



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Violencia conyugal y depresión perinatal en el Perú,
según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2021**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Fiorella Myriam FERNÁNDEZ ORDOÑEZ

ASESOR

Mg. Olga Gisella HUATUCO COLLANTES

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Fernández F. Violencia conyugal y depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar 2021 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Fiorella Myriam Fernández Ordoñez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71762318
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-8608-0711
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Olga Gisella Huatuco Collantes
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10060387
URL de ORCID	http://orcid.org/0009-0000-4278-7663
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Ronald Espíritu Ayala Mendivil
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09861941
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Daniel Angel Angulo Poblete
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10196314
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	María Domitila Amaya Fiestas

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25603452
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2023 - octubre 2023
URL de disciplinas OCDE	Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

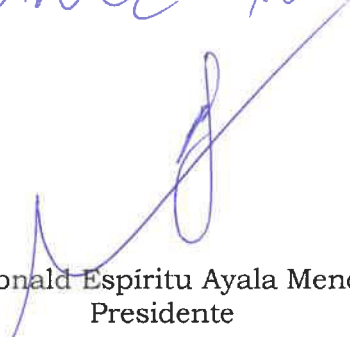


Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 10.11.2023 17:03:30 -05:00


**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA**

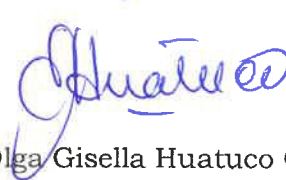
Siendo las 13:00 horas del tres de noviembre del año dos mil veintitrés, en la Sala de Sesiones de la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Ronald Espíritu Ayala Mendivil (Presidente), Daniel Angel Angulo Poblete (Miembro), María Domitila Amaya Fiestas (Miembro) y Olga Gisella Huatuco Collantes (Asesora).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **“VIOLENCIA CONYUGAL Y DEPRESIÓN PERINATAL EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR 2021”**, presentado por el Bachiller **Fiorella Myriam Fernández Ordoñez**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana habiendo obtenido el calificativo de..... *QUINCE* (*15*).


Dr. Ronald Espíritu Ayala Mendivil
Presidente


Mg. Daniel Angel Angulo Poblete
Miembro


ME. María Domitila Amaya Fiestas
Miembro


Mg. Olga Gisella Huatuco Collantes
Asesora



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Medicina Humana


.....
DRA. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ
Directora



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Olga Gisella Huatuco Collantes** en mi condición de asesora acreditado con la Resolución Decanal N°**003271-2023-D-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es **“VIOLENCIA CONYUGAL Y DEPRESIÓN PERINATAL EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR 2021”**, presentado por la bachiller **Fiorella Myriam Fernández Ordoñez** para optar el Título Profesional de Médico Cirujana.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **15 %** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma de Asesor
DNI: 10060387

Olga Gisella Huatuco Collantes



Huella digital

09/11/2023

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por haberme permitido llegar hasta este momento de mi vida, es quien conoce como ha sido este proceso y quien ha sido mi fuerza en todo desde que tome la decisión de estudiar esta hermosa carrera de Medicina Humana. Gracias por enseñarme que tus tiempos son perfectos.

A mis padres, Miriam y Jaime, a mis hermanos, Renzo y Santiago; así también a mis, tíos, primos y abuelos, que siempre estuvieron conmigo, me dieron aliento para seguir y ser mejor cada día. Gracias por su confianza, sus consejos y su amor. A ustedes les debo el gran ser humano que ahora soy.

A Kevin Sánchez y a mis amigos, por siempre creer en mí, por sus mensajes de aliento y su apoyo incondicional cuando más lo necesité. Por su compañía y consejos en la elaboración de este proyecto. Gracias por hacer que este proceso se sintiese más ameno.

Finalmente, agradecer a mi alma mater, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de Medicina Humana San Fernando, a mis docentes y compañeros con quienes conviví toda esta etapa de pregrado y de quienes aprendí muchísimo, no solo a nivel intelectual sino también a nivel integral. En especial a mi asesora, la dra. Huatuco, quien me apoyó en la realización de este trabajo, gracias por su amabilidad y paciencia.

Dedicatoria

A mi madre, Miriam Ordoñez, y a mi padre, Jaime Fernández, quienes me han apoyado y han sido mi inspiración y ejemplo de lucha durante todos estos años. Quienes han estado conmigo en mis noches de desvelo, quienes me daban ese empujoncito para seguir y me enseñaron que, a pesar de todo, quien se lo propone lo logra. A quienes no solo les debo la vida, sino todo lo que he logrado hasta el momento, porque gracias a cada uno de sus esfuerzos he podido alcanzar todas mis metas y seguiré por más. Los amo papás, mi amor por ustedes es infinito.

A mis hermanos, Renzo y Santiago, con los que he compartido todo. Quienes le pusieron esa chispa de alegría a mi vida, con quienes he reído y llorado. Gracias por ser mis compañeros de vida, mis por siempre hermanos pequeños.

A mi abuelito, Santiago Fernández, que en paz descansa, porque me enseñó a ser fuerte, perseverante y sobre todo me mostró el amor más bonito, el de un abuelito. Esto es para ti también, mi copito de nieve, un beso y abrazo al cielo. ¡Lo logramos, papito!

ÍNDICE

<i>Agradecimiento</i>	ii
<i>Dedicatoria</i>	iii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Formulación de objetivos.....	4
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	4
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. <i>Justificación teórica</i>	5
1.4.2. <i>Justificación práctica</i>	6
1.5. Limitaciones del estudio	6
1.6. Marco teórico	7
1.6.1. <i>Antecedentes</i>	7
1.6.1.1. Antecedentes internacionales	7
1.6.1.2. Antecedentes nacionales.....	13
1.7. Bases teóricas	14
1.7.1. <i>Violencia conyugal</i>	14
1.7.1.1. Definición.....	14
1.7.1.2. Modelo piramidal sobre la violencia contra la mujer.....	15
1.7.1.3. Tipos de violencia	17
1.7.1.4. Factores de riesgo.....	18
1.7.1.5. Consecuencias	18
1.7.2. <i>Depresión perinatal</i>	19
1.7.2.1. Definición.....	19
1.7.2.2. Factores de riesgo.....	20
1.7.2.3. Diagnóstico.....	20
1.7.2.4. Consecuencias de la DPN.....	24
1.8. Glosario de términos	24
1.9. Formulación de hipótesis	26
1.9.1. <i>Hipótesis general</i>	26
1.9.2. <i>Hipótesis específicas</i>	26
CAPITULO II: METODOLOGÍA	27
2.1. Diseño metodológico	27

2.1.1.	<i>Tipo y diseño de investigación</i>	27
2.2.	Población.....	28
2.3.	Muestra.....	28
2.3.1.	<i>Marco muestral</i>	28
2.3.2.	<i>Unidad muestreo</i>	28
2.3.3.	<i>Tipo de muestra</i>	28
2.3.4.	<i>Tamaño de muestra</i>	28
2.4.	Criterios de selección	29
2.5.	Variables	29
2.6.	Operacionalización de variables	30
2.7.	Técnica e instrumentos.....	33
2.8.	Plan de recolección de datos	35
2.9.	Análisis estadístico.....	36
2.10.	Consideraciones éticas	37
	CAPÍTULO III: RESULTADOS	38
3.1.	Características de la población de estudio	39
3.2.	Características de la población de estudio según la presencia de depresión perinatal.....	42
3.3.	Factores relacionados a depresión perinatal.....	44
3.4.	Factores relacionados a violencia conyugal y por tipo de violencia.....	46
3.5.	Relación entre violencia conyugal y depresión perinatal.....	50
	CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	51
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	58
	CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	59
	BIBLIOGRAFÍA	61
	ANEXOS	73
	Anexo 1. Matriz de consistencia.	73
	Anexo 2. Instrumento para registro de datos. ENDES, 2021.....	74
	Anexo 3. Consentimiento informado. ENDES, 2021.	77
	Anexo 4. Cuestionario individual: Salud Mental. ENDES, 2021.	78
	Anexo 5. Cuestionario individual: Salud Mental. ENDES, 2021.....	79
	Anexo 6. Estructura de de registro de base de datos. ENDES, 2021.	80
	Anexo 7. Codificación de de base de datos. ENDES, 2021.....	81
	Anexo 8. Resolución decanal de aprobación de proyecto de tesis.....	83

