



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

Violencia basada en género y depresión post parto en púerperas atendidas en el
Hospital María Auxiliadora, 2017

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia

Presentado por:

Autora: Flores Santamaria, Jahaira Anali

Autora: Zumaeta Tuesta, Joshelin Katherine

Asesora: Mg. Salcedo Suarez, Katty Leticia

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8769-396X>

Lima – Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres por depositar su confianza en mí y ser parte de esta gran aventura de mi carrera, porque pese a las adversidades siempre nos mantuvimos fuertes y firmes para cumplir esta gran meta.

A mi hermana Jennifer y mi sobrina Valentina porque me motivaban a seguir adelante.

Joshelin Zumaeta.

A mi madre que fue un ejemplo de fortaleza y me acompañó en este camino.

A mi padre que se mantuvo firme y constante para así guiarme durante todos los años de mi carrera.

Jahaira Flores.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por habernos guiado a lo largo de este camino, en segundo lugar a nuestros padres que nos apoyaron y confiaron en nuestra capacidad y vocación de servicio logrando así impulsarnos ante cualquier adversidad, a nuestros docentes que nos enseñaron y nos brindaron sus conocimientos, gracias a su paciencia mostrando un camino lleno de satisfacción y los frutos que podemos conseguir con perseverancia. Y a mi compañera y amiga porque en esta armonía grupal lo hemos logrado.

Jahaira Flores

Joshelin Zumaeta

ASESOR

Mg. KATTY LETICIA SALCEDO SUAREZ

JURADOS

PRESIDENTE

Mg. Gloria Marín Guevara

SECRETARIO

Mg. Ana Alcántara Chávez

VOCAL

Lic. Elizabeth Hernández Valdivia

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Justificación	12
1.4. Objetivo	13
1.4.1. Objetivo general	13
1.4.2. Objetivos específicos	13

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases teóricas	19
2.3. Terminología básica	29
2.4. Hipótesis	30
2.5. Variables	31

3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación	33
3.2. Población y muestra	33
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	35
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	36
3.5. Aspectos éticos	36

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	37
4.2. Discusión	52

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	54
5.2. Recomendaciones	55

REFERENCIAS	56
--------------------	-----------

ANEXOS:

Instrumentos	
--------------	--

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS		Pág.
Tabla 01	38	
Tabla 02	40	
Tabla 03	44	
Tabla 04	46	
Tabla 05	48	
Tabla 06		50
Tabla 07		51

RESUMEN

Objetivo: determinar la Violencia Basada en Género y Depresión Post Parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el período de julio a siembre, 2017

Materiales y Método: El estudio fue observacional de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 295 puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2017. El instrumento utilizado fue la ficha de Violencia Basada en Género y la escala de Edimburgo.

Resultados: La edad promedio fue de 32 años, el 68,1% fueron convivientes, el 65% tenía estudios secundarios, el 66,8% tuvo parto vaginal y el 67,5% se dedican a su casa. El 56 % de puérperas no tuvo depresión y el 44% presento depresión post parto. 35 % de puérperas fueron agredida

s emocional o psicológicamente de las cuales el 46 % fueron otras personas (tíos, primos, ex pareja), el 40 % fue directamente la pareja, 7 % fue la mamá y otro 7% fue el padre. El 13% alguna vez fue agredido de forma física de los cuales el 44 % son otras personas (tío, primos, cuñado, vecinos), el 41 % es la pareja, el 10 % es el papá y un 5 % es la mamá. El 12 % en algún momento de su vida se sintió forzado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento de los cuales 63 % fueron otras personas (ex pareja, padrastro, primos), y un 37 % fue su cónyuge.

Conclusión: En el estudio se identificó con más frecuencia la violencia psicológica teniendo como agresores a personas externas al núcleo familiar. En el estudio las puérperas presentaron depresión post parto y refieren haberse sentido nerviosa sin tener motivo, a no realizar las cosas como antes, a sentirse desdichada y pensaron en hacerse daño.

Palabras claves: Violencia Basada en Género, Depresión Post Parto y puérperas

SUMMARY

Objective: to determine the Gender-Based Violence and Postpartum Depression in postpartum women treated at Hospital María Auxiliadora 2017

Materials and Methods: The study was descriptive, prospective cross-sectional observational study. The population was formed by all the puérperas attended at the Hospital María Auxiliadora. The instrument used was Gender-Based Violence and Edinburgh Scale.

Results: the average age was 32 years, 68.1% were cohabiting, 65% had secondary education, 66.8% had vaginal delivery and 67.5% were dedicated to their home. 56% of postpartum women did not have depression and 44% had postpartum depression. Thirty-five percent of the mothers were emotionally or psychologically assaulted, of which 46% were other people (uncles, cousins, ex-partners), 40% were the couple directly, 7% were the mother and 7% were the father. 13% were once physically assaulted, of which 44% were other people (uncle, cousins, brother-in-law, neighbors), 41% were couples, 10% were parents and 5% were mothers. Twelve percent at some point in their life felt forced to have sex without their consent, of whom 63 percent were other people (ex-partner, stepfather, cousins), and 37 percent were their spouses.

Conclusion: the average age was 32 years old, living together, with secondary education and housewife occupation. In the study, psychological violence was more often identified as aggressors to people outside the family unit. In the study, postpartum women presented postpartum depression and reported feeling nervous without reason, not doing things as before, feeling unhappy and thinking about hurting themselves.

Keywords: Gender-Based Violence, Postpartum Depression and Postpartum Depression

Capítulo I: Problema

1.1. Planteamiento del problema.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993 realizó una declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, donde se define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada. La Violencia Basada en Género se considera un problema de salud pública por las consecuencias mediatas e inmediatas en la mujer, asociándose con alteraciones físicas, sexuales y psíquicas; pudiendo llevar a la mujer a la discapacidad, al aislamiento e incluso a la muerte.¹

La depresión post parto contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas. Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de depresión post parto: Chile 50,7%⁶³, Colombia 32,8%⁹, México 32,6%⁴⁹, Perú 24,1%⁵² y Venezuela 22%²².²

En los Estados Unidos se reporta según datos estadísticos que dos a cuatro millones de mujeres son golpeadas anualmente, 1500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja actual o pasada y un 16% de las mujeres adultas reportan una historia de abuso sexual por parte de algún miembro de su propia familia. En otros estudios realizados en Europa; una de cada cinco mujeres refiere ser maltratada por su pareja. La Organización Panamericana de la Salud estima que entre el 20-60% de las mujeres que viven en las américas sufren de situaciones de violencia. En América del Sur; se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida².

La depresión postparto puede ser causa por muchos factores como los trastornos de humor y ansiedad, embarazo no planificado, historia familiar, sentimientos negativos, nivel educativo y abusos de sustancias. El diagnóstico de la depresión es clínico donde encontramos tendencia al llanto, pérdida de satisfacción, rechazo social, ánimo sobrio, molestias digestivas, infelicidad, inexpresión en el rostro, auto reproche.³

La violencia familiar, especialmente la ejercida contra la mujer, es reconocida en el Perú como un problema de salud pública y salud mental, además de constituir una violación a los derechos humanos en tanto que atenta contra la integridad física y emocional de las personas. La violencia tiene consecuencias a largo plazo para estas mujeres y sus hijos, así como costos sociales y económicos para toda la sociedad.³

Según la ENDES 2013 el país, el 71,5% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero en cifras absolutas, la Policía Nacional ha registrado a nivel nacional un total de 87132 denuncias por violencia familiar.⁴

Según el Ministerio de Salud MINSA se tiene datos a Nivel Regional donde el 87% de las mujeres piuranas que fueron atendidas en los consultorios de salud sexual y reproductiva de los establecimientos, las cuales reportaron haber sufrido algún tipo de violencia familiar, lamentable situación que suele ser más frecuente en el quintil inferior de pobreza y en aquellas mujeres que tienen menos acceso a los sistemas de educación. Por otro lado estadísticas demuestran que de cada 100 gestantes aproximadamente más del 48.5% presentan casos de violencia por parte de su pareja.⁴

Por ser la violencia considerado como problema de salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado velar por la recuperación, rehabilitación y promoción de la salud mental de las

personas; además que la violencia contra la mujer está reconocida como una violación a los derechos humanos.

1.2. Formulación del problema.

¿Cómo se da la Violencia Basada en Género y Depresión Post Parto en púerperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2017?

1.3. Justificación.

El presente estudio encuentra su fundamento en la necesidad de saber cómo de forma clara en tanto el tema abordado (Violencia Basada en Género VBG) es una problemática latente dentro de nuestro contexto social, tiene diversas formas de manifestación, así como también se puede sufrir en diferentes etapas de la vida femenina.

La depresión en la actualidad es un problema de salud pública que según se estima se agravará en los años venideros pudiendo llegar a convertirse en el problema número uno de discapacidad en el mundo. Actualmente afecta a personas de todos los estratos sociales, niveles económicos y distribución geográfica. Teniendo como factores de riesgo la exposición temprana a factores estresantes y pertenecer a familias con predisposición hereditaria.⁵

Otro serio problema que afecta a la mujer es la VBG, la cual no respeta ningún periodo de la mujer, incluyendo el puerperio, en la cual se reportan incidencias bastante altas. Al encontrar que tanto la Depresión Post Parto y la VBG afectan al núcleo de la sociedad, la familia, y de la trascendencia que engloban dichas patologías; se observa que, en nuestro medio, existe un desconocimiento tanto de la frecuencia con que se presenta.

