



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE MEDICINA

TÍTULO

**ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN
PUERPERAL. HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN
BARRON. NUEVO CHIMBOTE**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTOR:

URBINA RUIZ JHASSIN PATRIS

ASESOR:

DR. MARCO ALFARO ANGULO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

Nuevo Chimbote – Perú

2018

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre por su apoyo incondicional, por ser al mismo tiempo mi amiga, mi cómplice; a mis hermanos Dara, Favio y Evolett, por su paciencia, finalmente a mi padre por sus palabras que día a día me fortalecieron, mis logros son triunfo de ellos.

Jhassin Patris Urbina Ruiz

AGRADECIMIENTO

A Dios por cada oportunidad, por ser mi
guía y mi refugio

A mi madre por ser la pieza ideal para este logro. A
mis tíos, Zemnia, Noemí, lynsey, por creer en cada
paso que di, a mi tía Satu por la oportunidad y el
apoyo incondicional, a mis abuelos por la confianza
y cariño, cada uno ha contribuido en mi formación
con valores y principios.

Jhassin Patris Urbina Ruiz

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Jhassin Patris Urbina Ruiz, con DNI 70842115, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada “Asociación entre violencia familiar y depresión puerperal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote”, son de mi autoría. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente. La tesis no ha sido autoplagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional. Los datos presentados en los resultados, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados. En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 19 de Noviembre del 2018

Jhassin Patris Urbina Ruiz

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la tesis titulada “Asociación entre violencia familiar y depresión puerperal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote”, para determinar en qué medida la violencia familiar constituye un factor para la depresión post parto.

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Médico Cirujano.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Jhassin Patris Urbina Ruiz

INDICE

Página del jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaración de autenticidad.....	v
Presentación.....	vi
Índice.....	vii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I.Introducción.....	1
1.1 Realidad problemática.....	1
1.2 Trabajos previos.....	2
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	4
1.4 Formulación de problema.....	8
1.5 Justificación del estudio.....	8
1.6 Hipótesis.....	8
1.7 Objetivos.....	8
II. Método.....	9
2.1 Diseño de investigación.....	9
2.2 Variables y Operacionalización.....	10
2.3 Población y muestra.....	11
2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	12
2.5 Método de análisis de datos.....	12
2.6 Aspectos éticos.....	13
III. Resultados.....	14
IV. Discusión.....	15
V. Conclusión.....	17
VI. Recomendaciones.....	18
VII. Referencias.....	19

Anexo 1.....	23
Anexo 2.....	24
Anexo 3.....	26

RESUMEN

El presente estudio se desarrolló con el objetivo de determinar si la Violencia Familiar es un factor asociado para desarrollar depresión puerperal en pacientes mujeres del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Se llevó a cabo un estudio, de casos y controles en una población de 96 puérperas de dicho nosocomio, los cuales cumplen con los criterios de inclusión. En la recolección de datos se usaron las historias clínicas y como instrumento la ficha de recolección de datos. Se halló que la frecuencia de mujeres con depresión puerperal expuestas a violencia familiar fue 27.1% y en las que no tuvieron depresión puerperal expuestas a violencia familiar fue 10.4%, encontrándose diferencias estadísticas con una $p=0.033$, además de un Odds ratio de 3.19 con un IC95%: 1.04 - 9.03. Se concluyó que las mujeres con violencia familiar tienen tres veces riesgo de presentar depresión puerperal comparada con las mujeres sin violencia familiar. El porcentaje de mujeres con depresión puerperal expuestas a violencia familiar fue 27.1%. El porcentaje de mujeres con depresión puerperal no expuestas a Violencia familiar fue 72.9%.

Palabras Clave: Violencia familiar, Depresión puerperal, asociación.

ABSTRACT

This study was developed with the objective of determining if family violence is a factor associated to develop postpartum depression in female patients of the Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. A case-control study was conducted in a population of 96 postpartum women of this hospital, which meet the criteria for inclusion. The test records and as the tab's data collection instrument was used in data collection. Was found that the frequency of women with puerperal depression exposed to family violence was 27.1% and in those who did not have postpartum depression exposed to family violence was 10.4%, finding differences statistics with $p = 0.033$ |, in addition to an Odds rattoo 3.19 with a 95% CI: 1.04 - 9.03. Conclusions: Women with family violence have three times risk of postpartum depression compared with women without family violence. The percentage of women with puerperal depression exposed to family violence was 27.1%. The percentage of women with postpartum depression not exposed to family violence was 72.9%.

Keywords: postpartum depression, family violence

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. Realidad problemática

En una investigación realizada en 10 países por la Organización Mundial de la Salud se halló que la violencia intrafamiliar contra las mujeres estaba incrementándose, reportaron que entre 15% y 60% manifestaron haber sufrido violencia intrafamiliar física por su cónyuge, así mismo entre 5 y 50% informaron que sufrieron violencia sexual ocasionada por su cónyuge; entre 25 y 75% reportaron que durante su vida sufrieron violencia de tipo emocional perpetrados por su pareja, muchas de las cuales ocurren durante la gestación.(1)

En México según una encuesta realizada acerca de la violencia de género, reportaron que cerca del 25% de mujeres fueron agredidas por sus parejas durante la gestación, se caracterizaba por la violencia verbal, seguida de la violencia sexual y en tercer lugar se ubicó la violencia física, señalando que este tipo de comportamiento violento se asociaba a la presencia de la depresión post parto. (2)

Referente a la depresión, el Ministerio de Salud de Chile reportó que la presencia de depresión en la etapa puerperal tuvo una mayor prevalencia en los estratos sociales bajos superando el 41%, mientras que en los estratos altos logró el 28%. Cifra distante a la estadística mundial que alcanza entre el 10 y el 20%.(3)

En una investigación realizada en el Perú en una institución hospitalaria, se halló que la violencia familiar se relaciona con la depresión en la etapa puerperal, se estableció una prevalencia de riesgo de depresión puerperal de 44%, de los cuales el 35% fueron agredidas concluyéndose que existe relación entre las variables estudiadas, predominó la violencia verbal, seguida de la física y la violencia de tipo sexual.(4)

En otro informe realizado en el territorio nacional en el 2014, se estudiaron a mujeres atendidas tanto en EsSalud como en el Ministerio de Salud, se halló que el 15% fueron violentadas por el cónyuge, la violencia tipo sexual fue la más frecuente. La proporción

de depresión post-parto fue 44,4% en EsSalud y 58,9% en MINSA, encontrándose relación con la violencia familiar.(5)

1.2. Trabajos previos

Miura A, et al (Japón, 2017), evaluaron la asociación de la violencia familiar y la depresión postparto. La investigación fue analítica aplicada a 6.590 mujeres quienes respondieron la escala de Depresión Postnatal Edimburgo. Encontraron que las mujeres que habían sido violentadas verbalmente durante el embarazo presentaron opresión, y las que recibieron violencia física tuvieron un mayor riesgo de depresión post parto con un; además, cerca del 80% de las mujeres físicamente maltratadas denunció haber sido maltratada verbalmente. Concluyeron que la violencia verbal y física durante el embarazo se asocia con depresión postparto en el Japón. (6)

Doğan S, et al (Turquía, 2017), analizaron el efecto de la exposición a la violencia intrafamiliar en las mujeres que experimentaron depresión postparto. Fue un estudio prospectivo la muestra incluyó 128 puérperas sin antecedentes de enfermedad mental o consumo de drogas. La depresión posparto fue detectada en el 56,3% de las mujeres. La edad media y el tiempo de matrimonio de las mujeres con depresión resultó significativamente superior a la de aquellos que no tuvieron depresión. Las tasas de exposición a la violencia físico y emocional fueron estadística y significativamente mayores para las mujeres con depresión. No hubo diferencias significativas entre los grupos en términos de su exposición a abusos económicos y sexuales. La mayor duración del matrimonio y de la exposición a violencia conyugal aumenta el riesgo de depresión postparto. (7)

Santacruz M, et al (Ecuador, 2015), estimaron cuan prevalente es la depresión puerperal y sus factores involucrados en mujeres que consultaron en el Hospital José Carrasco en Cuenca. Estudio de casos y controles que incluyó 248 féminas, se encontró que las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia en el seno familiar se asoció con la depresión postparto. Estando presente la violencia familiar en el 43.8% de mujeres que

tuvieron depresión post parto y en el 11,6% que no tuvieron depresión post parto. Concluyeron que existe relación entre ambas variables de estudio. (8)

Arrom C, et al (Paraguay, 2015), evaluaron la presencia de depresión en mujeres víctimas de abuso sexual que asistieron a la atención prenatal en cuatro establecimientos de salud del Alto Paraná. La investigación fue observacional y transversal, ejecutado en más de 1000 mujeres. El 55% fueron menores de 24 años; 43% nivel primario o menor nivel. Hallaron tanto la violencia de tipo psicológica, así como la violencia de tipo física se correlacionaron con el estado depresivo post parto. Concluyeron que la violencia ocasionada por el cónyuge incrementa la probabilidad de depresión post parto.(9)

Ramírez E. (Colombia, 2012), estableció el tipo de relación entre la violencia marital en las féminas y el desarrollo de depresión puerperal en un Hospital de Bogotá. El estudio fue de correlación en 81 mujeres en la etapa del post parto. Se estableció que el 55% de madres fueron maltratadas, el 17.1% sufrió violencia física del cónyuge encontrándose correlación positiva con la depresión, el 55% sufrió violencia verbal hallándose correlación positiva con la depresión puerperal, siendo la fragilidad emocional, el estado ansioso e inseguridad y la confusión mental las dimensiones comprometidas. Se encontró correlación entre depresión puerperal y violencia marital.(10)

Atencia S. (Perú, 2015), evaluó determinantes de la salud asociados a la presencia de depresión en la etapa puerperal en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión. La investigación de caso-control se realizó en 180 pacientes divididos en dos grupos, un grupo de mujeres con depresión y el otro sin depresión. Entre los resultados se halló que la violencia del cónyuge, incrementa hasta en tres veces la probabilidad de presentar depresión postparto. Concluyeron que la deficiente relación conyugal que incluye la violencia verbal y la falta de apoyo económico del cónyuge repercute en la presencia de depresión en el puerperio. (11)

Vásquez G, (Cajamarca, 2015), analizó si la presencia de violencia intrafamiliar incrementó la probabilidad de depresión en la etapa de puerperio, en el Hospital Regional

de la ciudad de Cajamarca, el 2014. Fue un estudio caso- control, en 144 mujeres post parto (48 casos y 96 controles). El porcentaje de agresión intrafamiliar con estado depresivo puerperal fue 48% y sin estado depresivo postparto 18.9%. Concluyó que la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo para el estado depresivo en el puerperio. (12)

1.3 Teorías relacionadas al tema

En la legislación peruana vigente según la Ley N° 26260, establece una serie de artículos acerca de las formas de protección ante la presencia de la violencia familiar, definiéndola como "cualquier acción u omisión que ocasione daño, también incluye la violencia de tipo sexual, originada entre cónyuges o ex cónyuges, familiares hasta el cuarto grado de relación consanguínea y segundo de afinidad; quienes moran en el mismo domicilio, siempre y cuando no existan relaciones contractuales o laborales; como también quienes tengan hijos, independientemente si continúan conviviendo o no cuando se produce el acto violento". (13)

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud sobre salud y violencia doméstica contra las mujeres en el embarazo, hallaron que la prevalencia en Japón fue 1%, mientras que para Australia, Dinamarca, Camboya y Filipinas fue 2%, Uganda 13%, en Egipto 32%, seguido por India y Perú (28%), Arabia Saudita (21%) y México (11%). En el África es otra realidad, una revisión reciente de estudios clínicos de África reportaron prevalencias entre 23 y 40% de violencia física, entre el 3 y 27% violencia sexual y entre el 25 y 49% violencia psicológica de parte de la pareja durante el embarazo.(14)

Existen varios factores que se relacionan con la violencia familiar en las mujeres gestantes, para poder comprender esta situación dichos riesgos se dividen en cuatro esferas. En la esfera individual se consideran factores de riesgo, los bajos ingresos de tipo económico, el bajo nivel de instrucción, la adolescencia, el estado civil de soltera o separada, también se describe la personalidad antisocial, la depresión psicológica, el

consumo de alcohol, tabaco y drogas alucinógenas. En la esfera relacional se incluye el tener varias parejas simultáneamente, infidelidad marital, demasiada pasividad ante la pareja. En cuanto a la esfera comunitaria se incluye la pobreza, débil respuesta de la comunidad ante las agresiones y finalmente la esfera social que involucra factores como leyes y normatividad tradicional de género y leyes sociales que propician y permite la violencia familiar.(15)

La violencia familiar que ocurre durante la gestación, puede poner en riesgo la integridad materna como la del feto o embrión, consideran que en esta etapa los golpes van dirigidos principalmente a partes anatómicas de la mujer como las mamas, los genitales femeninos y la zona abdominal. Entre los efectos considerados como complicaciones producto de la violencia se halló la baja ganancia de peso materna, depresión puerperal, enfermedades infecciosas en la vagina, útero y vías urinarias, hemorragias vaginales, traumatismo del abdomen, sangrado en zonas agredidas, reactivación de patologías crónicas, complicaciones durante el periodo del parto, incumplimiento de la atención prenatal, aborto de tipo espontáneo, bajo peso al nacimiento, rotura de membranas oculares, incluso puede ocurrir el deceso de la víctima.(16)

Los actos de violencia dirigidos contra la madre y el niño(a) representan una violación de los derechos que tiene el ser humano, vulnerando la libertad fundamentales Para conceptualizar la violencia contra el niño y la mujer, expresión retrograda de la dominación del más fuerte o género masculino, que incluye un estado de dependencia de grupos vulnerables mencionados anteriormente, incluso se considera la afectación de autonomía, la libertad para la toma de decisiones y la preservación de la salud. Esta violencia ocurre de diversas modalidades difiriendo en el escenario donde acontecen los efectos que ocasiona; también es necesario establecer que criterios dispone la sociedad como violencia. (17)

Uno de los tipos de maltrato es el físico que consiste en agredir intencionadamente, para lo cual se hace uso de algún sector de cuerpo, objetos, elementos contundentes,

armas o material para atar, detener u ocasionar lesión a la integridad corporal del otro individuo, con el fin de someterlo y controlarlo. Otro tipo es el maltrato emocional considerado como la aplicación de un patrón conductual que consiste en acciones u omisiones continuas o repetitivas, expresadas en forma de prohibición, coacción, condicionamiento, intimidación, amenaza, abandono, ocasionando en el agredido, daño, decadencia o debilitamiento a su configuración de identidad. También se incluye agresiones de tipo verbal reiterada u ocasional, que traten de alcanzar el control y someter al individuo conllevándolo a la aceptación o sumisión (18).

Para diferenciar la violencia de tipo psicológica con la de tipo emocional, la primera ocurre dentro de un escenario de violencia corporal, por consiguiente aparece tras amenazar, intimidar, gritar etc., caracterizándose por ser repetitivo ocasionando pavor. La segunda, se da como típico perfil de atropello, sin presencia previa de abuso de tipo corporal. Esta diferencia es significativa en la observación de la coexistencia de la violencia (más de una manera de violencia simultánea) y de la crueldad (intensidad). (19).

Referente a la agresión a la mujer, existen diversas teorías que intentan dilucidar la existencia de agresión en contra de las femeninas, sin embargo el discernimiento de los orígenes son aún limitadas y escasas. Existe el componente teórico psicológico que asigna la problemática a presencia de trauma y problema sanitario incluye los mentales. “Aprendizaje” es el aspecto teórico que estipula la violentarían en situaciones vividas a partir de la niñez en el entorno familiar y humanidad. El género teóricamente asigna el dilema de desigualdad en el dominio entre la fémina y el varón, como cónyuge. En cuanto a la psicología establece la problemática en el componente educación, nivel social y económico, tipo de ocupación entre otros. La teoría antropológica que asigna un dilema a la “tolerancia” formativa existente. (20, 21)

Coexisten prototipos engorrosos para analizar la agresión al sexo femenino. Los prototipos causantes de la agresión en la familia y de sexo se incluyen en 3 prototipos esclarecedores. Los prototipos especiales (teoría del aprendizaje y sicológica): estos

prototipos predominan composturas individuales de las personas comprometidas en un vínculo de agresión que tienden a relacionarse con la drogadicción, alcoholismo, desocupación, discrepancia, desilusión, trastorno psicopatológico, insuficiente control propio. Orientándose a la mezcla de trastornos psicopatológicos personales, como también de conductas aprendidas durante la niñez. Los Arquetipos Familiares (teorías de género): estos prototipos mencionan ciertas peculiaridades propias que debe examinarse los nexos generados en el centro familiar. Al examinar la problemática familiar es posible identificar los elementos de disputa, mejorando la intercomunicación y evitar los surgimientos violentos. (22)

Para diagnosticar la violencia intrafamiliar existen muchos instrumentos para su medición. En el Perú, el Ministerio de Salud, está utilizando el Test VIF, instrumento validado para el tamizaje de presencia de violencia intrafamiliar, este documento es utilizado para detección de ser víctima de violencia tanto en adolescentes como adultos.(23)

Uno de los efectos de la violencia familiar es la depresión post-parto, que se define como el estado de depresión de tipo mayor, que ocurre dentro de las cuatro primeras semanas posteriores al parto. A pesar de incidencia y relevancia, esta enfermedad ha sido estudiada con poco interés, llegándose a sub diagnosticarse, debido a su etiopatogenia débilmente esclarecida. Entre sus determinantes más resaltantes refieren historia previa de síndrome depresivo, violencia marital, hechos vitales estresantes, percepción de falta de apoyo de parte de redes de sociales en la gestación, falta de soporte emotivo y soporte económico del cónyuge en la etapa gestacional, ser madre abandonada o estado civil de soltería, así como bajo nivel socioeconómico.(24)

La prevalencia de la depresión postparto, depende de ciertos determinantes de la salud, los cuales dependen del método de investigación aplicada y el grupo poblacional investigado. En una revisión sistemática donde se evaluaron cerca de cuarenta estudios que incluyó 20,043 mujeres, se halló que la prevalencia de depresión posterior al parto fue 22% (mientras que la final de las dos primeras semanas postparto se redujo a 19%.

Entre los determinantes de la salud asociados a la depresión posparto se incluyó las dificultades financieras, violencia familiar, antecedente de enfermedades psiquiátricas, conflictos maritales, deficiente apoyo del cónyuge y el nacimiento de una mujer. (25)

1.4 Formulación del problema

¿Qué asociación existe entre violencia familiar y depresión puerperal en pacientes del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón?

1.5 Justificación del estudio

El presente estudio es conveniente porque ayudará a conocer en qué medida la violencia dentro de la familia constituye un factor que conlleva a que la madre tenga una depresión post parto. Son escasas las investigaciones desarrolladas en el ámbito regional como local especialmente en la provincia del Santa, por ese motivo los resultados obtenidos servirán para implementar y fortalecer mediante un enfoque integral tanto de la madre, el neonato y los integrantes de la familia que permita disminuir la práctica violenta, con el fin de disminuir el efecto negativo como es la depresión post parto.

1.6 Hipótesis:

La violencia familiar se asocia con depresión puerperal, en pacientes del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general:

Evaluar la asociación entre violencia familiar y depresión puerperal en pacientes del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

1.7.2 Objetivos específicos:

- Estimar el porcentaje de mujeres con depresión puerperal expuestas a violencia familiar.
- Estimar el porcentaje de mujeres con depresión puerperal no expuestas a Violencia familiar.
- Estimar la asociación de depresión puerperal en los dos grupos de estudio.

II. MÉTODO:

2.1 Diseño de investigación

Tipo de investigación: Básica

Diseño de investigación: Estudio de caso control

2.2. Variables y operacionalización

Variable independiente: violencia familiar

Variable dependiente: depresión puerperal

Operacionalización de variables:

Variable	definición conceptual	definición operacional	Indicadores	escala de medición
Depresión post parto.	Es un trastorno del estado de ánimo, que ocurre dentro de las cuatro semanas posterior al parto. (24)	Se determinó con puntaje menor a 10, aplicando el test de depresión post parto de Edimburgo Puntaje menor a 10 sin depresión, Puntaje igual o mayor a 10 con depresión	1. Con depresión 2. Sin depresión	Cualitativo Nominal
Violencia familiar	Cualquier acción u omisión que ocasione daño, incluye la violencia de tipo sexual, originada entre: cónyuges o ex cónyuges, familiares hasta el cuarto grado de relación consanguínea y segundo de afinidad. (13)	Se determinó considerando el test VIF del Ministerio de Salud en el cual la sola presencia de una pregunta que indique violencia se considera positiva	1. Con violencia familiar 2. Sin violencia familiar	Cualitativo Nominal

2.3 Población y muestra

La población estuvo integrada por 1035 puérperas atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón en el periodo 2017; dato obtenido usando el promedio anual de puérperas en los últimos tres años.

Se consideraron 48 casos con depresión post parto y 48 sin depresión post parto, visto que por cada caso hay dos controles, será 96 puérperas, según la aplicación de la fórmula de tamaño de muestra (26) (Anexo 1).

La unidad de análisis fue la puérpera atendida en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

El muestreo fue aleatorio simple tanto para los casos como para los controles.

Criterios de selección

Criterios de inclusión para casos

Puérpera que presentó depresión post parto

Criterios de inclusión para controles

Puérpera que no presentó depresión post parto

Criterios de exclusión

Puérpera de parto domiciliario

Puérpera en tratamiento psicológico antes del parto

Puérpera con discapacidad, problemas en comunicación (sordomuda).

Puérpera cuyo neonato falleció o presentó malformaciones congénita o presentó óbito fetal.

2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica consistió en la revisión de historias clínicas y la aplicación del test de Edimburgo.

Se obtuvo el respectivo permiso dirigida a los directivos del nosocomio con la finalidad de acceder a las instalaciones como también al sistema informático donde se halla registrado las patologías según CIE 10. Una vez identificado los casos, se continuó con su muestreo teniendo en cuenta los criterios de selección así como el tamaño establecido. También se obtuvo los controles considerando ciertos criterios de homogeneidad, entre los que se ubica la depresión pos parto, la edad cronológica materna y el tiempo en el cual ocurrió el parto.

En cuanto a la ficha de recolección, se elaboró considerando las variables de estudio. El primer componente contiene datos referentes a la historia clínica familiar de la puérpera, la edad cronológica materna, También se incluyó el test de violencia familiar y el último tramo contiene información acerca de la violencia familiar consta de 40 preguntas divididos en tres aspectos: la violencia física, la violencia sexual y psicológica (23) (Anexo N° 2), Mientras que el test de depresión postnatal de Edimburgo que tiene 10 preguntas (27) (Anexo N°3)

Validación y confiabilidad del instrumento

En el caso del test violencia intrafamiliar ha sido validado por el MINSAL. (23) (Anexo N°2). El Test de Edimburgo fue validado por diversos estudios indicando que el referido test escala presenta una sensibilidad y especificidad de entre el 70 hasta el 85% según el punto de corte de 11 y que consistencia mediante el alfa de Cronbach, muestra un valor de 0.79 y es considerado un nivel óptimo (27) (Anexo N° 3)

2.5. Método de análisis de datos.

En este estudio se estableció las frecuencias relativas como los porcentajes, para luego usar el Ji cuadrado, con el fin de establecer la existencia diferencias estadísticas menor a $p=0.05$, posteriormente se procedió a establecer el Odds Ratio con su intervalo correspondiente al 95%. (28)

2.6. Aspectos éticos

Una vez que se obtuvo la aprobación jefatural del Director del Centro hospitalario se inició con la recolección de datos. Así como la declaración de Helsinki aplicándose el principio 10, referente a la investigación médica se protegerá la salud, vida, intimidad y dignidad humana, como también el principio 21, que señala el respeto al derecho de protección de identidad. De la misma manera se incluyó el consentimiento informado (29).

III. RESULTADOS

Tabla 1.- Asociación entre violencia familiar y depresión puerperal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

Violencia familiar	Depresión post parto				total	
	Si		No			
Si	13	27.1%	5	10.4%	18	18.8%
No	35	72.9%	43	89.6%	78	81.3%
Total	48	100.0%	48	100.0%	96	100.0%

Ji cuadrado $X^2 = 4.38$, $p = 0.033$

Odds rattoo OR= 3.19 IC95%: 1.04 - 9.03

La depresión puerperal está asociada a violencia familiar.

Fuente: Historias clínicas de pacientes del área de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Eleazar Guzman Barrón. Nuevo Chimbote

IV.- DISCUSIÓN

El resultado obtenido en este estudio, que señala que la violencia familiar se asocia con la depresión puerperal como factor de riesgo es corroborada por investigaciones previas, como las publicación de Santacruz M, et al en Ecuador, quienes hallaron un OR=3.8 (8). Así mismo Arrom C, et al en Paraguay al manifestar que la violencia familiar especialmente la ocasionada por el cónyuge incrementa la probabilidad de depresión post parto (9).

El Hospital Eleazar Guzmán Barrón, es un hospital referencia de una población aproximada de 200,000; que brinda atención no solamente para Chimbote, atiende también las provincias de Huarmey, Casma y Santa, así como los valles interandinos de Caraz, Sihuas, Yungay entre otros. A continuación los resultados del presente estudio.

En la Tabla 1 se describe que la frecuencia de mujeres con depresión puerperal expuestas a violencia familiar fue 27.1%; porcentaje menor a otras investigaciones que reportaron porcentajes mayores como Vásquez G, en Cajamarca con 48% (12), así como Santacruz M, et al en Ecuador con 43.8% (8) y Ramírez E. en Colombia con 55% (10).

En primer lugar la variación de la frecuencia de mujeres con depresión puerperal, expuestas a violencia familiar puede variar, dependiendo de las características familiares y sociales del entorno. Hay que tener en cuenta que las mujeres con depresión puerperal que sufren violencia va incrementarse en la medida que dicha mujer tenga bajos ingresos de tipo económico, bajo nivel de instrucción, sea adolescente soltera o separada, como también describa una personalidad antisocial, empeorando si hay depresión psicológica, consumo de alcohol, tabaco y drogas alucinógenas. Además la esfera social que involucra factores como leyes y normatividad tradicional de género y leyes sociales que propician y permite la violencia familiar (14, 15).

Por su parte Ramírez E. en Colombia, también encontró una correlación positiva entre la violencia marital y la depresión puerperal o post parto (10). Investigaciones en el ámbito nacional confirman dicha tendencia como el de Atencia S. hallaron que la violencia verbal y la falta de apoyo económico del cónyuge repercute en la presencia de depresión post parto (11). Finalmente Vásquez G, concluyó que la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo para el estado depresivo post parto tras hallar un $OR=3.7$. Estadísticamente los estudios previos tienen similitud en cuanto a la estimación de riesgo (9).

La depresión post parto per se, es producto de variaciones fisiológicas ocasionadas por las hormonas femeninas reproductivas, que condicionan a la mujer a tener o instalarse un estado depresivo, el cual es potenciado por el comportamiento agresivo del entorno familiar, especialmente por el cónyuge. Más aun esta depresión se potencia si hay discrepancias, desilusiones, trastornos psicopatológicos e insuficiente control propio.(23, 24)

V.- CONCLUSIONES

- La violencia familiar está asociada a depresión puerperal.
- El porcentaje de mujeres con depresión puerperal expuestas a violencia familiar fue 27.1%.
- El porcentaje de mujeres con depresión puerperal no expuestas a Violencia familiar fue 72.9%.

VI.- RECOMENDACIONES

1. Difundir los resultados de la presente investigación entre el personal de salud de manera que se pueda implementar mejoras en la consejería psicológica y familiar especialmente en mujeres que señalan ser víctimas de violencia familiar con la finalidad de disminuir la posibilidad de tener depresión post-parto.
2. Realizar estudios que permitan estimar la presencia de otros factores o determinantes de la salud involucrados en el desarrollo de la depresión post parto.

VII. REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, DC : OPS-OMS, 2013. (Citado 3 de Junio del 2017). Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf
2. De Castro F, Place J, Hinojosa N, Billings D. Violencia de pareja durante el embarazo y depresión postnatal: prevalencia y asociación en mujeres mexicanas. Rev Género y Salud en Cifras 2013 (Citado 1 de Junio del 2017).; 12(3):13-22. Disponible en: <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14839/SepDic14.pdf#page=15>
3. Ministerio de Salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento Santiago de Chile: MINSAL, 2014. (Citado 4 de Junio del 2017). Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
4. Flores J, Zumaeta J. Violencia basada en género y depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2017. Tesis. Lima Universidad Norbert Wiener 2017. (Citado 2 de Junio del 2017). Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1025/TITULO%20-%20Flores%20Santamaria%2C%20Jahaira%20Anali.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Vera J, Centurión D. “Influencia de las características sociodemográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital II Essalud Tarapoto y Hospital Minsa II - 2 Tarapoto. Setiembre 2015 - Enero 2016. [Tesis]. [Tarapoto], Universidad Nacional de San Martín. 2016 (Citado 2 de Junio del 2017). Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/1860/ITEM%4011458-996.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Miura A, Fujiwara T. Intimate Partner Violence during Pregnancy and Postpartum Depression in Japan: A Cross-sectional Study. Front Public Health. 2017;5: 81.(Citado 13 de octubre 2018), Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5401869/>
7. Doğan S, Alataş E. Günay G. Bulut S. The relationship between postpartum depression and intimate partner. Violence J Clin Anal Med 2017 (Citado 2 de octubre

- del 2018) ;8(2): 168-71. Disponible en: <http://www.jcam.com.tr/files/JCAM-4801.pdf>
8. Santacruz M, Serrano F. Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014. [Tesis]. [Ecuador]. Universidad de Cuenca. 2015. (Citado 22 de Mayo del 2017). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>
 9. Arrom C, Ruoti M, Samudio M, Orué E, Arrom C. Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual. Memorias del Instituto de. Investigación de. Ciencias de. Salud. 2015 (Citado 17 de Mayo del 2017); 13(3):82-87. Disponible en <http://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/637/1068>
 10. Ramírez E. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. [Tesis de Maestría]. [Bogotá]. Universidad Nacional de Colombia 2012. (Citado 17 de Mayo del 2017). Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8905/1/539374.2012.pdf>
 11. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante abril – junio, 2015. [Tesis]. [Lima]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. (Citado 19 de Mayo del 2017); Disponible en. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4355/1/Atencia_os.pdf
 12. Vásquez G, Disfuncionalidad y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal, Hospital Regional De Cajamarca, Perú 2014. [Tesis]. [Trujillo]. Universidad César Vallejo. 2015 (Citado 15 de Mayo del 2017); Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/896/702>
 13. Congreso de la Republica. Ley N° 29282 ley que modifica el texto único ordenado de la ley de protección frente a la violencia familiar, Ley N° 26260, y el código penal. Lima. 2009.
 14. World Health Organization Intimate partner violence during pregnancy Information sheet. Genève, WHO. 2011. (Citado 17 de Mayo del 2017); Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf.

15. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres qué hacer y cómo obtener evidencias. Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. OMS. 2012
16. Organización Panamericana de la Salud. La violencia doméstica durante el embarazo, Programa Mujer, salud y desarrollo. OPS. 2012. (Citado 17 de Mayo del 2017); Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsamat/VAWPregnancysp.pdf>
17. Blanco P. Ruiz C. La violencia contra las mujeres: prevención y detección, como promover desde los servicios sanitarios. España. Ediciones Díaz de Santos. 2010
18. Fernández M, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Bentata L, García J, et al Violencia doméstica. Barcelona Dirección General de Salud Pública. 2013
19. Jorge L, Alméras D, Bravo R, Milosavljevic V, Montaña S. Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas 2012
20. Programa de prevención de violencia familiar. Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención, Buenos Aires, Secretaria de Salud. 2011
21. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A. Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. Publicación Científica y Técnica No. 588. Organización Panamericana de la Salud. 2010.
22. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington Organización Panamericana de la Salud. 2009.
23. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la atención de las personas afectadas por violencia basada en género. Dirección General de Promoción de la Salud, MINSA, 2007.
24. Vargas J, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009 (Citado el 5 de Mayo del 2016);3(1):11-8.; Disponible en: http://www.conductitlan.net/43_depresion_post_parto_presencia_manejopsicologico.pdf
25. Prakash R, Chowdhury R, Salehi A, Sarkar A, Singh S, Sinha E. Depresión posparto en India: una revisión sistemática y un metaanálisis. Boletín de la Organización

- Mundial de la Salud 2017 (Citado 15 de Mayo del 2017); 95(10): 665-728. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/10/17-192237-ab/es/>
26. Pértegas S, Pita S, Fernández P. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. AIMS. 2002 Sep; 9: 148-50.
27. Bazako L. Análisis de escalas diagnósticas para la identificación del postparto blues. Lejona. Universidad del País Vasco. 2016 (Citado 17 de Mayo del 2017); Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/20705/TFG-VF%20Lierni%20Bazako.pdf?sequence=2>
28. Hernández R, Fernández P Baptista C. Metodología de la investigación 5ª ed. Editorial Mac Graw Hill. 2010
29. Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 (Citado 4 de Mayo del 2017). Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

ANEXO 1

Tamaño de muestra

La muestra se calculará mediante la fórmula de casos y controles (26) que a continuación se describe.

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$$Z\alpha = 1.96$$

$$Z\beta = 0.84$$

$$P_1 = 0.477 \text{ Según Vasquez G. }^{10}.$$

$$P_2 = 0.189 \text{ Según Vásquez G. }^{10}.$$

$$P = (p_1 + p_2) / 2$$

$$n = 48$$

Ficha de Tamizaje – Violencia Familiar y

Maltrato Infantil

FECHA:.....DISA:.....ESTABLECIMIENTO:.....H.CL:.....

SERVICIO: EMERGENCIA: PEDIATRIA: RED: OTROS:

NOMBRE DEL USUARIO.....GRAD. INST.....EDAD:.....SEXO: MASCULINO FEMENINO

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor conteste a estas preguntas:

Pregunte:		
A la joven o el joven:		
¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Quién? _____		
Si es padre o madre de familia:		
¿Su hijo es muy desobediente?.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe		
<p style="text-align: center;">Físico</p> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables. <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.	<input type="checkbox"/> Retraimiento. <input type="checkbox"/> Llanto frecuente. <input type="checkbox"/> Exageradas ganas de ganar o sobresalir.	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio. <input type="checkbox"/> Uso de alcohol u otras drogas, tranquilizantes y analgésicos.

<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables. <input type="checkbox"/> Marca de mordeduras. <input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, etc. <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejilla, ojos, entre otros. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño) <input type="checkbox"/> Problemas con el apetito. <input type="checkbox"/> Enuresis en niños. <p style="text-align: center;">Psicológico</p> <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo. <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia.	<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención. <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. <input type="checkbox"/> Tartamudeo. <input type="checkbox"/> Temor a los padres o a llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Ausentismo en centro de estudios/escuela. <input type="checkbox"/> Llegar temprano al centro de estudios/escuela y retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico. <input type="checkbox"/> Aislarse de las personas.	<p style="text-align: center;">Sexuales</p> <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Embarazo precoz. <input type="checkbox"/> Aborto o amenaza de abortos. <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual. <input type="checkbox"/> Negligencia. <input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes. <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño. <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño y hambre.
<p>Fecha:...../...../..... Derivado por:..... Firma:.....</p> <p>Nombre del personal de la salud que atendió el caso:.....</p>		

ANEXO 3

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|---|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas | No, nada |
| Tanto como siempre | 6. Las cosas me oprimen o agobian |
| No tanto ahora | Sí, la mayor parte de las veces |
| Mucho menos | Sí, a veces |
| No, no he podido | No, casi nunca |
| 2. He mirado el futuro con placer | No, nada |
| Tanto como siempre | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir |
| Algo menos de lo que solía hacer | Sí, la mayoría de las veces |
| Definitivamente menos | Sí, a veces |
| No, nada | No muy a menudo |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien | No, nada |
| Sí, la mayoría de las veces | 8. Me he sentido triste y desgraciada |
| Sí, algunas veces | Sí, casi siempre |
| No muy a menudo | Sí, bastante a menudo |
| No, nunca | No muy a menudo |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo | No, nada |
| No, para nada | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando |
| Casi nada | Sí, casi siempre |
| Sí, a veces | Sí, bastante a menudo |
| Sí, a menudo | Sólo en ocasiones |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno | No, nunca |
| Sí, bastante | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma |
| Sí, a veces | Sí, bastante a menudo |
| No, no mucho | A veces |
| | Casi nunca |
| | No, nunca |