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres en etapa perinatal encuestadas en la ENDES 2021 (n = 2303)	41
Cuadro 2. Análisis bivariado de depresión perinatal y las variables independientes en mujeres de 15 a 49 años en etapa perinatal. Análisis de ENDES 2021. (n = 2303)	43
Cuadro 3. Factores sociodemográficos asociados a depresión perinatal en mujeres entre 15 a 49 años según la ENDES 2021.....	45
Cuadro 4. Asociación entre características sociodemográficas y violencia conyugal en mujeres entre 15 a 49 años según la ENDES 2021.	48
Cuadro 5. Asociación entre características sociodemográficas y violencia conyugal en mujeres entre 15 a 49 años según la ENDES 2021	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo piramidal sobre la violencia contra la mujer.	15
Figura 2. Herramientas de detección de depresión perinatal.	21
Figura 3. Escala de Depresión de Edimburgo.	22
Figura 4. Cuestionario de Salud del Paciente – 9.	23
Figura 5. Flujograma de selección de la muestra de estudio.	38
Figura 6. Distribución de la edad en las mujeres en etapa perinatal entre 15 a 49 años. ENDES, 2021.	39
Figura 7. Prevalencia de la depresión perinatal. ENDES, 2021.	40
Figura 8. Prevalencia de la violencia conyugal. ENDES, 2021.	40
Figura 9. Frecuencia de los tipos de la violencia conyugal. ENDES, 2021.	40
Figura 10. Prevalencia de depresión perinatal según etapa perinatal. ENDES, 2021.	42

RESUMEN

Introducción: La depresión perinatal es una patología del estado de ánimo que abarca desde el embarazo hasta el primer año postparto. Según la OMS, afecta al 10% de gestantes y puérperas, aproximadamente. Dentro de sus factores asociados se encuentra la violencia conyugal; el cual, se ha considerado como el factor más concluyente y consistente.

Objetivos: Determinar si existe una relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

Materiales y métodos: Es una investigación de tipo cuantitativa y diseño observacional, transversal y correlacional que utiliza como base los datos brindados por la ENDES 2021.

Resultados: La prevalencia de depresión perinatal fue de 6.7% (IC95% 5.0 – 8.8); 7.2% en la etapa prenatal y 6.5% en la postparto. La prevalencia de violencia conyugal en las mujeres en etapa perinatal fue de 24.8% (IC95% 21.9 – 27.9), siendo más frecuente la violencia física menos severa. Se halló la relación significativa del estado civil, el índice de riqueza y el tener seguro de salud con el desarrollo de depresión perinatal. Se encontró que el estado civil y el índice de riqueza tuvieron relación con la violencia conyugal. Esta se relacionó positivamente con la depresión perinatal (RP: 3.88; IC 95%: 2.74 – 5.49).

Conclusiones: Existe una relación entre la violencia conyugal y depresión perinatal, de carácter significativo, en mujeres entre 15 y 49 años de edad en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

Palabras claves: *Depresión perinatal, violencia conyugal, factores sociodemográficos, ENDES, Perú.*

ABSTRAC

Introduction: Perinatal depression is a mood pathology that extends from pregnancy to the first year postpartum. According to the WHO, it affects approximately 10% of pregnant and postpartum women. Among its associated factors is marital violence; which has been considered the most conclusive and consistent factor.

Objectives: Determine if there is a relationship between marital violence and perinatal depression in Peru according to the 2021 Demographic and Family Health Survey.

Materials and methods: It is quantitative research with an observational, cross-sectional and correlational design that uses the data provided by ENDES 2021 as a basis.

Results: The prevalence of perinatal depression was 6.7% (95% CI 5.0 – 8.8); 7.2% in the prenatal stage and 6.5% in the postpartum stage. The prevalence of marital violence in women in the perinatal stage was 24.8% (95% CI 21.9 – 27.9), with less severe physical violence being more frequent. A significant relationship was found between marital status, wealth index and having health insurance with the development of perinatal depression. It was found that marital status and wealth index were related to marital violence. This was positively related to perinatal depression (PR: 3.88; 95% CI: 2.74 – 5.49).

Conclusions: There is a significant relationship between marital violence and perinatal depression in women between 15 and 49 years of age in Peru, according to the 2021 Demographic and Family Health Survey.

Keywords: *Perinatal depression, marital violence, sociodemographic factors, ENDES, Peru.*

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La maternidad es un proceso que involucra muchos cambios físicos, sociales y psicológicos que la convierten en un periodo de vulnerabilidad e incertidumbre para la mujer, ya que es un nuevo reto que genera tanto expectativas como preocupación en ella; por ello, la integridad de la salud materna, en esta etapa, es uno de los objetivos de las políticas de salud.

Sin embargo, dichas políticas que procuran la salud materna durante la etapa perinatal, que abarca el embarazo, parto y postparto, contienen estrategias de control prenatal y postnatal que están orientadas, en su mayoría, a la evaluación física, dejando de lado el componente psíquico. Tal y como lo plantea la dra. Ibone Olza et al., la salud mental de las mujeres en este periodo tiene poca relevancia tanto para el sistema de salud público como privado¹. Y es que muchas veces, el embarazo es percibido como un periodo de bienestar y alegría; e incluso ha sido propuesto como factor protector emocional, lo que forma una barrera para el diagnóstico de alguna alteración afectiva en dicha etapa^{2,3}. Asimismo, Martínez y Jácome indican que de manera general y frecuente se asume a priori que en la etapa de gestación las mujeres están exentas de sufrir o estar expuestas a acontecimientos que les ocasionen estrés, incluso que podrían alterar o vulnerar la integridad mental de las mismas; de manera opuesta se cree que estas situaciones no afectan el normal crecimiento y desarrollo del nuevo ser en formación, teniendo así un descuido del factor emocional de las gestantes³.

La salud mental en general ha sido por primera vez considerada dentro de la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la última Asamblea de la Naciones Unidas en setiembre del 2015; no solo concibiéndola como un objetivo en sí misma sino también, un pilar importante para poder cumplir los demás⁴. Demostrando de esa manera su reciente importancia a nivel mundial.

Es así que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 10 mujeres de países con altos ingresos sufren algún problema de salud mental durante el embarazo y el primer año posterior al nacimiento; mientras que, en los países, tanto de medianos como de bajos ingresos, 1 de cada 5 mujeres presentan estos tipos de problemas. Teniendo como síntomas más comunes a los siguientes: sentirse triste, anhedonia, falta de energía y motivación, preocupación excesiva, dormir demasiado o muy poco, comer demasiado o muy poco, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa y desesperanza, sentir que algo malo va a pasar, molestia o dolores corporales no específicos, sentirse inútil, entre otros.⁵ Entre las patologías que afectan este periodo tenemos a la tristeza postparto o baby blues, la cual representa cambios leves en el estado de ánimo que inician 2 o 3 días después del nacimiento y que desaparecen cuando la madre se adapta al bebé y no duran más de 2 semanas, la psicosis postparto y la depresión perinatal (DPN), la cual engloba a la depresión prenatal y a la depresión postparto (DPP)^{6,7}.

Cabe resaltar que, según la OMS, la depresión es considerada como la principal causa de enfermedad y discapacidad en el mundo⁸. Indica a su vez que el 3.8% de la población presenta este trastorno; es decir, aproximadamente 280 millones de personas a nivel mundial. Afecta al 5% de los adultos, siendo 50% más común en mujeres que en hombres. A su vez, se calcula que el 10% de gestantes y puérperas experimentan depresión⁹.

Dicho esto, en una revisión sistemática y metarregresión del 2017 concluyeron que la depresión perinatal tiene una prevalencia mundial de 11.9%, siendo en los países de altos recursos 11.4%; y en los países de medianos y bajos recursos, 13.1%. En el primer grupo que analizaron observaron que la tasa de depresión prenatal era 9.2% y la postnatal, 9.5%; mientras que, en el segundo grupo, la depresión prenatal fue de 19.2%; y la postnatal, de 18.7%.¹⁰ Por otro lado, en un estudio reciente del 2023

reportaron una prevalencia mundial media de DPN de 26.3% (DE = 11.6) con una prevalencia mediana de 24.3%. A su vez la tasa de depresión prenatal y postnatal fue de 28.5% y 27.6%, de forma respectiva.¹¹

Por su parte, en una revisión sistemática se ha encontrado que en Latinoamérica la DPP afecta al 56% de mujeres; sobre todo en México y Perú, cuya tasa de prevalencia es alta, llegando a 64.7% y 50.9%, respectivamente^{12,13}. Específicamente en el Perú, en un centro de salud de Arequipa, se reportó que la prevalencia de DPP fue 14.15%; mientras que, en otros dos estudios en Lima, uno en el Hospital Nacional 2 de Mayo y otro en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, reportaron una prevalencia del 34% y 31,4%, correlativamente¹⁴. Asimismo, un estudio en el Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo indicó que el 57.14% de su población de gestantes presenta depresión leve y 36.37%, depresión moderada¹⁵.

Por otro lado, la literatura reporta que los factores asociados a la DPN son: embarazo adolescente, muerte de un ser querido, problemas económicos, problemas emocionales, condiciones físicas previas, bajo nivel educativo, uso de sustancias, poco apoyo social, problemas con la familia, violencia conyugal, entre otros^{5,16}. Esta última, también definida como violencia de pareja, es uno de los factores más vinculados con la enfermedad en cuestión e incluso se considera como uno de los más concluyentes y consistentes^{11,17}. Al mismo tiempo, en un estudio internacional se reportó que la violencia que sufre la mujer, en específico, a lo largo de su vida, muestra una fuerte asociación con el desarrollo de la depresión perinatal¹⁸. Además, se ha obtenido que la violencia de pareja íntima (IPV) provoca que la mujer tenga 3.5 veces la probabilidad de desarrollar DPN durante la gestación y 18.3 veces, en los primeros seis meses postparto¹⁹. Por otro lado, se ha comprobado que este factor está relacionado con una mayor gravedad de la enfermedad y una recuperación más lenta²⁰.

Según la OMS, la violencia contra la mujer, especialmente aquella ejercida por su pareja y la violencia sexual, forma parte de un problema de salud pública. Se estima que 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o algún tercero²¹. En el Perú, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, se obtuvo que las mujeres que sufrieron alguna vez actos de violencia por el esposo o compañero para el año 2019, 2020 y 2021 fueron 57.7%,

54.8% y 54.9%, en el orden dado²². Estas cifras reflejan que, a pesar de los años, la violencia contra la mujer, sigue siendo un tema importante de estudio por su gran presencia tanto a nivel nacional como internacional.

Por todo lo mencionado, el presente estudio busca identificar la relación que existe entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú, usando la base de datos que maneja en Instituto Nacional de Estadística e informática a través del ENDES del 2021.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021?

1.3. Formulación de objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar si existe una relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Medir la prevalencia de depresión perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- Medir la prevalencia de violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- Determinar los factores sociodemográficos relacionados a la depresión perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- Determinar los factores sociodemográficos relacionados a la violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

La violencia contra la mujer y la depresión perinatal son problemas de salud pública que afectan a diversas poblaciones a nivel mundial, por ello forman parte de los ODS que la ONU ha planteado para el año 2030⁴. De esta manera, el presente estudio encuentra relevancia para su realización, ya que nos permitirá conocer el escenario actual del Perú respecto a estos tópicos.

A pesar de los esfuerzos que se vienen realizando para poder disminuir la estadística de violencia contra la mujer en el mundo, se ha observado que en la región de las Américas el 25% de las mujeres aún son víctimas de esta²¹. De la misma manera en el Perú se ha observado que la curva de violencia describe un patrón estacionario con una tendencia mínima hacia la baja²². Con esto podemos extrapolar que podría existir un escenario similar para las mujeres en etapa perinatal. Sin embargo, no se cuenta con una data específica que nos oriente a conocer el impacto de este problema y sus factores en esta población. Por lo que el presente estudio brinda un panorama general de esta problemática.

En el caso de la depresión perinatal, no se cuenta con bases teóricas sólidas que nos permitan identificarla de manera oportuna en mujeres que se encuentran en esta etapa. Es así que dentro de las guías que ha elaborado el Ministerio de Salud no se ha reportado estrategias de diagnóstico y tratamiento para esta patología. Además, si bien existen diversos estudios sobre la depresión en esta etapa de la vida de la mujer, la mayoría se limita al periodo exclusivo en el que se presentan; es decir, se abocan a estudiar o bien la depresión prenatal o la postnatal; a pesar de que se ha reportado que la primera es un factor asociado con un mayor riesgo de desarrollar la segunda²³. Por ello, el presente análisis sirve como base de datos para el estudio epidemiológico de esta enfermedad, ya que brinda una aproximación a las tasas de prevalencias de DPN y los factores relacionados a esta dentro del territorio nacional.

Finalmente, ambas problemáticas son de suma relevancia para la salud pública y la preservación de la salud mental de las mujeres en esta etapa. De esta manera, el

presente estudio cumple el papel de asidero para posteriores investigaciones y poder así desarrollar una base sólida que permita conocer y describir estos tópicos de manera más consistente y objetiva para interpretar la salud poblacional de forma integral.

1.4.2. *Justificación práctica*

La presente investigación nos permite conocer con mayor claridad el escenario en el que se encuentra actualmente el Perú en cuanto a la depresión perinatal. Esto potencia el futuro desarrollo e implementación de protocolos (que ya existen en otros países del mundo) que ayuden al diagnóstico oportuno, abordaje y tratamiento de esta patología en el primer nivel de atención, mismo que constituye el contacto inicial médico - paciente, y es el punto de partida para la prevención y promoción de la salud.

Asimismo, este estudio también sirve como punto de inicio para la realización de medidas educativo - promocionales que aborden el tema de la violencia contra la mujer, así como brindar y dar a conocer las herramientas con las que cuenta actualmente para poder identificarla y solicitar apoyo cuando lo requieran, sobre todo en la etapa perinatal, por la importancia en la misma.

1.5. Limitaciones del estudio

El presente estudio obtendrá su información a través de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, el cual mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2021, recoge información sobre los distintos rubros, aspectos y factores de, valga la redundancia, la demografía y salud de los ciudadanos peruanos por medio de preguntas directas. Tenemos así que el presente estudio analizará dicha información, por lo que se cataloga como un análisis secundario. De esta manera, observamos que la Encuesta Demográfica de Salud Familiar no recopila información únicamente de violencia conyugal y depresión perinatal, por lo que no es una encuesta especializada y dirigida únicamente a estos tópicos; sin embargo, nos proporciona datos suficientes y válidos para el cabal desarrollo de esta investigación.

1.6. Marco teórico

La depresión perinatal es una entidad subdiagnosticada que no ha evidenciado su importancia dentro de las políticas de salud. Esta patología no solo perjudica la salud mental y física de la madre sino también del recién nacido y su futuro desarrollo en la sociedad incluso en su etapa adulta.^{24,25} Asimismo, las causas para el desarrollo de esta enfermedad no han sido dilucidadas totalmente, pero se debe tener en cuenta que su etiología es multifactorial; es decir, que se incluye tanto los cambios biológicos como psicosociales y ambientales³.

1.6.1. Antecedentes

1.6.1.1. Antecedentes internacionales

- Roddy et al (2023) realizaron el estudio titulado “Prevalencia de la depresión perinatal en países de ingresos bajos y medianos. Una revisión sistemática y metanálisis”, en Heidelberg, Australia; el estudio tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de depresión perinatal en países de ingresos bajos y medianos. Se trata una revisión sistemática y metaanálisis de 589 estudios, en el que la población total fue de 616 708 mujeres de 51 países con ingresos bajos y medianos. Dentro de sus resultados identificaron que la prevalencia de DPN fue más alta en países de ingresos medianos – bajos, seguidos de los medianos – altos y de los bajos, con tasas de 25.5%, 24.7% y 20.7%, respectivamente. La prevalencia de la depresión prenatal fue del 26.3%; y la postnatal, 23.1%. Se encontraron como factores de riesgo a la IPV, tener VIH, haber estado expuesta a desastres naturales, conflicto, guerra o la pandemia del COVID 19. Concluyeron que la depresión perinatal es muy frecuente en los países de los estratos mencionados anteriormente, teniendo una marcada desigualdad con los países de ingresos altos; por lo que se debe desarrollar un enfoque multifacético para poder reducir esta brecha.²⁶
- Gebrekristos et al. (2023) desarrollaron una investigación que tiene como título “La victimización por violencia de pareja durante el embarazo aumenta el riesgo de depresión posparto entre las madres adolescentes urbanas en Sudáfrica”, la cual tuvo como objetivo determinar si la victimización de las mujeres que sufren IPV

en el embarazo se asocia con la DPP. Se trata de un estudio observacional, correlacional y longitudinal que trabajó con una muestra de 90 participantes. Dentro de los resultados se reportó que el 47% tuvieron síntomas depresivos entre las 6 y 9 semanas después del parto, teniendo una victimización del 40%. Los autores concluyeron que los síntomas de DPN son muy frecuentes en esta población y que están asociadas a la victimización de IPV; por lo que, se debe implementar intervenciones para el diagnóstico y tratamiento temprano de esta enfermedad y así procurar el bienestar materno-infantil.²⁷

- Por su parte, Yang, Wu y Chen (2022) realizaron un trabajo titulado “Factores de riesgo de depresión perinatal en mujeres: una revisión sistemática y metanálisis” en Wuhan, China; en el que tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a DPN. Es una revisión sistemática que incluyó un total de 31 estudios con una muestra de 79 403 mujeres. En sus resultados se tuvo como factores de riesgo: tener un nivel educativo más bajo mala situación económica, antecedente de enfermedad mental, violencia doméstica, tabaquismo y la multiparidad. