



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Depresión y Violencia de pareja en Gestantes, con embarazos deseados y no deseados, en contexto de pandemia COVID-19

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Solano Fernández, Marcela Gabriela (ORCID: 0000-0002-5135-9932)

ASESORA:

Dra. Chávez Ventura, Gina María (ORCID: 0000-0002-4638-3487)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materno Perinatal

TRUJILLO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado:

A Dios quien permite todo en nuestras vidas.

A mis padres, por todo sus cuidados y enseñanzas,

Y en especial a mi Mamatita,

por su apoyo constante, por ser ejemplo de vida.

A mis tías Delia, Víctor, Nery, Frida, Reene, gracias

por sus constantes oraciones y apoyo.

A mis hermanos y sobrinos por ser mi alegría.

Agradecimiento:

A Dios, quién es el amigo que nunca falla,
a mis padres, tíos, hermanos, sobrinos
y a todos quienes confiaron y confían en mi
persona.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo	14
3.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	16
3.5. Procedimiento	18
3.6. Método de análisis de datos	18
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS.....	20
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	28
VII. RECOMENDACIONES	29
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en el total de participantes.

Tabla 2. Datos sobre factores psicosociales en gestantes con embarazos deseados y no deseados

Tabla 3. Datos sobre la frecuencia de la depresión y la violencia en gestantes

Tabla 4. Frecuencia según tipos de las violencias en las gestantes

Tabla 5. Relación entre depresión y tipos de violencias de pareja entre gestantes de embarazos deseados y no deseados

RESUMEN

La depresión y la violencia son problemas de salud pública, están presentes a nivel mundial. **Objetivo:** analizar la relación de la depresión y la violencia de pareja en gestantes, y su frecuencia con embarazos deseados y no deseados, durante el contexto de pandemia COVID-19. **Metodología:** estudio descriptivo transversal analítico, realizada en 75 gestantes que acudieron al control prenatal del Hospital Distrital de Laredo. Se recolectó datos sociodemográficos y ginecobstétricos en base a un cuestionario, la Escala de depresión de Edimburgo para la evaluación de depresión, y Women Abuse Screening Tool para evaluar la violencia de la pareja. **Resultados:** la frecuencia de depresión en embarazos deseados fue de 17% (n=6), y en no deseados 28% (n=11). La violencia de mayor frecuencia fue la psicológica en ambos grupos de gestantes, 54% gestantes con embarazos deseados y 68% de no deseados; En los embarazos no deseados, existe una relación mediana entre la depresión y la violencia física; una relación pequeña entre la depresión y la violencia psicológica y económica; y, relación nula entre la depresión con la violencia sexual. En los embarazos deseados, se reportó una relación pequeña entre la depresión y la violencia psicológica y sexual; y, relación nula entre la depresión y la violencia física y económica. **Conclusiones:** la frecuencia de depresión fue mayor en embarazos no deseados; el tipo de violencia más frecuente fue la psicológica y existe relación mediana entre depresión y violencia física en embarazos no deseados.

Palabras clave: Síntomas depresivos, violencia de pareja, embarazo (DeCs Bireme).

ABSTRACT

Depression and violence are public health problems, they are present worldwide.

Objective: to analyze the relationship between depression and intimate partner violence in pregnant women, and their frequency with wanted and unwanted pregnancies, during the context of the COVID-19 pandemic. **Methodology:** analytical cross-sectional descriptive study, carried out on 75 pregnant women who attended prenatal care at the District Hospital of Laredo. Sociodemographic and gynecological data were collected based on a questionnaire, the Edinburgh Depression Scale for depression assessment, and the Women Abuse Screening Tool to assess partner violence. **Results:** the frequency of depression in wanted pregnancies was 17% (n=6), and in unwanted 28% (n=11). The most frequent violence was psychological in both groups of pregnant women, 54% pregnant women with wanted pregnancies and 68% unwanted; In unwanted pregnancies, there is a medium relationship between depression and physical violence; a small relationship between depression and psychological and economic violence; and, no relationship between depression and sexual violence. In wanted pregnancies, a small relationship between depression and psychological and sexual violence was reported; and, null relationship between depression and physical and economic violence. **Conclusions:** the frequency of depression was higher in unwanted pregnancies; the most frequent type of violence was psychological and there is a medium relationship between depression and physical violence in unwanted pregnancies.

Keywords: Depressive symptoms, intimate partner violence, pregnancy (DeCs Bireme).

I. INTRODUCCIÓN

La presencia de una nueva pandemia producto del coronavirus-2 (SARS-CoV-2), más comúnmente conocido como COVID-19, provocó alarma en el mundo entero, y motivó medidas para preservar la salud de la población; en muchos países se optó por el confinamiento estricto provocando una forma diferente de convivir, y con ello aparecieron diferentes formas y grados de angustia y otros problemas de salud mental. ¹

El interés por la salud mental de las personas, debido a los nuevos procesos de convivencia, producidos por la pandemia del COVID-19, ha provocado la ejecución de diferentes estudios en grupos vulnerables, como son las mujeres, y mujeres gestantes, en quienes es frecuente la ansiedad y la depresión; encontrando un aumento significativo de estos trastornos, como también el aumento de violencia, problemas en la economía entre otros aspectos, así lo señalan estudios como el de Molgora S, Accordini M, Lebel et al, Kotlar et. al ^{1,2,3}

La depresión es una de las causas importantes de morbilidad e imposibilidad laboral a nivel mundial, estimándose que 300 millones de seres humanos la padecen ^{4,5}, su frecuencia en la población femenina se encuentra a razón de dos a uno con respecto al hombre, su prevalencia en edad adulta (18 a 44 años) concuerda con la edad reproductiva en la mujer, de tal manera que la gestación y el puerperio representan momentos importantes para la aparición⁶de una primera sintomatología depresiva o de recurrencias en estas etapas. ⁷

Antes de la pandemia, la prevalencia de depresión gestacional era 11,9%; en países de Europa Occidental: 8,6%, en Medio Oriente:19,5%, y en Asia del Sur: 17.5%; la prevalencia en Latinoamérica era 29%, y en Perú, 44%, (3) (4) además, la depresión prenatal varía de acuerdo al contexto, estimándose tasas altas de 35 a 40% en población femenina de bajos recursos económicos, así como una mayor frecuencia en poblaciones vulnerables como adolescente, minorías raciales, e infectados por VIH ⁸; en Latinoamérica se calcula en 29%, y en Perú entre 30.5 a 44%. ^{9,10}

La depresión prenatal interviene negativamente en la gestante y el feto, puede prolongarse al post parto e incluso dar lugar a secuelas en la vida de la madre y de su hijo. Es importante la valoración de los factores que la desencadenan, esto durante las atenciones prenatales, de manera especial en su primer acercamiento a los servicios de salud. ^{9,11}

Dentro de los factores asociados a la presencia de depresión se señalan a los embarazos no deseados o no planificados, factores psicosociales, conflictos matrimoniales, antecedentes de violencia, entre otros procesos generadores de estrés en la gestante. ^{9,11}

Un embarazo no planificado no es precisamente igual a un embarazo no deseado, pero produce numerosos problemas en la salud de la mujer y su hijo; relacionados a la nutrición, maltrato, desamparo, consecuencias psicológicas vinculadas a la depresión y ansiedad, incluso fallecimiento; además de periodos de mayor fecundidad, dificultades educativas y laborales que puede dar lugar a la pobreza. ^{12, 13,14}

El embarazo no planificado y no deseado, sigue siendo un problema de salud pública, 74 millones de féminas de nivel económico bajo y medio lo presentan y de ellas 25 millones terminan en abortos riesgosos y 47 000 fallecimientos maternos en el año; estudios realizados en Madrid, México, y Perú, relacionan el embarazo no deseado con la adolescencia y población adulta joven¹²

Por otro lado, la violencia contra la mujer (VCM) es otro de los problemas de salud pública, además de considerarse un atentado a los derechos humanos; se encuentra enquistado en todas las sociedades, sin tomar en cuenta condición social, raza, edad o creencia religiosa; debido al aumento de casos en diversas partes del mundo, se encuentra presente entre los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). ^{15,16}

La violencia contra la mujer, en especial la infligida por la pareja íntima (VPI), es la más frecuente y con repercusiones de importancia en la salud y en la vida de la mujer; además de correlacionarse con la unión a edad temprana, multiparidad y gestación no deseada. ¹⁶

Un 35% de fémininas a nivel mundial, ha experimentado en algún momento de su vida algún tipo de violencia, y un 30%, es decir un tercio de ellas fueron agredidas física o sexualmente hecho atribuido a la pareja; ¹⁷ la violencia tiene una prevalencia en Latinoamérica entre 17 y 53%; ¹⁸ y en el Perú, 7 de cada diez mujeres ha experimentado algún tipo de violencia, constituyéndose el país con la más alta tasa a nivel mundial. ¹⁹

La violencia en la gravidez, presenta una prevalencia de 1 a 28% en diferentes países, según reporta la Organización Mundial de la Salud;²⁰ en América Latina y el Caribe un 3 a 44% presentó algún tipo de violencia por su pareja, ¹⁵ la violencia en la gestación, se relacionan de manera positiva a muerte perinatal, y muerte del neonato. ¹⁷