Por ello con la presente investigación se busca exponer la realidad problemática ante la ciudadanía, aportando así conocimientos científicos que sirvan de guía para investigaciones futuras y más profundas generando alternativas de solución frente a esta alarmante realidad. Buscando promover el respeto por la dignidad e integridad física y

psicológica de las personas en especial de la mujer en el mundo. Los beneficiarios con la presente investigación sin lugar a duda serán las mujeres en la etapa del puerperio en tanto esta tesis constituirá una base cognoscitiva en su favor para que de esta manera puedan detectar la manifestación de Violencia Basada en Género en sus diversos tipos desde sus inicios y poder prevenir su desarrollo especialmente en una etapa tan delicada como el puerperio donde la mujer se vuelve más vulnerable.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivos Generales.

- Determinar la Violencia Basada en Género y Depresión Post Parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2017

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Describir las características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora.
- Identificar la Violencia Basada en Género en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora.
- Identificar la Depresión Post Parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

MOLERO, K. en el año 2014 en su artículo titulado “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas – Venezuela” tuvo como objetivo, Comparar la prevalencia de depresión postparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo", en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela”. Encontrando los siguientes resultados, Al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ($p < 0,05$), sentimiento de culpa ($p < 0,001$) y dificultad para la concentración ($p < 0,001$), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ($p < 0,05$), las dificultades con la lactancia ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$). Donde concluye que, la DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes²¹.

GUTIERREZ, C. en el 2014 en su artículo titulado “Estudio de la violencia doméstica en mujeres con depresión y trastornos de ansiedad – Chile” tuvo como objetivo, conocer la prevalencia de la violencia doméstica en mujeres controladas por depresión y/o trastorno ansioso en el Consultorio Rural de la ciudad de San José de la Mariquina. Llegando a encontrar los siguientes hallazgos Los hallazgos empíricos reafirman a la violencia doméstica de género como predictor de patología mental y, muestran especificidades respecto al tipo de

violencia, intensidad y zonas corporales de maltrato, junto con la descripción de variables más asociadas a estados depresivos. Los resultados presentados servirán de insumo para el diseño de estrategias integrales de intervención en salud y para innovaciones curriculares en la formación de recursos humanos universitarios en el área de la salud²².

CARRILLO, M. en el año 2012 en su tesis “Factores Asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al Hospital General Dr. José María Rodríguez, México”. Tuvo como objetivo, identificar los factores asociados que causan la Depresión Posparto en las mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec Dr. José Ma. Rodríguez. De la muestra estudiada, la frecuencia de edad oscilo de entre los 14 y 42 años, siendo el promedio de edad de 24 años y la moda de 22 años. El grupo etáreo más frecuente fue de 21 a 25 años de edad. Del total de mujeres encuestadas, 235 (77%) de ellas obtuvieron el producto por medio de parto, y el resto, es decir 70 (23%) lo obtuvo por cesárea. Se observó que la frecuencia de Depresión Posparto en el total de las mujeres en etapa de puerperio encuestadas, fue del 25%, es decir 77 la presentaron, mientras que el 75% restante (228 pacientes) no la mostraron. De las 77 mujeres con Depresión Posparto la frecuencia de edad fue de los 15 hasta los 42 años de edad, siendo la moda de 21 años con 12 casos, seguida de 18 años y 30 años con 8 y 6 casos respectivamente. Se observó que en las mujeres con Depresión Posparto, el estado civil predominante fue la Unión Libre 59 casos (77%), seguido del estado civil Casada con 10 pacientes (13%) y por último sólo 8 casos (10%) fueron Solteras. Donde concluye que las pacientes estudiadas presentaban un perfil de mujeres en Unión Libre, adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, amas de casa, con antecedentes heredofamiliares de depresión y antecedente personal con cuadros depresivos previos al embarazo. El tipo de parto si fue un factor determinante en el padecimiento de depresión posparto ya que en quienes se obtuvo el producto por parto fueron quienes la

presentaron. La separación de los padres no actuó como un factor predisponente que contribuyera a la aparición de Depresión Posparto²³.

ANTECEDENTES NACIONALES

COLOMA, G. en el 2015 en su tesis “Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes, que acuden al puesto de salud del distrito de Marcavelica Provincia de Sullana durante el período 2012-2015” tuvo como objetivo, determinar la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del Distrito de Marcavelica de la Provincia de Sullana, durante el Periodo 2012– 2015. Donde obtuvo los siguientes resultados: De 97 gestantes encuestadas se encontró una prevalencia de violencia del 14.4% de las cuales 25% eran gestantes adolescentes, 33.3 % son viudas, analfabetas 26.3, ocupación dependientes 25%, los tipos de violencia fueron psicológica con 100%, seguido de violencia física 92,9%, y violencia sexual 64.3%. Las prácticas asumidas ante la violencia de las gestantes encontramos que el 92.9% mujeres gestantes no han denunciado los hechos. El 100 % de mujeres gestantes no han necesitado atención psicológica. Donde concluye que la prevalencia fue de 14% de violencia durante su embarazo²⁴.

SALAS, A. en el 2012 en su investigación “Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012 Lima” tuvo como objetivo, analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el periodo Diciembre 2011 - Febrero 2012. Encontrando lo siguientes resultados, El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue 17.1 ± 1.2 años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue

significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), preeclampsia (8.6%), parto pre término (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pre término. La preeclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pre término fue el único resultado materno con asociación significativa ($p < 0.05$) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar. Donde concluye, Los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino²⁵.

VELA, E. en el 2011 en su tesis “Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre término atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé - Lima” tuvo como objetivo, analizar la influencia de la violencia basada en género en el parto pre término en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé. Encontrando los siguientes resultados, existe diferencia significativa en no tener empleo en el grupo caso (90%) frente al 66.7 % en el grupo control. ($p=0.01$). El consumo de café como hábito nocivo mostró tener diferencia estadísticamente significativa sobre el parto pre término. El 31.7% presentaron violencia física, el 16.7% de violencia sexual mientras que el de violencia psicológica fue el 68.3%. No se encontró la influencia de la violencia física sobre el parto pre término (OR=0.63 IC 95%: 0.21 a 1.88). Se encontró que las mujeres víctimas de violencia sexual fueron 5 veces más propensas a tener un parto pre término que las mujeres que no habían sido agredidas, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.080$ IC 95%: 0.981 a 26.430). Tampoco se encontró la influencia de la violencia psicológica sobre el parto pre término (OR: 0.857; IC 95%: 0.23 a 2.55) donde concluye, no encontramos evidencia para la influencia de la violencia

psicológica y física con respecto al parto pre término; existió cinco veces mayor probabilidad de parto pre término en mujeres con violencia sexual²⁶.

ESCOBAR, J. en el 2010 en su investigación “Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé Lima ” tuvo como objetivo, determinar la asociación existente entre la Violencia Basada en Género y la Depresión Post-Parto en el Hospital San Bartolomé. Encontrando los siguientes resultados, el 4% presentó baja autoestima, el 27% haberse sentido deprimida antes del embarazo, el 72% se sintió deprimida y el 47% ansiosa durante el embarazo y el 51% presentó tristeza post-parto. La tasa de DPP fue de 17% con una media de 7,5+/-5 y una moda de 10 puntos para la escala de Edimburgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de DPP y autoestima, historia de depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. Así mismo; se detectó que el 51% de las mujeres habían sido víctimas de VBG, siendo la VBG psicológica la más frecuente y la pareja el principal agresor. Al realizar la confrontación de casos de VBG y DPP se halló diferencias estadísticamente significativas para la prueba X² (P= 0,001) y la medida de asociación OR= 9,8 (IC: < 2,1; 45>). Así mismo hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables DPP y VBG durante la gestación encontrando un OR de 5,5 (IC: < 5,5; 16,7>) donde concluye que existe diferencias estadísticamente significativas entre los casos de Depresión Post-Parto (DPP) y los de Violencia Basada en Género (VBG); así mismo, se calculó que existe un riesgo elevado de sufrir DPP en aquellas mujeres que habían sido víctimas de la VBG²⁷.

2.2. Base teórica.

2.2.1 VIOLENCIA

El constructo “violencia” hace referencia al uso de la fuerza para producir daño. El término violencia remite al concepto (raíz etimológica) de “fuerza”: El sustantivo violencia se corresponde con verbos tales como “violentar”, “violar” o “forzar”. En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza (física, psicológica, política, económica, etc.) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales, simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre/hijo, hombre/mujer, etc.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.⁷

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.⁹

Otra definición de violencia contra la mujer de acuerdo a la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, “Cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”⁹

Clasificación de la violencia

Según la clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud se divide a la violencia en tres grandes categorías. En esta categorización se distingue:¹⁰

- **Violencia dirigida**, contra uno mismo, violencia que una persona se inflige a sí misma.
- **Violencia interpersonal**, infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos.
- **Violencia colectiva**, la infligida por grupos más grandes, tales como los Estados, agrupaciones políticas organizadas, milicias u organizaciones terroristas.

En tal sentido estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

Tipos de violencia

- **El abuso físico**, es la forma más obvia de abuso en contra de las mujeres; se puede manifestar como: empujones, bofetones, mordeduras, golpes, puñetazos, patadas y asfixia, quebraduras de los huesos, quemaduras, atarlas, encerrarlas, abandonarlas en un lugar inseguro, lanzarles objetos con la intención de golpearlas y amenazarlas con todo tipo de armas. Implica actos que de acuerdo a su intensidad y frecuencia, comprometen el estado de salud de la mujer, y ponen en riesgo no solo la seguridad de la mujer, sino la de los hijo(a). Son actos dirigidos hacia el cuerpo de la mujer, que atentan con su integridad física, libertad y movilidad, ocasionando consecuencias de diversa gravedad, toda vez que pueden poner en riesgo o sufrir afectación las funciones, los órganos o los sentidos, así como, el privar de la vida a la mujer. El fin que se persigue es lograr controlar y someter de la voluntad de esta. Cabe señalar, que este tipo de actos potencializan los daños y los riesgos en las mujeres cuando, existen armas en el hogar, cuando se recurre a

estrangulamiento o sofocación, cuando éstas se encuentran embarazadas o enfermas.¹⁰

- **Abuso sexual**, es obligar a su esposa o conviviente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, humillaciones en público o en privado, a través de bromas, apodosos o manoseos, obligarlas a actividades sexuales no deseadas, al sexo impuesto con objetos, en la intimidad o frente a otras personas, obligarlas a vestirse de forma provocativa aunque ella se sienta mal por presentarse así.¹⁰
- **Violencia sexual en el embarazo**, la violencia intrafamiliar y sexual es una de las situaciones comunes en la vida de las mujeres independientemente de la edad, el ciclo de vida y la condición social. Las médicas reconocen la frecuencia de embarazos por abuso sexual del padre, del padrastro o de hermanos mayores; sin embargo, son situaciones que no se denuncian y ante las cuales hay indiferencia de madres, maestras y hasta de parte de los propios médicos. Los principales argumentos para no intervenir son considerar que la denuncia corresponde a la familia por ser un asunto de la vida privada, además se señala la falta de información y estrategias para atender estos casos y el temor a la respuesta del agresor.¹¹
- **Abuso psicológico y emocional**, el abuso psicológico puede ser o es más devastador que el abuso físico. Puede incluir: Críticas y degradaciones constantes, celos excesivos, acusación de infidelidades, etc., Atacar verbalmente sus actitudes, personalidad o creencias, Restringir o minimizar cualquier esfuerzo que se hace para el crecimiento personal, hacer acusaciones e insinuaciones acerca de los pensamientos y acciones. La violencia psicológica comprende acciones y comportamientos que humillan, avergüenzan y deterioran la autoestima de la persona. En muchas ocasiones no es tomada mucho en cuenta, inclusive por las propias mujeres; sin embargo, Es la principal fuente de deterioro para el ser

humano, que duele y permanece en la conciencia mucho más que un golpe físico (en tanto que) el golpe físico se cura (muchas de las veces).¹²

Consecuencias de la violencia durante el embarazo

Además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto.¹⁰

Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos.¹⁰

El estudio de la violencia de género representa serios obstáculos en la identificación de fuentes directas para dimensionar el problema y más aún si se presenta durante el embarazo. Se sabe que con frecuencia el embarazo aumenta la desprotección de la mujer y la hace doblemente vulnerable en su condición de mujer y por estar embarazada.¹²

Ciclo de la violencia

La violencia conyugal se da de manera cíclica. Según Walker L, citado por Almoacid este ciclo tiene 3 fases: una primera fase de acumulación de tensión, una segunda fase de explosión o episodio agudo de golpes y una tercera fase llamada luna de miel o calma amante.¹²

Fase 1 Acumulación de tensión: En ésta se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre los miembros de la pareja con incremento de la ansiedad y hostilidad.

En un primer momento generalmente es sutil y toma la forma de agresión psicológica, posteriormente aparece la violencia verbal que viene a reforzar la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a la víctima. A continuación comienza la violencia física, empujones, zamarreos, cachetadas. etc. ¹²

Fase 2, Episodio agudo de golpes: Esta fase se caracteriza por la descarga incontrolada de las tensiones que se acumularon durante la fase la pérdida del control y el grado de destrucción diferencian al incidente agudo de golpes de los incidentes de golpes menores de la primera fase. ¹²

Fase 3, Luna de miel: En esta fase se produce el arrepentimiento y la demostración de afecto del hombre golpeador. Este sabe que ha ido demasiado lejos e intenta reparar lo hecho. La tensión acumulada en la fase 1 y disipada en la fase 2, desaparece. En esta fase el hombre golpeador se comporta de manera encantadora y constantemente cariñosa. La mujer elige creer que la conducta que observa durante la fase 3 le muestra su verdadero marido. Debido a que la recompensa por estar casada o en pareja se da en esta fase, esta es la etapa en la que le es más difícil tomar la decisión de terminar con la relación ¹³.

2.2.2 Violencia Basada en Género

No existe consenso entre investigadores respecto a la relación entre el género y este tipo de violencia, por lo que es un tema controvertido donde persiste cierta confusión a la hora de definir sus respectivas tipologías violencia de género contra violencia doméstica, actualmente se observa un debate acerca de las tasas de víctimas para cada género y si los hombres maltratados deben contar con los mismos recursos y refugios que están disponibles para las mujeres víctimas. En particular, algunos estudios sugieren que los hombres son menos

propensos a ser víctimas de la violencia doméstica debido a los estigmas sociales.¹³

Unas de las consecuencias de la violencia doméstica es la depresión. Las mujeres que sufren violencia doméstica corren un mayor riesgo de estrés y trastorno de ansiedad, en particular los trastornos resultantes del estrés postraumático. El intento de suicidio y depresión se conectan estrechamente la violencia en pareja. La violencia contra la mujer impide que participen plenamente en sus comunidades en los planos económicos y sociales. Las mujeres en violencia tienen menos probabilidades de tener empleo.¹³

Es por esto que, en la búsqueda de prevenir la violencia, se trata de dar herramientas a las gestantes para identificar los rasgos típicos de las personas violentas y ser conscientes de esa violencia de baja intensidad que comienza generalmente antes del matrimonio, durante el noviazgo. Así nace el concepto de violencia en el noviazgo.¹⁴

2.2.3 Contribuir a poner fin a la violencia basada en género

La comunicación tiene tres grandes áreas de acción para este fin: Potenciar las políticas públicas en sus distintas etapas: desde la colocación en la agenda pública de la violencia basada en género y generaciones como un problema, hasta la difusión de las medidas implementadas o la evaluación de lo realizado.¹⁵

- Fortalecer la voz y la posición de las instituciones con responsabilidad y obligaciones en la materia: la violencia basada en género es un problema de salud, de seguridad, de educación, de derechos humanos, de justicia y de ciudadanía, que impacta con mayor fuerza sobre las mujeres, adolescentes y niñas. Por lo tanto, en este campo, el mayor desafío de la comunicación es dar coherencia e integralidad a los discursos sectoriales por un lado, y construir la voz interinstitucional por otro.

- Desarrollar acciones/campañas de prevención y concientización dirigidas a distintos sectores de la ciudadanía: este tipo violencia tiene hondas raíces culturales, lo que hace necesaria¹⁵.

2.2.4 DEPRESIÓN

Se define como un trastorno del humor que compromete todos los sistemas del organismo, su espectro de afección abarca todas las edades, razas, géneros y momentos de la persona. En este sentido cuando se comparan las prevalencias de depresión entre hombres y mujeres se evidencia que en la niñez las cifras son equivalentes y conforme se avanza en edad (adultez), la balanza se inclina al lado femenino, con una prevalencia de 21,3% para las mujeres y un 12,7% para los varones. Las consecuencias de la depresión afectan desde los aspectos emocionales hasta el aspecto social y económico tanto en hombres como en mujeres, evidenciándose que la presentación se da en mayor cuantía en la mujer.¹⁶

En la actualidad los Trastornos depresivos son una de las principales causas de discapacidad en el mundo; siendo la principal causa de discapacidad en personas que se encuentran entre los 15-44 años y se proyecta que para el año 2020 alcanzará el segundo lugar en todas las edades y géneros. Los trastornos depresivos son causales de alrededor de 850 000 suicidios anualmente, afectando a 121 millones de personas en el mundo, con una prevalencia en los Estados Unidos de Norteamérica de 13.23% y en el Perú se estima que afecta al 11.3 % de la población¹⁷.

Depresión Post Parto

El periodo puerperal, que es definido de acuerdo a su duración como inmediato (periodo comprendido entre en parto y las 24 horas del postparto), mediato (comprendido entre el parto y los 42 primeros días) y tardío (entre el parto y el año post-parto). Durante este periodo se observan cambios fisiológicos en todos los sistemas de la mujer que podrían condicionarla a sufrir de Depresión Post-parto (DP) que es

definida, según el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales versión IV (DSM-IV), como la presentación de depresión a partir de las 4 semanas posteriores al parto.¹⁷

Dentro de estos cambios encontramos que los hormonales son los que más varían; existiendo un rápido declive de los niveles de hormonas reproductivas inmediatamente después del parto. Durante la gestación se observa que los niveles de estrógenos, progesterona, cortisol, prolactina, beta endorfinas y la hormona gonadotropina humana se incrementan grandemente para luego disminuir después del parto rápidamente hasta prácticamente valores normales.¹⁸

Los factores de riesgo biológicos son los relacionados a desordenes del humor y ansiedad, la depresión post parto anterior, síndrome premenstrual disfórico e historia familiar de enfermedades psiquiátricas; y los psicosociales los relacionados a historia de abusos cometidos durante la niñez, que la mujer sea adolescente, que el embarazo sea no planificado, que la paciente tenga sentimientos negativos acerca de su gestación, que sea madre soltera, que tenga un gran número de hijos, que carezca de un adecuado soporte económico, que exista conflictos o violencia marital, el bajo nivel educativo y el abuso de sustancias como el alcohol y el tabaco¹⁹.

En Lima se realizó una encuesta en cuatro hospitales y se obtuvieron como resultado que el 61% de mujeres en general y el 54 % de embarazadas en algún momento de su vida había sido víctima de algún tipo de violencia y el tipo de violencia más común en ambos casos había sido la violencia psicológica, seguida de la violencia física¹⁹.

Características de mujeres más propensas a padecer de la depresión posparto

Algunas mujeres están expuestas a un mayor riesgo de padecer de depresión posparto porque tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo:²⁰

- Síntomas de depresión durante o después de un embarazo anterior
- Antecedentes de depresión o trastorno bipolar en otra etapa de su vida
- Un miembro de su familia que padeció depresión u otras enfermedades mentales.
- Una situación estresante durante el embarazo o poco después de dar a luz, como la pérdida del empleo, la muerte de un ser querido, violencia doméstica o enfermedad
- Complicaciones médicas durante el parto, como el parto prematuro o que el bebé nazca con problemas médicos
- Sentimientos encontrados sobre el embarazo, así haya sido planificado.
- Falta de apoyo emocional de su esposo, pareja, familia o amigos
- Problemas de abuso de alcohol o drogas.

2.2.5 Tipo de maltrato

Maltrato físico

- **Lesiones físicas graves:** fracturas de huesos, hemorragias, lesiones internas, quemaduras, envenenamiento, hematomas subdurales, etc¹⁹.
- **Lesiones físicas menores o sin lesiones:** No requieren atención médica y no ponen en peligro la salud física¹⁹.

Maltrato Emocional

- **Rechazar:** Implica conductas de abandono. Los padres rechazan las expresiones espontáneas del niño, sus gestos de cariño; desaprueban sus iniciativas y no lo incluyen en las actividades familiares.
- **Aterrorizar:** Amenazar al niño con un castigo extremo o con un siniestro, creando en él una sensación de constante amenaza.

- **Ignorar:** Se refiere a la falta de disponibilidad de los padres para con el niño. El padre está preocupado por sí mismo y es incapaz de responder a las conductas del niño.
- **Aislar al menor:** Privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
- **Someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción:** Impedir la normal integración del niño, reforzando pautas de conductas antisociales¹⁹.

Maltrato por Negligencia

Se priva al niño de los cuidados básicos, aun teniendo los medios económicos; se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección, etc²⁰

2.2.6 Puerperio

Se define como “expulsión de la placenta, hasta un límite variable, generalmente seis semanas, en que ocurre la primera menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino”. Se puede dividir: ¹⁹

- Puerperio inmediato: 24 horas. Incluye el puerperio postparto (2primeras horas, vigilar hemorragias).
- Puerperio precoz o propiamente dicho: primera semana.
- Puerperio tardío: 40-45 días (retorno de la menstruación).
- Puerperio alejado: 45 días hasta un límite impreciso.

Fisiología y Clínica

Puerperio Inmediato: en este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la hemostasia Uterina.

En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa; y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación

propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.¹⁹

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos:

- La retracilidad: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.
- La contractilidad: fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina²⁰.

2.3 Terminología Básica

- a. Violencia:** interacción entre sujetos que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad.¹⁸
- b. La Violencia Intrafamiliar:** Es el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”.¹⁹
- c. Violencia Física:** Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física.²¹
- d. Puerperio:** Es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.²³

- e. **Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.¹⁷
- f. **Violencia Basada en Género:** Tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona o grupo de personas sobre la base de su sexo o género que impacta de manera negativa en su identidad y bienestar social, físico o psicológico.¹⁹

2.4 Hipótesis

Por tratarse de un estudio descriptivo la hipótesis es implícita.

1.1. Variables e indicadores

1.1.1. Variable

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
INDEPENDIENTE					
Violencia Basada en Genero	Cualitativa	Psicológica Física Sexual Infantil	Agresión Emocional Maltrato Relaciones sexuales forzadas	Nominal	1. Si 2. No
DEPENDIENTE					
Depresión Post Parto	Cualitativa	Test de Edimburgo	Optimismo Disfrute de situaciones Capacidad de ver virtudes y defectos Autovaloración Nivel de respuesta ante el estrés	Nominal	Si (mayor de 13) No (menor de 13)

			Proyección hacia el futuro		
INTERVINIENTE					
Características sociodemográficas	Mixto	Edad Estado civil Nivel educativo Ocupación	Años Tipo de unión Conyugal Escolaridad Actividad Laboral	Razón Ordinal Nominal Nominal	Según lo recolectado 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Conviviente 1. Sin educación 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Universitaria 1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Trabajadora dependiente 4. Trabajadora Independiente
Características obstétricas	Cualitativo	Tipo de parto Paridad	Distócico Eutócico Número de hijos	Nominal Ordinal	1. Vaginal 2. Cesárea 1. Primípara 2. Multípara

3 DISEÑO Y MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación.

El estudio fue observacional de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal.

Ámbito de la Investigación

El estudio de esta investigación se realizó en el Hospital María Auxiliadora, ubicado en Av. Miguel Iglesias 968 – San Juan de Miraflores.

3.2 Población y Muestra

Población

La población de estudio estuvo conformada por todas las puérperas que se atendieron su parto en el Hospital María Auxiliadora, 2017. Teniendo como información de la oficina de estadística e informática 3240 partos atendidos en la institución

Muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita:

$$n_c = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{\alpha^2}$$

Dónde:

n_c : Muestra Calculada

Z: 1,96

P: (0.5) Prevalencia estimada (1-p): Complemento

α : (0.05) Máximo error, precisión deseada

Entonces reemplazando los datos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) \cdot (1 - 0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$n = 384,16$$

$$n = 384$$

Reajuste del tamaño:

$$nf = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{Nt}}$$

Dónde:

n_c : Muestra Calculada

n_f : Muestra Final

Nt : Población Finita dada

$$nf = \frac{384}{1 + \frac{384}{3240}}$$

nf = 295 Puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

Criterios de inclusión:

- Puérperas que tuvieron su parto en el Hospital María Auxiliadora
- Puérperas que aceptan ser parte del estudio
- Puérperas que no tuvieron complicaciones durante el parto y puerperio.

Criterios de exclusión:

- Puérperas que no se atendieron su parto en el Hospital María Auxiliadora.
- Puérperas que no acepten ser parte del estudio.
- Puérperas que tuvieron complicaciones post parto y presente dificultad para dialogar.

Unidad de análisis: Una puérpera encuestada.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue la encuesta.

Para realizar la siguiente investigación se realizó los siguientes criterios:

- Se solicitó la autorización al Director del Hospital María Auxiliadora para realizar la investigación Dr. Julio Medina Reátegui.
- Se coordinó con el Obstetra encargado del servicio de hospitalización para la recolección de datos.
- Se aplicó la encuesta a las puérperas, el tiempo estimado será de 5 minutos por paciente.
- La aplicación de la encuesta se realizó de acuerdo a los horarios que nos brindó el coordinador de hospitalización.

Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizarán para la siguiente investigación son tres una ficha para la recolección de datos para las características sociodemográficas, un cuestionario sobre depresión Postnatal Edimburgo y un cuestionario para la detección de violencia de género.

Instrumento 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA se considerará los siguientes ítems (edad, estado civil, nivel de educación y lugar de procedencia, estado socioeconómico y tipo de parto).

Instrumento 2: CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO se considerará preguntas relacionadas a la presentación de la depresión después del parto.

Instrumento 3: CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO se considerará preguntas relacionado a la existencia del acto de violencia basada en género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico

3.4 Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos fueron revisados y codificados e ingresados a una base de datos creada en el programa SPSS versión 22. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

Se realizó el análisis descriptivo de los datos; para variables cuantitativas, se calculó la medida de tendencia central (media, moda, mediana), para variables cualitativas, se calculó la distribución porcentual de los datos en frecuencias absolutas y relativas.

3.5 Aspectos Éticos

Se solicitó la participación voluntaria de las puérperas mediante la firma de un consentimiento informado donde se explicó el propósito del estudio y donde se aclaró que su la participación era completamente voluntaria y que el manejo de la información recabada sería manejada con la mayor cautela posible.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 01. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

Estadísticos		Edad
Promedio		32
Mediana		32
Moda		30
Desviación estándar		9,2
Mínimo		17
Máximo		49
Válidos		295
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	65	22,0 %
Casada	29	9,8 %
Conviviente	201	68,1 %
Válidos	295	100,0 %
Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin Educación	2	0,7 %
Primaria	31	10,5 %
Secundaria	193	65,4 %
Técnica	55	18,6 %
Universitaria	14	4,7 %
Válidos	295	100,0 %

Fuente: Propio del autor

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	199	67,5 %
Estudiante	28	9,5 %
Trabajadora dependiente	25	8,5 %
Trabajadora independiente	43	14,6 %
Válidos	295	100,0 %

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla sobre características sociodemográficas de la población de estudio podemos observar; la edad promedio fue de 32 años, el 68,1% convive con su pareja, el 65,4% tiene estudios secundarios, el 67,5 % se dedica a su casa.

Tabla 02. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

Parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	197	66,8 %
Cesárea	98	33,2 %
Válidos	295	100,0
Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	89	30 %
Múltipara	168	57 %
Gran múltipara	38	13 %
Válidos	295	100,0

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla sobre características obstétricas de la población de estudio podemos observar con relación al tipo de parto se encontró que el 66,8 % fue por vía vaginal y un 33,2 % por cesárea. Con respecto a la paridad se

encontró que el 57 % fue multípara el 30 % primípara y un 13 % gran multípara.

Tabla 03. RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN EDIMBURGO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	F	%
Tanto como siempre	149	50,5
No tanto ahora	103	34,9
Mucho menos ahora	22	7,5
No, nada	21	7,1
Válidos	295	100,0
He disfrutado mirar hacia delante	F	%
Tanto como siempre	142	48,1
Menos que antes	102	34,6
Mucho menos que antes	38	12,9
Casi nada	13	4,4
Válidos	295	100,0
Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	F	%
No, nunca	66	22,4
No con mucha Frecuencia	114	38,6
Sí, a veces	47	15,9
Sí, la mayor parte del tiempo	68	23,1
Válidos	295	100,0
He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	F	%
No, nunca	58	19,7
Casi nunca	48	16,3
Sí, a veces	159	53,9
Sí, con mucha frecuencia	30	10,2
Válidos	295	100,0
He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	F	%
No, nunca	48	16,3
No, no mucho	76	25,8
Sí, a veces	133	45,1
Sí, bastante	38	12,9
Válidos	295	100,0

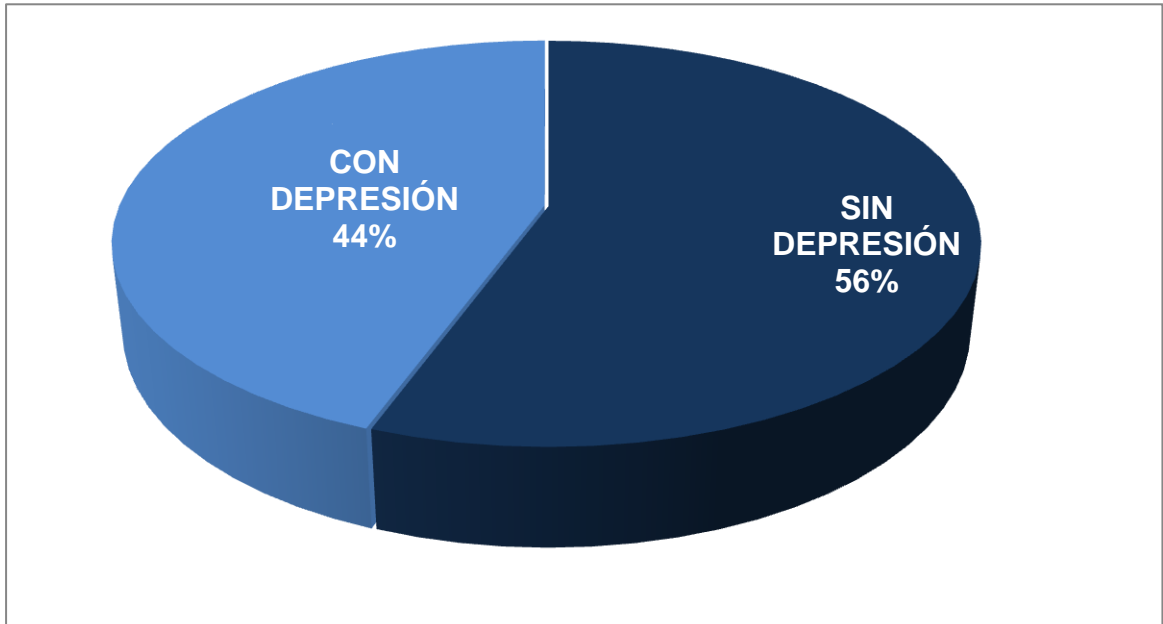
Las cosas me han estado abrumando	F	%
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	37	12,5
Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	135	45,8
No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	77	26,1
No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	46	15,6
Válidos	295	100,0
Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	F	%
No, nunca	67	22,7
No con mucha frecuencia	89	30,2
Sí, bastante a menudo	96	32,5
Sí, la mayor parte del tiempo	43	14,6
Válidos	295	100,0
Me he sentido triste o desgraciada	F	%
No, nunca	102	34,6
No con mucha frecuencia	114	38,6
Sí, bastante a menudo	51	17,3
Sí, la mayor parte del tiempo	28	9,5
Válidos	295	100,0
Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	F	%
No, nunca	50	16,9
Sólo ocasionalmente	192	65,1
Sí, bastante a menudo	37	12,5
Sí, la mayor parte del tiempo	16	5,4
Válidos	295	100,0
Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	F	%
Nunca	261	88,5
Casi nunca	13	4,4
A veces	20	6,8
Sí, bastante a menudo	1	,3
Válidos	295	100,0

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla sobre la escala de Edimburgo podemos observar que para el ítem si ha sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas el 50,5 % respondió tanto como siempre, con respecto si han disfrutado mirar hacia delante el 48,1% respondió tanto como siempre, el 38,6 % con mucha frecuencia se han culpado así mismas innecesariamente, el 53,9% se ha sentido nerviosa e inquieta sin tener motivo, el 45,1 % a veces ha sentido estar asustada sin tener motivo, el 45,8 % no ha podido hacer sus cosas porque se sintieron abrumados, el 30,2 % con mucha frecuencia ha sentido desdichada y tuvo dificultades para dormir, el 38,6 % con mucha frecuencia se ha sentido triste o desgraciada, el 65,1% ocasionalmente se ha sentido tan desdichada que ha estado llorando y el 6,8 % a veces intento hacerse daño.

Figura01. RESULTADO GLOBAL DE LA ESCALA DE EDIMBURGO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA



Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la gráfica podemos observar que el 56 % de puérperas no tuvo depresión según la escala de Edimburgo y un 44% si tuvo depresión al momento de realizar la encuesta.

Tabla 04. RESULTADO GLOBAL DE LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA

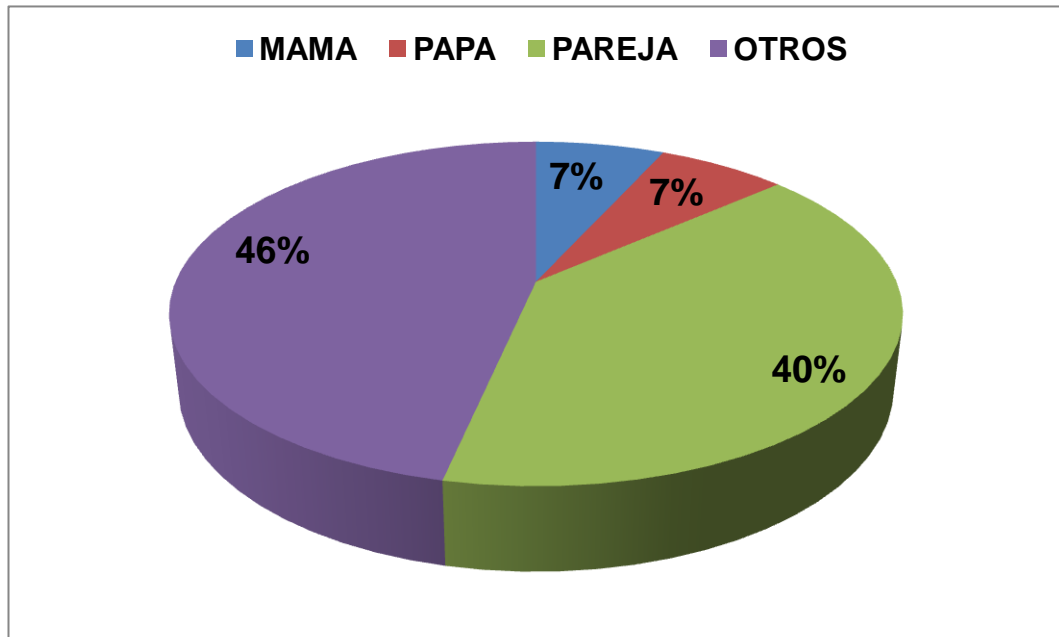
Alguna vez fue agredida emocional o psicológicamente	F	%
Si	103	35 %
No	192	65 %
Total	295	100 %

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla sobre violencia psicológica podemos observar que el 35 % de puérperas fueron agredidas emocional o psicológicamente y un 65 % no lo fue.

Figura 02. GRADO DE PARENTESCO DEL AGRESOR CON LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA



Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la gráfica sobre violencia psicológica y el grado de parentesco con la puérpera podemos observar que el 46 % fueron otras personas (tíos, primos, ex pareja), el 40 % fue directamente la pareja, 7 % fue la mamá y otro 7% fue el padre.

Tabla 05. RESULTADO GLOBAL DE LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA

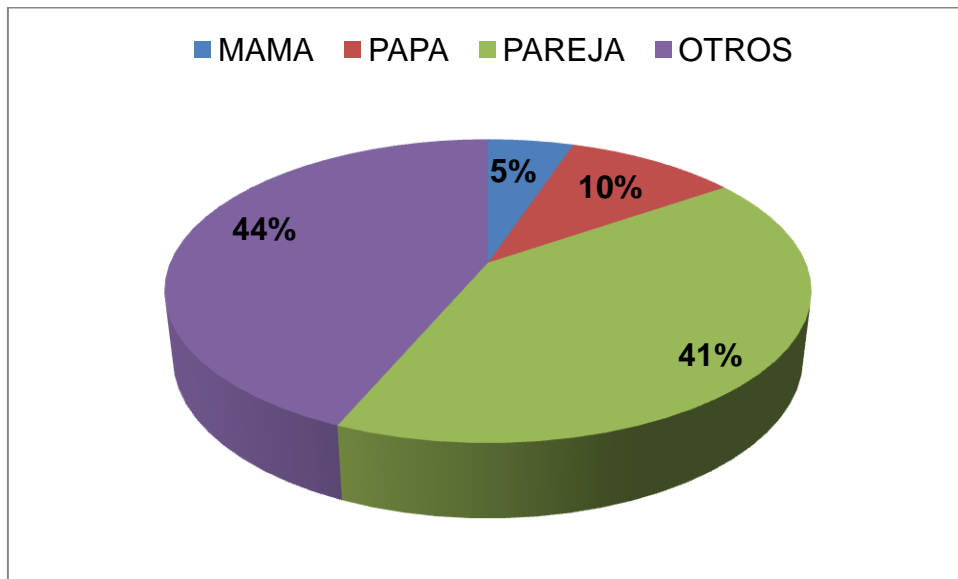
Alguna vez fue agredida que le causó daño físico	F	%
Si	39	13 %
No	256	87 %
Total	295	100 %

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla sobre violencia física hacia las puérperas se encontró que el 13% alguna vez fue agredido y un 87 % no lo fue.

Figura 03. GRADO DE PARENTESCO DEL AGRESOR CON LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA



Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la gráfica sobre violencia física y el grado parentesco con la puérpera se ha encontrado que el 44 % son otras personas (tío, primos, cuñado, vecinos), el 41 % es la pareja, el 10 % es el papá y un 5 % es la mamá.

**Tabla 06. RESULTADO GLOBAL DE LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL**

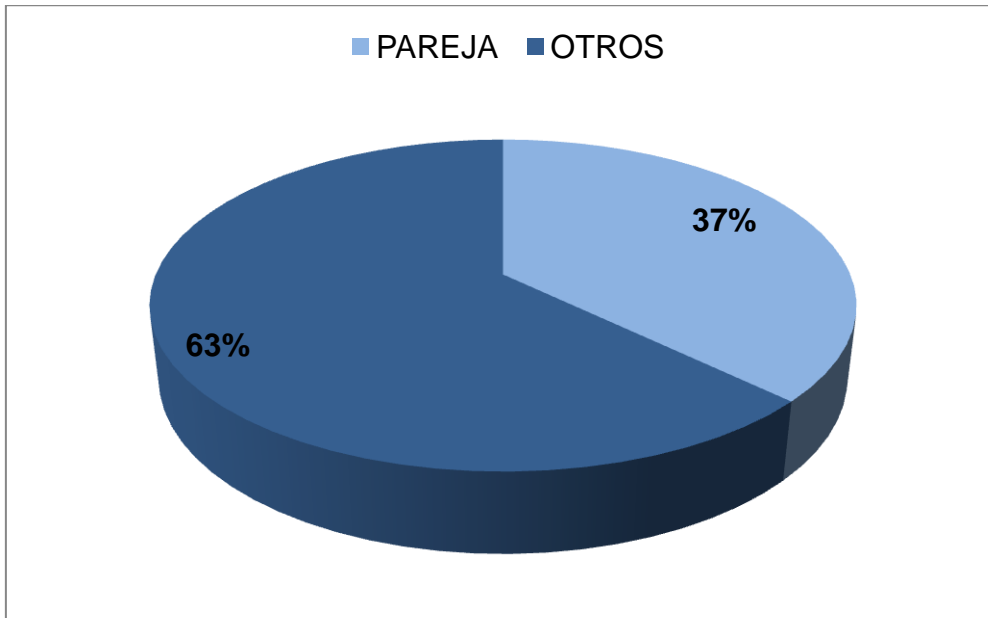
Algún momento de su vida se sintió forzada a tener relaciones sexuales	F	%
Si	35	12 %
No	260	88 %
Total	295	100 %

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla sobre violencia sexual hacia las puérperas se ha encontrado que el 12 % en algún momento de su vida se sintió forzado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento y un 88 % no lo fue.

Figura 04. GRADO DE PARENTESCO DEL AGRESOR CON LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la gráfica sobre violencia sexual y su grado de parentesco con la puérpera podemos observar que el 63 % fueron otras personas (ex pareja, padrastro, primos), y un 37 % fue su cónyuge.

Tabla 07. RESULTADO GLOBAL DE LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA NIÑEZ

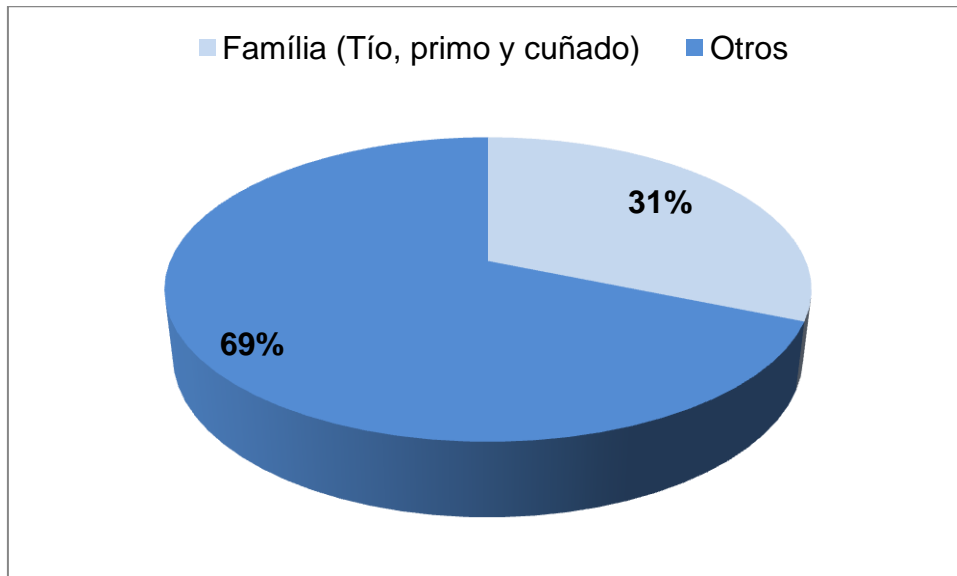
Recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada cuando era niña	F	%
Si	32	11 %
No	263	89 %
Total	295	100 %

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla sobre violencia sexual en la niñez hacia la puérpera se ha encontrado que el 11 % recuerda haber sido tocada de manera inapropiada durante su niñez y un 89 % no lo fue.

Figura 05. GRADO DE PARENTESCO DEL AGRESOR CON LAS PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA NIÑEZ

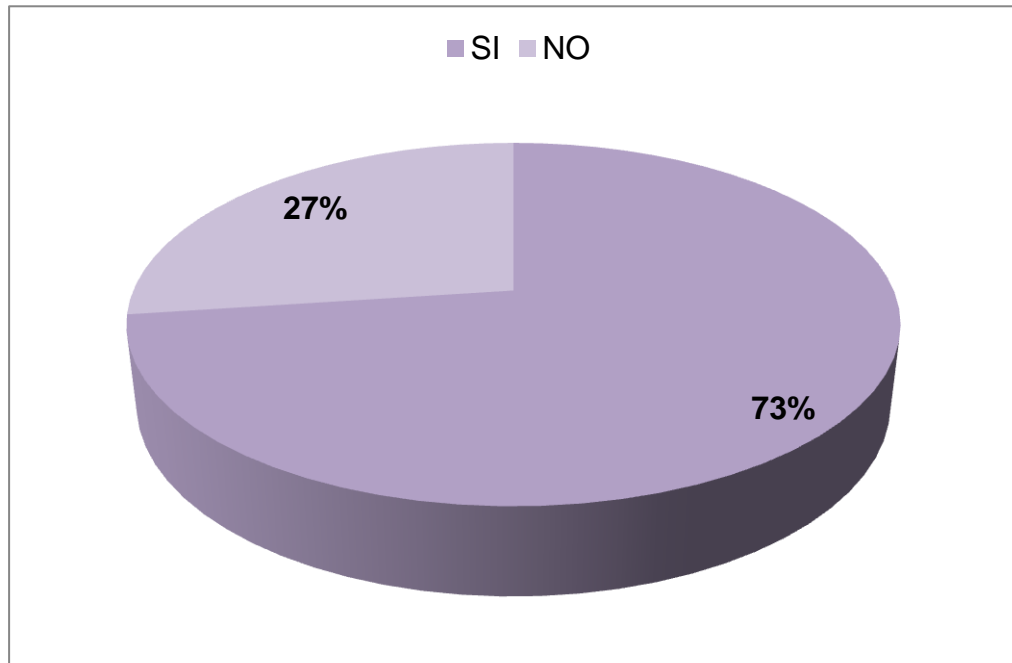


Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la gráfica sobre grado de parentesco del agresor con las puérperas víctimas de violencia sexual en la niñez se observa que el 69% fueron familiares cercanos (tío, primo y cuñado) y el 31% son otras personas (vecinos y padrastro).

Figura 06. SEGURIDAD QUE SIENTE LA PUÉRPERA EN SU CASA CON RELACIÓN A SU PAREJA



Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la gráfica sobre la seguridad de la puérpera se encontró que el 73 % se siente seguro en casa con su cónyuge y un 27 % no se siente seguro con su pareja.

4.2 Discusión

La violencia contra las mujeres en cualquier etapa de sus vidas y más aún en el embarazo y puerperio, es un grave problema social y de salud pública que debe ser enfrentado en el Perú.

La violencia durante el embarazo y puerperio exige especial atención por parte de los servicios de salud, ya que afecta a las mujeres en un momento de gran vulnerabilidad física y emocional. Lo que conlleva a muchas mujeres a la depresión y a nivel mundial se reporta que existe una prevalencia de depresión post parto oscilante entre el 10-20% de las mujeres en el puerperio tardío.

En el presente estudio se determinó la violencia basada en género y depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2017.

De las 295 puérperas que fueron atendidas en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores, se encontró que la edad promedio fue de 32 años, el 68,1% fueron convivientes, el 65% tenía estudios secundarios, el 66,8% tuvo parto vaginal y el 67,5% se dedican a su casa. A diferencia de lo encontrado por **Carrillo, M.** donde en su estudio la “edad promedio fue de 24 años y el 77% son de estado civil casada” en cuanto al tipo de parto “el 77% fue vía vaginal” datos que se asemeja a nuestro estudio. Para el estudio de **Coloma, G.** se encontró “25% eran gestantes adolescentes, 33.3 % son viudas, analfabetas, 26.3% ocupación dependientes” datos que no se asemejan a nuestro estudio.

En el presente estudio en relación a las características obstétricas se encontró que el 66,8 % fue por vía vaginal y un 33,2 % por cesárea, datos semejantes encontrados en el estudio de **Carrillo, M** donde encontró “235 (77%) de ellas obtuvieron el producto por medio de parto, y el resto, es decir 70 (23%) lo obtuvo por cesárea”, coincidimos con el estudio de **Escobar, J** donde encontró “el 74% de los embarazos termino por vía

vaginal”. Con respecto a la paridad se encontró que el 57 % fue multípara el 30 % primípara y un 13 % gran multípara.

En relación a las respuestas encontradas según la escala de Edimburgo. si ha sido capaz de reír y ver el lado divertido de las cosas el 50,5 % respondió tanto como siempre, con respecto si han disfrutado mirar hacia delante el 48,1% respondió tanto como siempre, el 38,6 % con mucha frecuencia se han culpado así mismas innecesariamente, el 53,9% se ha sentido nerviosa e inquieta sin tener motivo, el 45,1 % a veces ha sentido estar asustada sin tener motivo, el 45,8 % no ha podido hacer sus cosas porque se sintieron abrumados, el 30,2 % con mucha frecuencia ha sentido desdichada y tuvo dificultades para dormir, el 38,6 % con mucha frecuencia se ha sentido triste o desgraciada, el 65,1% ocasionalmente se ha sentido tan desdichada que ha estado llorando y el 6,8 % a veces intento hacerse daño, datos semejantes encontrados en el estudio de **Molero, K** donde encontró “una mayor frecuencia de ansiedad ($p<0,05$), sentimiento de culpa ($p<0,001$) y dificultad para la concentración”, para el estudio de **Escobar, J** se encontró “diferencias estadísticamente significativas entre los casos de DPP y autoestima, historia de depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación.”

El cuadro clínico de la depresión post parto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, esta posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. Aunque se conoce que durante el puerperio tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos; en el estudio se ha encontrado que el 56 % de puérperas no tuvo depresión y el 44% presento depresión post parto según la escala de Edimburgo. Resultados inferiores a lo encontrado en el estudio de **Molero, K** “donde el 72% de las adultas tuvieron probable Depresión Post Parto”. En el estudio de **Carrillo, M.** se encontró “el 25% de puérperas presento Depresión Post Parto” datos inferiores a lo encontrado en nuestro estudio. Para **Escobar, J.** en su estudio encontró “4% presentó baja autoestima, el

27% haberse sentido deprimida antes del embarazo, el 72% se sintió deprimida y el 47% ansiosa durante el embarazo y el 51% presentó tristeza post-parto” datos semejantes a nuestro estudio.

La Violencia Intrafamiliar pese a ser considerado un problema de salud pública y de morbimortalidad materno y perinatal, no ha logrado disminuir sus cifras satisfactoriamente en los últimos años. La violencia intrafamiliar durante el embarazo y puerperio tiene consecuencias preocupantes sobre la salud materna, que derivan en trastornos físicos y psicológicos. En el estudio se ha encontrado, el 35 % de puérperas fueron agredidas emocional o psicológicamente de las cuales el 46 % fueron otras personas (tíos, primos, ex pareja), el 40 % fue directamente la pareja, 7 % fue la mamá y otro 7% fue el padre, en el estudio de **Salas, A** se encontró resultado superiores “violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%)”.El 13% alguna vez fue agredido de forma física de los cuales el 44 % son otras personas (tío, primos, cuñado, vecinos), el 41 % es la pareja, el 10 % es el papá y un 5 % es la mamá, para el estudio de **Salas, A** se encontró datos semejantes a nuestro estudio “violencia física (17.2%) “. El 12 % en algún momento de su vida se sintió forzado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento de los cuales 63 % fueron otras personas (ex pareja, padrastro, primos), y un 37 % fue su cónyuge, para el estudio de **Salas, A.** coincidimos con los resultados encontrados “violencia sexual (8.6%)”.En el estudio de **Coloma, G.** se encontró “violencia psicológica 100%, violencia física 92,9% y violencia sexual 64.3%” cifras por encima de lo encontrado en nuestro estudio. Para **Vela, E.** en su estudio encontró “el 31.7% presento violencia física, 16,7% violencia sexual” datos inferiores a lo encontrado en nuestro estudio “violencia psicológica 68.3%” dato por encima de lo encontrado en nuestro estudio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Las **características sociodemográficas** de la población de estudio corresponden a la edad promedio fue de 32 años, de condición conviviente, con estudios de nivel secundaria y ocupación ama de casa.
2. Referente a las características obstétricas determinamos que la población de estudio en relación a la paridad más de la mitad de las entrevistadas fueron multíparas, y se encontró que el tipo de parto que predominó fue eutócico.
3. En el estudio se identificó con más frecuencia **la violencia psicológica** ya que refirieron recibir insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, haber sido avergonzadas, ridiculizadas frente a otros, rechazadas y aisladas teniendo como principal agresor a personas externas al núcleo familiar como tíos, primos y ex parejas.
4. En la investigación realizada se obtuvo un dato pequeño pero no menos importante de puérperas que sufrieron violencia física donde se encontró que una cifra alarmante el agresor es su pareja actual.
5. A pesar que uno de los principales agresores de las puérperas entrevistadas es la pareja actual, ellas indican sentir seguridad al estar con su conyugue.
6. En el estudio las puérperas presentaron **depresión post parto** porque manifestaron haberse sentido nerviosa sin tener motivo, a no realizar las cosas como antes, a sentirse desdichadas, a llorar sin ningún motivo aparente.
7. Existe una cifra significativa de la población donde expresan haber pensado hacerse daño a sí misma.

5.2 Recomendaciones.

- Informar y concientizar al profesional Obstetra y médicos de Gineco-Obstetricia para el abordaje de esta temática, para el manejo de la violencia basada en género, la utilización de instrumentos que permitan la identificación rápida y adecuada de los casos, la formulación de intervenciones y continuación de la investigación sobre el tema, aprovechando el contacto con las mujeres durante el control prenatal, la psicoprofilaxis obstétrica, el nacimiento y el posparto, escenarios donde se pueden detectar los casos de violencia y contribuir a romper el silencio de las puérperas.
- Se recomienda crear un programa de sesiones educativas para el público en general donde se toquen temas preventivos hacia la violencia basada en género.
- Se recomienda incluir dentro de la evaluación prenatal y posnatal la aplicación de Escala de Edimburgo para el tamizaje de Depresión, con la finalidad de detectar oportunamente síntomas depresivos y diagnosticar oportunamente esta patología, para evitar sus consecuencias en la madre.
- Se recomienda incluir terapias psicológicas y mantener un seguimiento a las pacientes identificadas con depresión post parto.
- Es importante aplicar estos instrumentos sobre VBG y DPP de manera permanente en los servicios para detectar y remitir en los casos que la situación lo amerite, y por otro lado realizar seguimiento de las mujeres que muestren puntuaciones altas, en las dimensiones de la escala de depresión posparto.
- Se recomienda incorporar el tema de violencia basada en género en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, con el fin de prevenir sus consecuencias en la madre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hashima E Nasrin , Zarina N Kabir , YvonneForsell , y MaigunEdhborg. Prevalencia y factores asociados de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo: un estudio basado en la población en zonas rurales de Bangladesh BMC Health mujer. Asia. 2013
2. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estadísticas sanitarias mundiales Ginebra Suiza
2013.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf.
3. Mercado, H. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. UNMSM. LimaPerú2012
4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015 (PNCVHM) y sus herramientas de gestión. Publicado el 27 de marzo de 2012.
5. Escobar, P. Depresión posparto: se encuentra asociada a la violencia basada en género. Lima Perú 2012
6. Vega G, Hidalgo D, Toro Merlo J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. [base de datos en Internet]. Venezuela,2011
7. OMS. Boletín de la OMS. Ministerio de la mujer y desarrollo social MIMDES PIURA. 2011
8. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Rev. Perú. epidemiol. 2011

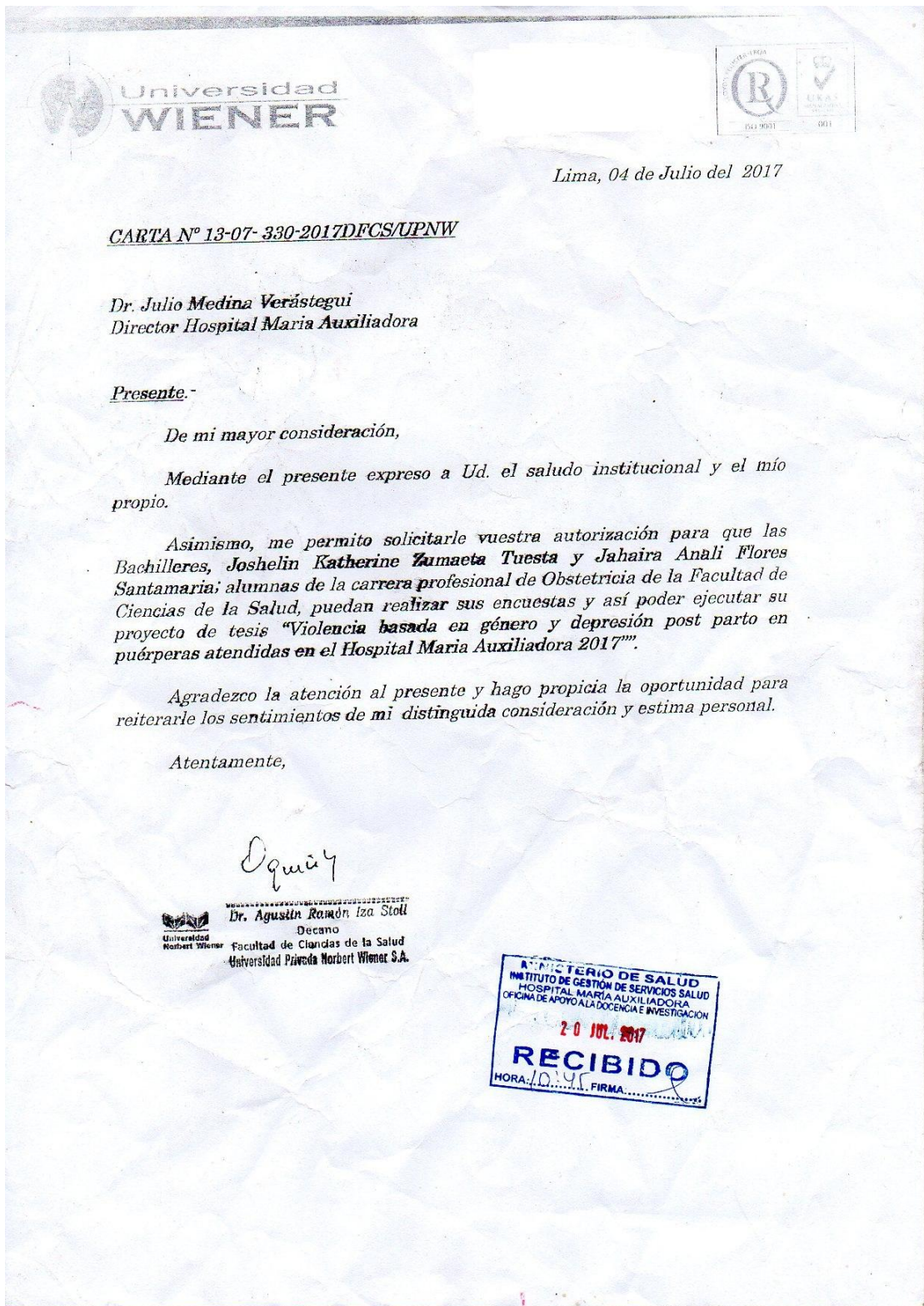
9. Hernández A. Prevalencia de la violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 25 años de edad de la unidad de medicina familiar N°92. Período Agosto a Octubre de 2012. [Tesis de Especialidad]. Toluca –México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina.2013
10. Informe N° 006-2009-IN/DDP-OEM, “opinión previa sobre propuesta final del Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer. Mujer 2009-2015, emitido por la Defensora de la Policía del Ministerio del Interior con fecha 2 de marzo de Lima Perú 2009.
11. Stacy C. Hodgkinson, MA, Elizabeth Colantuoni , PhD, Debra Roberts, PhD, Linda Berg-Cross , PhD, y Harolyn ME Belcher , MD, MHS. Los síntomas depresivos y los resultados de nacimiento entre adolescentes embarazadas. Estados Unidos. 2012
12. Távara-Orozco, L., Zegarra-Samamé T., Zelaya L., Arias M., Estolaza N. Detección de Violencia Basada en Género en Tres Servicios de Atención de Salud Reproductiva. Ginecol. Obstet. Perú 2010.
13. De Azevedo L, De Souza M, Monticelli M, Vieira M, Marinho C, Leal C, Brüggeman C.Violencia contra mujeres amazónicas. Rev Latino-am Enfermagem. Brasil 2012
14. Estela Arcos G. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Rev. méd. Chile [serie de internet] 2010
15. Bohle X. Magnitud y características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia. [Tesis de Licenciatura]. Valdivia-Chile: Universidad Austral de Chile. 2009.

16. Vela E. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pre término atendidas Honadomani en San Bartolomé. [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Obstetricia; 2010
17. Hernández A. Prevalencia de la violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 25 años de edad de la unidad de medicina familiar N°92. Período Agosto a Octubre de 2012. [Tesis de Especialidad]. Toluca – México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina.2012
18. Fiestas F, Rojas R, Gushiken A, Gozzer E. ¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. Rev. Perú Med.2012
19. Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Yancachajlla M, Lam N, Chacón H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev Perú MedExp Salud Pública 2013
20. Vázquez F, Torres Otero P; Blanco, López M, Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas, Universidad de Oviedo España 2013.
21. Molero K. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas – Venezuela. Universidad de Zuilá. 2014
22. Gutiérrez C. Estudio de la violencia doméstica en mujeres con depresión y trastornos de ansiedad. Revista de la Universidad Austral de Chile. 2014
23. Carrillo M. Factores Asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al Hospital General Dr. José María Rodríguez. Repositorio Institucional Universidad Autónoma del Estado de México. 2014

24. Coloma G. Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes, que acuden al puesto de salud del distrito de Marcavelica Provincia de Sullana. Repositorio Institucional de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.2015
25. Salas A. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho – Lima. Repositorio Cybertesis UNMSM. 2012.
26. Vela E. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011
27. Escobar J. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé Lima. Repositorio de tesis digitales Cybertesis. UNMSM. 2010

6. ANEXOS

ANEXO A



Solicita: Autorización para realizar investigación científica en el Hospital Nacional María Auxiliadora.

SEÑOR: DR. JULIO MEDINA REÁTEGUI

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA

Yo la Dra. Sabrina Ynes Morales Alvarado, Directora de la EAP de Obstetricia, ante usted respetuosamente expongo:

Que, de conformidad con Resolución Ministerial N° 429-2012/MINSA y Resolución Directorial N° 027-2013-HMA-DG, que aprueba las Líneas de Investigación en el Hospital Nacional María Auxiliadora para el periodo 2015 - 2016, solicito que se le otorgue a la tesista _____, identificada con DNI _____, con domicilio en _____ en calidad de responsable del proyecto, una autorización para realizar un proyecto de investigación en mujeres en edad fértil del consultorio de planificación familiar, sobre el siguiente tema: "Violencia basada en género y depresión post parto en puérperas atendidas en el hospital maría auxiliadora 2017", para lo cual cumplo con adjuntar toda la documentación exigida para este efecto.

Por lo expuesto, agradeceré a usted acceder a lo solicitado.

Lima,.....

Firma

E-mail:

Telf.:

ANEXO B

“VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2017”

Instrumento 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Edad** ____en años cumplidos

2. **Estado Civil:**

1. Soltera
2. Casada
3. Viuda
4. Conviviente

3. **Grado de instrucción**

1. Sin Educación
2. Primaria
3. Secundaria
4. Técnica
5. Universitaria

4. **Ocupación:**

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Trabajadora dependiente
4. Trabajadora independiente

5. **Estado socioeconómico**

1. Alto
2. Medio
3. Bajo

6. **Tipo de parto**

1. Vaginal
2. Cesárea

Instrumento 2: CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO

En los últimos siete días marca con un aspa (X) como te sentiste:

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. cuando las cosas no salían bien
- b. Sí, la mayoría de las veces
- c. Sí, algunas veces
- d. No muy a menudo
- e. No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

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

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

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

6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban

- 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

Instrumento 3: CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

INTRODUCCIÓN A LAS PREGUNTAS

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, en este consultorio de control de su, del Hospital 2 de Mayo estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que consultan.

Es muy importante que Ud. sea sincera en sus respuestas porque esta situación de violencia (que a veces es de un pariente próximo) puede ser solucionada. Lo que Ud. nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

¿Se sintió alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc.)

- a. SÍ
- b. NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? _____

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? _____

VIOLENCIA FÍSICA

¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para Usted le causó daño físico? (golpes, cortes, quemaduras, etc.)

- a. SÍ
- b. NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? _____

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? _____

VIOLENCIA SEXUAL

¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

- a. SÍ
- b. NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? _____

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? _____

VIOLENCIA SEXUAL EN LA NIÑEZ

¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

- a. SÍ
- b. NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? _____

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? _____

SEGURIDAD

¿Se siente segura cuando está en su casa con su compañero/esposo?

- a. SÍ
- b. NO

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DEPRESIÓN POST PARTO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2017”**

Yo,.....identificada con DNI

Nº....., domiciliada en.....

..... He sido informada de los objetivos del estudio “VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y DEPRESIÓN POST PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2017”, cuyos resultados permitirá conocer el número de mujeres que luego del parto presentan síntomas depresivos y si la violencia contra Ud. antes durante o después del parto se relaciona con esos síntomas depresivos; así mismo, el equipo investigador garantiza un cuidadoso manejo de la información recabada garantizando la privacidad de todas las participantes del estudio.

Teniendo conocimiento de los propósitos y la forma del manejo de la información acepto participar voluntariamente en el presente estudio.

Así mismo en cualquier momento podré voluntariamente retirarme del estudio.

.....

Firma del paciente: