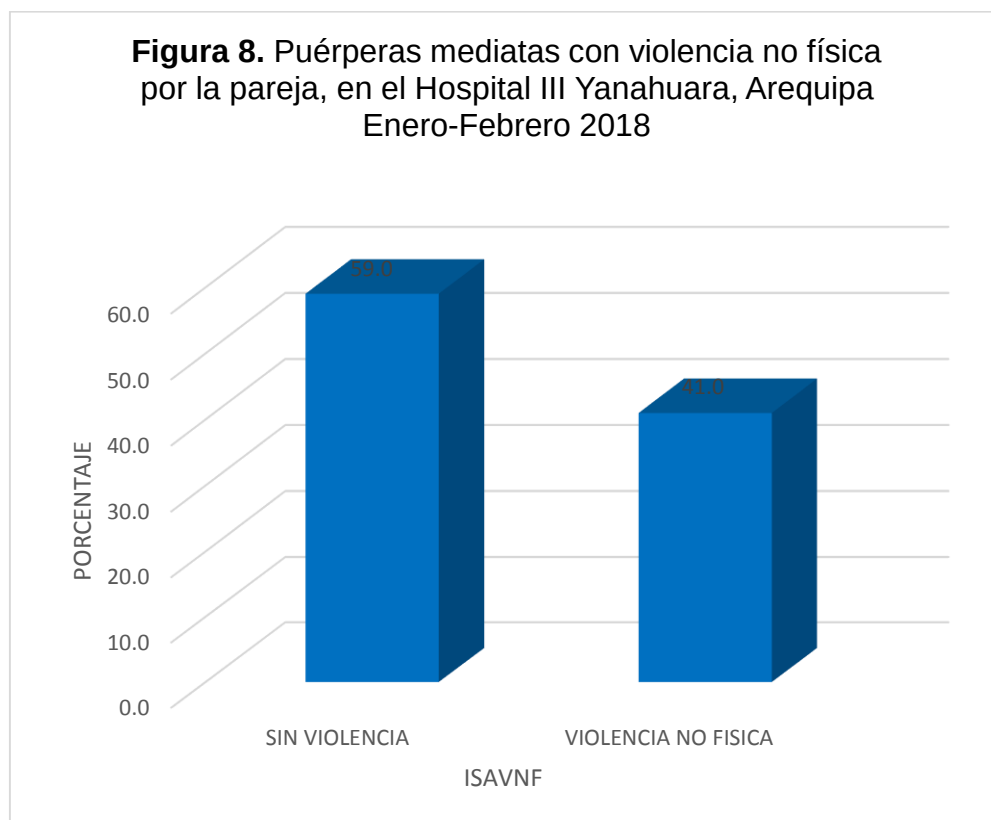
Violencia física.

Figura 7. Puérperas mediatas con violencia física de la pareja, en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018



Dentro de la variable Violencia de pareja se debe realizar el análisis de la subescala de Abuso físico, con el fin de determinar con qué frecuencia se presentó este fenómeno en las participantes del estudio. Teniendo en cuenta el punto de corte 6 de instrumento Índice of Spouse Abuse, se encontró una frecuencia de 54 puérperas mediatas que sufrieron violencia física por parte de su pareja (18.8 %) y 134 puérperas 81.3 % que no son maltratadas físicamente. (Figura 7)

Violencia no física.



Dentro de la variable Violencia de pareja de debe realizar el análisis de la subescala de violencia no física, con el fin de determinar con qué frecuencia se presenta este fenómeno en las participantes de la presente investigación. Teniendo en cuenta el punto de corte 14 del instrumento Índex of Spouse Abuse, se encontró a 118 puérperas mediatas con violencia no física (41 %) y 170 puérperas (45 %) que no presentan este tipo de violencia. (Figura 8)

Violencia física y violencia no física.

Se realizó un estudio estadístico utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, para los valores ponderales obtenidos de la aplicación de escala de violencia de pareja (Índex of spouse abuse), se observa que según la significancia las dos subescalas son altamente significativas con el total de violencia, es decir, cada subescala guarda relación con el total de violencia.

Tabla 3. Violencia no física de pareja y violencia de pareja N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.

<i>Violencia</i>	<i>Total</i>	<i>Coeficiente de correlación de Spearman</i>	<i>p</i>
Violencia física	54	0.504	0.000*
Violencia no física	118	0.504	0.000*

N: 288
*p: <0.01

Violencia no física de Pareja y Depresión posparto.

Se observó que 118 (41 %) puérperas mediatas presentaron violencia no física por parte de su pareja y de estas 64 (54.2 %) presentaron tamizaje positivo para riesgo de depresión para depresión posparto. Hubo asociación estadística para la variable de violencia no física y riesgo de depresión posparto ($p: 0,007$), (Tabla 04).

Tabla 4. Violencia no física de pareja y riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.

<i>Factores</i>		<i>Total</i>	<i>Depresión Post Parto</i>		<i>p</i>
			N	%	
<i>Violencia no física</i>	Sin violencia	170	54	31.8	0.007*
	Violencia	118	64	54.2	

N: 288

* $p: <0.01$

Violencia física de Pareja y Depresión posparto.

En el presente estudio se encontró que 54 (18.8 %) puérperas mediatas presentaron violencia física por parte de su pareja y de estas 36 (66.7 %) presentaron tamizaje positivo para riesgo de depresión posparto. Hubo asociación estadística para la variable de violencia no física y riesgo de depresión posparto ($p: 0,003$), (Tabla 05).

Tabla 5. Violencia física de pareja y riesgo de depresión de puérperas mediatas N: (288) en el Hospital III Yanahuara, Arequipa Enero-Febrero 2018.

<i>Factores</i>		<i>Total</i>	<i>Depresión Post Parto</i>		<i>p</i>
			N	%	
<i>Violencia no física</i>	Sin violencia	234	82	35	0.003*
	Violencia	54	18	66.7	

N: 288

* $p: <0.001$



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

Los síntomas depresivos posparto son uno de los problemas de salud mental más comunes asociados con un historial de IPV en la población general (Beydoun et al. 2012). Independientemente de los antecedentes de IPV, se estima que la prevalencia de síntomas depresivos posparto entre las mujeres latinas que viven en EE. UU. Se encuentra entre 42.6% y 59.0% (Zhang, et al. 2011)

El presente estudio se encontró que de 288 puérperas, 118 de ellas (40 %), presentaron tamizaje positivo para depresión posparto según la Escala de Edimburgo, los cuales son similares a los resultados encontrados por Arias (2016) en su investigación en el Hospital III Goyeneche, que reporta una incidencia de depresión postparto de 32.9%, en una población de 98 puérperas y Vera (2015) en su estudio en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con un porcentaje de 36.33%, estos datos son comparables debido a la realidad en donde se realizaron, como es la misma región de nuestro país y difieren de los resultados encontrados por Medina (2015) en su trabajo de tesis en la Clínica Good Hope en la ciudad de Lima, quien obtuvo un porcentaje de 20% de puérperas con tamizaje positivo para depresión postparto, Young (2017) en su estudio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima con 26.32 %, Vilouta et al. (2006) en su estudio en el complejo hospitalario de Ourense, España, describió una incidencia del 21.25%, y Urdaneta et al. (2011) en su investigación en el hospital de Maracaibo, Venezuela, valoradas por Medio de la Escala de Edimburgo” describen una incidencia del 90 %

Se encontró que la mayoría de la frecuencia de puérperas se encontraba entre las edades de 26 a 35 años. Esto coincide con el trabajo realizado por Medina (2015) en el cual el mayor número de puérperas recae en las edades de 26 y 35 años y al igual que nuestra investigación no hay diferencia estadística significativa.

Para el grado de instrucción se describió que las mayores incidencias se encontraron en el grupo que había cursado con educación superior 74.3 % y en los que cursaron con estudios secundarios con un 22.2 % al igual que la

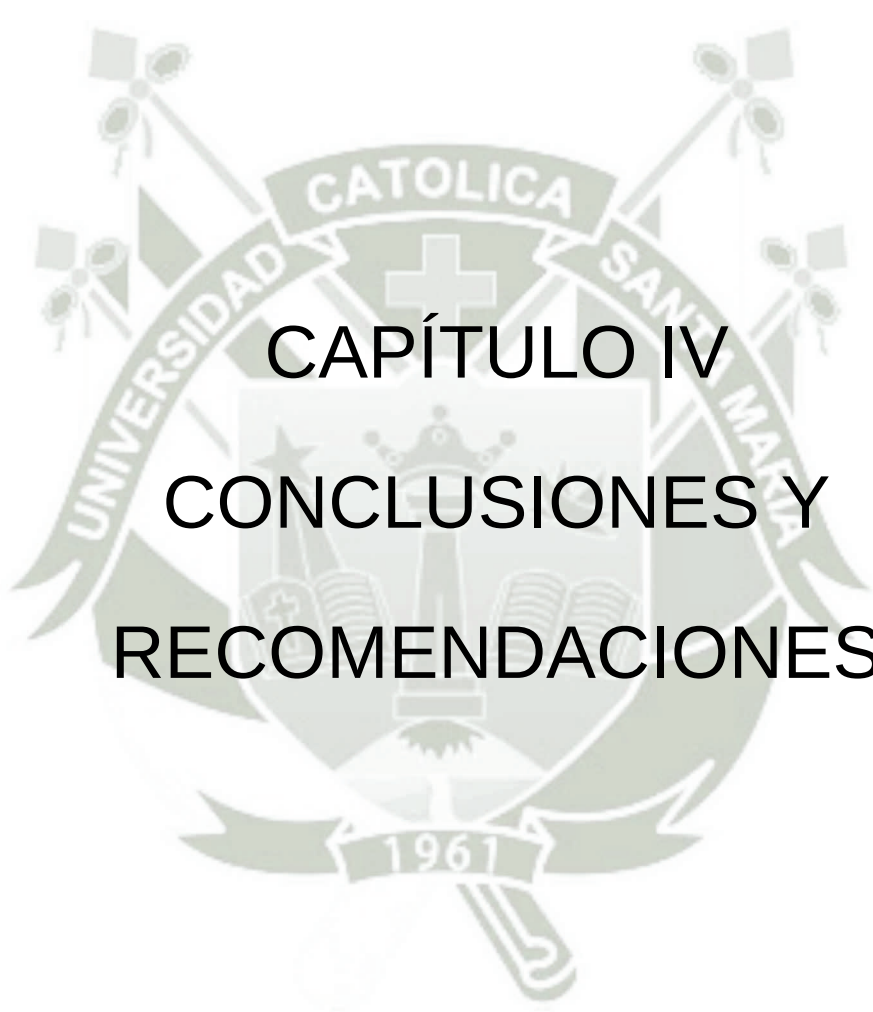
investigación de Young quien describe una incidencia de 90.9 para aquellas puérperas que cursaron estudios secundarios y superiores, Medina quien describe 87.27 % con estudios superiores, y difiere de Arias quien describe la mayor incidencia en estudios primarios con 52%, Vera quien encontró que el 59.55 % de puérperas cursaron estudios secundarios, En cuanto a la mayor incidencia de depresión se observó que se dio en las puérperas que cursaron con educación primaria para Arias con 67.7 %, Vera con 55.56%, Young 42.11% y Urdaneta con 15%, que difiere de esta investigación, donde recae en puérperas con educación secundaria con un 53.1%, siendo la segunda mayor incidencia de depresión en las puérperas con educación primaria con 50%, Se encontró asociación estadística con ($p: 0.034$) al igual que la investigación de Vera y Urdaneta.

En cuanto al estado civil, se encontró que el grupo predominante de puérperas mediatas tenía una relación de convivencia llegando al 45.8%. No obstante, se encontró mayor frecuencia de tamizaje positivo de depresión posparto en el grupo de las solteras y separadas con incidencias de 100% y 61%. Se encontró asociación estadísticamente significativa en estas variables con ($p: 0.045$). Estos resultados se asemejan a los de Arias con una incidencia de depresión posparto en solteras con 51.6%, Vera 61%, Young 36%, Urdaneta 13%, encontrándose asociación estadística en los trabajos de Vera y Young con ($p<0.01$) al igual que esta investigación. Los datos hallados marcan que al presentar una relación estable y de unión con la pareja previenen este tipo de patologías.

Respecto a la violencia, el 41.7 % sufre algún tipo de violencia, en cuanto a las puérperas con violencia no física por parte de la pareja, se encontró un 41 % de puérperas, y son afectadas con violencia física un 18.8 %, de estas dos últimas variables el 54.2%, 66.7%, respectivamente presentaron tamizaje positivo para depresión posparto, encontrándose asociación estadística ($p<0.01$) entre violencia no física, física y depresión posparto. Gómez et al, (2009) en su investigación con 2317 puérperas en el Instituto Materno Perinatal, en donde describió que la frecuencia de violencia de pareja fue de 44%, porcentaje que concuerda con nuestra investigación y una asociación estadística ($p<0.01$). Al igual que este trabajo, a pesar que este estudio fue

realizado con el instrumento de Patient Health Questionnaire (PHQ 9). Corrie et al. (2015) en su estudio con puérperas México-Americanas señala una incidencia de violencia de pareja de 24.4 % y al igual al presente estudio con una asociación estadística ($p < 0.01$), en este estudio usaron la escala de Edimburgo y para violencia el sistema de Monitoreo de la Evaluación del Riesgo de Embarazo que consta de 14 Items y evalúa violencia física, emocional y sexual. Ramírez (2012) en su investigación Violencia de pareja contra la mujer y depresión post parto realizada en Colombia refiere una incidencia de violencia de pareja en un 54 % en cuanto a la violencia física y no física indica 17 y 53% respectivamente, y al igual que nuestra investigación con se observó una asociación estadística significancia ($p < 0.01$).





CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La incidencia de tamizaje positivo para riesgo de depresión posparto mediante la Escala de Edimburgo es de 40% en el Hospital III de Yanahuara.
- Se describió el índice de violencia de pareja en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara con una incidencia de 41.7%, de violencia física 18.8 % y violencia no física 41%, en el Hospital III de Yanahuara.
- Se describió las características sociodemográficas de puérperas mediatas, donde las mayores frecuencias se observaron en cuanto a la edad en 30 y 33 años con el 9%, el distrito de procedencia fue Cerro Colorado con un 33.3%, 74,3 % presentó educación superior y 45,8% de puérperas fueron convivientes.
- Se determinó la asociación estadística significativa con ($p < 0.01\%$) entre violencia (física, no física) de pareja en puérperas mediatas y riesgo de depresión posparto en el Hospital III de Yanahuara.

RECOMENDACIONES

1. A la Gerencia Regional de Salud implementar programas de promoción de la salud mental con charlas y actividades participativas y de consulta para las madres gestantes y puérperas en los Centros de Atención del primer nivel.
2. Al Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara, implementar un programa de evaluación mental y orientación psicológica de las puérperas al alta del servicio de Obstetricia y/o Neonatología (en coordinación con el Departamento de Pediatría) con control en su próxima visita al Hospital, para conocer cuál es el estado de salud mental de las madres al dejar el Hospital.
3. Al Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Yanahuara, incluir el uso de la Encuesta sobre Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE) en el servicio de Ginecología y Obstetricia a las puérperas tanto en el área de Hospitalización como en Consultorio Externo como método de cribado de depresión.
4. A los alumnos de la facultad de Medicina Humana y demás estudiantes de la Salud a continuar y profundizar con esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Association A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
2. Alvarez M y Col. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.
3. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
4. Asociación Americana de Psiquiatría "Manual de diagnóstico y estadístico de DSM V o de DSM5 de desórdenes mentales" 2014
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington 2013.
6. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Trastorno depresivo mayor en el DSM-5: implicaciones para la práctica clínica y la investigación de los cambios del DSM-IV. *Depress Anxiety* 2014; 31: 459.
7. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013; 381:1371.
8. Serretti A, Fabbri C. Shared genetics among major psychiatric disorders. *Lancet* 2013; 381:1339.
9. Wojcik W, Lee W, Colman I, et al. Foetal origins of depression? A systematic review and meta-analysis of low birth weight and later depression. *Psychol Med* 2013; 43:1.
10. Loret de Mola C, de França GV, Quevedo Lde A, Horta BL. Low birth weight, preterm birth and small for gestational age association with adult depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 205:340.
11. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:113.

12. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009; 12:342.
13. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7. 9
14. Li M, Rodin G. Depression. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill, Second Edition*, Levenson JL (Ed), American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011. p.175.
15. Orlovska S, Pedersen MS, Benros ME, et al. Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113,906 persons with head injury. *Am J Psychiatry* 2014; 171:463.
16. Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Res Clin Pract* 2013; 99:98.
17. Milaneschi Y, Hoogendijk W, Lips P, et al. The association between low vitamin D and depressive disorders. *Mol Psychiatry* 2014; 19:444.
18. Annweiler C, Rastmanesh R, Richard-Devantoy S, Beauchet O. The role of vitamin D in depression: from a curious idea to a therapeutic option. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:1121.
19. Anglin RE, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 202:100.
20. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry* 2012; 169:491.
21. Harrison-Woolrych M, Ashton J. Psychiatric adverse events associated with varenicline: an intensive postmarketing prospective cohort study in New Zealand. *Drug Saf* 2011; 34:763.
22. Scherrer JF, Svrakic DM, Freedland KE, et al. Prescription opioid analgesics increase the risk of depression. *J Gen Intern Med* 2014; 29:491.
23. Barron AJ, Zaman N, Cole GD, et al. Systematic review of genuine versus spurious side-effects of beta-blockers in heart failure using

- placebo control: recommendations for patient information. *Int J Cardiol* 2013; 168:3572.
24. Aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *CMAJ* 2009; 180:305.
 25. Vreeburg SA, Hoogendijk WJ, van Pelt J, et al. Major depressive disorder and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity: results from a large cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:617.
 26. Maciag D, Hughes J, O'Dwyer G, et al. Reduced density of calbindin immunoreactive GABAergic neurons in the occipital cortex in major depression: relevance to neuroimaging studies. *Biol Psychiatry* 2010; 67:465.
 27. Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 64:327.
 28. Harvey BH, McEwen BS, Stein DJ. Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 1105-1117
 29. Pavcovich LA, Cancela LM, Volosin M, Molina VA, Ramirez OA, Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. *Brain Res Bull.* 24:293-296
 30. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society;2009. Informe No.:90.
 31. Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, et al. Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. Investigación Comisionada. VitoriaGasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N°: D-13-13.
 32. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitivebehavioral therap: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006 26(1): 17-31.
 33. Rodgers M, Asaria M, Walker S, McMillan D, Lucock M, Harden M, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after

- depression: a systematic review. Health Technol Assess. 2012;16(28):1-129
34. Grupo de trabajo de la 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 (avalia-t);2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
 35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
 36. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). ICD-10 online version: 2016. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (Accessed on February 10, 2016).
 37. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Arch Womens Ment Health 2010; 13:37.
 38. Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. Lancet Psychiatry 2015; 2:59.
 39. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol 2013; 9:379.
 40. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. J Affect Disord 2015; 175:34.
 41. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014; 28:3.
 42. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Psychiatry 2008; 65:805.
 43. Fisher SD, Wisner KL, Clark CT, et al. Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. J Affect Disord 2016; 203:111.

44. Iwata H, Mori E, Sakajo A, et al. Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *J Affect Disord* 2016; 203:227
45. Altemus M, Neeb CC, Davis A, et al. Phenotypic differences between pregnancy-onset and postpartum-onset major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:e1485.
46. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296:2582.
47. Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, et al. Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. *Am J Psychiatry* 2016; 173:158.
48. Murphy-Eberenz K, Zandi PP, March D, et al. Is perinatal depression familial? *J Affect Disord* 2006; 90:49.
49. Forty L, Jones L, Macgregor S, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1549.
50. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectr* 2015; 20:48.
51. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol* 2011; 117:961.
52. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157:924.
53. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:332.
54. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, De Jager M, et al. A double-blind randomised placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: the effect on postnatal depression and serum hormones. *Br J Obstet Gynaecol* 2008; 105:1082.

55. De Rezende MG, Garcia-Leal C, de Figueiredo FP, et al. Altered functioning of the HPA axis in depressed postpartum women. *J Affect Disord* 2016; 193:249.
56. Parry BL, Meliska CJ, Sorenson DL, et al. Plasma melatonin circadian rhythm disturbances during pregnancy and postpartum in depressed women and women with personal or family histories of depression. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1551.
57. Skrundz M, Bolten M, Nast I, et al. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology* 2011; 36:1886.
58. Mehta D, Newport DJ, Frishman G, et al. Early predictive biomarkers for postpartum depression point to a role for estrogen receptor signaling. *Psychol Med* 2014; 44:2309.
59. Guintivano J, Arad M, Gould TD, et al. Antenatal prediction of postpartum depression with blood DNA methylation biomarkers. *Mol Psychiatry* 2014; 19:560.
60. Yim IS, Glynn LM, Dunkel-Schetter C, et al. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:162.
61. Glynn LM, Sandman CA. Evaluation of the association between placental corticotrophin-releasing hormone and postpartum depressive symptoms. *Psychosom Med* 2014; 76:355.
62. Sacher J, Rekkas PV, Wilson AA, et al. Relationship of monoamine oxidase-A distribution volume to postpartum depression and postpartum crying. *Neuropsychopharmacology* 2015; 40:429.
63. Maurer-Spurej E, Pittendreigh C, Misri S. Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum depression. *J Psychiatry Neurosci* 2007; 32:23.
64. Gao X, Wang J, Yao H, et al. Serum BDNF concentration after delivery is associated with development of postpartum depression: A 3-month follow up study. *J Affect Disord* 2016; 200:25.
65. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014; 384:1775.

66. Kim DR, Epperson CN, Weiss AR, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. *Expert Opin Pharmacother* 2014; 15:1223.
67. Hoertel N, López S, Peyre H, et al. Are symptom features of depression during pregnancy, the postpartum period and outside the peripartum period distinct? Results from a nationally representative sample using item response theory (IRT). *Depress Anxiety* 2015; 32:129.
68. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry* 2014; 22:1.
69. Baker R, Orton E, Kendrick D, Tata LJ. Maternal depression in the 5 years after childbirth among women with and without perinatal depression: a population-based cohort study. *Lancet* 2015; 386:S22.
70. Josefsson A, Sydsjö G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:141.
71. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:805.
72. Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy. *N Engl J Med* 2011; 365:1605.
73. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010; 33:1.
74. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* 2015; 171:142.
75. El-Den S, O'Reilly CL, Chen TF. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *J Affect Disord* 2015; 188:284.
76. Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual, Second Edition, RCPsych Publications, London 2014.
77. Aramburú P., Arellano R., Jáuregui S., Pari L., Salazar P. y Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención

- en Lima Metropolitana, junio 2004. Revista Peruana de Epidemiología 2008; 12(3) pp1-5.
78. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. JAMA Psychiatry 2013; 70:490.
 79. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106. AHRQ Publication No. 13-EHC064-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. PubMed ID 23678510.
 80. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol 2015; 125:1268.
 81. VILOUTA, M., et al. Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia, 2006, vol. 33, no 6, p. 208-211.
 82. Bustos Rementería Stephanie y Jiménez Ponce Nataly. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. Psiquiatría Y Salud Mental 2013; xxx, Nº 1, 38 - 49..
 83. Vera F, Karina J, Natale I, Teresa A, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela. diciembre de 2014;74(4):229–43.
 84. Molero KL, Machado U, Ramón J, V C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(4):294–304.
 85. Simone N. Vigod, MD Msc LAT MA, Barbara Bryja, RM C-LD PhD, Mark H. Yudin, MSc LER PhD. Relation between place of residence and postpartum depression. Focus Depress CMAJ. el 17 de septiembre de 2013;185(13):1129–35.

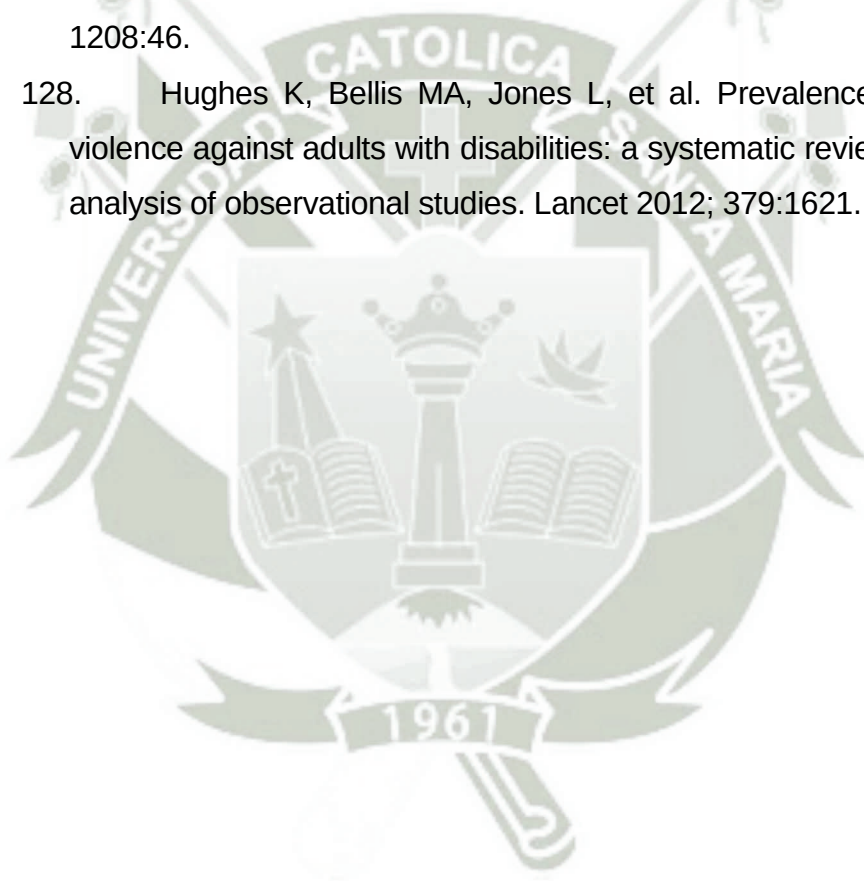
86. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(5):312–20.
87. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Reyes ET, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. UNIVERSIDAD DE CUENCA Santiago Castro Ingrid Borrero| 40 Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Rev Peru Epidemiol. 2010;14(3):1–8.
88. Jones K. Weight stigma among providers decreases the quality of care received by obese patients. 2010
89. Bustos Rementería Stephanie y Jiménez Ponce Nataly. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica – Chile. Psiquiatría Y Salud Mental 2013; xxx, Nº 1, 38 - 49.
90. MacCue S., Briggs Gowan M., Storfer A. y Carter A. Prevalence, Correlates, and Persistence of Maternal Depression. J Womens Health 2007; 16(5): 678-691.
91. Thoppil J., Riutcel T. y Nalesnik S. Early intervention for Perinatal Depression. Am J Obstet Gynecol 2005; 192 (5): 1446-8. 44
92. Arranz L., Gaviño A. y Escobedo A. Depresión Posparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas 2005; 10(3): 71-73.
93. Nicholson W., Setse R., Hill-Briggs F., Cooper L., Strobino D. y Powe N. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. Journal Obstetric and Gynecology 2006; 107(4): 798-806.

94. Vargas M., y García J. Depresión Post-Parto: Presencia y manejo Psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009; 3(1): 11-18.
95. Távara-Orozco, L., Zegarra-Samamé T., Zelaya L., Arias M., Estolaza N. Detección de Violencia Basada en Género en Tres Servicios de Atención de Salud Reproductiva. Ginecol. Obstet. 2003; 49 (1): 31-38.
96. Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding.
97. Dennis C, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas [internet]. 2008
98. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. Obstet Gynecol 2002; 100:27.
99. Silverman JG, Raj A. Intimate partner violence and reproductive coercion: global barriers to women's reproductive control. PLoS Med 2014; 11:e1001723.
100. Rennison C. Intimate partner violence 1993-2001. Publication no. NCJ-197838, Bureau of Justice Statistics; US Department of Justice, Washington, DC 2003.
101. Renner LM, Whitney SD. Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults. Child Abuse Negl 2012; 36:40.
102. Gracia E, López-Quílez A, Marco M, et al. The Spatial Epidemiology of Intimate Partner Violence: Do Neighborhoods Matter? Am J Epidemiol 2015; 182:58.
103. Marshall AD, Panuzio J, Taft CT. Intimate partner violence among military veterans and active duty servicemen. Clin Psychol Rev 2005; 25:862.
104. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements (Version 1.0). Centers for Disease Control and

- Prevention. National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta 2002. Available at: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_surveillance/intimate.htm#Read (Accessed on June 20, 2012).
105. Intimate Partner Violence. Massachusetts Medical Society Committee on Violence Intervention and Prevention. 5th Edition. <http://www.massmed.org/AM/Template.cfm?Section=Home6&CONTENTID=36015&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm> (Accessed on August 08, 2012).
106. The World Health Organization. World report on violence and health. Chapter 4. Violence by intimate partners. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap4.pdf (Accessed on August 07, 2011).
107. Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: findings from the National Violence Against Women Survey. Publication No. NCJ-181867, US Department of Justice, Washington, DC 2000.
108. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. MMWR Surveill Summ 2014; 63:1.
109. Kimerling R, Iverson KM, Dichter ME, et al. Prevalence of Intimate Partner Violence among Women Veterans who Utilize Veterans Health Administration Primary Care. J Gen Intern Med 2016; 31:888.
110. Bureau of Justice Statistics; Intimate Partner Violence 1993 to 2010 <http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=4536> (Accessed on January 31, 2016).
111. C, Stephenson R. Intimate partner violence among men who have sex with men: a systematic review. Trauma Violence Abuse 2013; 14:168.
112. Nasrullah, Oraka, Chavez, et al. Nonvolitional sex and HIV-related sexual risk behaviours among MSM in the United States. AIDS 2015; 29:1673.

113. Crandall ML, Nathens AB, Kernic MA, et al. Predicting future injury among women in abusive relationships. *J Trauma* 2004; 56:906.
114. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260.
115. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013; 382:859.
116. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, et al. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996; 275:1915.
117. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Publication no. NCJ-183781, US Department of Justice, Washington, DC 2008.
118. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011; 84:478.
119. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: World report on violence and health, Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, et al (Eds), World Health Organization, Geneva 2002.
120. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence--United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008; 57:113.
121. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, et al. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med* 2009; 169:1692.
122. Rees S, Silove D, Chey T, et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA* 2011; 306:513.
123. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013; 10:e1001439.

124. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, et al. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *J Interpers Violence* 2006; 21:955.
125. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet* 2010; 376:903.
126. Taylor CA, Guterman NB, Lee SJ, Rathouz PJ. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *Am J Public Health* 2009; 99:175.
127. McAllister TW, Stein MB. Effects of psychological and biomechanical trauma on brain and behavior. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1208:46.
128. Hughes K, Bellis MA, Jones L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012; 379:1621.



ANEXOS



Anexo 01. Ficha de datos

FICHA DE DATOS

Datos de Filiación

- a. Número de ficha:
- b. Nombre:
- c. Domicilio:
- d. Teléfono:
- e. Edad (años cumplidos):
- f. Fecha de parto:/...../..... Tipo de parto: Eutócico ☐ Cesárea ☐
- g. Fecha de toma de datos:/...../.....

Datos de la evaluación de variables

- h. Lugar de procedencia:
- Urbano: ☐ Rural: ☐
- Costa: ☐ Sierra: ☐ Selva: ☐
- i. Grado de Instrucción:
- Analfabeta: ☐ Primaria: ☐ Secundaria: ☐ Superior: ☐
- j. Estado civil:
- Soltera: ☐ Casada: ☐ Conviviente: ☐ Separada: ☐ Otra: ☐



Anexo 02. Test de Edimburgo para Depresión Posparto.

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| <p>1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada</p> <p>2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada</p> <p>3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia</p> <p>5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca</p> | <p>6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> <p>7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca</p> <p>10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca</p> |
|---|--|

Anexo 03 index of Spouse Abuse

ITEM	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUE NTE MENTE	MUY FRECUE NTE MENTE
1. Mi pareja me hace sentir inferior (por ejemplo me dice que no valgo nada o que no hago nada bien)	1	2	3	4	5
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja se enfada y se pone irritable cuando le digo que está bebiendo demasiado	1	2	3	4	5
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales, que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la comida no estén hechas para cuando él piensa que debería estarlo.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (vecinos compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
7. mi pareja me da puñetazos	1	2	3	4	5
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva	1	2	3	4	5

Anexo 04. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio pretende determinar la incidencia y factores asociados de la depresión postparto en las puérperas del servicio de obstetricia del hospital III Yanahuara

Se le ha solicitado a usted formar parte de este estudio de investigación debido a que Ud. pertenece a la población a estudiar, para lo cual se le pedirá responda unas cuantas preguntas que nos aseguran encontrar las características que estamos buscando.

Agradecemos de antemano su apoyo

Declaración de consentimiento

Acepto

☐

No acepto

☐

ANEXO 5: PROYECTO DE TESIS



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE VIOLENCIA EN LA PAREJA Y RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUÉRPERAS MEDIATAS DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA, ENERO- FEBRERO 2018

Tesis presentada por el Bachiller:

Zeballos Gonzales, Edgard Patrick

Para optar por el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor: Dr. Tohalino Meza, Gustavo

Arequipa – Perú

2018

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos depresivos constituyen un serio problema de salud pública ocasionando discapacidad y deterioro de la calidad de vida de quien lo padece, presentándose a cualquier edad, sin distinción de género o condición económica ni momento de la persona. No obstante, es la mujer durante la edad reproductiva donde existe una tendencia mayor de presentarse dichos trastornos, una explicación probable sería las variaciones hormonales que este sexo presenta llegando a la cúspide del embarazo disminuyendo súbitamente luego del parto. Si se asocian estas variaciones hormonales al factor genético y a factores psicosociales existiría una clara relación con la Depresión Post-Parto (DPP), la cual es definida, según el DSM-V como “la presentación de depresión durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto” y según otros autores como la depresión presentada en algún momento dentro de los 18 meses posteriores al parto.

En estos tiempos existen también diversas patologías que representan un reto para la salud pública; una de estas es la Violencia de pareja, la cual es definida como “Todo acto de violencia basado en la pareja que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, las coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vía privada”. Las consecuencias mediatas e inmediatas en la mujer así como alteraciones físicas, sexuales y psíquicas son los motivos por los cuales se considera un serio problema de salud, pudiendo llevar a la mujer a la discapacidad, al aislamiento e incluso a la muerte. Considerando que en nuestro país las cifras de Violencia de género y específicamente en violencia de pareja son alarmantes, presentándose en cualquier etapa de vida de la mujer, además de cualquier momento incluyendo la gestación es que en el presente estudio tiene como finalidad determinar la asociación de riesgo de los casos de Violencia de pareja y de DPP; así como la descripción de los factores sociodemográficos relacionados con ambas patologías.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la relación entre violencia de pareja y riesgo de depresión postparto en púerperas mediatas del hospital III Yanahuara, Arequipa, 2018?

1.2. Descripción del problema de investigación

a) Área del conocimiento

- AREA GENERAL: Ciencias de la Salud
- AREA ESPECÍFICA: Medicina Humana
- ESPECIALIDAD: Psiquiatría
- LÍNEA: Psiquiatría Perinatal

b) Análisis de variables

Independiente: Índice de violencia de pareja, debido a que será el factor de riesgo a demostrar.

Dependiente: Depresión Post-Parto, la cual fue definida operacionalmente como aquellas mujeres que encontrándose en el puerperio mediano presentaran puntaje en la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo de 13 o más puntos.

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	VALORES O CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Variable Independiente Índice de violencia de la pareja Maltrato físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socioeconómico de la pareja	Según el test de Índice de abuso de la pareja	Violencia no física Violencia física	Negativa: Menor a 14 puntos Positiva: Mayor o igual a 14 puntos Negativa: Menor a 6 puntos Positiva: Mayor o igual a 6 puntos	Cualitativa independiente	Nominal	Test de índice de violencia de pareja
Variable dependiente Depresión Postparto Trastorno emocional caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento durante el postparto.	Según test de Edimburgo	Normal Depresión	Sin riesgo de depresión (<10puntos) Riesgo limite (10-12 puntos). Probable depresión (≥13puntos).	Cualitativa dependiente	Nominal	Test de Edimburgo
Variable interviniente Características demográficas Edad Tiempo de vida desde el momento de nacimiento considerado en años Estado civil. Es la condición de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio, o tipo de unión con la pareja, Grado de Instrucción Máximo grado de instrucción alcanzado. Lugar de residencia Espacio físico en el cual una persona vive	Según ficha de recolección de datos Según ficha de recolección de datos Según ficha de recolección de datos Según ficha de recolección de datos	Mayor de edad Menor de edad Casada Soltera Conviviente Divorciada Analfabeta Primaria Secundaria Superior Nombre del distrito en el cual reside la encuestada	Años Casada Soltera Conviviente Divorciada Analfabeta Primaria Secundaria Superior Nombre del distrito en el cual reside la encuestada	Cualitativa interviniente Cualitativa interviniente Cualitativa interviniente Categórica interviniente	Nominal Nominal Ordinal Nominal	Ficha de recolección de datos Ficha de recolección de datos Ficha de recolección de datos Ficha de recolección de datos



c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el riesgo de depresión frecuencia de depresión posparto en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los índices de violencia en la pareja en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?
- ¿Existe relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?
- ¿Cuáles son los factores socio demográficos en puérperas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?

d) Tipo de investigación

Investigación de campo. Observacional, transversal.

e) Nivel de Investigación

Investigación de nivel correlacional

1.3. Justificación del problema

El hablar de depresión en la actualidad es hacer mención de un serio problema de salud pública que según se estima se agravará en los años venideros pudiendo llegar a convertirse en el problema número uno de discapacidad en el mundo. Actualmente afecta a personas de todos los estratos sociales, niveles económicos y distribución geográfica. Teniendo como factores de riesgo la exposición temprana a factores estresantes y pertenecer a familias con predisposición hereditaria. Este problema incrementa su frecuencia de presentación en algunos momentos de la vida de la mujer, como es el periodo Post-Parto. Se ha observado que el resultado de que una madre sufra de DP no se circunscribe solamente a ella sino que afecta en el desarrollo tanto físico como neuropsicológico del recién nacido y afecta la relación de pareja; por lo que se puede afirmar que la DP afecta a la familia y por ende a la sociedad. Otro serio problema que afecta a la mujer es la violencia de la pareja, la cual no respeta ningún periodo de la mujer, incluyendo la gestación, en la cual se reportan incidencias bastante altas. Al encontrar que tanto la DP y la violencia de la pareja afectan al núcleo de la sociedad, la familia, y de la trascendencia que engloban dichas patologías; se observa que, en nuestro medio, existe un desconocimiento tanto de la frecuencia con que se presenta como del grado de asociación existente entre ellas en centros materno perinatales; a pesar de ser más prevalentes que otras patologías como preeclampsia, ruptura prematura de membranas, restricción de crecimiento intrauterino, etc. Por estos motivos es que se catalogó como pertinente el planteamiento y la realización de la presente investigación

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEPRESIÓN

2.1.1. Concepto.

Es un estado de ánimo en el cual el individuo afectado siente una tristeza o melancolía que podríamos definir como infelicidad que puede ser causada por eventos externos los cuales el paciente los reconoce como pérdidas muy grandes como la de un ser querido, pero en algunos casos son producto de un estrés crónico en el cual el paciente no puede detectar la causa exacta, esto es debido a la cantidad de presiones, responsabilidades o quizás pequeñas tristezas que se han ido acumulando a lo largo de años. La depresión presenta una serie de síntomas que afecta las actividades normales por la pérdida de la concentración e interés por casi todas las cosas, pérdida de energías para realizar actividades, otro de los síntomas de la depresión son las ideas de culpa, que de llegar a ser frecuentes e intensas puede llegar a tener ideas recurrentes de suicidio, se puede observar pérdida de peso o ganancia de peso; estos síntomas se experimentan casi todos los días o a diario y son percibidos por el sujeto mismo o notados por familiares (1)

2.1.2. Cuadro Clínico.

La sospecha diagnóstica de un cuadro depresivo aparece a partir de características conductuales poco específicas, como el deterioro en el cuidado de la apariencia y el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, expresión melancólica, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, declaración de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, etc) cambios del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estas conductas y situaciones patológicas de las ordinarias, se da por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social (2).

2.1.3. Criterios diagnósticos

Los más utilizados son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición (CIE-10) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association, 5ta edición (DSM-V).

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (3)

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). Incluye el episodio depresivo (F32) y el trastorno depresivo recurrente (F33). En ambos casos, el episodio debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (Tabla1):

- Ánimo depresivo.
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar.
- Aumento de la fatigabilidad

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir 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

Fuente: adaptado de OMS

Clasificación de la American **Psychiatric** Association, quinta edición (DSM-5)

El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. El requisito indispensable continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que estar dado por un estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades (Tabla 2).

TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (DSM V)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (DSM V)	
A.	Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
	1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la observación subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
	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, o disminución del apetito casi todos los días 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días 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 autorreproche 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 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 D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios similares a maniacos o hipomaniacos son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
Especificar: Con angustia ansiosa Con características mixtas Con características melancólicas Con características atípicas	

Con características psicóticas

Con catatonia

Con inicio periparto

Con patrón estacional

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5 (4)

Subtipos de episodios depresivos (especificadores) : DSM-5 especifica varios subtipos de episodios depresivos . Los criterios de diagnóstico para estos subtipos son los siguientes (5):

- **Angustia ansiosa:** la angustia ansiosa se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio depresivo:

- Tensión
- Concentración deteriorada debido a la preocupación
- Temor de que algo horrible pueda suceder
- Miedo a perder el autocontrol

- **Características atípicas:** las características atípicas se caracterizan por al menos tres de los siguientes síntomas durante el episodio depresivo; al menos uno de los síntomas es la reactividad del estado de ánimo ante estímulos placenteros (5):

- Reactivo a estímulos placenteros (es decir, se siente mejor en respuesta a eventos positivos)
- Aumento del apetito o aumento de peso
- Hipersomnia (por ejemplo, dormir por lo menos 10 horas por día, o al menos dos horas más de lo normal cuando no está deprimido).
- Sentimientos pesados o pesados en las extremidades
- Patrón de larga data de sensibilidad de rechazo interpersonal (es decir, sentir ansiedad profunda, humillación o enojo ante el menor rechazo de los demás), que no se limita a episodios de estado de ánimo y que causa conflictos sociales u ocupacionales.

- Catatonia: las características catatónicas se caracterizan por alteraciones psicomotoras prominentes (aumento o disminución de la actividad), que ocurren durante la mayor parte del episodio depresivo (5)
- Características melancólicas: las características melancólicas se caracterizan por al menos cuatro de los siguientes síntomas durante un episodio depresivo; al menos uno de los síntomas es la pérdida de placer o la falta de reactividad a estímulos placenteros (5):
 - Pérdida de placer en la mayoría de las actividades
 - Reacciones no reactivas a estímulos generalmente placenteros (es decir, no se siente mejor en respuesta a eventos positivos)
 - Estado de ánimo deprimido marcado por profundo desánimo, desesperación o tristeza
 - Despertar temprano en la mañana (p. Ej., Dos horas antes de la hora habitual de despertar)
 - Retraso o agitación psicomotriz
 - Anorexia o pérdida de peso
 - Culpabilidad excesiva
- Características mixtas: la depresión mayor unipolar y el trastorno depresivo persistente (distimia) pueden acompañarse de síntomas subumbrales (que no satisfacen los criterios completos) de hipomanía o manía, y se denominan depresión mayor con características mixtas y trastorno depresivo persistente con características mixtas. Los episodios depresivos con características mixtas se caracterizan por criterios completos para el episodio depresivo y al menos tres de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio (5)
 - Estado de ánimo elevado o expansivo.
 - Autoestima o grandiosidad inflada.

- Habla más hablante de lo normal o presionado (una cantidad de habla acelerada y difícil de interrumpir, el paciente puede continuar hablando incluso si nadie está escuchando).
- Vuelo de ideas (cambios abruptos de un tema a otro que se basan en asociaciones comprensibles) o pensamientos acelerados.
- Mayor energía o actividad dirigida a un objetivo.
- Menor necesidad de dormir. Dormir menos de lo normal y sentirse descansado y enérgico. La disminución de la necesidad de dormir difiere del insomnio, que se caracteriza por la dificultad para conciliar o permanecer dormido, y la mala calidad del sueño.
- Participación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (p. Ej., Compras compulsivas o indiscreciones sexuales).

Si se cumplen los criterios completos de hipomanía o manía, el diagnóstico es trastorno bipolar, hipomanía o trastorno bipolar, manía con características mixtas, en lugar de depresión unipolar con características mixtas (6) .

- Inicio periparto: el inicio periparto se refiere a la aparición de episodios de estado de ánimo durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto.
- Características psicóticas: las características psicóticas incluyen delirios (creencias falsas y fijas) y alucinaciones (percepciones sensoriales falsas), que pueden ocurrir en cualquier momento durante un episodio depresivo.
- Patrón estacional: el patrón estacional se refiere a una relación temporal regular entre el inicio de los episodios depresivos mayores y una época particular del año, durante los últimos dos años. La remisión también ocurre en una época específica del año. Como ejemplo, los episodios pueden comenzar en invierno y remitir en verano. Además, el

número de episodios estacionales de por vida supera sustancialmente a los episodios no estacionales.

2.1.4. Patogenia

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

a. Genética

Un estudio genético de la depresión mayor unipolar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno del espectro autista, el trastorno bipolar y la esquizofrenia incluyó un metaanálisis de GWAS ($n > 33,000$ pacientes y 27,000 controles) y mostró un polimorfismo de un solo nucleótido en el cromosoma 3 y dos en el cromosoma 10 se asociaron con los cinco trastornos (7) Uno de los polimorfismos se localizó en un gen expresado en el cerebro que codifica una subunidad del canal de calcio (CACNB2); la señalización del calcio regula el crecimiento y el desarrollo neuronal (8)

b. Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer (< 2500 g) está débilmente asociado con la depresión en la edad adulta (9) Como ejemplo, un metaanálisis de 14 estudios prospectivos y retrospectivos ($n > 30,000$ nacimientos) encontró que el bajo peso al nacer aumenta modestamente las probabilidades de depresión más adelante en la vida (odds ratio 1.4, 95% CI 1.2-1.6) (10)

c. La adversidad de la vida temprana

El estrés primeros años de vida, tales como las influencias trauma infantil vulnerabilidad a la psicopatología durante toda la vida y puede predisponer a las personas a la depresión mayor mediante la alteración de la sensibilidad al estrés y la respuesta a los estímulos negativos (11)

Los patrones de abandono y abuso se transmiten de madre a hija tanto en humanos como en primates. Los factores ambientales

tempranos pueden establecer respuestas de estrés hipotalámico-pituitario-suprarrenal que pueden establecerse para la vida y transmitirse epigenéticamente (modificando la activación de ciertos genes en lugar del ADN subyacente) a las generaciones posteriores (12).

Las variaciones en el cuidado materno regulan epigenéticamente la expresión del receptor de glucocorticoides en el hipocampo de la descendencia. Un estudio encontró niveles disminuidos de ARN mensajero y aumento de la metilación de un promotor del receptor de glucocorticoides neuronal específico (diferencias epigenéticas) en el hipocampo postmortem de víctimas de suicidio con antecedentes de abuso infantil, en comparación con víctimas de suicidio sin abuso ni controles infantiles (12)

d. Factores sicosociales

En todo el mundo hay algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir depresión (13)

- Género: La depresión es dos o tres veces más común en las mujeres, aunque algunos estudios hechos en África no respaldan este dato.
- Desventajas económicas: Es decir la pobreza.
- Desventajas sociales: tales como el bajo nivel educativo.
- Exposición a la violencia.
- Ser separado o divorciado: especialmente para los hombres.
- Otras enfermedades crónicas. En la vida diaria, los estímulos que pueden generar depresión son multifactoriales (exógenos y endógenos), todos ellos tienen como denominador común el constituir estresores con valor afectivo sólo para el individuo deprimido. Ese valor afectivo varía de persona a persona y la experiencia de cada una es la variable que introduce la diferencia en la respuesta. Es decir, el estrés es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere y este no puede separarse de

los cambios biológicos (fisiológicos, hormonales, bioquímicos y moleculares) que normalmente coexisten con el estrés.

g. Depresión secundaria.

Varios trastornos médicos generales y medicamentos están asociados con la depresión. La asociación puede deberse al proceso de la enfermedad del trastorno médico (p. Ej., Hipotiroidismo o hipercortisolismo) o debido a una alteración del funcionamiento y la discapacidad que surge del trastorno médico general.

- Trastornos médicos generales. Trastornos médicos generales que se asocian con la depresión incluyen (14):

Trastornos neurológicos: epilepsias, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, enfermedad cerebrovascular, lesión cerebral traumática. Como ejemplo, un estudio de registro nacional (n> 24,000 pacientes deprimidos) encontró que el contacto hospitalario por una lesión en la cabeza se asoció con un mayor riesgo de depresión (tasa de incidencia 1.46, IC 95% 1.40-1.51), en comparación con ninguna lesión en la cabeza, después de ajustar por posibles confusiones (p. ej., edad, sexo, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, fracturas que no afectan al cráneo o la columna vertebral y epilepsia) (15)

Trastornos infecciosos: neurosífilis, VIH / SIDA .

Enfermedad cardíaca: enfermedad cardíaca isquémica, insuficiencia cardíaca, cardiomiopatía.

Trastornos endocrinos y metabólicos: hipotiroidismo, diabetes mellitus (16), deficiencias vitamínicas, trastornos paratiroides. Como ejemplo, la deficiencia de vitamina D parece estar asociada con la depresión (17,18). Un metanálisis de tres estudios observacionales prospectivos (8815 individuos no deprimidos al inicio del estudio y seguidos durante hasta seis años) encontró un mayor riesgo de depresión con bajo nivel de vitamina D (razón de riesgo 2,2) (19).

Trastornos inflamatorios: enfermedades vasculares de colágeno, síndrome del intestino irritable, trastornos hepáticos crónicos.

Trastornos neoplásicos: tumores del sistema nervioso central, síndromes paraneoplásicos.

- Medicamentos:

Los medicamentos asociados con síndromes depresivos incluyen glucocorticoides e interferones (20)

Aunque los estudios han relacionado otros medicamentos con la depresión (p. Ej., Analgésicos opioides y vareniclina) (21,22) , gran parte de la literatura es problemática. Los síntomas inducidos por fármacos (p. Ej., Anorexia, fatiga, insomnio o sedación) pueden haberse malinterpretado como un síndrome depresivo, la depresión preexistente mal atribuida al fármaco y los síntomas depresivos pueden haber sido el resultado de la enfermedad para la que prescrito (14)

Como ejemplo, la depresión ha sido comúnmente citada como un efecto secundario de los bloqueadores beta. Sin embargo, un metaanálisis de 13 ensayos aleatorizados ($n > 15,000$ pacientes con insuficiencia cardíaca) comparó los bloqueadores beta con placebo y encontró que la depresión ocurre con menos frecuencia en los pacientes que recibieron bloqueadores beta (23)

h. Neurobiología

Múltiples líneas de evidencia demuestran que la depresión está asociada con la estructura y función cerebral alteradas. Sin embargo, los estudios de la patogenia de la depresión a menudo usan un diseño de corte transversal, por lo que no está claro si las anomalías observadas (p. Ej., Hallazgos de neuroimagen) representan causas etiológicas, secuelas, ninguna o ambas (24)

Se cree que la producción excesiva de hormona liberadora de corticotropina causa un exceso de actividad del eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal en muchos pacientes deprimidos (25)

Alteraciones celulares: el número, la densidad y el tamaño de las neuronas y las células gliales en pacientes con depresión mayor son anormales. Los estudios postmortem encontraron que la densidad de ciertas neuronas del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en la corteza occipital se redujo significativamente en un 28 por ciento en pacientes con depresión mayor en comparación con controles psiquiátricos sanos y en un 50 por ciento en la corteza prefrontal (26). Estos cambios son consistentes con los hallazgos de que los niveles de GABA se alteran en la depresión

Neurotransmisores : la depresión implica el funcionamiento anormal de muchos neurotransmisores, que incluyen:

- Monoaminas (serotonina, norepinefrina y dopamina)
- GABA
- Glutamate

La disminución de la transmisión de dopamina se ha asociado con la depresión en estudios genéticos, neuroquímicos, de neuroimagen, postmortem y en animales (27)

- Serotonina

Ejerce importante acción en la conducta, apreciación del dolor, movimientos, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo del sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se produce en el encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo (tallo cerebral).

Es producida a partir del triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA mueve también otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la abarrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para su transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de

los otros aminoácidos en el cuerpo. Una vez dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina (28)

- Noradrenalina

El Locus Coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir. Es entendible, entonces, que el estrés crónico produce depresión exógena y las reservas comienzan a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar. (29)

La dopamina se sintetiza a partir del aminoácido tirosina. La falta de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser el origen de la psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis (28)

- Dopamina

La dopamina es un neurotransmisor principalmente inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y su síntesis es por la misma vía que la NA30 . La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Es tan importante la interacción de estos tres neurotransmisores que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la “hipótesis de las monoaminas en la depresión” que ha sido utilizada para explicar los efectos

benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO) (28)

2.1.5. Tratamiento

El reconocimiento de la depresión con una enfermedad crónica y incapacitante y la necesidad de promover enfoques asistenciales compartidos entre atención primaria y especializada, son dos de los factores más importantes que impulsaron a la búsqueda de diferentes modelos de atención a la depresión. Dos de ellos son los más prometedores: los modelos escalonados y los de atención colaborativa.(30)

- **El modelo escalonado:** a pesar que esta característica es inherente a los tratamientos en general en la atención sanitaria, buscan formalizar la continuidad y mejorar la eficiencia. Con este modelo se obtienen resultados equivalentes entre intervenciones de diferente intensidad, se promueve el uso eficiente de los recursos y se acepta la progresión de intervenciones según la gravedad, tanto por pacientes como por profesionales (30)

- La atención colaborativa: este modelo potencia la intervención del personal de enfermería, cuya función principal es mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión, planificando cuidados de su área en función de sus necesidades e integrar y coordinar las intervenciones de los diferentes profesionales a cargo del paciente (31)

a) Tratamiento psicoterapéutico (31)

Es un tratamiento integral, deliberada y planificada basada en una formación específica y amplia en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades del desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos.

- I. Terapias cognitivo-conductuales (32): es la modalidad más estudiada en el trastorno depresivo y puede ser individual o grupal. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque hay formatos más breves (6-8 sesiones) y se asume que la duración puede prolongarse en caso de mayor gravedad o comorbilidad.
- II. Activación Conductual: es una terapia estructurada y breve que emplea diferentes técnicas conductuales enrumbadas a lograr que el paciente aprenda a organizar su vida y cambiar su entorno para recuperar el reforzamiento positivo.
- III. Terapia de Solución de problemas: es una terapia estructurada y limitada en el tiempo que se enfoca en mejorar las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de conductas para enfrentarse a problemas específicos.
- IV. Terapia incluyendo a la pareja: tiene como objetivo hacer que los participantes entiendan lo importante de la relación con los demás en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas y por ende, intenta cambiar la naturaleza de estas interacciones con el fin de conseguir relaciones de apoyo y reducir los conflictos.
- V. Terapia interpersonal: centrada en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales, su objetivo es reducir los síntomas a través de la resolución o afrontamiento de áreas problemáticas.
- VI. Counselling: o consejo psicológico, tiene por objeto dotar a las personas de capacidades que les permitan explorar, descubrir y buscar formas de bienestar.
- VII. Terapia psicodinámica breve: deriva del modelo psicodinámico/psicoanalítico, el terapeuta y su paciente exploran

conflictos actuales y pasados del paciente enfocándose en su interpretación y trabajo sobre ellos.

- VIII. Otras intervenciones: como la Terapia Cognitivo-Conductual Computarizada (TCC-C) y la autoayuda guiada, desarrolladas mono técnicas menos intensivas, que requieren menor frecuencia y duración de la participación de los profesionales o necesitan de profesionales con menor nivel de especialización. Estas técnicas tienen especial importancia en la prevención de las recaídas (33)

b) Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos son de diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción (tabla 4). Existe un tiempo latente en el que sus efectos aún no aparecen y puede ser de 2 a 4 semanas, aunque algunas investigaciones muestran inicio más temprano de respuesta, sobre todo en casos en los que la depresión alcanza remisión completa

CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES ANTIDEPRESIVOS

Antidepresivos	IMAO no selectivos	Tranilcipromina
	MAO selectivo MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina,

Clásicos		Clomipramina, Trimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina. Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva Generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Abreviaturas: IMAO: Inhibidores de la monoamino-oxidasa; ADT: Antidepresivos tricíclicos (inhibidores de la Recaptación de 5-HT y NA);

ISRS: inhibidores selectivos de la Recaptación de serotonina; IRDN: inhibidores selectivos de la Recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina; ASIR; antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: inhibidores selectivos de la Recaptación de noradrenalina.

Fuente: Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. (34)

La eficacia del tratamiento farmacológico está bien documentada, aunque existe controversia sobre cuál es el antidepresivo idóneo. En líneas generales, cuanto más graves los síntomas, más beneficio trae el uso del tratamiento farmacológico.

2.2. Depresión postparto

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Quinta Edición (DSM-5), el inicio de la depresión mayor posparto puede ocurrir antes o después del parto (35) El especificador DSM-5 "con inicio periparto" se usa cuando se produce una depresión mayor durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto.

- Para los episodios depresivos que están asociados con el puerperio, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud-10^a Revisión requiere el inicio del episodio dentro de las seis semanas posteriores al parto (36).

- Otras definiciones del rango de puerperio de los primeros 3 a 12 meses posteriores a un nacimiento vivo (37,38)

2.2.1. EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia : la prevalencia estimada de la depresión mayor unipolar posparto es incierta (39) Las estimaciones varían ampliamente entre

diferentes estudios, dependiendo de qué país se estudió (la tasa parece ser más alta en países de bajos y medianos ingresos), el tiempo después del parto para el que se determina la prevalencia, si la depresión se identificó mediante medidas de autoinforme o entrevistas clínicas, si las estimaciones incluyeron pacientes con depresión menor, y si la depresión posparto se evaluó en la comunidad o en entornos clínicos (40,41)

Una encuesta representativa a nivel nacional en los Estados Unidos usó entrevistas personales y encontró que entre las mujeres posparto ($n = 994$), la prevalencia de la depresión mayor unipolar a los 12 meses era de aproximadamente 9 por ciento, que era similar a la tasa en el postparto mujeres ($n > 13,000$; 8 por ciento) (42)

Los estudios realizados en Europa también estiman que la prevalencia de la depresión posparto es aproximadamente del 9 por ciento; un estudio informó una prevalencia del 10 por ciento y otro estudio informó una tasa del 9 por ciento (41). Sin embargo, ambos estudios incluyeron mujeres con depresión menor y depresión mayor. Además, un estudio estimó la prevalencia durante un año después del parto, mientras que el otro estudio examinó la prevalencia durante seis semanas después del parto.

Inicio - Entre los pacientes con depresión posparto, el inicio ocurre antes o durante el embarazo en aproximadamente el 50 por ciento [21-25]. Como ejemplo, en un estudio prospectivo de 546 mujeres que fueron reclutadas de una población obstétrica y se les diagnosticó depresión posnatal, el inicio fue el siguiente 43

- Pregestación: 20 por ciento
- Antepartum: 38 por ciento
- Posparto: 42 por ciento

En las mujeres con depresión posparto que comienza después del parto, el inicio aparece con mayor frecuencia dentro de los primeros meses del parto (44)

- Un estudio retrospectivo de mujeres con inicio posparto de depresión mayor ($n = 116$) encontró que el inicio ocurrió de la siguiente manera (45)
 - Mes posparto 1: 54 por ciento
 - Mes posparto 2 a 4: 40 por ciento
 - Mes posparto 5 a 12: 6 por ciento
- Un estudio de registro nacional encontró que la hospitalización por depresión posparto se produjo aproximadamente tres veces más a menudo durante los primeros cinco meses postnatales, en comparación con los últimos siete meses postnatales (46)

2.2.2. PATOGENIA:

La patogénesis de la depresión posparto es desconocida. Tampoco se sabe hasta qué punto los fundamentos de la depresión posparto difieren de los de la depresión no perinatal (32) , y si la depresión posparto representa un subtipo distinto (reproductor) de depresión (41,14). Los factores implicados en la depresión posparto pueden incluir susceptibilidad genética (15,16)), fenómenos epigenéticos (p. Ej., Metilación del ADN) (17,18) y cambios hormonales (19,39)), así como problemas psicológicos y sociales y acontecimientos vitales estresantes (39).

- **Genética** : la vulnerabilidad a la depresión posparto puede involucrar factores genéticos (32,41)

Un estudio de registro nacional de hermanas ($n > 580,000$) encontró que la contribución relativa de factores genéticos (heredabilidad) a la depresión postnatal fue del 40 por ciento y la contribución restante fue atribuible a factores ambientales no compartidos (únicos) (47). Otros análisis en el estudio sugirieron que la superposición genética para la depresión perinatal (depresión prenatal y postnatal) y para la depresión no perinatal era solo parcial.

•Un estudio ($n = 328$) encontró que si un hermano tenía un episodio de depresión mayor posparto, el riesgo de un episodio en el otro hermano aumentaba cuatro veces (48)

•Otro estudio ($n = 90$) encontró que en las mujeres con un historial familiar de depresión mayor posparto estrechamente definida (aparición dentro de las cuatro semanas posteriores al parto), el 42 por ciento sufría depresión después del primer parto (49). Por el contrario, entre las mujeres que no tenían esa historia, solo el 15 por ciento sufrió una depresión mayor dentro de las cuatro semanas posteriores a su primer parto.

•**Cambios hormonales** : los cambios en las concentraciones séricas de varias hormonas se asocian con la depresión posparto (50,51) incluidas las disminuciones en el estrógeno (52,53) y la progesterona (54); otros cambios incluyen cortisol (55), melatonina (56), oxitocina (57) y hormona tiroidea (51). Aunque los niveles hormonales normalmente fluctúan durante el embarazo y después del parto, una mayor sensibilidad a estos cambios normales puede predisponer a las mujeres a la depresión (41,58). Como ejemplo, las diferencias en la actividad de ciertos genes en el hipocampo pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión posparto haciendo que las mujeres sean más sensibles a la caída de estrógeno que ocurre después del nacimiento (59)

Las pruebas que respaldan la hipótesis de que los factores endocrinos están involucrados en la patogénesis de la depresión posparto incluyen un estudio diseñado para imitar los cambios hormonales que ocurren al momento del parto; El estudio comparó ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto con ocho mujeres sin antecedentes de depresión mayor (52). Todos los sujetos fueron tratados con dosis suprafisiológicas de estrógeno y progesterona, que luego se retiraron durante cuatro semanas. El aumento de los síntomas depresivos durante la fase de abstinencia ocurrió en cinco de las ocho mujeres con antecedentes de depresión posparto, pero ninguna de las mujeres sin antecedentes de depresión, lo que sugiere que las mujeres con antecedentes de

depresión posparto pueden ser inusualmente sensibles a las disminuciones abruptas de la gonadal esteroides.

La placenta es un órgano endocrino de origen fetal, y la desregulación de la hormona liberadora de corticotropina placentaria puede desempeñar un papel en el desarrollo de la depresión posparto. Un estudio ($n = 100$ mujeres embarazadas) mostró que los niveles elevados de hormona liberadora de corticotropina placentaria a las 25 semanas de edad gestacional fueron un fuerte predictor de depresión posparto en un promedio de nueve semanas después del parto (60). Un estudio posterior ($n = 170$ mujeres embarazadas) encontró que la hormona liberadora de corticotropina placentaria midgestacional elevada se asoció con síntomas depresivos a los tres (pero no seis) meses después del parto (61)

Niveles anormales de neurotransmisores o actividad también 100 pueden estar involucrados en la patogénesis de la depresión posparto. Un estudio en mujeres posparto encontró que la densidad de la enzima monoaminoxidasa A en el córtex cingulado prefrontal y anterior era elevada en mujeres con depresión posparto, en comparación con los controles (62). La enzima metaboliza neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina, y una reducción más rápida de estos neurotransmisores puede conducir a la depresión. Otros estudios sugieren que la actividad serotoninérgica disminuye durante la depresión posparto (63).

Otros aspectos de la función cerebral pueden verse alterados en la depresión posparto. Como ejemplo, un estudio prospectivo midió el factor neurotrófico derivado del cerebro en mujeres posparto ($n = 340$) uno o dos días después del parto y encontró que las concentraciones séricas fueron más bajas en mujeres ($n = 37$) que posteriormente se detectaron positivas para depresión tres meses posparto (64)

2.2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las características clínicas (p. Ej., Síntomas) de la depresión mayor unipolar posparto parecen ser comparables a las características de los episodios depresivos mayores que ocurren fuera del período posparto (39,65,66).

Síntomas: los síntomas de la depresión mayor unipolar posparto y de los episodios depresivos mayores que ocurren fuera del período posparto parecen ser similares. Como ejemplo, una encuesta representativa a nivel nacional en los Estados Unidos incluyó a mujeres con depresión mayor posparto ($n = 81$), así como a mujeres con depresión mayor no posparto ($n > 1300$) (67). Dentro de cada grupo, la encuesta examinó la prevalencia de cada uno de los nueve síntomas depresivos que se utilizan para diagnosticar la depresión mayor unipolar (tabla 1), y encontró poca diferencia entre los dos grupos.

Gravedad: Los episodios de depresión mayor unipolar postparto varían en su gravedad (al igual que los episodios no perinatales). El nivel de severidad se usa para elegir un régimen de tratamiento.

Un estudio de datos en su mayoría prospectivos de pacientes con depresión mayor unipolar posparto ($n > 4000$) encontró que los episodios relativamente graves se distinguen por (38):

- Inicio de síntomas depresivos durante el embarazo
- Puntuación promedio de 20 en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo
- Síntomas de ansiedad e ideación suicida
- Complicaciones obstétricas (p. Ej., Estrés fetal, hemorragia posparto y bajo peso al nacer)

Curso de enfermedad: La depresión posparto no tratada puede resolverse espontáneamente o con tratamiento, o convertirse en un

trastorno depresivo persistente (crónico) (65). Una revisión de muestras clínicas y comunitarias de pacientes tratados y no tratados concluyó que los episodios de depresión mayor posparto duran al menos un año en 30 a 50 por ciento de los pacientes (68)

Los pacientes que se recuperan de un episodio de depresión posparto corren el riesgo de recurrencias (69,70). Las revisiones estiman que entre las mujeres con depresión posnatal, la recurrencia de la depresión posparto y / o no posparto ocurre en aproximadamente 40 a 50 por ciento (65,66)

Consecuencias adversas: la depresión posparto afecta el funcionamiento de la madre, está asociada a una nutrición y salud deficientes en la descendencia (71) y puede interferir con la lactancia materna, el vínculo maternoinfantil, el cuidado del bebé y otros niños y la relación de la mujer con su pareja. Además, la depresión posparto se asocia con desarrollo anormal, deterioro cognitivo y psicopatología en los niños (72)

Lactancia: la depresión posparto parece estar asociada con un mayor riesgo de no amamantar (39,72,73)

- Una revisión de 10 estudios encontró que los síntomas depresivos posparto generalmente se asociaron con una menor duración de la lactancia materna (74)

2.2.4. CRIBADO

El instrumento más utilizado para detectar depresión posparto en mujeres posparto es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, de 10 ítems , que se puede autoinformar , que puede completarse en menos de cinco minutos. La escala es aceptable para la mayoría de las mujeres y los médicos (75), es fácil de puntuar y está disponible en más de 50 idiomas (76).

Dada la importancia de la detección precoz de la DPP, Cox, (1987) diseñó y validó un cuestionario específico para su identificación en el sistema de atención primaria de salud, la Escala postnatal de Edimburgo (EDPE) se considera un instrumento confiable para ser utilizado en la detección temprana del trastorno depresivo. Ha sido traducido a más de diez idiomas y validado en diferentes países de culturas y lenguas diversas, incluyendo el Perú. La escala de Edimburgo ha demostrado tener una especificidad de 99%, una sensibilidad de 78%. Dicha prueba ha sido validada en el 2002 (Perú) por Mazzotti con $S= 84.2\%$ y $E=79.5\%$, con un puntaje de 13.5 (77).

Las respuestas a los ítems se puntúan 0, 1, 2 o 3, con un puntaje máximo de 30; las puntuaciones ≥ 12 o 13 identifican a la mayoría de las mujeres con depresión mayor posparto. Sin embargo, muchos estudios han utilizado una puntuación de corte de ≥ 10 (78). El rendimiento de la prueba generalmente es de bueno a excelente; en una revisión sistemática que incluyó 11 estudios (que evaluaron a más de 3000 mujeres posparto), un punto de corte de 12 arrojó sensibilidades y especificidades que oscilaron entre 80 y 90 por ciento (79). La especificidad se ve reforzada porque el instrumento no incluye elementos que preguntan acerca de los síntomas depresivos somáticos, como los cambios en el sueño y el apetito, que son comunes en las mujeres posparto que no están deprimidas (80). En la bibliografía hay suficientes referencias respecto a que el EPDS en el segundo o tercer día posparto tiene una sensibilidad del 80% como valor predictivo de la DPP, lo cual justifica nuestro estudio (81).

2.2.5. Factores de Riesgo

No se conocen desencadenantes específicos de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio. No obstante, se han referido diversos factores asociados con su aparición, así tenemos, antecedentes psiquiátricos previos (depresión familiar o episodios depresivos anteriores); factores psicológicos, (relación con la pareja y la imagen de la madre ideal); factores psicosociales (apoyo percibido en relación a las

tareas domésticas y el cambio de domicilio); factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios) y por último, factores de morbilidad (coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, la presencia de alguna anomalía o enfermedad en el recién nacido y complicaciones médicas relacionadas con el embarazo) (82)

- **Edad:** debemos tener presente que ser una madre adolescente (menor de 19 años) aumenta el riesgo de padecer de este trastorno (83) . Mientras que un estudio realizado por Molero et al, Venezuela, 2014, que incluyó una muestra de 100 mujeres, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); estas fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS), dando como resultado que las puntuaciones totales en la EDPS, las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$ traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes con DPP y 72 % de DPP en adultas.(84)
- **Estado civil:** se ha observado en diversos estudios mayor prevalencia de DPP en madres solteras, por el hecho de no contar con la ayuda de una pareja en la crianza del niño o niña (83)
- **Zona en la que viven:** un estudio realizado en Vigod et al, Canadá, 2013 concluyó que las mujeres que viven en las ciudades son más propensas a desarrollar depresión posparto, en comparación con aquellas que viven en la zona rural, con una diferencia del 9% al 6% respectivamente, explicándose que la diferencia se debía a las distintas características de la población (85) . Paridad: según una investigación comparativa en Urdaneta et al, Venezuela, 2010 concluyeron que a través del test de Edimburgo el 90% de primigestas presentaron positividad ante riesgo de desarrollar depresión posparto, mientras que en multíparas fue el 92%. Además se observó que según el DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión

IV) fueron diagnosticadas finalmente de DPP un porcentaje del 20% de las primigestas mientras que para las múltiparas fue el 24% (86) .

- **Planificación del embarazo:** este factor es de suma importancia, porque un embarazo que no fue planificado, probablemente causará una gran frustración en la madre, por un cambio en su estilo de vida de un momento a otro, sin la debida preparación (83) . En un estudio realizado en Contreras H et al, Lima-Perú, 2008 se encontró que las mujeres que no planificaron su embarazo tuvieron 2.2 veces más probabilidad de presentar trastorno depresivo durante la gestación (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; $p < 0.01$) (87)
- **Parto:** en la mayoría de estudios revisados se describen dos vías de parto: vaginal y cesárea, ya sea de emergencia o electiva. Una revisión sistemática realizada por la Universidad de Oregón ubicada en Eugene- Oregón en el año de 2013 en el cual se describen cinco estudios, de estos, en cuatro no se evidencia asociación significativa entre vía de parto y la posibilidad de presentar DPP. Sin embargo, en un estudio de casos y controles en Taiwán 2005 por Yang, et al, de 10.535 mujeres los resultados demostraron mayor riesgo de depresión posparto en aquellas mujeres que su parto fue atendido por cesárea (RR: 1,300, 95% IC: 1,227 – 1,378) además la cesárea electiva presentó mayor riesgo de DPP sobre la cesárea de emergencia (OR: 1,48 $p=0,0168$) (88)

También se ha mencionado que el número de partos es un factor relacionado a DPP. Diversos estudios han concluido que el nacimiento del primogénito constituye un estrés notable y se correlaciona con la depresión de manera más estrecha que con los subsiguientes partos (89).

- **Familiares.** La calidad de la relación con el padre del último hijo, durante el embarazo se considera como un factor que tiene gran

peso sobre DPP es estudios manifiestan que los síntomas depresivos elevados, están asociados perceptiblemente a conflictos familiares, baja educación materna, raza y/o pertenencia étnica maternal, salud física de la madre y crianza de los hijos (90).

- **Anamnésticos.** Se describen aquellas puérperas con historia de trastornos depresivos anteriores, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, amenaza de aborto, imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia (91). También se asocia con la pérdida gestacional recurrente siendo un evento traumático que impacta en forma negativa la percepción que tiene la mujer de los futuros eventos reproductivos, transformándose en un factor de riesgo para la DPP. Además cada nueva gestación está cargada de emociones (ej. miedo, ansiedad), que desembocan en depresión perinatal si el duelo no es manejado a tiempo (92). Otro factor asociado es el consumo de drogas durante el embarazo. Asimismo, diversos estudios dan importancia a la relación existente entre la presencia de sintomatología depresiva en mujeres gestantes y sus repercusiones sobre la calidad de vida en el embarazo (93).
- **Psicológicos.** De acuerdo a los resultados de un estudio realizado por Vargas y García, algunos antecedentes significativos son el nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé y la sensación respecto al cuerpo posterior al parto. Otros factores, son alteraciones emocionales severas previas a la gestación, poco frecuentes, pero pueden aumentar la probabilidad de afrontamiento disfuncional del embarazo (94).
- **Violencia.** Estudios describen que el maltrato tanto físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socio económico de la mujer se relaciona con la presentación de cuadros depresivos. La Organización Panamericana de la Salud estima que entre el 20-60% de las mujeres que viven en las américas sufren de situaciones de violencia. En América del Sur;

se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida. En Lima se realizó una encuesta en cuatro hospitales y se obtuvieron como resultado que el 61% de mujeres en general y el 54 % de embarazadas en algún momento de su vida había sido víctima de algún tipo de violencia y el tipo de violencia más común en ambos casos había sido la violencia psicológica, seguida de la violencia física (95).

2.2.6. Tratamiento de la Depresión puerperal

El tratamiento de la DPP requiere un abordaje que considere la multiplicidad de factores involucrados en su ocurrencia y mantención y las implicancias que tiene para la madre y su hijo.

Diversos estudios han analizado comparativamente la efectividad de diferentes intervenciones terapéuticas para abordar la DPP y concluyen que la terapia farmacológica muestra mayor efectividad que intervenciones no farmacológicas para reducir la sintomatología depresiva en puérperas.

Sin embargo, el miedo a los efectos adversos en el bebé juega un rol importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento. Si bien el uso de medicamentos antidepresivos es la mejor opción para revertir la condición clínica, hay antecedentes que demuestran que intervenciones psicosociales y psicológicas también son una buena alternativa sobre todo si se inician precozmente.

Los antidepresivos desarrollan su efecto terapéutico a través del bloqueo de la recaptación de los neurotransmisores implicados. Existe suficiente evidencia que apoya el uso de algunos medicamentos antidepresivos para el tratamiento de la DPP que no involucran riesgo para los niños que son alimentados con leche materna (96).

Los antidepresivos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos se mantienen en una segunda línea de tratamiento, ya que se asocian más frecuentemente con sedación excesiva y efectos adversos anticolinérgicos. Entre los ISRS, sertralina y paroxetina deberían considerarse como primera opción en el tratamiento de la DPP de mujeres que desean continuar amamantando. Su uso no reviste riesgos para el lactante ya que no han podido detectarse niveles sanguíneos significativos de dichas drogas. Otros ISRS como fluoxetina y citalopran, tienen una vida media mayor, por lo que algunos estudios reportan niveles séricos elevados en los hijos(as) de las madres usuarias, lo que pudiera asociarse a la presencia de efectos adversos en los niños, como cólicos, diarrea e irritabilidad.

Una vez establecido el diagnóstico, las indicaciones del tratamiento deben ser claras en relación con su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es importante informar a la madre sobre el período de latencia en el inicio de la respuesta farmacológica, durante el cual deberá continuar ingiriendo el fármaco pese a no observar remisión de los síntomas (97).

En el caso de las puérperas, se sugiere iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis recomendada para disminuir la sensibilidad inicial al fármaco y la ocurrencia de efectos secundarios.

En relación con el abordaje no farmacológico, las intervenciones psicosociales y psicológicas son una alternativa complementaria que tienen la ventaja de no generar temor en las madres ya que no producen efectos directos sobre sus hijos. Diversos estudios han intentado demostrar la eficacia de distintas intervenciones, aceptándose que cualquier intervención psicosocial o psicológica, comparada con la atención posparto habitual se asocia a una reducción de la probabilidad de presentar sintomatología depresiva al final del primer año posparto. De estas intervenciones, con terapia de orientación cognitivo conductual se obtienen resultados tan buenos como los alcanzados con fármacos

antidepresivos. Sin embargo, este tipo de tratamiento requiere tiempo y compromiso y tiene costos altos para los usuarios y los servicios de salud, lo que se traduce en que entre el 10 % y 40 % no logre llevarlo a término (97)

2.3. VIOLENCIA DE PAREJA,

2.3.1. Concepto de Violencia.

Son diversos los conceptos de violencia que aporta la literatura. El término proviene del latín violentia y está vinculado a la “acción que se ejecuta con fuerza o brusquedad, y que se concreta contra la voluntad o el gusto del prójimo”. Remiten esencialmente a pensar en actos ofensivos voluntarios o no, que conducen a alteraciones de la integridad física, psicológica y espiritual o con componentes de injusticia social que se puede dar en dinámicas individuales o colectivas, estos últimos aspectos relacionados por el sociólogo Johan Galtung (98) Para complementar el concepto es necesario tener en cuenta lo dicho por Vincenc Fisas, que integra el objeto de la misma, la amenaza, o el uso de la fuerza, con la finalidad de obtener de uno o varios individuos, algo que no consienten libremente o de hacerles algún tipo de mal (físico, psíquico o moral). Por su parte la Organización Mundial de la Salud define violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (99)

2.3.2. Concepto de violencia de género

Dentro del concepto general de violencia se han presentado cambios en las definiciones de los diversos tipos de violencia. Inicialmente la

Organización Panamericana de la salud, empleó la definición de violencia intrafamiliar, y doméstica cuando hacía referencia a la violencia ejercida por la pareja. Por ser esta una definición muy amplia se estableció el uso del término violencia de género o violencia contra las mujeres para referirse a los actos violentos ejercidos contra las mujeres y niñas, no solamente por sus parejas o miembros de su familia, sino también por personas ajenas a estas. (100) Y dentro de esta violencia de género o violencia contra las mujeres y niñas, se encuentra la violencia de pareja, abuso de pareja o conyugal.

2.3.3. Concepto de violencia de pareja

Este tipo de violencia es entendido como “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”(artículo 1 de la Declaración de las Naciones Unidas de 1994). En Beijín en el año 1995, la ONU, estableció que la violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación y la interposición de obstáculos a su pleno desarrollo, a lo largo de su ciclo vital; y que algunas prácticas tradicionales llevadas al extremismo, relacionados con la raza, el sexo, el idioma, o la religión, perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el trabajo, la comunidad y la sociedad (101). Esta violencia de género o violencia contra la mujer, constituye un medio para la discriminación, la desigualdad y relaciones de poder, en este tipo de violencia el principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer. La violencia de género, se ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia, afectando de esta manera la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física. Dentro de esta violencia de género además encontramos la violencia laboral, en

los medios de comunicación, institucional, de explotación sexual, y la violencia de pareja. Con relación a la violencia de pareja, estudios realizados por la OPS a nivel mundial concluyeron que entre el 10% y el 50% de las mujeres han sufrido en sus vidas algún acto de violencia física, por parte de sus parejas, presentando características similares en cuanto al agresor y el tipo de agresión (102). Razón para que nos adentremos al abordaje del fenómeno de estudio del presente trabajo. (Ver figura no. 1) La violencia de pareja, es un problema importante de salud pública porque constituye una de las formas más frecuentes de violencia, afecta a un mayor número de mujeres, sin distinción alguna, y se concibe como actos o agresiones que ocurren en el hogar, en la que media una relación de pareja entre el agresor y la víctima.” Es necesario para su caracterización que estén presentes dos elementos, la reincidencia de los actos violentos y la relación de autoridad ejercida por la pareja(103).

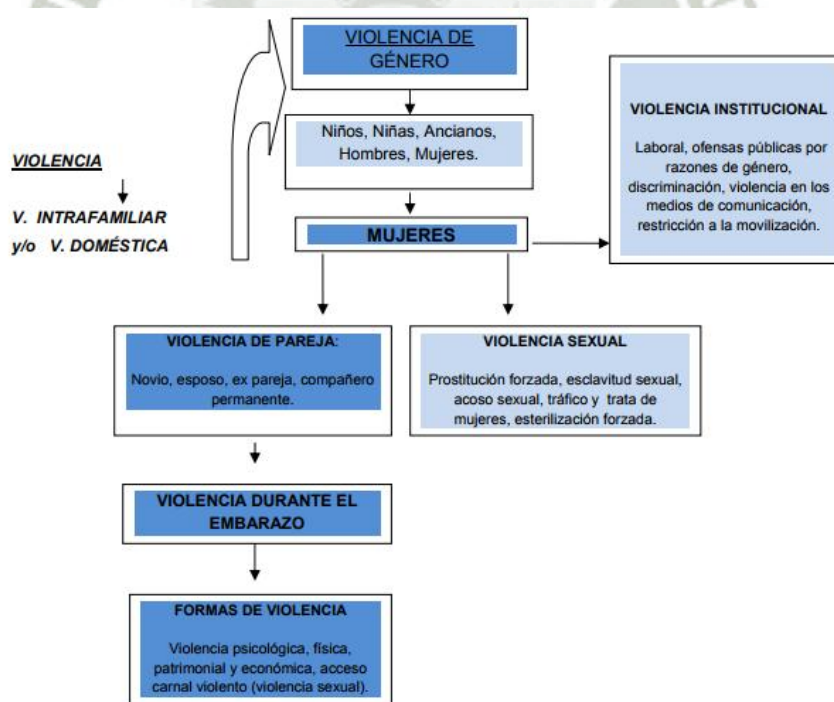


Figura 1. Mapa conceptual Violencia.

Fuente: Ramírez, Edna. Mapa conceptual: Resultado del estado del arte para la construcción del proyecto tesis.2010.

2.3.4. Tipos de violencia de pareja

Existen tres tipos principales de violencia de pareja (VP) (104):

- Psicológico / emocional
- Físico
- Sexual

La violencia física ocurre con menos frecuencia que otras formas de VP y suele estar precedida por otras formas de control . Experimentar abuso en un tipo de violencia puede aumentar el riesgo de otros tipos de abuso. En un estudio, el 68 por ciento de las mujeres maltratadas físicamente también sufrieron abusos sexuales (105).

Se han descrito dos patrones de violencia entre las parejas (106). "Maltratar" involucra una violencia severa y creciente con aterrización y un comportamiento cada vez más controlador. La "violencia de pareja común" es una forma más moderada de VP en la cual la violencia ocurre ocasionalmente, desencadenada por la frustración y / o la ira.

2.3.4.1. La violencia psicológica / emocional

Implica un trauma a la víctima causada por las amenazas de acciones o tácticas coercitivas. Las amenazas de violencia física o sexual usan palabras, gestos o armas para comunicar un intento de causar daño físico, lesión, discapacidad o muerte.

La violencia psicológica puede incluir humillación, control sobre lo que una persona puede y no puede hacer, retener información, aislar a la víctima de sus amigos y familiares, o negarle el acceso al dinero u otros recursos básicos. Este tipo de VP también puede incluir acoso (comportamiento repetido que causa que las víctimas experimenten un alto nivel de miedo) (107).

2.3.4.2. La violencia física

La violencia física es el uso intencional de la fuerza física con el potencial de causar daño, lesión, discapacidad o muerte. La violencia física incluye rascarse, empujar, arrojar, agarrar, morder, estrangular, sacudir, abofetear, golpear o quemar. También puede incluir el uso de un arma, restricciones o el tamaño o la fuerza de uno contra otra persona.

La violencia física varía en frecuencia y gravedad, desde un golpe hasta un golpe severo crónico.

2.3.4.3. Violencia sexual

La violencia sexual puede ocurrir en el contexto de parejas íntimas, incluida la violación en una cita, pero también puede ocurrir entre extraños.

La violencia sexual puede dividirse en tres categorías:

- El uso de la fuerza física para obligar a una persona a participar en un acto sexual en contra de su voluntad, ya sea que el acto se complete o no.
- Un acto sexual intentado o completado que involucra a una persona que no puede comprender la naturaleza del acto, o que no puede comunicar falta de voluntad debido a enfermedad, discapacidad, la influencia del alcohol u otras drogas o intimidación o presión.
- Contacto sexual abusivo.

2.3.5. Perspectiva internacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la VP como parte de un problema más amplio conocido como "violencia de género" (8).

La violencia de género también abarca la violación por extraños, la mutilación genital femenina, el acoso sexual en el lugar de trabajo, la malnutrición selectiva de las niñas y la trata de personas. Estos problemas se basan en la familia, la comunidad y el sistema político.

Este modelo está limitado por la suposición de que la perpetración solo ocurre entre hombres y mujeres y que solo las mujeres son víctimas. También se enfoca más en tipos físicos y sexuales, más que emocionales, de VP. Sin embargo, proporciona un marco que puede ser útil para comprender cómo se produce la VP en las sociedades de todo el mundo. También enfatiza el rol de la sociedad y la comunidad, en lugar de los factores individuales, en la promoción y perpetuación de la violencia.

2.3.6. Epidemiología

2.3.6.1. Datos de los Estados Unidos

Solo se informa un pequeño porcentaje de episodios de violencia de pareja (VP), por lo que los datos epidemiológicos son solo estimaciones (9). Entre las mujeres en los Estados Unidos, se ha estimado que alrededor del 20 por ciento son agresiones sexuales, el 25 por ciento de las agresiones físicas y el 50 por ciento de los episodios de violencia psicológica (107). Se informan aún menos incidentes de VP contra hombres.

La Encuesta Nacional de Pareja Intima y Violencia Sexual realizada en 2011 se realizó como una encuesta telefónica anónima de dígitos aleatorios, para aliviar el estigma de informar y obtener datos más confiables que los disponibles anteriormente. La encuesta identificó lo siguiente (10):

- Una de cada tres mujeres (32 por ciento) y uno de cada cuatro hombres (28 por ciento) en los Estados Unidos ha sufrido violación, violencia física y / o acoso por parte de una pareja íntima en su vida, y casi la mitad de todas las mujeres y los hombres han experimentado violencia psicológica
- Las personas a menudo experimentan su primer episodio de VP en la adolescencia; por lo tanto, los esfuerzos de prevención primaria deben comenzar temprano (figura 1).
- La violación ocurrió antes de los 25 años en el 80 por ciento de las mujeres víctimas y antes de los 18 años en el 40 por ciento. Aproximadamente el 30 por ciento de los hombres experimentó su primera violación a la edad de 10 años o menos.
- La violación fue perpetrada por parejas íntimas o conocidas en más del 50 por ciento de las víctimas femeninas. La violación fue perpetrada por conocidos en casi el 50 por ciento de las víctimas masculinas.
- La violencia era menos común entre los blancos y los latinos que entre los afroamericanos, nativos americanos o de Alaska.
- La violencia interfirió con el trabajo o la salud de 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 10 hombres.

En una encuesta telefónica de 2012 de una muestra aleatoria de mujeres que recibían atención primaria a través de la Administración de Salud de Veteranos de EE. UU., La prevalencia general del VP del año anterior fue del 18.5 por ciento y fue mayor (11.2 a 25.5 por ciento) para mujeres de hasta 55 años (109).

En otro estudio de los EE. UU., Los datos indican que la VP era 10 veces más probable que ocurriera en hogares compuestos por una mujer adulta con niños en comparación con hogares con adultos y niños casados y seis veces más probable en comparación con hogares con una mujer y ningún niño (110).)

Algunos estudios sugieren que la incidencia de VP en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) puede ser similar a la incidencia en mujeres heterosexuales (111). Una encuesta encontró que casi el 25 por ciento de los HSH de entre 18 y 44 años informaron sexo no volitivo de por vida (112).

- **Homicidio:** En 2007, VP representó el 14 por ciento de todos los homicidios en los Estados Unidos .

Un estudio encontró que el 44 por ciento de las mujeres asesinadas por su pareja habían visitado un departamento de emergencias dentro de los dos años del homicidio y el 93 por ciento tenía al menos una visita por lesión, lo que sugiere que hubo violencia antes de que el homicidio presentara una oportunidad para intervenir. Por el contrario, solo el 4 por ciento había visitado un refugio de violencia en el año anterior (113).

2.3.6.2. **Datos mundiales:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) patrocinó una encuesta de más de 24,000 mujeres en 10 países (15 lugares) para investigar la VP física y sexual en mujeres. La prevalencia de VP física o sexual durante toda la vida varió de 15 a 75 por ciento; la prevalencia fue del 50 al 75 por ciento en 6 de los 15 sitios. En casi todos los lugares, el riesgo de violencia física o sexual relacionada con la pareja superó con creces el riesgo de otra violencia. La violencia física solo fue el patrón más común de VP, aunque del 30

al 56 por ciento de las mujeres en la mayoría de los sitios experimentaron violencia física y sexual.(114)

En otro informe de la OMS, las tasas de asaltos denunciados por un compañero en el último mes en algunos países fueron tan altas como el 52 por ciento, con el asalto físico como parte de un patrón continuo de abuso (106). Varios tipos de abuso coexisten, con una superposición entre el abuso psicológico, físico y sexual.

- **Homicidio:** En una revisión sistemática, con datos obtenidos de 66 países, incluido el Estudio de Carga Global de Enfermedades de 2010, 13.5 por ciento (IC 95% 9.2-18.2) de homicidios fueron atribuidos a un compañero íntimo, con reconocimiento de que es probable que esto sea una subestimación a datos desconocidos sobre las relaciones con las víctimas (115). La proporción de homicidios femeninos atribuibles a VP (38.6 por ciento) fue seis veces más alta que para homicidios masculinos (6.3 por ciento), pero dado que las tasas de homicidio son cuatro veces mayores en hombres que en mujeres, en números absolutos, hay tres homicidios relacionados con VP en mujeres por cada dos homicidios relacionados con VP en hombres.

2.3.6.3. Embarazo.

La violencia doméstica a menudo comienza o aumenta durante el embarazo y el período de posparto (116). La relación entre la violencia doméstica y el embarazo se ilustra con los siguientes hallazgos:

- En una revisión de la literatura obstétrica, el abuso físico ocurrió entre el 7 y el 20 por ciento de los embarazos (116). Una encuesta nacional de EE. UU. Encontró que entre el 4 y el 8 por ciento de las mujeres embarazadas reportaron haber sido abusadas al menos una vez durante el embarazo (117).

- Las mujeres con un embarazo no deseado tienen un riesgo mayor (tres veces mayor en un estudio) de abuso físico en comparación con aquellas cuyo embarazo fue planeado. Es de destacar que la mitad de los embarazos en los Estados Unidos son involuntarios (118).
- Las mujeres embarazadas abusadas tienen un riesgo tres veces mayor de ser víctimas de un intento o un homicidio completo que las mujeres no abusadas con características demográficas similares (25).
- En un estudio de certificados de defunción de EE. UU. Para mujeres de 10 a 54 años, y suponiendo una estimación conservadora de la identificación errónea del embarazo, el riesgo de homicidio en mujeres embarazadas o en posparto fue 1,84 veces mayor que el de mujeres no embarazadas o no postparto (26).

2.3.6.4. **Coerción reproductiva.**

Las mujeres en relaciones donde VP está presente tienen más probabilidades de tener dificultades para obtener y / o usar anticonceptivos, lo que puede resultar en más embarazos que pueden aumentar la dificultad de dejar al compañero abusivo (99).

En un estudio transversal de casi 1300 mujeres de entre 16 y 29 años que buscaban atención en clínicas de planificación familiar en California, el 53 por ciento denunció violencia física o sexual por parte de una pareja, y un tercio también informó control reproductivo (coerción por embarazo o control de la natalidad) (99).

2.3.7. FACTORES DE RIESGO.

La violencia del compañero íntimo (VP) trasciende los límites de género, raza, etnia y socioeconomía. Aunque ningún individuo tiene inmunidad absoluta de la participación con VP, ciertos grupos corren un mayor riesgo de victimización o perpetración de VP. Algunos factores de riesgo, como la victimización física o sexual infantil, aumentan la probabilidad de victimización y perpetración de VP.

Los factores de riesgo contribuyentes, si bien están asociados con una mayor probabilidad de victimización o perpetración de VP, no son en sí mismas causas de VP (119). Según un modelo ecológico de VP, una combinación de factores individuales, de relación, comunitarios y sociales contribuye al riesgo de ser una víctima o un perpetrador de VP. Comprender estos factores multinivel puede ayudar a identificar varios puntos para orientar las intervenciones preventivas.

2.3.7.1. Factores de riesgo para la victimización

a) Factores individuales (119):

- Historial anterior de VP
- Mujer
- Edad joven (<24)
- Uso de alcohol en riesgo o uso de drogas
- Comportamiento sexual de alto riesgo
- Presenciar o experimentar violencia cuando era niño
- Historial de depresión o enfermedad mental crónica
- Tener menos educación
- Desempleo o estar por debajo del umbral de la pobreza
- Para las mujeres en los Estados Unidos, siendo indio americano / nativo de Alaska o afroamericano

b) Factores de relación

- Parejas con disparidades de ingresos, educación o estado de trabajo
- Dominancia y control de la relación por parte de un hombre
- Celos excesivos o comportamiento posesivo

c) Factores comunitarios y sociales(102)

- Pobreza y factores asociados (p. Ej., Hacinamiento)
- La falta de instituciones o normas comunitarias que dan forma a las interacciones sociales
- Débiles sanciones comunitarias contra la VP (por ejemplo, la policía no está dispuesta a intervenir)
- Normas de género tradicionales (p. Ej., Las mujeres deben quedarse en casa y no ingresar a la fuerza de trabajo, deben ser sumisas)
- En algunos países, nociones de honor masculino / familiar y castidad femenina

2.3.7.2. Factores de riesgo para la perpetración.

Muchos de los factores asociados con el riesgo de victimización por VP también son factores de perpetración. Algunos son de particular relevancia para los perpetradores (101):

- Exposición a la violencia infantil
- Trastorno por estrés postraumático no resuelto (TEPT), especialmente relacionado con los veteranos que regresan
- Pérdida o inestabilidad laboral reciente
- abuso de sustancias

2.3.8. Efectos en la salud.

Muchas condiciones físicas y psicológicas comunes se asocian con la violencia de pareja (VP) y pueden verse exacerbadas por el contexto de

la violencia (120). Las conclusiones generales sobre el impacto de la VP en cuestiones de salud son (119):

- La gravedad del abuso se correlaciona con el impacto en la salud física y mental.
- El impacto de múltiples episodios y tipos de abuso a lo largo del tiempo es acumulativo.
- El efecto del abuso persiste mucho después de que el abuso ha terminado.

El Sistema de Vigilancia del Factor de Riesgo Conductual, una gran encuesta telefónica en los Estados Unidos, correlacionó la violencia informada en el año anterior con los registros médicos del paciente . En comparación con las mujeres que no abusaron, las mujeres que reportaron VPI en el último año tuvieron un riesgo significativamente mayor de múltiples problemas médicos y psicosociales. Mientras que VP puede conducir a una lesión física directa, las dolencias físicas "funcionales" (por ejemplo, síndromes de dolor crónico, trastornos gastrointestinales) son un resultado físico más común (119). Las consecuencias para la salud de la VP son similares al comparar a las víctimas del mismo sexo y del sexo opuesto .

2.3.8.1. Físico.

Las consecuencias físicas de la VP dependen de la gravedad y la frecuencia del abuso. Al menos el 42 por ciento de las mujeres y el 20 por ciento de los hombres que fueron agredidos físicamente desde los 18 años sufrieron lesiones durante su victimización más reciente (1). La mayoría de las lesiones fueron menores, incluidos rasguños, hematomas y ronchas. Las lesiones más graves incluyen heridas de cuchillo y huesos rotos. Los signos de estrangulación pueden estar presentes e incluyen ojos rojos, hinchazón del cuello, petequias y equimosis en el cuello; sin embargo, no se observa

lesión visible en la mayoría de los casos de intento de estrangulación (figura 1).

Además de las consecuencias de lesiones directas del asalto en sí, múltiples quejas médicas crónicas se asocian con VP (119). Los datos de una muestra aleatoria de mujeres en un gran plan de salud de EE. UU., Que compararon mujeres que informaron VP en el último año y mujeres que informaron que nunca habían experimentado VP, indican los siguientes riesgos relativos (RR) (121):

- Dolores de cabeza (RR 1.57)
- Dolor de espalda y otro dolor musculoesquelético (RR 1.61-1.71)
- Dolor en el pecho (RR 1.53)
- Trastornos ginecológicos que incluyen trastornos menstruales, dolor pélvico y dispareunia (RR 1.84)
- Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH / SIDA (RR 3.15)
- Trastornos gastrointestinales (reflujo) (RR 1.76)
- Infección del tracto urinario (RR 1.79)
- Infección respiratoria aguda (RR 1.33)

2.3.8.2. Psicológico.

La violencia física y sexual suele ir acompañada de abuso emocional o psicológico(107). Un estudio transversal de mujeres en Australia encontró que las mujeres que reportaron al menos un tipo de violencia de género (VBG, que puede incluir violencia doméstica con violencia física, violación, agresión sexual y / o acoso) eran cuatro veces más probables para informar un trastorno mental severo actual que las mujeres que no identificaron la VBG (122).

Las consecuencias psicológicas para las víctimas de VP incluyen (123):

- Trastorno de ansiedad (RR 2.73)
- Depresión (RR 3.26)
- Problemas familiares y sociales (RR 4.96)
- Abuso de sustancias (RR 5.89)
- Trastornos de la alimentación
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastornos del sueño
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Miedo a la intimidad

En un estudio de víctimas femeninas de VP, se encontró PTSD en el 75 por ciento de la muestra y la depresión mayor (MDD) en el 54 por ciento; el TEPT y el TDM comórbidos fueron frecuentes y condujeron a mayores problemas de mala adaptación que ninguno de los dos diagnósticos por sí solo (124). La violencia física a menudo se asocia con la violencia sexual, lo que aumenta la probabilidad de que un paciente presente un trastorno de estrés postraumático(116).

La combinación de VP y PTSD también se ha asociado con efectos biológicos, incluidos los cambios en los niveles matinales de cortisol y los componentes celulares del sistema inmune, con un posible impacto en la función cardiovascular e inmune (124).

2.3.8.3. Embarazo.

La morbilidad y la mortalidad durante el embarazo se han asociado a la VP.

Una encuesta nacional reveló que experimentar VP en el año anterior al embarazo aumentó la probabilidad de presión arterial alta o edema; sangrado vaginal; náuseas, vómitos o deshidratación severos; infección del riñón o infección del tracto urinario; Parto prematuro; bebé de bajo peso al nacer; y un bebé que requiere

cuidados en la unidad de cuidados intensivos. Otras complicaciones del embarazo, como desprendimiento, fracturas fetales, parto prematuro y muerte perinatal, también se han asociado con VP. El riesgo de depresión posparto es de dos a tres veces mayor en mujeres que han experimentado abuso psicológico o físico durante el embarazo en comparación con mujeres que no lo han hecho (125).

2.3.8.4. Niños:

Los niños pueden resultar lesionados durante los incidentes de VP entre sus padres, ya sea en el acto de defender a un padre o de manera involuntaria.

La VP aumenta el riesgo relativo de maltrato infantil (126). En un estudio, los hijos de madres maltratadas tenían 57 veces más probabilidades de sufrir daños, en comparación con los hijos de madres no maltratadas (126).

El estudio Adverse Childhood Events ha demostrado que los eventos adversos en la infancia, incluidos el abuso y la negligencia, pero especialmente el hecho de presenciar la violencia en la pareja entre los padres, están relacionados con la mala salud de los adultos (125). Se hipotetiza que estos eventos infantiles conducen a comportamientos de afrontamiento desadaptativos y cambios en la respuesta al estrés a nivel del eje hipotalámico-pituitario-adrenal que pueden afectar adversamente la salud general y aumentar el riesgo de TEPT (127). (Consulte "Violencia en la pareja íntima: exposición infantil", sección sobre "Efectos" y "Trastorno de estrés postraumático en adultos: epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, curso, evaluación y diagnóstico" y "Comportamientos de salud riesgosos" a continuación).

2.3.8.5. Discapacidad.

Un estudio transversal en una clínica de medicina familiar reveló un doble aumento en la incidencia de discapacidad en aquellos expuestos a VP, en comparación con aquellos sin antecedentes de VP (55). La discapacidad se asoció con enfermedades cardíacas o circulatorias, dolor de espalda, dolor crónico, artritis, daño al sistema nervioso, asma, enfisema y depresión u otra enfermedad mental.

Además de la discapacidad como una posible consecuencia de la VP, las personas con discapacidad, y la discapacidad intelectual (retraso mental) en particular, pueden estar en mayor riesgo de VP (128). Asimismo, las personas con discapacidad tienen más probabilidades de experimentar dificultades para acceder a los servicios, cuando sea necesario, para informar e intervenir en VP.

2.3.8.6. Conductas de salud riesgosas

La VP se asocia con una variedad de comportamientos de salud negativos que aumentan aún más los riesgos para la salud. Cuanto más severa es la violencia, más fuerte es su relación con conductas negativas de salud entre las víctimas. Tales comportamientos de salud adversos incluyen(128):

- Comportamiento sexual de alto riesgo: disminución del uso del condón; debut sexual temprano; elegir parejas sexuales poco saludables; múltiples parejas sexuales; intercambiar sexo por comida, dinero o drogas
- Uso o abuso de sustancias nocivas: Fumar cigarrillos, abuso de alcohol y / o drogas, conducir después de beber alcohol
- Comportamientos no saludables relacionados con la dieta: ayuno, vómitos, abuso de pastillas para adelgazar, comer en exceso
- No cumplimiento de las recomendaciones de salud

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

▪ ÁMBITO LOCAL

A. AUTOR: ARIAS FAJARDO, María Luisa

B. TÍTULO: “Niveles de depresión en Puerperas De 6 A 8 Semanas en el Hospital III Goyeneche –Arequipa - 2016”

C. FUENTE: http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/index.php

D. RESUMEN: En este estudio se encontraron los siguientes resultados: conto con una población de 101 sujetos, se obtuvo que, la edad promedio fue de $23.53 + 4.24$ años; la mayor parte: tenía primaria completa (52.5%), no recibía tratamiento psiquiátrico de ningún tipo (99.0%), vivía en convivencia con su pareja (57.4%), acudía al control cuando su bebé tenía 7 semanas de vida (40.0%), tuvo parto vaginal (68.3%), administra lactancia materna exclusiva (58.4%) y no tuvo un bebé prematuro (96.4%). Aplicándose los criterios de exclusión, la población se redujo a una muestra conformada por 96 sujetos en estudio. Con una muestra de 96 puérperas se encontró que: en su mayoría las madres se encuentran en riesgo de desarrollo de depresión posparto (39.6%), una tercera parte de las madres en estudio (32.3%) cursan con sintomatología depresiva compatible con depresión posparto y un 28.1% se encuentra con un estado de ánimo normal.

▪ ÁMBITO NACIONAL

A. AUTOR: ESCOBAR MONTALVO, Juan Manuel.

B. TÍTULO: “Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé: Lima-Perú”

C. FUENTE: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/11>

D. RESUMEN: El objetivo principal del presente estudio fue determinar la asociación existente entre la Violencia Basada en Género y la Depresión Post-Parto en el Hospital San Bartolomé; así mismo, se describieron los factores predictores de depresión post-parto y las características sociodemográficas y del parto de las puérperas participantes del estudio. El tipo de estudio fue observacional de corte transversal, con una muestra de 100 mujeres de 1-12 meses de tiempo puerperal. A quienes se les aplicó, previa firma de consentimiento informado, una ficha de datos sociodemográfica y del parto, la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo (EDPE), el Inventario Revisado de Factores Predictores de Depresión Post-Parto de Beck y el Instrumento de Detección de Violencia Basada en Género. Posteriormente se catalogaron operacionalmente los casos de Depresión Post-Parto como aquellas mujeres quienes obtuvieron puntaje mayor o igual a 13 puntos en la EDPE. Se realizó el análisis de los datos aplicando las pruebas Odds Ratio, Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher., según fuera conveniente.

A. AUTOR: Romero Medina Guillermo Enrique

B. TÍTULO: “Relación Entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Postparto En Puérperas de la Clínica Good Hope Noviembre de 2015”

C. FUENTE: http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/index.php

D. RESUMEN: El objetivo de esta investigación fue Determinar la relación existente entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puérperas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Good Hope, Miraflores - Lima, noviembre de 2015. Donde se encontró Se encontró que existe un riesgo de depresión postparto en 20% (riesgo limite10,91% y probable depresión postparto 9,09%).Se encontró que el mayor porcentaje de puérperas 29% oscila entre las edades de 26 a 30 años. 96% estaban acompañadas por su pareja, ya sea conviviente o estar casadas. 60% eran primíparas, 88 % referían parto por cesárea. 96% poseían estudios superiores y 50%

manifestaron embarazo planeado. No se encontró asociación entre el riesgo de DPP y las variables sociodemográficas.

▪ **ÁMBITO INTERNACIONAL**

A. AUTORES: Ramírez Bonilla, Edna Janneth

B. TÍTULO: “Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto, 2012”

C. FUENTE: Ramírez Bonilla E. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto [Magister]. Universidad Nacional de Colombia; 2012.

D. RESUMEN: La presente investigación buscó establecer la relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión postparto, en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá D.C. Enmarcada dentro de un estudio transversal, con abordaje cuantitativo de correlación, mediante la aplicación de los instrumentos índice de abuso de pareja y la escala sistemática de depresión postparto, en un grupo de 81 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio. Una vez obtenidas las puntuaciones de los instrumentos y por medio de la aplicación del coeficiente de correlación de Spearman se logró establecer que 54% de las participantes fue maltratada, 17% presentó abuso físico por su pareja con una correlación positiva de $r=0,549$, 54% presentó abuso no físico con una correlación positiva de $r=0,650,33\%$ de las participantes de la investigación presentó sintomatología depresiva en el postparto, siendo la labilidad emocional $r=0,683$, la ansiedad e inseguridad $r=0,581$ y la confusión mental $r=0,560$ las dimensiones más afectadas. Se encontró una correlación positiva entre depresión postparto y la violencia de pareja con un valor de $r=0,738$. La realización de esta investigación enfatiza en la importancia en la detección temprana de la depresión posparto, para una oportuna intervención. Establece el tipo de maltrato (físico o no físico), la

gravedad del maltrato y las dimensiones más afectadas en la mujer con sintomatología depresiva en el postparto.

A. AUTORES: Jackson, C.L., Ciciolla, L., Crnic, K.A., Luecken, L.J., Gonzales, N.A., & Coonrod, D.V.

B. TÍTULO: “Violencia entre compañeros íntimos antes y durante el embarazo: factores demográficos y psicosociales relacionados y síntomas depresivos posparto entre mujeres mexicoamericanas, 2015”

C. FUENTE: Jackson, C.L., Ciciolla, L., Crnic, K.A., Luecken, L.J., Gonzales, N.A., & Coonrod, D.V. (2015). *Intimate partner violence before and during pregnancy: Related demographic and psychosocial factors and postpartum depressive symptoms among Mexican American women*. Journal of Interpersonal Violence, 30, 659-679.

D. RESUMEN: Aunque la investigación que examina la violencia infligida por la pareja se ha expandido en los últimos años, se han examinado relativamente poco los factores demográficos y psicosociales relacionados, así como los resultados de salud mental, para la VIP antes y durante el embarazo, especialmente en una población mexicoamericana. El presente estudio proporciona una instantánea de la ocurrencia de VIP en una muestra de la comunidad de mujeres mexicanas perinatales de bajos ingresos ($n = 320$). Los resultados indicaron que el 13.1% de las mujeres reportaron IPV antes del embarazo y el 11.3% reportaron IPV durante el embarazo. Tanto para VIP antes como durante el embarazo, las mujeres nacidas en los EE. UU. Tenían más probabilidades de informar IPV que las mujeres nacidas en el extranjero. Para la IPV antes del embarazo, las mujeres que no tuvieron una relación romántica seria o informaron un historial de trauma en la infancia también fueron más propensas a informar VIP. Para VIP durante el embarazo, las mujeres que reportaron mayor estrés general y menor apoyo social también fueron más propensas a informar VIP. Finalmente, el estudio actual proporcionó una fuerte evidencia de que un historial de VIP predijo elevados síntomas depresivos

posparto, más allá del impacto de los síntomas depresivos prenatales. Este estudio trae una mayor conciencia a una situación compleja y perjudicial en una población poco estudiada. Los resultados se discuten en términos de la relación entre el riesgo demográfico y psicosocial de IPV antes y durante el embarazo, la aculturación y los síntomas depresivos posparto, así como las implicaciones para el desarrollo de futuros programas de prevención e intervención.

4. OBJETIVOS

4.1. **Objetivo General:**

- Determinar la relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del hospital III Yanahuara, Arequipa, 2018

4.2. **Objetivos Específicos:**

- Describir el riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.
- Describir los índices de violencia en la pareja en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.
- Describir los factores sociodemográficos en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018?

5. HIPÓTESIS

Ho: No existe relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión postparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.

H1: Existe relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión postparto en puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del Hospital III Yanahuara en los meses de Enero y Febrero del año 2018.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas e Instrumentos

1.1.1. Llenado de la ficha de datos

Se le pedirá a cada paciente puérpera que acepte participar del estudio, responda las preguntas de la ficha de datos (Ver Anexo 01) en la cual están las preguntas acerca de los factores sociodemográficos,

1.1.2. Llenado de Test de Edimburgo

Se le pedirá a cada paciente puérpera que acepte participar del estudio, responda a las preguntas del Test de Edimburgo (Ver Anexo 02).

Se le pedirá a la paciente responder este test en base a como se ha sentido en los últimos 7 días. Son 10 preguntas, a las cuales se les asigna valores de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o más muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.

1.1.3. Llenado del test de Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja)

Se le pedirá a la paciente responder este test en base a las situaciones vividas con anterioridad. Los autores establecieron los puntos de corte para mujeres maltratadas por violencia no física: puntuaciones iguales o superiores a 14 y para violencia física: puntuaciones iguales o superiores a 63.

1.1.4. Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

El orden en el cual se ejecutará las acciones de la investigación serán las siguientes:

- a. Presentación del protocolo al Jefe del Servicio de Obstetricia para el permiso respectivo de toma de datos de las pacientes.
- b. Obtención de los materiales necesarios para la recolección de la información:
 - i. Impresión de fichas de datos (Ver Anexo 1).
 - ii. Impresión de Test de Edimburgo (Ver Anexo 2)
 - iii. Impresión de Test Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja)
- c. Recojo de la información.
- d. Análisis de información.

- e. Elaboración de la base de datos.
- f. Análisis en programas estadísticos.
- g. Resultados

Se procederá al traspaso de los datos recabados en la ficha de datos a una base de datos electrónica elaborada en el programa Microsoft Excel.

La base de datos final se analizará en el programa SPSS v24.

Primero, se realizará un análisis descriptivo. Se describirán frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central y dispersión en las variables numéricas que serán la mediana y rangos cuantiles por no seguir los supuestos de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, gráficos de normalidad, asimetría y curtosis).

En cuanto al análisis bivariado, para las variables numéricas por ausencia de distribución normal se aplicará la prueba U de Mann-Whitney (edad). Las variables categóricas se analizaron con la prueba de ji cuadrado o prueba exacta de Fisher según corresponda.

Se realizarán modelos para determinar factores asociados posibles (respecto a las variables sociodemográficas, hijos previos, atención prenatal, psicoprofilaxis en la gestación, depresión previa y violencia) con la variable principal (Depresión post parto: mediante la Escala de Edimburgo). Se determinará posible asociación con el *Odds ratio* (OR) para variables binomiales con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95) para las variables con asociación estadísticamente significativa. Se considerará un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

1.1.5. Consideraciones éticas y consentimiento informado

El presente estudio no incurre en contra de ninguno de los principios de Bioética, tales como de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia.

Se procederá a pedir la autorización del Jefe de Servicio de Obstetricia del hospital III Yanahuara y el consentimiento informado de las pacientes antes de responder las preguntas de la fichas. El consentimiento informado será el siguiente (Ver Anexo 02).

La información recogida se utilizará solo con los fines de investigación, respetándose la confidencialidad y autenticidad de los datos.

1.2. **Materiales de Verificación**

- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico (SPSS 22).
- Impresora

2. **CAMPO DE VERIFICACIÓN**

2.1. **Ubicación Espacial:**

La presente investigación se realizará en el área de hospitalización de obstetricia del Hospital III Yanahuara

2.2. **Ubicación Temporal**

El estudio se realizara durante el periodo Enero- Febrero 2018.

2.3. **Unidades de Estudio**

a) Universo: Puérperas hospitalizadas en el área de obstetricia del Hospital III Yanahuara

b) Población: Puérperas mediatas atendidas en el hospital III Yanahuara en Enero-Febrero 2018. Se estudiará a todo el grupo poblacional.

2.4. Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Pacientes puérperas mediatas del servicio de Obstetricia del H III Yanahuara, internadas después de las 24 horas posparto,
- Aquellas que rellenaron correctamente la ficha de datos,
- Que aceptaron participar del estudio, previamente informadas.

Criterios de Exclusión

- Puérpera con diagnóstico de otros trastornos mentales (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc) en tratamiento.
- Puérpera con dificultades o imposibilidad para responder por sí sola la encuesta

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Modo

Se hará de modo individual y aplicando la técnica de la encuesta y recolección de datos para su posterior registro y manejo.

- Recursos

Se necesitará:

- Hojas de papel
- Útiles de escritorio

- Calculadora
- Computadora con software para recolección de datos y elaboración de matriz de datos (SPSS 22 para Windows)
- Recolector de datos y aplicador de la encuesta

- **Necesidades de Información**

Se requiere de una buena comprensión y manejo del tema para poder dirigir el significado de los resultados obtenidos. Se contará con asesoría de un entendido de la especialidad de psiquiatría que pueda enrumbar mejor la dirección del estudio y la verdadera significancia que este tiene.

Se necesitará además de organización y adecuación de la información para poder explicar al paciente en qué consiste el estudio, de modo que comprendan adecuadamente los indicadores a evaluar y brinden buenos datos.

- **Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados**

La información obtenida se procesará de forma sistemática y se obtendrá una base de datos. Se utilizará el porcentaje como medida de resumen.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	2017				2018											
ACTIVIDADES	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
SELECCIÓN DEL TEMA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X	X	X												
ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE PROYECTO					X	X										
ACOPIO DE DATOS					X	X	X	X	X	X	X					
PROCESAMIENTO DE DATOS												X	X			
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL													X			
PRESENTACIÓN FINAL														X		

Fecha de inicio: Diciembre de 2017

Fecha probable de término: 04 de marzo del 2018

Total: 13 semanas

Año del diálogo y la Reconciliación Nacional"

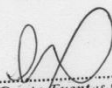
"Año de la no violencia contra la Mujer"

Autorización

Yo Dante Manuel Fuentes Fuentes, Jefe del Departamento Materno Infantil del Hospital III Yanahuara y con el visto bueno de la oficina a la docencia e investigación esta dirección Autoriza que el Sr:

Edgard Patrick Zeballos Gonzales

Egresado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María; realice la toma de encuestas a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia durante los meses enero y febrero para trabajo de investigación, Tesis titulado "Relación Entre índice de violencia de pareja y Depresión Postparto en Puérperas Mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero- Febrero 2018"


Dr. Dante Fuentes Fuentes
JEFE DEL DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
C.M.P. 2653 R.N.E. 11797
HOSPITAL III - YANAHUARA
AREQUIA

Arequipa, 10 de Enero del 2018

EDAD	DIST	GR. E.	CIT.	PA	ANT.	AB	C.	FPSI	ANT	TTTO	DISCI	AGRE	AGRE	TEST	ISA	VNI	ISA	VF
1	28	SOC	SUI	CON	EUTO	1	0	10	0	AN	TANT	SI	NO	NO	18	0,7	0	
2	30	C.	C	SUI	CAS	CESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	9	10,7	2,17	
3	28	CAYISUI	CON	CESA		0	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	14,2	0	
4	33	PAU	SUI	CAS	EUTO	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	HERM	13	7,84	4,74	
5	42	C.	C	SUI	CAS	CESA	1	0	7	1	NO	NO	NO	NO	12	0	0	
6	32	ASA	SEX	CON	EUTO	2	2	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	9	27,3	2,57	
7	33	SACISUI	CON	EUTO		1	0	6	3	NO	NO	NO	NO	NO	7	0	0	
8	34	CAYISUI	CAS	EUTO		1	0	6	2	NO	NO	SI	NO	PARE	6	26,98	0	
9	32	TACISUI	CAS	CESA		1	0	5	3	NO	NO	NO	NO	NO	4	4,8	0	
10	40	CAR	SUI	CAS	CESA	1	0	8	2	NO	NO	SI	NO	NO	9	4,36	0	
11	33	C.	C	SUI	CAS	CESA	1	2	8	0	AN	TANT	SI	NO	NO	17	29,99	0
12	25	YUR	SUI	CAS	CESA	0	0	6	6	NO	NO	NO	NO	NO	8	5,05	0	
13	23	C.	C	SEX	CON	CESA	1	0	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0,62	0
14	22	ASA	SUI	CON	CESA	1	0	10	0	NO	NO	SI	NO	NO	13	4,38	0	
15	34	C.	C	SUI	CON	EUTO	1	1	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	14,2	2,17
16	32	CAYISUI	CAS	CESA		2	0	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0	
17	25	ASA	SEX	CON	EUTO	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	7	14,08	2,57	
18	30	C.	C	SEX	CON	CESA	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	17,99	0
19	22	C.	C	SUI	CAS	EUTO	0	2	4	0	NO	NO	NO	NO	NO	16	11,21	0
20	27	JLBR	SUI	CON	CESA	1	0	4	0	NO	NO	SI	NO	AMIG	15	27,2	9,48	
21	32	SACISUI	CAS	CESA		1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	3	0	0	
22	32	TIABSUI	CON	CESA		1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0	
23	34	CERISUI	CAS	CESA		1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	0	0	0	
24	29	PAU	SEX	CAS	CESA	1	0	6	2	NO	NO	SI	NO	NO	12	17,49	0	
25	32	C.	C	SEX	CON	EUTO	0	0	8	2	NO	NO	NO	NO	NO	6	2,34	0
26	36	C.	C	SUI	CAS	CESA	2	0	10	0	NO	NO	SI	NO	NO	4	5,6	0
27	19	ASA	SUI	SOL	EUTO	0	1	9	1	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0	
28	16	SACISUI	SOL	CESA		0	0	5	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	1,5	0	
29	33	MAI	PRI	CAS	CESA	1	0	7	0	NO	NO	SI	NO	NO	8	18	0	
30	28	PAU	SUI	CON	CESA	1	0	8	2	NO	NO	SI	NO	NO	9	9,3	0	
31	26	C.	C	SUI	CON	CESA	0	0	6	4	AN	TANT	NO	NO	NO	7	0	0
32	27	SOC	SEX	CON	EUTO	1	0	8	3	NO	NO	NO	NO	NO	6	3,44	0	
33	24	C.	C	SUI	SOL	EUTO	0	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	6	16,12	0
34	18	C.	C	SEX	SOL	EUTO	0	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	13	39,3	12,4
35	26	TIABSUI	CAS	CESA		2	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	3	5,35	0	
36	34	C.	C	SUI	CAS	EUTO	2	2	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	8	23	4,74
37	31	JLBR	SUI	CAS	CESA	0	0	10	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	8	6,6	0	
38	30	C.	C	SUI	CON	CESA	0	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	9	19,9	6,9
39	42	ASA	SUI	CAS	CESA	0	0	7	4	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	0	
40	34	CAYISUI	SEX	CON	CESA	2	2	9	3	NO	NO	SI	PARE	PARE	16	17,6	18	
41	29	C.	C	SUI	CAS	EUTO	0	0	7	2	NO	NO	NO	NO	OTRO	6	0	0
42	32	C.	C	SUI	CAS	EUTO	0	0	7	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
43	24	MAI	SUI	CON	CESA	0	1	9	4	NO	NO	NO	HERM	HERM	13	10	0	
44	24	C.	C	SUI	SOL	CESA	0	0	8	4	NO	NO	SI	PARE	PARE	20	46,2	14,7
45	26	JLBR	SUI	CON	CESA	1	0	7	0	NO	NO	SI	NO	NO	8	15	7	
46	35	C.	C	SUI	CON	EUTO	0	0	11	1	NO	NO	SI	NO	NO	9	12,4	0
47	36	C.	C	SUI	CAS	CESA	2	0	6	1	NO	NO	SI	NO	NO	16	19	2
48	35	JLBR	SUI	CAS	EUTO	1	2	10	0	NO	NO	NO	NO	NO	7	0	0	
49	43	MIR	SUI	CAS	CESA	2	1	9	0	DU	IDUR	SI	NO	NO	18	14	0	

50	27 ASA SUICAS/CESA	1	0	12	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
51	28 C. CISUICAS/EUTO	1	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
52	27 C. CISUICONCESA	1	0	6	0	NO	NO	NO	OTRO	NO	8	0	0
53	25 CAYISEK CONCESA	1	0	8	2	NO	NO	SI	NO	NO	11	18	7
54	21 CAYISEK CONCESA	1	1	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
55	27 C. CIPRICAS/CESA	2	0	8	0	NO	NO	SI	PADR	HERM	13	22	0
56	33 CAYISUISEPA/CESA	1	0	6	0	AN	NO	SI	PARE	PARE	20	35	43
57	34 ASA AN CONCESA	2	0	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	11	24	17
58	32 C. CISUICAS/CESA	1	0	9	3	NO	NO	NO	NO	NO	2	0	0
59	31 C. CISUICONCESA	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	8	24	0
60	40 C. CISUICONCESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	OTRO	NO	7	14	7,3
61	37 SACISUICAS/CESA	2	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	5	0	0
62	33 CAYISUICONCESA	1	0	7	3	NO	NO	NO	NO	NO	16	3	0
63	22 MAISUICONEUTO	0	0	6	3	AN	NO	NO	NO	NO	11	0	0
64	28 CAYISUICAS/EUTO	2	0	9	5	NO	NO	NO	NO	NO	5	13	0
65	35 MIR SUICAS/CESA	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	7	16	3
66	39 CAYISUICONEUTO	2	0	6	0	NO	NO	SI	NO	NO	14	16	11
67	34 PAU SUICONCESA	1	0	6	0	AN	ANT	NO	NO	NO	6	0	0
68	37 C. CISUICAS/EUTO	1	0	10	4	DU	NO	SI	NO	NO	9	17	0
69	27 C. CISUICONEUTO	0	1	7	6	NO	NO	NO	NO	NO	1	0	0
70	28 SOC SEK CONCESA	1	0	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	0
71	38 CAYISEK CAS/EUTO	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	12	20	0
72	28 C. CISUICONCESA	0	1	13	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	4	0
73	28 CAYISUICAS/EUTO	1	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	8	23	0
74	24 CERISUICAS/CESA	0	0	10	0	AN	ANT	SI	NO	NO	11	10,7	0
75	33 HUNSUICONCESA	0	0	10	2	AN	ANT	SI	PARE	PARE	7	22	9
76	36 PAU SUICAS/CESA	1	1	7	0	NO	NO	SI	NO	PARE	9	34	14 OJO
77	33 JLBR SUICAS/CESA	0	1	8	4	NO	NO	SI	NO	PARE	9	48	23
78	25 VITCSUISOLTEUTO	0	1	4	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	12	13	0
79	37 YAN SUICAS/CESA	3	0	6	7	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
80	37 PAU SUICAS/EUTO	1	1	6	3	NO	NO	SI	NO	OTRO	8	16	3
81	25 CERISUICAS/EUTO	0	0	5	5	NO	NO	SI	NO	NO	16	9	0
82	32 C. CISUICAS/EUTO	1	1	9	0	NO	NO	SI	NO	NO	6	0	0
83	37 ASA SEK CAS/EUTO	1	0	5	0	NO	NO	SI	OTRO	OTRO	9	19	0
84	30 C. CIPRI CONCESA	1	1	6	0	NO	NO	SI	OTRO	OTRO	9	23	7
85	28 SOC SEK CAS/EUTO	1	1	8	0	NO	NO	NO	NO	PARE	7	9	0
86	30 SOC SEK CONCESA	2	2	6	0	NO	NO	SI	NO	AMIG	6	0	0
87	29 ASA SUICONEUTO	0	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	11	13	8
88	43 SOC SUICAS/CESA	5	2	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0
89	30 PAU SUICAS/EUTO	0	0	8	7	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0
90	23 CAYISEK CAS/EUTO	1	1	8	8	NO	NO	SI	NO	NO	13	8	9
91	30 C. CISUICONCESA	0	1	10	4	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0
92	21 C. CISUICAS/CESA	0	0	8	1	NO	NO	SI	NO	NO	13	0	0
93	27 TIABSUICAS/CESA	0	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	7	0	0
94	29 HUNSUISOLTCESA	0	1	9	1	NO	NO	NO	NO	NO	11	23	7
95	35 MAJSEK CONEUTO	2	0	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	13	23	2
96	31 CAYISUISOLTEUTO	1	0	4	3	NO	NO	SI	PARE	OTRO	19	37	38
97	39 ASA SUI CONCESA	1	0	8	0	DU	DURS	SI	NO	NO	13	19	2
98	33 CAYISUICONCESA	1	1	4	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	0	0
99	24 C. CISEK CONEUTO	1	0	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	11	14	0

100	20 C. CISEX CAS/CESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	12	0	0
101	26 C. CISUI CONEUTO	1	0	10	0	NO	NO	NO	NO	NO	8	12	0
102	20 C. CISUI CONEUTO	0	0	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	14	0	0
103	35 SACISUI CONCESA	1	0	6	0	NO	NO	SI	NO	NO	9	20	0
104	35 C. CISEX CAS/EUTO	4	2	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	17	0	0
105	24 CAYISEX CONCESA	1	1	3	0	NO	NO	SI	PARE	OTRO	16	43	14
106	18 SOC/SEX SOLTEUTO	0	0	13	4	NO	NO	SI	NO	NO	7	47	0
107	28 C. CISUI CONCESA	0	1	16	0	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	0
108	22 TIABSUI CAS/CESA	0	0	8	0	AN	ANT	SI	PADR	NO	25	0	0
109	33 PAU SUI CONCESA	1	1	8	0	AN	ANT	NO	NO	NO	6	0	0
110	40 C. CISEX CONEUTO	2	0	8	6	AN	ANT	SI	NO	NO	20	31	9
111	30 HUNSUI CAS/CESA	0	0	9	3	NO	NO	NO	NO	NO	15	0	0
112	30 PAU SUI CAS/EUTO	0	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
113	21 C. CISUI SOLTEUTO	0	0	6	3	AN	ANT	SI	NO	NO	9	11	0
114	30 SOC/SUI CONCESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	5	0	0
115	27 SOC/SEX SOLTCESA	0	3	9	0	AN	NO	SI	NO	NO	11	15	0
116	30 CAMSUI CAS/CESA	1	1	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	0	0
117	22 SOC/SUI CONEUTO	0	1	8	4	AN	ANT	SI	PARE	PARE	8	34	27
118	27 ASA SUI CONCESA	0	1	0	0	NO	NO	SI	NO	PARE	13	9	0
119	27 MOISEX CAS/CESA	0	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
120	27 YUR/SUI CAS/CESA	0	1	11	4	NO	NO	SI	OTRO	NO	20	0	0
121	42 ASA SUI CAS/CESA	2	2	3	0	NO	NO	SI	OTRO	OTRO	12	16	0
122	31 ASA SUI CONCESA	0	1	9	6	NO	NO	NO	NO	NO	5	0	0
123	39 C. CISEX CONEUTO	2	1	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	13	30	27
124	33 PAU SUI CONCESA	1	1	10	0	AN	ANT	NO	NO	NO	2	0	0
125	36 YAN SUI CAS/EUTO	1	1	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	13	14	0
126	26 MIR/SUI CONCESA	0	1	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
127	31 C. CIPRI CONEUTO	1	0	6	1	NO	NO	NO	HERM	HERM	16	0	0
128	31 PAU SUI CAS/CESA	0	1	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	0	0	0
129	42 SOC/SUI CAS/CESA	3	1	7	0	NO	NO	SI	NO	NO	22	39	17
130	30 SOC/SUI CONCESA	0	1	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	0	0	0
131	35 CERISUI CAS/CESA	2	0	5	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	13	23	17
132	33 C. CISUI CAS/EUTO	2	0	6	0	NO	NO	NO	NO	PARE	0	8	0
133	21 C. CISUI CONCESA	0	1	9	4	NO	NO	NO	NO	NO	16	0	0
134	35 YUR/SUI CONEUTO	1	0	6	4	NO	NO	SI	NO	NO	9	9	9
135	25 C. CISUI CONEUTO	0	0	8	0	NO	NO	NO	AMIG	AMIG	13	0	0
136	37 SOC/SEX CONCESA	1	1	11	0	NO	NO	NO	NO	NO	7	0	0
137	35 C. CISEX CONEUTO	2	0	6	3	NO	NO	NO	NO	PARE	0	15	20
138	34 C. CISUI CAS/CESA	1	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	4	0	0
139	26 C. CISEX CAS/EUTO	1	0	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
140	21 M. ISUI CONEUTO	0	0	9	4	NO	NO	SI	NO	NO	19	18	0
141	44 MIR/SUI CONCESA	1	1	8	0	NO	NO	SI	NO	PARE	13	39	22
142	37 MIR/SEX CONEUTO	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	18	11	0
143	33 YUR/SUI SOLTCESA	1	0	11	0	NO	NO	NO	OTRO	OTRO	12	12	0
144	30 PAU SUI SOLTCESA	0	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	0	25	0
145	28 SOC/SUI CONEUTO	1	0	10	0	AN	ANT	SI	NO	NO	18	0,7	0
146	30 C. CISUI CAS/CESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	10,7	2,17
147	28 CAYISUI CONCESA	0	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	14,2	0
148	33 PAU SUI CAS/EUTO	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	HERM	13	7,84	4,74
149	42 C. CISUI CAS/CESA	1	0	7	1	NO	NO	NO	NO	NO	12	0	0

150	32 ASA SECCONEUTO	2	2	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	9	27,3	2,57
151	33 SACISUIFONEUTO	1	0	6	3	NO	NO	NO	NO	NO	7	0	0
152	34 CAYISUIFASNEUTO	1	0	6	2	NO	NO	SI	NO	PAREL	6	26,98	0
153	32 TACISUIFASNEUTO	1	0	3	3	NO	NO	NO	NO	NO	4	4,8	0
154	40 CARISUIFASNEUTO	1	0	8	2	NO	NO	SI	NO	NO	9	4,36	0
155	33 C. CISUIFASNEUTO	1	2	8	0	ANTANT	SI	NO	NO	NO	17	29,99	0
156	25 YURISUIFASNEUTO	0	0	6	6	NO	NO	NO	NO	NO	8	3,05	0
157	23 C. CISECCONEUTO	1	0	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0,62	0
158	22 ASA SUIFONEUTO	1	0	10	0	NO	NO	SI	NO	NO	13	4,58	0
159	34 C. CISUIFONEUTO	1	1	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	14,2	2,17
160	32 CAYISUIFASNEUTO	2	0	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
161	25 ASA SECCONEUTO	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	7	14,08	2,57
162	30 C. CISECCONEUTO	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	17,99	0
163	22 C. CISUIFASNEUTO	0	2	4	0	NO	NO	NO	NO	NO	16	11,21	0
164	27 JLBRISUIFONEUTO	1	0	4	0	NO	NO	SI	NO	AMIG	15	27,2	9,48
165	32 SACISUIFASNEUTO	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	3	0	0
166	32 TIABISUIFONEUTO	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
167	34 CERISUIFASNEUTO	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	0	0	0
168	29 PAUSECCONEUTO	1	0	6	2	NO	NO	SI	NO	NO	12	17,49	0
169	32 C. CISECCONEUTO	0	0	8	2	NO	NO	NO	NO	NO	6	2,34	0
170	36 C. CISUIFASNEUTO	2	0	10	0	NO	NO	SI	NO	NO	4	5,6	0
171	19 ASA SUIFONEUTO	0	1	9	1	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0
172	16 SACISECCONEUTO	0	0	3	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	1,5	0
173	33 MAIPRISUIFASNEUTO	1	0	7	0	NO	NO	SI	NO	NO	8	18	0
174	28 PAUSUIFONEUTO	1	0	8	2	NO	NO	SI	NO	NO	9	9,3	0
175	26 C. CISUIFONEUTO	0	0	6	4	ANTANT	NO	NO	NO	NO	7	0	0
176	27 SOCSECCONEUTO	1	0	8	3	NO	NO	NO	NO	NO	6	3,44	0
177	24 C. CISUIFONEUTO	0	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	6	16,12	0
178	18 C. CISECCONEUTO	0	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	13	39,3	12,4
179	26 TIABISUIFASNEUTO	2	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	3	3,35	0
180	34 C. CISUIFASNEUTO	2	2	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	8	23	4,74
181	31 JLBRISUIFASNEUTO	0	0	10	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	8	6,6	0
182	30 C. CISUIFONEUTO	0	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	9	19,9	6,9
183	42 ASA SUIFASNEUTO	0	0	7	4	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	0
184	34 CAYISECCONEUTO	2	2	9	3	NO	NO	SI	PAREL	PAREL	16	17,6	18
185	29 C. CISUIFASNEUTO	0	0	7	2	NO	NO	NO	NO	OTRO	6	0	0
186	32 C. CISUIFASNEUTO	0	0	7	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
187	24 MAISUIFONEUTO	0	1	9	4	NO	NO	NO	HERM	HERM	13	10	0
188	24 C. CISUIFONEUTO	0	0	8	4	NO	NO	SI	PAREL	PAREL	20	46,2	14,7
189	26 JLBRISUIFONEUTO	1	0	7	0	NO	NO	SI	NO	NO	8	13	7
190	35 C. CISUIFONEUTO	0	0	11	1	NO	NO	SI	NO	NO	9	12,4	0
191	36 C. CISUIFASNEUTO	2	0	6	1	NO	NO	SI	NO	NO	16	19	2
192	35 JLBRISUIFASNEUTO	1	2	10	0	NO	NO	NO	NO	NO	7	0	0
193	43 MIRISUIFASNEUTO	2	1	9	0	DUIDUR	SI	NO	NO	NO	18	14	0
194	27 ASA SUIFASNEUTO	1	0	12	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
195	28 C. CISUIFASNEUTO	1	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
196	27 C. CISUIFONEUTO	1	0	6	0	NO	NO	NO	OTRO	NO	8	0	0
197	25 CAYISECCONEUTO	1	0	8	2	NO	NO	SI	NO	NO	11	18	7
198	21 CAYISECCONEUTO	1	1	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
199	27 C. CIPRISUIFASNEUTO	2	0	8	0	NO	NO	SI	PADR	HERM	15	22	0

200	33 CAYISUISEPACESA	1	0	6	0	AN	NO	SI	PARE	PARE	20	35	43
201	34 ASA AN CONCESA	2	0	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	11	24	17
202	32 C. C(SUI CASI CESA	1	0	9	3	NO	NO	NO	NO	NO	2	0	0
203	31 C. C(SUI CONCESA	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	8	24	0
204	40 C. C(SUI CONCESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	OTRO	NO	7	14	7,3
205	37 SACISUI CASI CESA	2	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	5	0	0
206	33 CAYISUI CONCESA	1	0	7	3	NO	NO	NO	NO	NO	16	3	0
207	22 MAJ SUI CONEUTO	0	0	6	3	AN	NO	NO	NO	NO	11	0	0
208	28 CAYISUI CASI EUTO	2	0	9	5	NO	NO	NO	NO	NO	5	15	0
209	35 MIR SUI CASI CESA	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	7	16	3
210	39 CAYISUI CONEUTO	2	0	6	0	NO	NO	SI	NO	NO	14	16	11
211	34 PAU SUI CONCESA	1	0	6	0	AN	ANT	NO	NO	NO	6	0	0
212	37 C. C(SUI CASI EUTO	1	0	10	4	DU	NO	SI	NO	NO	9	17	0
213	27 C. C(SUI CONEUTO	0	1	7	6	NO	NO	NO	NO	NO	1	0	0
214	28 SOC SECCONCESA	1	0	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	0
215	38 CAYISECCASI EUTO	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	12	20	0
216	28 C. C(SUI CONCESA	0	1	15	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	4	0
217	28 CAYISUI CASI EUTO	1	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	8	23	0
218	24 CERISUI CASI CESA	0	0	10	0	AN	ANT	SI	NO	NO	11	10,7	0
219	33 HUN SUI CONCESA	0	0	10	2	AN	ANT	SI	PARE	PARE	7	22	9
220	36 PAU SUI CASI CESA	1	1	7	0	NO	NO	SI	NO	PARE	9	34	14
221	33 JLBRSUI CASI CESA	0	1	8	4	NO	NO	SI	NO	PARE	9	48	25
222	25 VITCSUI SOLTEUTO	0	1	4	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	12	15	0
223	37 YAN SUI CASI CESA	3	0	6	7	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
224	37 PAU SUI CASI EUTO	1	1	6	3	NO	NO	SI	NO	OTRO	8	16	3
225	25 CERISUI CASI EUTO	0	0	5	5	NO	NO	SI	NO	NO	16	9	0
226	32 C. C(SUI CASI EUTO	1	1	9	0	NO	NO	SI	NO	NO	6	0	0
227	37 ASA SECCASI EUTO	1	0	5	0	NO	NO	SI	OTRO	OTRO	9	19	0
228	30 C. C(PRI CONCESA	1	1	6	0	NO	NO	SI	OTRO	OTRO	9	23	7
229	28 SOC SECCASI EUTO	1	1	8	0	NO	NO	NO	NO	PARE	7	9	0
230	30 SOC SECCONCESA	2	2	6	0	NO	NO	SI	NO	AMIG	6	0	0
231	29 ASA SUI CONEUTO	0	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	11	15	8
232	43 SOC SUI CASI CESA	5	2	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0
233	30 PAU SUI CASI EUTO	0	0	8	7	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0
234	23 CAYISECCASI EUTO	1	1	8	8	NO	NO	SI	NO	NO	13	8	9
235	30 C. C(SUI CONCESA	0	1	10	4	NO	NO	NO	NO	NO	8	0	0
236	21 C. C(SUI CASI CESA	0	0	8	1	NO	NO	SI	NO	NO	15	0	0
237	27 TIABSUI CASI CESA	0	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	7	0	0
238	29 HUN SUI SOLT CESA	0	1	9	1	NO	NO	NO	NO	NO	11	23	7
239	35 MAJ SECCONEUTO	2	0	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	15	25	2
240	31 CAYISUI SOLTEUTO	1	0	4	3	NO	NO	SI	PARE	OTRO	19	57	38
241	39 ASA SUI CONCESA	1	0	8	0	DU	DUR	SI	NO	NO	15	19	2
242	33 CAYISUI CONCESA	1	1	4	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	0	0
243	24 C. C(SECCONEUTO	1	0	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	11	14	0
244	20 C. C(SECCASI CESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	12	0	0
245	26 C. C(SUI CONEUTO	1	0	10	0	NO	NO	NO	NO	NO	8	12	0
246	20 C. C(SUI CONEUTO	0	0	7	0	NO	NO	NO	NO	NO	14	0	0
247	35 SACISUI CONCESA	1	0	6	0	NO	NO	SI	NO	NO	9	20	0
248	35 C. C(SECCASI EUTO	4	2	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	17	0	0
249	24 CAYISECCONCESA	1	1	3	0	NO	NO	SI	PARE	OTRO	16	43	14

250	18 SOC/SEX/SOL/TEUTO	0	0	13	4	NO	NO	SI	NO	NO	7	47	0
251	28 C. C/SUI/CON/CESA	0	1	16	0	NO	NO	NO	NO	NO	6	0	0
252	22 TIAB/SUI/CAS/CESA	0	0	8	0	ANT	ANT	SI	PADR	NO	23	0	0
253	33 PAU/SUI/CON/CESA	1	1	8	0	ANT	ANT	NO	NO	NO	6	0	0
254	40 C. C/SEX/CON/TEUTO	2	0	8	6	ANT	ANT	SI	NO	NO	20	51	9
255	30 HUN/SUI/CAS/CESA	0	0	9	3	NO	NO	NO	NO	NO	13	0	0
256	30 PAU/SUI/CAS/TEUTO	0	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
257	21 C. C/SUI/SOL/TEUTO	0	0	6	3	ANT	ANT	SI	NO	NO	9	11	0
258	30 SOC/SUI/CON/CESA	1	0	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	3	0	0
259	27 SOC/SEX/SOL/CESA	0	3	9	0	ANT	NO	SI	NO	NO	11	13	0
260	30 CAM/SUI/CAS/CESA	1	1	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	11	0	0
261	22 SOC/SUI/CON/TEUTO	0	1	8	4	ANT	ANT	SI	PARE	PARE	8	34	27
262	27 ASA/SUI/CON/CESA	0	1	0	0	NO	NO	SI	NO	PARE	13	9	0
263	27 MOI/SEX/CAS/CESA	0	0	8	4	NO	NO	NO	NO	NO	4	0	0
264	27 YUR/SUI/CAS/CESA	0	1	11	4	NO	NO	SI	OTRO	NO	20	0	0
265	42 ASA/SUI/CAS/CESA	2	2	3	0	NO	NO	SI	OTRO	OTRO	12	16	0
266	31 ASA/SUI/CON/CESA	0	1	9	6	NO	NO	NO	NO	NO	3	0	0
267	39 C. C/SEX/CON/TEUTO	2	1	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	13	30	27
268	33 PAU/SUI/CON/CESA	1	1	10	0	ANT	ANT	NO	NO	NO	2	0	0
269	36 YAN/SUI/CAS/TEUTO	1	1	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	13	14	0
270	26 MIR/SUI/CON/CESA	0	1	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
271	31 C. C/PR/CON/TEUTO	1	0	6	1	NO	NO	NO	HERM	HERM	16	0	0
272	31 PAU/SUI/CAS/CESA	0	1	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	0	0	0
273	42 SOC/SUI/CAS/CESA	3	1	7	0	NO	NO	SI	NO	NO	22	39	17
274	30 SOC/SUI/CON/CESA	0	1	8	0	NO	NO	NO	NO	NO	0	0	0
275	35 CER/SUI/CAS/CESA	2	0	3	0	NO	NO	SI	NO	OTRO	13	23	17
276	33 C. C/SUI/CAS/TEUTO	2	0	6	0	NO	NO	NO	NO	PARE	0	8	0
277	21 C. C/SUI/CON/CESA	0	1	9	4	NO	NO	NO	NO	NO	16	0	0
278	35 YUR/SUI/CON/TEUTO	1	0	6	4	NO	NO	SI	NO	NO	9	9	9
279	25 C. C/SUI/CON/TEUTO	0	0	8	0	NO	NO	NO	AMIG	AMIG	13	0	0
280	37 SOC/SEX/CON/CESA	1	1	11	0	NO	NO	NO	NO	NO	7	0	0
281	35 C. C/SEX/CON/TEUTO	2	0	6	3	NO	NO	NO	NO	PARE	0	13	20
282	34 C. C/SUI/CAS/CESA	1	0	8	4	NO	NO	SI	NO	NO	4	0	0
283	26 C. C/SEX/CAS/TEUTO	1	0	6	0	NO	NO	NO	NO	NO	9	0	0
284	21 M. SUI/CON/TEUTO	0	0	9	4	NO	NO	SI	NO	NO	19	18	0
285	44 MIR/SUI/CON/CESA	1	1	8	0	NO	NO	SI	NO	PARE	13	39	22
286	37 MIR/SEX/CON/TEUTO	1	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	18	11	0
287	33 YUR/SUI/SOL/CESA	1	0	11	0	NO	NO	NO	OTRO	OTRO	12	12	0
288	30 PAU/SUI/SOL/CESA	0	0	8	0	NO	NO	SI	NO	NO	0	23	0