La depresión así como la violencia, se han visto incrementado en la población de gestantes en momentos de pandemia COVID-19,^{22,23} en el caso de la depresión los estudios realizados en China, Turquía, Israel, México, Argentina, y Perú, ^{24,25,26,27,28,29} así lo denotan; por otra parte, el incremento de la violencia también ha sido estimada en los estudios realizados en España, Chile, Perú; ^{16,22,23} el impacto generado a nivel emocional y económico tiene repercusiones a largo plazo ^{24,25}, por lo que expertos en la materia sugieren invertir esfuerzos en la salud de niños, mujeres y población joven, mediante el uso de los medios de comunicación. ²⁶

Respecto a la relación entre la depresión y la violencia, trabajos realizados en Brasil, Chile y Perú ^{15,20, 30} muestran una significativa relación entre ambas variables, además consideran que tomar en cuenta las características de la población, el contexto de COVID-19, así como otros aspectos culturales; pueden mostrar realidades comparables que enriquezcan el panorama sobre estos aspectos de salud. En el presente estudio se plantea la pregunta si **¿existe relación entre la depresión y la violencia de pareja, en gestantes con embarazos deseados y no deseados en contexto de pandemia COVID-19?;** Teniendo en cuenta que los reportes mencionan un incremento de estos problemas de salud, así como también el de los embarazos no deseados, en el actual contexto de pandemia, pero no se sabe a ciencia cierta la magnitud de los daños en nuestra población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación de la depresión y la violencia de pareja en gestantes, con embarazos deseados y no deseados, durante el contexto de pandemia COVID-19.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Determinar las características demográficas del total de la población de estudio.
2. Identificar los datos sobre factores psicosociales en gestantes, con embarazos deseados y no deseados.
3. Identificar la frecuencia de depresión y violencia en gestantes, con embarazos deseados y no deseados, en contexto de pandemia COVID-19.
4. Identificar las frecuencias de violencias física, sexual, psicológica, y económica ejercida por la pareja en las gestantes, con embarazos deseados y no deseados, en contexto de pandemia COVID-19.
5. Determinar la relación entre la depresión y los tipos de violencia de pareja entre gestantes de embarazos deseados y no deseados.

II. MARCO TEÓRICO

La escasa evidencia sobre prevalencia de depresión, así como sus factores asociados en Etiopía, motivó el estudio transversal realizado en 541 gestantes, encontrando una prevalencia de depresión prenatal de 23,3% (126/541), mostraron una asociación positiva de la depresión y la relación marital insatisfactoria, falta de apoyo social, antecedente familiar de enfermedad mental, antecedente de depresión previa, violencia por la pareja, estado civil, y embarazo no planificado.³¹

Por otro lado, una investigación realizada durante la pandemia de COVID-19, en una población de 1114 mujeres en gestación y 256 no gestantes, en la cual se usó las redes sociales debido al confinamiento; planteó el objetivo de establecer en gestantes y no gestantes los riesgos de sintomatología depresiva, e identificar sus protectores sociales; esto a través del llenado de una encuesta, entre los resultados encontraron mayor depresión en las no gestantes (21,9%) que las gestantes (15,6%), y la depresión en las gestantes se debía a los bajos ingresos económicos, falta de empleo, la idea de enfermar de COVID-19, entre otros; y los factores catalogados como de protección mencionan el apoyo de la pareja, estilos de vida saludable, evaluación positiva ante la gravidez; concluyeron que la gestación reduciría el riesgo de sintomatología depresiva durante la pandemia.³²

Otro trabajo realizado en China, al inicio de la pandemia de COVID-19, en población gestantes, investigó la repercusión de la pandemia en la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiedad, a través de un estudio trasversal multicéntrico, utilizando la Escala de Depresión de Edimburgo. Las gestantes del estudio procedían de 25 hospitales, fueron en número de 4124 embarazadas, estaban en su tercer trimestre de gestación, y fueron evaluadas antes de declarado la pandemia (2839 gestantes) y después de hacer oficial la pandemia (1285 gestantes); los investigadores observaron que antes de la pandemia la sintomatología depresiva fue de 26% y después de la notificación de la enfermedad 29,6%, concluyendo que sucesos como el de la pandemia incrementan la posibilidad de enfermedades mentales en las gestantes.³³

Por otro lado, en el Perú, se realizó un estudio en un Establecimiento de Salud del nivel III-2, para conocer sobre la depresión perinatal en embarazadas durante el

periodo del COVID-19, contó con una muestra poblacional de 237 embarazadas, utilizaron la técnica de encuesta y aplicando la Escala de Depresión de Edimburgo (EDPS), obteniendo que un 77,2% (n= 183), de gestantes presentaban probable depresión, con riesgo límite un 11.8% (n=28) y sin depresión para depresión 11% (n=26).³⁴

En el artículo de revisión narrativa presentado por Martínez en el 2019, informa los hallazgos encontrados en 55 artículos tomados de Pubmed y LILACS, con respecto a el embarazo y su relación con la depresión, sus causas, características clínicas, así como sus complicaciones y tratamiento. Refiere el autor que en Sudamérica la prevalencia estaría alrededor del 29%, las dificultades para su identificación estarían dadas por la similitud con los síntomas del embarazo y dentro de los factores que motivan su aparición predominaría la violación, el embarazo precoz edad y agresión doméstica; el autor resalta la importancia de dedicar mayores esfuerzos al diagnóstico de manera temprana y disminuir complicaciones obstétricas.⁶

Además de los estudios que denotan la prevalencia de la depresión en la gestación, podemos mencionar que otros estudios consideran que los factores psicosociales, y entre ellos la violencia sería un predictor para padecer de depresión. Con respecto a la prevalencia de violencia podemos citar los siguientes estudios:

El estudio realizado en la atención primaria de centros de salud de Chile, en el 2021, determinó la frecuencia de actos violentos en contra de la mujer gestante y en periodo de puerperio, fue un estudio transversal observacional analítico, en el cual participaron 279 gestantes, encontrando que el 5,7% fueron víctimas de violencia, y el principal agresor fue la pareja, encontraron asociación entre los siguientes antecedentes: violencia en la niñez, condición migrante, sin apoyo del cónyuge, el consumo de alcohol por la pareja,²³

Por otro lado, en la investigación realizada por Nunes et al., en 233 gestantes brasileñas de 10 a 49 años, encontraron una prevalencia de 33,0% de violencia del compañero sexual durante el embarazo, siendo la de mayor frecuencia la violencia psicológica 19,9%, en edades menores a 20 años, asociándose como causa desencadenante de la violencia el consumo de drogas ilícitas.³²

En la investigación analítica transversal realizada por Barzola, en el 2020 en una población de puérperas, se estimaron los datos por regresión de Poisson en la etapa gestacional la prevalencia de violencia alcanzó el 29.44% ,siendo la pareja el principal agresor, de los tipos de violencia la psicológica alcanzó la mayor prevalencia con 27,78%, se encontró factores predisponentes tales como: sentimiento de tristeza, fracaso en el desarrollo personal, acusación de infidelidad, no recibir el afecto esperado, y considerar que nadie debe involucrarse ni enterarse de sus problemas.³³

Otro estudio realizado en Perú, por Peña en el 2018, en 321 gestantes, encontró una prevalencia de violencia por la pareja de 19,3%, el rango de edad en el que se presentó mayor agresión fue entre edades de 20 a 34 años (61,3%), de las cuales el 62,9% eran convivientes, y amas de casa 93,5%, el tipo de violencia más frecuente que padecían las gestantes fue la psicológica con un 10,3%, y dentro de las asociaciones demostradas por el investigador están la edad materna, su estado marital, el lugar donde vive, ser violentada en la niñez o presenciar maltrato entre los progenitores. ³⁴

Cabe resaltar que tanto la violencia doméstica como la de pareja, en nuestro país tiene alta prevalencia, por su parte el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), hace mención que el 63,2% de féminas entre edades de 15 a 49 años en el transcurso de su vida habría sufrido de algún tipo de violencia por su compañero sexual, y según el tipo de violencia menciona que tiene mayor frecuencia la psicológica con 58,9%, seguida de la física 30,7% y un 6,8% de violencia sexual; los datos anteriormente mencionados así como el número de feminicidios no ha mermado a pesar de las legislaciones en nuestro país. ³⁵

El contexto de la pandemia, ha generado estudios que demostrarían el aumento de la violencia y en especial de la violencia ejercida por la pareja, se presenta a continuación estudios sobre el tema.

El estudio efectuado por Da Silva, et al, en Brasil en el año 2020, evaluaron la existencia de sintomatología depresiva en población gestante asociándola a violencia conyugal, se obtuvo datos por regresión logística, el estudio contó con 65 gestantes, de las cuales el 41,5% presentaron depresión y se relacionó con la

violencia conyugal, otros factores relacionados tenemos: ser soltera, nivel bajo de escolaridad, bajo ingresos familiares, embarazo no deseado ⁽²²⁾

En Etiopia para el año 2019, Belay S, et al, presentaron un estudio transversal en 589 gestantes, evaluaron la prevalencia global de violencia de pareja la cual fue del 21% , además una prevalencia de 6,8% de sintomatología depresiva usando la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) usando un punto de corte mayor de 13 puntos, la violencia conyugal fue más en mujeres rurales, gestantes con exposición de violencia por los progenitores, gestantes con embarazo no deseado, pareja consumidor de alcohol, los autores concluyeron que existe un riesgo mayor de depresión en gestantes expuestas a violencia de pareja ⁽³⁶⁾

Por otro lado, en el Cajamarca-Perú, Mori realizó su investigación en 70 gestantes usuarias del servicio de ginecoobstetricia, encontrando una relación positiva entre las variables de violencia psicológica y depresión en la gestante, siendo la frecuencia de depresión para esta población de 27% y 73% no tenían depresión al momento del estudio, por otra parte, evidenció mayor prevalencia de violencia y depresión en gestantes de bajo nivel de instrucción y mayor frecuencia de embarazo no planificado relacionado a violencia psicológica. ³⁷

El estudio observacional, analítico que usó los datos de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Endes 2018), con el fin de conocer que consecuencias trae la depresión y la violencia doméstica en Lima provincia, en población femenina de 15 a 49 años de edad, la investigadora encontró que 338 féminas fueron víctimas de violencia dentro del hogar, siendo la violencia psicológica la que tuvo mayor frecuencia con 34.7% y de estas el 81,2% tuvieron depresión, además encontró asociación con la edad, estado marital soltera, violencia doméstica, y educación secundaria, concluyendo que la implicancia entre depresión y violencia si existe. ³⁸

La depresión es la perturbación del estado de ánimo, que persiste por dos semanas, es tratable y frecuente, caracterizada por la persistencia de sentimientos de tristeza, angustia, disminución del dinamismo, e impedimento para valerse por sí solo en la vida diaria; ^{39,40} este problema de salud, es el resultado de la conjugación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, algunas

investigaciones sostienen que el aspecto genético se ve influenciado por la interacción de estos factores de riesgo ⁴⁰

En la gestante, es difícil el diagnóstico debido a que la sintomatología bien se puede atribuir a síntomas propios de la gestación, tales como decaimiento, agotamiento, inestabilidad emocional, desorden del sueño y sentirse irascible; sin embargo, es importante descartar causas orgánicas como anemia y afecciones tiroideas. En el diagnóstico de los episodios depresivos se suele usar los criterios del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales. ⁴¹

Entre los criterios diagnósticos de Episodios Depresivos DSM V, tenemos:

Uno o más síntomas principales que deben estar presentes al menos en dos semanas: La mayoría del día presentar ánimo deprimido o notoria pérdida del interés o satisfacción de lo cotidiano.

Cinco o más de los síntomas siguientes, que estén presentes todo el día y por al menos dos semanas: disminución significativa del peso, presentar insomnio o aumento del sueño, agitación o letargo psicomotor, sensación de debilidad o disminución de energía, sentido de impotencia o excesiva culpabilidad, disminución para concentrarse, constante pensamiento sobre la muerte ⁴¹

Puede dividirse en categorías, según la gravedad de los síntomas en:

Trastorno depresivo mayor (TDM) es la expresión grave de la depresión, caracterizada por la persistencia de tristeza, desesperanza e inutilidad y que no se diluyen solos. Se diagnostica con la presencia por un periodo de dos semanas de cinco a más de síntomas tales como: la mayor parte del día sentirse deprimido, desinterés por lo habitual, disminución o incremento del peso, aumento o disminución del sueño, lentitud de pensamientos y movimientos, decaimiento en la mayoría del día, culpabilidad, déficit de concentración, ideaciones suicidas. ⁴²

El trastorno depresivo mayor (TDM), presenta peligrosas consecuencias, entre la más preocupante es el suicidio, pudiendo ser cuatro veces más frecuente que en la población normal y aumentar hasta 20 veces en población con enfermedad severa ⁴³ además, cabe mencionar que la Asociación Americana de Psiquiatría,

describe subtipos de trastorno depresivo a los que denomina “especificadores”; lo cual incluye: características mixtas o atípicas, ataques de angustia, presencia en el embarazo, durante el parto o seguido de este, periodos estacionales, melancolía, características psicóticas, entre otros.⁴²

Trastorno depresivo persistente: conocido anteriormente como distimia, este trastorno es leve y crónico, para su diagnóstico debe considerarse que la duración de los síntomas es por más de dos años, apreciándose el desinterés por lo habitual, desesperación, disminución de la autoestima.^{42,44}

Por otro lado, según la quinta edición de Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), por el tiempo y sintomatología aparte de la clasificación anterior se añadiría los trastornos bipolares.⁴⁵

Según Yáñez C, los factores asociados a la depresión gestacional o trastorno depresivo mayor (TRM), sería la historia de depresión, temor al parto, tabaquismo, maternidad en la adolescencia, violencia doméstica, ansiedad materna, nivel socioeconómico bajo, diabetes gestacional,⁴⁶

El presentar depresión en el embarazo, aumenta la posibilidad en un 50% el que se desarrolle el cuadro depresivo en el posparto, acarreando complicaciones como: pobre ganancia de peso al nacimiento, incremento de la posibilidad de parto prematuro, preeclampsia, emocionalidad negativa hacia el recién nacido, uso de tabaco/alcohol/drogas, entre otros.⁴⁴

La depresión, presenta según el método fenomenológico–estructural cuatro dimensiones en donde los síntomas se comportan en diferente grado de intensidad a lo largo del tiempo de la enfermedad, guardando una relación de correspondencia con el vector del estado de vitalidad, de tal manera la caída del vector de vitalidad se refleja en una dimensión depresiva.⁴⁷

Estos vectores y su correspondencia sería de la siguiente manera: los vectores de vitalidad serían el estado de ánimo, impulso de acción, sintonización interpersonal y espacial, y por último la regulación de los ritmos y las dimensiones depresivas que les atañe está el humor adhedónico, anergia, Discomunicación, y ritmopatía.⁴⁷

Otro de los problemas de salud, que se encuentra presente en la historia de la humanidad, y que es considerado un atentado en contra de los derechos humanos es la violencia contra la población femenina, la cual afectaría a un 70% de ellas a nivel mundial, y de manera especial la provocada por el compañero sexual.⁴⁸

Un estudio multipaís efectuado por la Organización mundial de la Salud (OMS), encontraron que 13% a 61% de mujeres fueron violentadas por su pareja; el 4% al 49% padecieron violencia física grave, 6% a 59% en algún momento de sus vidas fueron abusadas sexualmente por la pareja y 20% a 75% presentaron maltrato o abuso emocional.⁴⁹

La depresión es aquel comportamiento sistemático de agresividad represiva dentro de una relación de pareja, que ocasiona daño físico, emocional, o sexual.⁴⁹ además de impedir que la mujer forme parte activa y aporte a la comunidad, involucra a la familia, sociedad y país, generando costos altos a nivel social y económico.⁴⁸

La agresión contra la mujer puede ser de diferentes maneras, pudiéndose agrupar en tipos tales como la violencia física, la cual esta referida a todo acto que produzca lesiones en el cuerpo, o quebrante la salud, se incluye descuidos, desatender las necesidades básicas, la violencia psicológica, comprende acciones en contra de su voluntad, atenten su autoestima, alteren su estabilidad emocional como insultos, humillaciones, etc.; violencia sexual, acciones contra la sexualidad de la persona, sin consentimiento o bajo presión, considerando a la pornografía, tocamientos indebidos, forzar la intimidad, y la violencia económica o patrimonial, toda acción de dominio por los recursos financieros, evitar la satisfacción personal a través del trabajo.^{48,50,51}

Con el fin de entender las causas que conllevan a la aparición de la violencia, se postula modelos como el modelo de Hense (1998), mencionado por Jaen C, et al, en su investigación, este modelo establece cuatro áreas en las cuales involucra factores que se relacionan con la violencia de pareja, (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema), además menciona teorías que explicarían el cómo y porque se mantienen estos actos , entre estas teorías se puede mencionar la teoría

del aprendizaje social, teoría del apego, teoría feminista, teoría de género, entre otras.⁵²

Entre otro de los modelos usados para la comprensión de este problema de salud, está el modelo ecológico, el cual atribuye la violencia a la interacción de cuatro factores, como son: individual, relacional, comunitario y social; algunos de los factores se encontraron en estudios de manera sistemática, mientras que otros varían de acuerdo al país y al contexto.⁴⁹

Dentro de los factores involucrados en la presencia de violencia de pareja, tenemos:

Factores individuales: los relacionados a la edad, bajo nivel de instrucción, presenciar o ser agredido en la niñez, consumo de sustancias tóxicas (alcohol o drogas), padecer de alteraciones de la personalidad, aprobación de la violencia como acto tolerable, antecedente de maltrato a otras parejas .⁴⁸

Factores relacionales, disconformidad con su relación, sentido de poder, de pertenencia de la familia, problemas económicos, promiscuidad, desigualdad en nivel educativo, carencia del control de impulsos, número de hijos, dominancia del patrimonio familiar. ⁴⁹

Factores comunitarios y sociales, inequidad de normas sociales de género, pobreza, limitación en la resolución de conflictos y decisiones, estereotipos ,^{49,53}

Además, la violencia de pareja presenta un ciclo, compuesto de fases que tienen diversas manifestaciones y duración variable; estas etapas son: calma, acumulación de tensión, explosión y luna de miel.

En la etapa de calma, la relación no tiene sobresaltos, no se ve la disconformidad que pueda sentir la pareja, es un momento de convivencia ideal, no hay un tiempo de duración de esta etapa y puede repetirse muchas veces; la etapa de acumulación de tensión, se hace de manifiesto el descontento, el ofensor cree ser cuestionado por su víctima, provocando la violencia psicológica, generando el deseo de control; y donde la persona agredida minimiza el problema, excusa a su atacante, en la tercera fase, explosión, el atacante libera su tensión a través del daño físico, psicológico o sexual, esta fase es corta, intensa y en la que se produce

diversas consecuencias en las víctimas, por último la fase de luna de miel, donde el comportamiento es de excesiva bondad, complacencia por el agresor.⁵⁰

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Diseño de investigación: Transversal analítico

3.2. Variables y operacionalización

Se evaluaron las variables de depresión y violencia de pareja, en gestantes con embarazos deseados y no deseados, para tal fin se usaron la Escala de depresión de Edimburgo (EDPS) y Woman Abuse Screening Tol (WAST), ambos instrumentos de medición ordinal; y para determinar la gestación en deseada y no deseada se aplicó dos preguntas aplicadas por Núñez R et al, en su artículo de investigación.

DEPRESIÓN DURANTE LA GESTACIÓN

❖ Definición conceptual:

Sentimiento de tristeza, vacío o desánimo frecuente en la etapa de embarazo, que afecta al cerebro y obstaculiza en la ejecución en diferente grado de acciones diarias.⁵⁵

❖ Definición operacional de depresión:

Obtención de un puntaje de igual o mayor a 13 puntos en las gestantes participantes del estudio, para determinar probabilidad de depresión, através de la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo.

VIOLENCIA POR LA PAREJA

❖ Definición conceptual

Patrón de conducta, agresiva, coercitiva entre la íntima relación de pareja, ejercida por compañero sexual formal o informal que origine afección física, psicológica, o sexual.⁵⁵

❖ Definición operacional de Violencia por la pareja:

Aplicación del instrumento WAST, para obtener una puntuación de 10 para indicar presencia de violencia física, psicológica, sexual o económica, en las gestantes evaluadas.

EMBARAZO NO DESEADO

❖ Definición conceptual

Se refiere a la gravidez en contra del deseo de reproducción, no planificada, inesperada que ocurre en momentos desfavorables.⁵⁶

❖ Definición operacional

Se agrupo a la población de gestantes encuestadas en deseados y no deseados aplicando dos preguntas de carácter dicotómico,⁴¹ de tal forma que:

- Gestantes que ante las preguntas dicotómicas P y Q de la encuesta demográfica, respondieron SI se catalogan como embarazos deseados.

- Gestantes que ante las preguntas dicotómicas P y Q de la encuesta demográfica, respondieron NO, se catalogan como embarazos no deseados.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población

La población que formó parte del estudio estuvo conformada por gestantes usuarias del área de gineco obstetricia del Hospital Distrital de Laredo, que cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de noviembre 2021.

- Criterio de inclusión

-Paciente con diagnóstico de embarazo, independientemente del trimestre de gestación.

-Gestantes entre las edades de 15 a 44 años que efectuaron su vigilancia gestacional.

- Gestantes que aceptaron participar en el proyecto otorgando su consentimiento informado.
- Gestantes adolescentes que aceptaron participar mediante asentimiento informado y consentimiento informado del tutor.
- Gestantes que mantuvieron una relación de convivencia y/o casadas.
- Criterio de exclusión
 - Gestantes que manifiesten recibir tratamiento previo para ansiedad y/o depresión, antes de su embarazo.
 - Gestantes que presenten restricción de la intercomunicación (sordera, mutismo, analfabetismo).

Diseño muestral

No probabilístico accidental o consecutivo⁵⁷

Tamaño muestral

Se tomó en cuenta la programación elaborada a nivel nacional por el Ministerio de Salud, en el caso de Laredo, la población de gestantes estimada y asignada para el año 2021, es de 440 gestantes se obtuvo la muestra utilizando el software Open Epi, se consideró un nivel de confianza de 95%, frecuencia anticipada de 41%,¹⁰ con límite de confianza de 5% obteniéndose una muestra de 202 gestantes, de las cuales solo se analizaron 75 gestantes, debido a la falta de tiempo para recolectar la muestra, esto debido a la espera de permiso formal para la ejecución del trabajo de investigación, así como también a la poca afluencia de las gestantes al control prenatal debido al temor al contagio del COVID-19.

Unidad de análisis y muestreo

- ❖ Gestantes con atención prenatal en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Distrital de Laredo.

3.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.4.1- Técnica

Se empleó la técnica de encuesta.

3.4.2- Instrumentos

La recopilación de la información se consiguió aplicando una ficha de datos sociodemográficos y datos ginecobstétricos, que incluyó preguntas para determinar si el embarazo era deseado o no deseado,⁵⁸. Para el tamizaje de depresión se usó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, validado para la etapa prenatal; y, para el cribado de violencia se realizó por medio del instrumento Women Abuse Screening Tool (WAST).

❖ La Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS)

Es un instrumento de autoadministración, originalmente creada por John Cox, Jeni Holden y Ruth Sagovsky en 1987. Fue diseñada y validada para la detección de la depresión en el post parto; en centros de salud en Livingston y Edimburgo.⁶⁹ Fue validada en el Perú, en población posnatal por Vega y col (2002), en población gestante entre las semanas 28 y 34 por Murray y Cox. (1990).⁵⁹

Lam et al. (Perú-2008), refieren que el uso de la Escala de Edimburgo, es útil para señalar síntomas depresivos y posibles casos de depresión en población gestante de Lima-Perú, además señala consistencia interna valorada por Alpha de Cronbach de 0.836, sugerente de confiabilidad y validez para su uso en la identificación de sintomatología depresiva.⁶⁰

La escala está formada por 10 ítems, con respuestas tipo Likert, con cuatro alternativas de respuesta, en el caso los resultados no sean concluyentes puede repetirse la escala en dos semanas. Cada respuesta tendrá un valor según la gravedad del síntoma percibido por la gestante durante los últimos 7 días, que va de 0 a 3, donde 0 será el puntaje deseable e indica menor riesgo de depresión en la gestante y 3 el puntaje no deseable e indica riesgo de depresión en la gestante. Las puntuaciones de la escala van en rango de

0 a 30 puntos, así ante una puntuación de menos de 10 puntos la paciente estaría sin riesgo de depresión, ante una puntuación de 10 a 12 puntos la paciente estaría en límite para riesgo de depresión, y puntuaciones igual o mayor a 13 puntos la paciente tendría una probable depresión. El punto de corte recomendado para emplear en población gestante es mayor o igual a 13 puntos. La escala puede ser empleada en todos los trimestres.

❖ **El instrumento Women Abuse Screening Tool, (WAST)**

Pinto (Lima-Perú, 2020) realizó un estudio del instrumento Women Abuse Screening Tool, (WAST) en una población de 296 mujeres, con el fin de determinar su adaptación en la valoración de violencia. Obtuvo una aceptable adaptación del instrumento para la población estudiada, además encontró una validez de la estructura interna del instrumento, y resolvió una confiabilidad de 0.846 según Alpha de Cronbach con IC 95% y 0.857 según omega de McDonald con IC95%, lo cual representa que el instrumento es preciso y estable en el uso de la valoración de violencia en mujeres.⁶¹

La escala indaga intensidad y regularidad con que la paciente es víctima de violencia física, emocional, sexual y económica; consta de 8 preguntas tipo Likert valoradas del 1 al 3, donde: 1 punto, es la opción más deseable, de menos intensidad o repetición, 2 puntos opción intermedia y 3 puntos es la opción menos deseable, de mayor intensidad o repetición, al final se obtendrá una puntuación que reflejará el grado de abuso que padece la mujer, donde el máximo puntaje es 24 puntos y lo mínimo de puntaje es 8 puntos.

Respecto a la confiabilidad de los instrumentos empleados, y para efectos del presente estudio fueron evaluados en las 75 gestantes usuarias del servicio de Ginecología, quienes dieron su consentimiento para la realización de la presente investigación se obtuvo una fiabilidad de 0.787, por alfa de Cronbach con 95% de intervalo de confianza siendo su límite inferior de 0.706 y su límite superior de 0.852. Del mismo modo, se realizó para el instrumento Woman abuse Screening tool, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.703, con un 95% de intervalo de confianza con su límite inferior de 0.472 y su límite superior de 0.737.

3.5. Procedimiento

Para la ejecución de la investigación se presentó una solicitud al director del establecimiento, para tener el acceso a los servicios de ginecología y obstetricia, así como el uso de un ambiente para la entrevista con el paciente. (anexo1)

Se imprimieron los formatos de consentimiento, asentimiento, ficha sociodemográfica y datos gineco-obstétricos, así como las escalas de valoración de depresión y violencia, para luego agruparlos buscando el orden y posterior facilidad tanto en el llenado de la encuesta como en su vaciado a la hoja Excel. (anexos 2,3,4,5,6,7)

La recolección de datos fue ejecutada por la autora del estudio, se aprovechó la asistencia de las gestantes al control prenatal, tanto en el área de ginecología como de obstetricia, se invitó a un ambiente que garantizaba la privacidad de la paciente, y de manera individual se captó a cada participante, se le explicó el objetivo y las partes con la que contaba nuestra encuesta, presentando de manera sencilla cada instrumento, y obteniendo el consentimiento o asentimiento según sea el caso de la paciente, y el respectivo consentimiento del tutor en gestantes adolescentes, cabe resaltar que los servicios de atención a la población como es el caso de los consultorios de obstetricia y ginecología están trabajando a libre demanda y también por cita programada, debido al actual contexto de COVID-19 por lo que la concurrencia es atípica.

3.6. Método de análisis de datos

La información obtenida por aplicación de las escalas, así como la hoja de datos sociodemográficos de cada participante fueron vaciados en una hoja de cálculo de Excel 2010 para luego ser procesados usando IBM SPSS Statistics.²⁶ Los datos ingresados fueron tabulados y presentados en tablas de doble entrada.

3.7. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se sometió a:

- **Aprobación de investigación.** Por comisión investigadora de la Universidad César Vallejo, por medio de un equipo de expertos que supervisaron que el desarrollo del proyecto se diera bajo estrictos valores de respeto y veracidad, además de aplicar el Turnitin.
- **Consentimiento informado y permisos.** Se procedió a pedir el permiso para la ejecución del proyecto, así como el debido consentimiento y asentimiento informado a cada gestante participante, además del consentimiento al familiar o tutor en el caso de gestantes adolescentes, garantizando la participación voluntaria, además de resguardar la identidad y autonomía de las gestantes.
- **Incentivos al participante.** Se dejó establecido que no se otorgará incentivos de ningún tipo, ni se usarán palabras coactivas o promesas a los participantes.
- Para la entrevista, las mujeres entrevistadas cumplieron con el uso de medidas para evitar el contagio del COVID-19, doble mascarilla, desinfección de manos y bolígrafo, se conservó el distanciamiento social, y el uso de un ambiente ventilado, privado.
- Los casos positivos al aplicar la Escala de Edimburgo (EPDS) que obtengan puntajes iguales o mayores a 13 y/o puntuaciones de 1 o mayores que 1 para el ítem 10 de la escala de depresión fueron derivadas para su atención por psicología.
- La base de datos fue de carácter restringido y solo de uso para la investigadora. Se proporcionó una numeración a las encuestas, que facilitó el manejo de la información, así como mantuvo la privacidad e integridad de cada gestante que participó. La base de datos se encuentra al alcance del comité de la Universidad César Vallejo cuando así lo requiera.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en el total de participantes

FACTORES DE ESTUDIO		<i>f</i>	%	MEDIA	DE
Edad	15-44 AÑOS	75		26.5	6.5
	Casada	10	13		
Estado civil	Conviviente	65	87		
	Sin instrucción	01	1		
Grado de instrucción de la gestante	Primaria	11	15		
	Secundaria	48	64		
	Superior técnico	07	9		
	Superior universitario	08	11		
	Sin instrucción	00	0		
Grado de instrucción de la pareja	Primaria	14	19		
	Secundaria	44	59		
	Superior técnico	10	13		
	Superior universitario	07	9		
Ocupación	Ama de casa	70	93		
	Técnico	00	0		
	Profesional	02	3		
	independiente	03	4		
Zona donde vive	Urbana	52	69		
	Rural	23	31		
Edad gestacional	1er trimestre	10	13		
	2do trimestre	25	33		
	3er trimestre	40	54		
Paridad	Primípara	24	32		
	Múltipara	51	68		

Tabla 2. Datos sobre factores psicosociales en gestantes con embarazos deseados y no deseados

Factores psicosociales		<i>f</i>	%
Siente apoyo de la pareja	SI	70	93
	NO	05	7
Siente apoyo de la familia	SI	67	89
	NO	08	11
Embarazo planificado	SI	36	48
	NO	39	52
Se siente satisfecha de su relación de pareja	Si satisfecha	69	92
	Poco satisfecha	02	3
	Nada satisfecha	04	5
“¿Antes de este último embarazo, quería usted tener un hijo o hija, o no quería tener ningún (a)otro(a)?”	SI	26	35
	NO	25	33
En primíparas “¿antes de este embarazo quería usted tener un hijo o hija?”	SI	14	19
	NO	10	13
Violencia de pareja	SI	36	48
	NO	39	52

Tabla 3. Datos sobre la frecuencia de la depresión y la violencia en gestantes

CONDICIÓN DE LA POBLACIÓN	PARTICIPANTES	POSIBLE DEPRESIÓN	LÍMITE PARA RIESGO	SIN RIESGO	NO VIOLENCIA	NO VIOLENCIA
Embarazo deseado	36	6 (17%)	9 (25%)	21 (58%)	22(61%)	14(39%)
Embarazo no deseado	39	11 (28%)	8 (21%)	20 (51%)	17(44%)	22(56%)

Tabla 4. Frecuencia según tipos de las violencias en las gestantes

VIOLENCIA	EMBARAZO DESEADO				EMBARAZO NO DESEADO			
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje
Física	2	6%	34	94%	7	18%	32	82%
Sexual	6	17%	30	83%	5	13%	34	87%
Psicológica	11	31%	25	69%	17	44%	22	56%
Económica	1	3%	35	97%	3	8%	36	92%

Tabla 5. Relación entre depresión y tipos de violencia de pareja entre gestantes de embarazos deseados y no deseados

Relación	Embarazos deseados	Embarazos no deseados	q
Depresión – Violencia	0.30	0.31	-0.006
Depresión – Violencia Psicológica	0.25	0.28	-0.026
Depresión -Violencia Física	0.05	0.30	-0.248
Depresión – Violencia Económica	0.09	0.22	-0.121
Depresión – Violencia Sexual	0.16	0.05	0.102

Nota: q = q de cohen

V.DISCUSIÓN

La depresión y la violencia infringida por la pareja son problemas de salud que afectan de diferente manera a la madre y al niño por nacer, en estudios tales como de Martínez y Jácome; Krauskopf y Valenzuela ^{6,35} mencionan las diversas complicaciones que se les atribuye a estas entidades, tales como preeclampsia, prematuridad, retardo de crecimiento, patrón alterado del sueño, irritabilidad incrementada, esto en el caso de la depresión; en las complicaciones encontradas para gestantes afectadas por la violencia de pareja, tenemos ausencia al control prenatal, aborto espontáneo, infecciones urinarias y/o de transmisión sexual, incluso la muerte ^{15,23,45}

Debido a las importantes complicaciones en la salud de la madre y del niño, así como la frecuencia de estos problemas de salud y teniendo en cuenta los reportes infraestimados sobre el tema, motivó la presente investigación, en población gestante con embarazos deseados y no deseados, de una comunidad liberteña, y durante el contexto de pandemia COVID-19.

La población para este estudio se estimó en 202 gestantes de las cuales se llegó a encuestar solo a 75 gestantes, debido a la demora del permiso para la ejecución de las encuestas, así como la disminución de afluencia al control prenatal por temor al contagio por el COVID-19; la edad media fue de 26.5, (DE 6,5), el 13% estaba casada y un 87% vivía en convivencia, el grado de instrucción secundaria fue el que prevaleció tanto para las gestantes como para las parejas con 64% y 59% respectivamente, la gran parte de las gestantes eran amas de casa 93%, y vivían en zona urbana 69%; cursaban en segundo trimestre de gestación el 33%, y el 54% se encontraban en el tercer trimestre de gestación.

El estudio ⁴⁴ de Portocarrero, antes de presentarse la pandemia, estipula sobre si en verdad existe una pandemia de depresión, basándose en las siguientes consideraciones, menciona que no habría una pandemia, pero si un incremento de la expectativa de vida, y población senil, lo que aumentaría la probabilidad de padecer trastornos mentales como la depresión, pero no explica con ello la presencia de este trastorno en otra población como la de gestantes. Por otro lado, menciona sobre una demanda oculta que se hace visible por la divulgación

efectuado por los medios de comunicación sobre la importancia del cuidado de la salud mental de las personas, dando lugar a la idea de un incremento de los trastornos depresivos. Por último, menciona que han variado los criterios diagnósticos, algunos criterios que anteriormente estaban enmarcados dentro de normalidad podrían en la actualidad formar parte de los criterios para diagnóstico de depresión.

Los reportes sobre la depresión y la violencia de pareja, antes de la pandemia de COVID- 19 demuestran una prevalencia significativa en la gestación, en el caso de la depresión en la etapa gestacional estaría alrededor del 11,9%; y en Latinoamérica 29%, en Perú, 44% ^{7,9}, y en el caso de la violencia el 35% a nivel mundial de féminas, ha experimentado durante alguna etapa de su vida algún tipo de violencia ¹⁷, en América Latina el 17 a 53% son violentadas y en el caso de Perú siete de cada diez experimenta algún tipo de violencia ¹⁹. En el caso de la violencia en la gravidez según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estaría entre el 1 al 28% en diferentes países ²⁰.

Posterior a la notificación de la enfermedad respiratoria causada por SARS- Cov2, se han presentado estudios como el de Wu et al; quienes encontraron un incremento en la tasa de sintomatología depresiva en pandemia , obteniendo un 29,6% en pandemia frente a un 26,0% antes de la pandemia;³³ Patabendige et al, encontraron una prevalencia de 19,5% de depresión en gestantes causada por la emergencia sanitaria y la relacionó con la prevalencia de depresión del 2013 en la misma ciudad de Sri Lanka la cual fue de 16,2%, revelando el incremento significativo por pandemia⁴³.

Por otro lado, el artículo efectuado por Medina et al, hacen un análisis sobre el impacto de la pandemia y los niveles de depresión en las gestantes, concluyendo que los problemas de salud mental incrementan por la pandemia y se perciben en los niveles altos de estrés y depresión.⁵¹

La frecuencia de depresión obtenida en este estudio fue de 23% de manera global, y, en embarazos deseados la frecuencia fue 17% (n=6), y en embarazos no deseados se obtuvo el 28% (n=11). Los datos de la prevalencia de depresión en la

gestación de manera global, se encuentran por debajo a los datos obtenidos en las investigaciones de Sun, Wu, Patabendige ^{33,42,43},

Por otro lado, la frecuencia de la violencia de pareja entre la población estudiada de manera global es de 48%, en el embarazo deseado 39% (n=14) y en el caso de no deseados 56% (n=22); semejantes a los reportados para América Latina y el Caribe de entre 3% a 44%. ¹⁵ un estudio en Perú reporto una prevalencia de 29,44% y en el caso de la gestante adolescente que presenta una mayor vulnerabilidad, dependencia económica y social, existe elevada frecuencia de violencia y una de cada veinte padecería de los tres tipos de violencia (psicológica, física, sexual). ³⁹

Respecto a la relación entre las variables de depresión y violencia, estudios como el de Jaucala, Choquehuanca ^{36,37} menciona que si existe la asociación entre ambas variables, otros estudios tales como Abdelhair R, y Mosleh; Connelly et al; Finnbogadóttir y Mendoza, ^{51,52,53,54} también apoyan la premisa; además mencionan que la exposición a la violencia aumenta en 1.5 veces más la probabilidad de prematuridad, bajo peso al nacer; además refieren que la violencia no solo sería un suceso preexistente sino que podría considerarse un hecho de total normalidad⁵¹

Los datos encontrados en esta investigación sobre la relación existente entre la depresión y la violencia de pareja fue de magnitud mediana en ambos grupos de gestantes. Lo que significaría que estresores como la violencia favorecerían la aparición de depresión en las gestantes y esto independientemente de ser embarazos deseados como no deseados. ^{35,36,37,38}

Respecto a los tipos de violencias la de mayor repercusión fue la violencia psicológica tanto en los embarazos deseados como en los no deseados, 54% y 68% respectivamente, datos que son similares a los encontrados en estudios de

^{17,38,40}Para Mori, la significancia encontrada en su estudio fue alta entre depresión y violencia psicológica lo que significaría asociación positiva entre ambas variables, es importante señalar este dato pues la presencia de violencia de este tipo es altamente perjudicial y de difícil percepción, y trae consecuencias en el comportamiento de la madre hacia su bebe durante el primer año de vida, así como afecciones directas en él bebe. ³⁰

La frecuencia de los demás tipos de violencias que se analizaron en este estudio sería de la siguiente manera, en segundo lugar, estaría la violencia sexual, seguida de la violencia física y por último la violencia económica, frecuencia que no coinciden con los reportados por los estudios realizados por Barzola y Mejía.

Con respecto al grado de magnitud de la relación entre la depresión y los tipos de violencia podemos decir que son variables. Los datos más saltantes son respecto a la depresión y la violencia psicológica en la que se evidencia una relación de magnitud pequeña en ambos grupos de gestantes. En el caso de la depresión y la violencia física la relación tuvo una magnitud mediana en embarazos no deseados y magnitud nula en los embarazos deseados, Para Guzmán, et al, en su estudio menciona que existe una correlación positiva entre la depresión y la violencia de pareja de cualquier de sus tipos, y en especial con la violencia física y sexual. ¹⁸

En el caso de haber tomado el tipo de embarazo en nuestro trabajo de investigación, estuvo en función a la importancia encontrada en estudios como Lancaster et al, Lam et al, Wendel, Solís, y Gimaraões et al, los cuales mencionan que la no planificación del embarazo o no deseo del mismo constituyen un factor de riesgo asociado al desarrollo de trastorno depresivos en la gestación y en el puerperio.

6.47.48,49

Finalmente, teniendo en cuenta que la muestra resulta pequeña para indagar resultados que denoten significancia se sugiere estudios futuros con mayor población así como de estudios longitudinales para enriquecer el conocimiento sobre el tema por considerarlo de importancia para el cuidado de la población gestante; a pesar de las limitaciones con este estudio corroboramos la alta prevalencia de violencia de pareja contra la mujer gestante, su frecuencia sigue siendo una de las más alta en la Latinoamérica, la comparación de los datos obtenidos difieren debido a la metodología empleada, así como el instrumento de tamizaje usado, además el momento de su realización, la frecuencia de la aplicación del instrumento de cribado puesto que se encontrara patrones de comportamiento distintos si se aplica al inicio o al final de la gestación.

VI. CONCLUSIONES

- 1.** La frecuencia de la depresión y violencia de pareja fue mayor en embarazos no deseados que en deseados durante el contexto de pandemia de COVID-19.
- 2.** La frecuencia de violencia física, en gestantes con embarazos deseados fue de 7% y 32% en gestantes con embarazos no deseados durante la situación de pandemia de COVID-19. (*)
- 3.** La frecuencia de violencia sexual, en gestantes con embarazos deseados fue de 43% y 23% en gestantes con embarazos no deseados durante la situación de pandemia de COVID-19. (*)
- 4.** La frecuencia de violencia psicológica, en gestantes con embarazos deseados fue de 54% y 68% en gestantes con embarazos no deseados durante la situación de pandemia de COVID-19. (*)
- 5.** La frecuencia de violencia económica, en gestantes con embarazos deseados fue de 7% y 14% en gestantes con embarazos no deseados durante la situación de pandemia de COVID-19. (*)
- 6.** La relación entre la depresión y la violencia de pareja presenta una magnitud mediana, tanto en embarazos deseados como no deseados.
- 7.** La relación entre la depresión y la violencia física en los embarazos no deseados, tuvo una magnitud mediana y en los deseados la magnitud fue nula, y la diferencia entre ambas fue pequeña esto en contexto pandemia COVID-19.
- 8.** La relación entre la depresión y la violencia sexual fue de pequeña magnitud en el caso de los embarazos deseados, y nula para los embarazos no deseados, y una diferencia entre ellas nula esto en contexto de pandemia COVID-19.
- 9.** La relación entre la depresión y la violencia psicológica fue de magnitud pequeña para ambas poblaciones de gestantes, siendo la diferencia nula, esto en contexto de pandemia COVID-19.
- 10.** La relación entre la depresión y la violencia económica es nula en ambos grupos de gestantes, y su diferencia es pequeña.

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Concientizar de manera permanente al personal de salud que está directamente involucrado en la atención de la mujer, así como en forma general a todos los miembros de un establecimiento de salud; en considerar a la violencia como acto deplorable y problema de salud pública.
- ✓ En las gestantes con tamizaje para violencia positivo, asegurar su intervención psicológica, buscando que sea con calidez, calidad, empatía sin juzgamiento de ninguna índole.
- ✓ Crear grupos de apoyo usando la tecnología a nuestro alcance, dirigido por un personal capacitado e idóneo que mantenga el soporte que necesitan las víctimas de violencia, con lo cual se genere un vínculo estrecho, de tal manera evitar las recurrencias.
- ✓ Realizar proyectos de investigación longitudinales que permitan indagar el comportamiento, asociación y/o consecuencias de las variables en estudio, lo que permita conocer las medidas más idóneas para su control.
- ✓ Sensibilizar a las gestantes en derechos humanos, sexuales y reproductivo empoderándolas para su accionar en su vida cotidiana.
- ✓ Implementar el monitoreo constante de la violencia en la población, através de encuestas que permitan la vigilancia, así como obtener información adecuada que sea base para mejorar las estrategias en bien de la población femenina y gestante.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molgora S, Accordini M, Motherhood in the Time of Coronavirus: The Impact of the Pandemic Emergency on Expectant and Postpartum Women Psychological Well-Being. *Front. Psychol.* 2020, 11:567155. doi: 10.3389/fpsyg.2020.567155
2. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2020 Dec 1; 277:5-13. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.126. Epub 2020 Aug 1. Erratum in: *J Affect Disord.* 2021 Jan 15; 279:377-379. PMID: 32777604; PMCID: PMC7395614.
3. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health.* 2021 Jan 18;18(1):10. doi: 10.1186/s12978-021-01070-6. PMID: 33461593; PMCID: PMC7812564.
4. Organización Panamericana de la Salud, Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.paho.org>
5. Nunez M, Palomino M, Salud mental en América Latina, Panorama,2019, [consultado 6/7/2021], Disponible en: <https://www.panoramas.pitt.edu/health-and-society/salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina>
6. Martínez Paredes J, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev. Colomb Psiquiatr.* 1 de septiembre de 2017;48. 58-65; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>
7. Solís-Rojas, M., Salazar-Salvatierra, E., & Reyes-González, V. Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. 2019. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 7(2), 16-20. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2018113>
8. Osma-Zambrano SE, Lozano-Osma MD, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalence of depression and anxiety, and associated variables among expectant mothers in Bucaramanga and Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB* 2019; Vol. 22(2):186-199. Disponible en: doi:10.29375/0123-7047.3586
9. Pariona Gutiérrez Evelin, Moquillaza Alcántara Víctor, García Cajaleón Judith, Cuya Candela Edita. Factores psicosociales asociados a la depresión en

- gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. Rev. chile. obstet. ginecol. 2020; 85(5): 494-507. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500494>.
10. Campos LM, Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a depresión perinatal en gestantes, tesis para optar título de médico cirujano, Universidad Privada Antenor Orrego, 2017 Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2605>
 11. Organización Mundial de la Salud, Un nuevo estudio de la OMS relaciona las tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar, [citado 12/12/21], Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
 12. Equipo de seguimiento Concertado a las políticas de Salud sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes”, Embarazo de adolescentes peruanas aumentó, 2018, Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
 13. UNFPA PERU, Consecuencias Socioeconómicas del embarazo y maternidad adolescente en el Perú, 2020, Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-y-maternidad-adolescente-en-el-per%C3%BA>
 14. Langer A, El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe, 2002, Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(3), Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
 15. Mella Maribel, Binfa Lorena, Carrasco Alicia, Cornejo Claudia, Cavada Gabriel, Pantoja Loreto. Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. Rev. méd. Chile 2021 Abr 149(4): 543-553. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400543>

16. Bott S, Guedes A, Ruiz A, Mendoza J. La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45: e34. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>
17. Morales J, Basilio M, Candia C; Violencia y autoestima en gestantes de un distrito del Callao *Health Care & Global Health*. 2019;3(2):75-80. Disponible en: [doi:10.22258/hgh.2019.32.61](https://doi.org/10.22258/hgh.2019.32.61)
18. Guzmán C, Cupul L, Guimarães G, Salazar E, Salmerón J, Reynales L, Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México, *Gac Sanit*, 2021; 35(2):161-167. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005>
19. Contreras M, Granados G, Levano L, Retos y alternativas para enfrentar la violencia de género en el Perú, Banco mundial. Org, [citado 12/12/2021], Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/retos-y-alternativas-para-enfrentar-la-violencia-de-genero-en-peru>
20. Silva Lima L, Orrara Amaral do Carmo T, de Souza Brito Neto C, da Cunha Pena JL. Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enf Global* [Internet]. 17 de septiembre de 2020 [citado 13 de junio de 2021];19(4):1-45. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/408841>
21. Galindo J, La salud mental de América Latina se resiente durante la pandemia, Bogotá, El País, 2021, [consultado 3/12/2021], Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-08-06/la-salud-mental-de-america-latina-se-resiente-durante-la-pandemia.html>
22. Parasi C. Una Revisión de la Salud Mental Materna en Tiempos de Covid 19. *Rev. psicol Hered*. 2021; 13 (2): 56–61. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RPH/article/view/3903>
23. Lorente M, Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento *Rev Esp Med Legal*. 2020;46(3):139---145, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>
24. Fan S, Guan J, Cao L, Wang M, Zhao H, Chen L, et al. Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with

- meta-analysis J Psychiatr. 2021; 56 (102533): 102533.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102533>
25. Kahyaoglu Sut H, Kucukkaya B. Anxiety, depression, and related factors In pcrroegssn - sanetc twioonmal e ns tududry i nPg etrshepe cCt O VPsiDy - c1hi9a tr pa nCadreem. i c i2020n T;1urk9.e; y : 5A7 (2we): b ba860se8d.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12627>
26. Yirmiya, K.; Yakirevich-Amir, N.; Preis, H.; Lotan, A.; Atzil, S.; Reuveni, I. Women's Depressive Symptoms during the COVID-19 Pandemic: The Role of Pregnancy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 4298.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18084298>
27. Medina V, Bermúdez M, Murillo H, Rivera A, Muñoz J, Ramírez T, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on depression and stress levels in pregnant women: a national survey during the COVID-19 pandemic in México, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020 nov 26:13. doi: 10.1080/14767058.2020.1851675.
28. López-Morales H, Del Valle MV, Canet-Juric L, Andrés ML, Galli JI, Poó F, et al. S. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Research*. Vol,295, páginas 113567. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113567
29. Nunton Marchand J, Alvarado Ríos V, Pérez Llanos A. Impacto Psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima-2020. *Ágora Rev. Cient.* 2020; 07(02):94-100. DOI:
<http://dx.doi.org/10.21679/arc.v7i2.174>
30. Mori Aurora, Rospigliosi Carlos, Violencia Psicológica y depresión en mujeres gestantes de un puesto de salud de la ciudad de Cajamarca, 2020, tesis de grado, Cajamarca, Disponible en:
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1347>
31. Lodebo M, Birhanu D, Abdu S, Yohannes T. Magnitude of Antenatal Depression and Associated Factors among Pregnant Women in West Badewacho Woreda, Hadiyya Zone, South Ethiopia: Community Based Cross Sectional Study. *Deprima Res Treat.*; 2020: 2950536.
<https://doi.org/10.1155/2020/2950536>

32. Yirmiya K.; Yakirevich-Amir, N Preis, Lotan A; Atzil S.; Reuven I. Women Depressive Symptoms during the COVID-19 Pandemic: The Role of Pregnancy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 4298. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084298>
33. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J; et al. Perinatal depressive And anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Aug;223(2): 240.e1-240.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.009.
34. Nunton Marchand J, Alvarado Ríos V, Pérez Llanos A. Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima-2020. *Ágora Rev. Cient.* 2020; 07(02):94-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.21679/arc.v7i2.174>.
35. Krauskopf V, Valenzuela P, Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento, *Rev. Med. Clin. Condes* - 2020; 31(2) 139-149, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
36. Jaucala G, Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de lima en el año 2018, tesis de grado, Lima 2020, Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2912/GJAUCALA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
37. Choquehuanca C, Depresión y violencia doméstica contra la mujer en el distrito de Catacaos 2020, tesis de grado, Piura 2021, Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60830>
38. Barzola Macha Marilyn Katherine, Moquillaza Alcántara Víctor Hugo, Diaz Tinoco “†” Clara Margarita. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2020 dic [citado 2021 Jun 13]; 85(6): 641-653. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600641>
39. Mejia R., Delgado M, Mostto F, Torres R, Verastegui A, Cárdenas Matlin M. et al. Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Rev. chil. obstet.*

- ginecol. [Internet]. 2018 Feb [citado 2021 Dic 06]; 83(1): 15-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100015>.
40. Nuñez R, Hernández B, García C, González D, Walker D, Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto salud pública de México /vol.45, suplemento 1 de 2003, pág. S92- S102. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700012
41. Fengli Sun, Jianfeng Zhu, Hejian Tao, Yongchun Ma & Weidong Jin (2021) A systematic review involving 11,187 participants evaluating the impact of COVID-19 on anxiety and depression in pregnant women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42:2, 91-99, DOI: 10.1080/0167482X.2020.1857360, <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1857360>
42. Patabendige M, Gamage MM, Weerasinghe M, Jayawardane A. Psychological impact of the COVID-19 pandemic among pregnant women in Sri Lanka. *Int J Gynecol Obstet*. 2020 Oct;151(1):150-153. doi: 10.1002/ijgo.13335.
43. Stucchi-Portocarrero Santiago. ¿Realmente existe una “epidemia de depresión”? *Rev Neuropsiquiatra* [Internet]. 2017 oct [citado 2022 Ene 17]; 80(4): 261-264. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v80i4.3240>.
44. Velasco C, Violencia de genero durante el embarazo, una violencia invisible, *medicusmundi*, 2019, Disponible en: <https://www.medicusmundi.es/es/actualidad/noticias/1153/Violencia%20genero%20embarazo%20invisible>.
45. Borja Romero B, Puertas, Marino J, Peralta M, Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas, 2020, *medicina clínica* Volumen 156, Número 4 , 26 de febrero de 2021 , páginas 172-176, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.10.002>

46. Wendel K, Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. Revista Médica Sinergia Vol.3 Num:1 enero 2018 pp: 3 – 8, Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
47. Pérez-Solís D, Rodríguez-Vargas M, Rodríguez-Ricardo A. Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2020 [citado 16 Ene 2022]; 24 (4) Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7440>
48. Guimaraes F, Da Silva F, Bem A, De Holanda V, De Sousa G, Albuquerque J, Enfermedad mental en mujeres embarazadas, 2019, Rev, Enfermería Global, N°53, Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>
49. Domínguez S, Magnitud del efecto: una guía rápida, 2018, Educación Médica, 19(4),251-254, DOI: 10.1016/j.edumed.2017.07.002
50. Medina V, Bermúdez M, Murillo H, Rivera A, Muñoz J, Ramírez T, Esparza D, Ángeles A, Lara L, Hernández V, Madrigal F, Estudillo G, Jacobo L, Torres J, Espino S, Baltazar M, Villanueva J, Nava A, Mendoza C, Aguilar C, González C, Martínez R, The impact of the COVID-19 pandemic on depression and stress levels in pregnant women: a national survey during the COVID-19 pandemic in México, 2020, The Journal of maternal fetal&neonatal medicine, Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1851675>
51. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Aug 17; 16:228. PMID: 27530993; PMCID: PMC4988038. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>
52. Barcelona de Mendoza V, Harville EW, Savage J, Giarratano G. Experiences of Intimate Partner and Neighborhood Violence and Their Association With Mental Health in Pregnant Women. J Interpers Violence. 2018 Mar;33(6):938-959. doi: 10.1177/0886260515613346. Epub 2015 Nov 17. PMID: 26576616; PMCID: PMC4870174.
53. Connelly CD, Hazen AL, Baker-Ericzén MJ, Landsverk J, Horwitz SM. Is screening for depression in the perinatal period enough? The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. J Womens Health (Larchmt). 2013 Oct;22(10):844

doi: 10.1089/jwh.2012.4121. Epub 2013 Aug 9. PMID: 23931153; PMCID: PMC3787578.

54. Abdelhai R, Mosleh H. Screening for antepartum anxiety and depression and their association with domestic violence among Egyptian pregnant women. *J Egypt Public Health Assoc.* 2015 Sep;90(3):101-8. doi: 10.1097/01.EPX.0000471670.64665.8f. PMID: 26544838.

IX. ANEXOS

Fiabilidad Escala de depresión de Edimburgo (EDPS)

ESTADÍSTICAS TOTAL DE ELEMENTOS

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM1	8.77	19.933	0.352	0.780
ITEM2	8.61	20.187	0.291	0.788
ITEM3	7.82	18.530	0.448	0.770
ITEM4	7.50	19.432	0.368	0.780
ITEM5	7.65	19.053	0.485	0.765
ITEM6	8.00	18.466	0.518	0.760
ITEM7	8.35	17.902	0.536	0.757
ITEM8	8.59	18.327	0.574	0.753
ITEM9	8.53	19.787	0.521	0.764
ITEM10	8.76	18.844	0.507	0.762

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig
Medidas únicas	,269 ^a	0.194	0.366	4.684	73	657	0.000
Medidas promedio	,787 ^c	0.706	0.852	4.684	73	657	0.000

Fiabilidad del instrumento Woman abuse Screening tool (tamizaje violencia)

ESTADÍSTICA DE TOTAL DE ELEMENTO

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM11	8.55	2.415	0.000	0.731
ITEM12	8.09	1.429	0.340	0.724
ITEM13	7.93	1.790	0.296	0.700
ITEM14	8.50	1.979	0.599	0.644
ITEM15	8.41	1.916	0.374	0.670
ITEM16	8.50	2.116	0.372	0.685
ITEM17	8.47	1.979	0.466	0.658
ITEM18	8.42	1.973	0.335	0.682

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN

	Correlación intraclase	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig
Medidas únicas	,169 ^a	0.100	0.259	2.621	73	511	0.000
Medidas promedio	,619 ^c	0.472	0.737	2.621	73	511	0.000

ANEXO N° 2

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA GESTANTES ADOLESCENTES

Hola, mi nombre es Marcela Solano Fernández, soy alumna de la Facultad de Medicina, y conjuntamente con la Dra. Gina Chávez Ventura, estamos realizando un estudio sobre síntomas depresivos, conocimiento y análisis de la frecuencia de violencia por la pareja durante el COVID-19

El estudio, desea conocer el número de gestantes con síntomas depresivos y además que sufren de maltrato en estos momentos de la pandemia COVID-19.

Te invitamos a participar de este estudio, y nos ayudes a cumplir con el objetivo que nos proponemos, tu participación es **ANÓNIMA Y VOLUNTARIA**, aunque tu padre o tutor hayan dado su consentimiento para tu participación, se te pedirá tu autorización. Si aceptas, llenarás 03 cuestionarios en un tiempo máximo de 20 minutos, en el caso no te sientas cómoda contestando las preguntas, puedes retirarte en cualquier momento.

La información que nos proporciones es confidencial y solamente la usarán los investigadores para cumplir con el objetivo del estudio.

Si aceptas participar, marca el recuadro

SI QUIERO PARTICIPAR

NO QUIERO PARTICIPAR

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Usted está siendo invitada a participar de un estudio sobre estado de ánimo en la gestación, conocimiento y análisis de la frecuencia de violencia por la pareja durante el COVID-19”, este estudio está realizado por el Dra. Gina Chávez Ventura (asesora) y Marcela Solano Fernández interna de Medicina de la Universidad César Vallejo.

El estudio tiene por finalidad identificar la frecuencia de síntomas depresivos en gestantes que acuden a su atención prenatal, así como la relación con algún tipo de violencia por la pareja durante la pandemia COVID-19.

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá por favor leas y llenes unos cuestionarios que servirán para obtener información que permitan cumplir con la finalidad de este estudio.

- Ficha de datos sociodemográficos y datos ginecobstétricos
- Escala de depresión
- Escala de violencia

El llenado demandará un tiempo máximo de 20 minutos. Su participación es totalmente **VOLUNTARIA**, los datos obtenidos serán **CONFIDENCIALES** y no se usará para ningún otro propósito que no fuera esta investigación. Sus respuestas se codificarán usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Ante cualquier duda respecto del estudio, podrá realizar las preguntas que crea convenientes, asimismo podrá retirarse del estudio en cualquier momento. En caso se sienta incómoda con alguna de las preguntas está en su derecho de hacerlo saber al investigador y no responderlas.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se me ha comunicado sobre el llenado de una ficha de datos sociodemográficos, así como las escalas de depresión y de violencia lo cual tomará un tiempo máximo de 20 minutos. Se me informó que los datos son confidenciales y solo de uso para este estudio, que tengo libertad de retirarse en cualquier momento.

DECLARO: SI DESEO PARTICIPAR NO DESEO PARTICIPAR

Para hacerle llegar los resultados de su evaluación escriba su nombre y número celular

Agradecemos su participación

firma participante

firma del investigador

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y/O TUTOR DE GESTANTES PARTICIPANTE DE INVESTIGACIÓN

Señor padre y/o tutor deseamos invitar a su hija, a participar en el estudio sobre estado de ánimo de la gestante, conocimiento y frecuencia de violencia por la pareja durante el COVID-19. Este estudio está realizado por la Dra. Gina Chávez Ventura (asesora) y Marcela Solano Fernández interna de Medicina de la Universidad César Vallejo.

El estudio tiene por finalidad identificar la frecuencia de síntomas depresivos en gestantes que acuden a su atención prenatal, así como la relación con algún tipo de violencia por la pareja durante la pandemia COVID-19. Este tamizaje de la salud mental en su menor hija nos permitirá explorar como se encuentra su hija emocionalmente y si requiere de ayuda profesional.

Si usted acepta que su hija participe de esta investigación, ella llenará 03 cuestionarios que servirán para obtener información que permitan cumplir con la finalidad de este estudio.

- Ficha de datos sociodemográficos y datos ginecobstétricos
- Escala de depresión
- Escala de violencia

El llenado demandará un tiempo máximo de 20 minutos. La participación de su hija es totalmente **VOLUNTARIA**, los datos obtenidos serán **confidenciales y no se usarán para ningún otro propósito que no fuera este estudio**. Sus respuestas se codificarán usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Ante cualquier duda respecto al estudio, podrá realizar las preguntas que crea convenientes. Su hija puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee. En caso su hija se sienta incómoda con alguna de las preguntas está en su derecho de hacerlo saber al investigador y no responderlas.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, he sido comunicado sobre el llenado de 03 cuestionarios que llenará mi hija (una ficha de datos sociodemográficos, así como las escalas de depresión y de violencia) lo cual tomará un tiempo máximo de 20 minutos. Se me informó que los datos son confidenciales y solo de uso para este estudio, que mi hija tiene libertad de retirarse en cualquier momento.

DECLARO:

ACEPTÓ QUE PARTICIPE

NO ACEPTÓ QUE PARTICIPE

Agradecemos su participación

firma participante

firma del investigador

ANEXO N° 5

Datos Sociodemográficos

A. Edad: -----

B. ¿Zona donde vive? Urbana Rural

C. Estado civil: (1) Casado (2) conviviente

D. ¿Grado de instrucción?

1. No ha recibido educación
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Superior técnica incompleta
7. Superior técnica completa
8. Superior universitaria incompleta
9. Superior universitaria completa

E. Ocupación

1) ama de casa 2) técnico 3) profesional 4) Independiente 5) Estudiante

F. Grado de instrucción del cónyuge

1. No ha recibido educación
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Superior técnica incompleta
7. Superior técnica completa
8. Superior universitaria incompleta
9. Superior universitaria completa

G. Siente apoyo de pareja SI___ NO___

H. Siente apoyo de la familia (padres, hermanos, etc.) SI___NO___

- I. Su actual embarazo fue planificado SI___ NO___
- J. Se siente satisfecha de su relación de pareja
Si satisfecha___ Poco satisfecha___ Nada satisfecha ___
- K. “¿Antes de este último embarazo, quería usted tener un hijo o hija, o no quería tener ningún(a) otro(a)?” SI___NO___
- L. En primíparas: “¿antes de este embarazo quería usted tener un hijo o hija?” SI_____ NO_____

DATOS OBSTETRICOS

1. Edad gestacional (semanas).....G () P (_____)
2. Enfermedad crónica (1) SI (2) NO

Padece de: hipertensión, diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedad renal, alteraciones de la coagulación, hipotiroidismo.

ANEXO N° 6

Escala de Depresión de Edimburgo durante el embarazo (EPDS)

Por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no deje ninguna pregunta por marcar... gracias por participar

1. He sido capaz de reír y ver el lado

bueno de las cosas:

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

2. He mirado el futuro con placer

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

3. Me he culpado sin necesidad

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

4. He estado ansiosa y preocupada

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

5. He sentido miedo y pánico

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

6. Las cosas me oprimen o agobian

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

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

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

8. Me he sentido triste y desgraciada:

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

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

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

ANEXO N° 7

VERSIÓN ADAPTADA EN ESPAÑOL DEL WOMAN ABUSE SCREENING TOOL ESCALA PARA IDENTIFICAR MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE SUS PAREJAS

1. En general ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja?
 - Estresante
 - Un poco estresante
 - Nada estresante
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:
 - Mucha dificultad
 - Algo de dificultad
 - Sin dificultad
3. Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída o mal con usted misma?
 - Muchas veces
 - A veces
 - nunca
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas, o empujones?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
5. ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
6. Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
7. Su pareja ¿la insulta, garabatea (insultar, decir palabras soeces), grita humilla, y descalifica verbalmente?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca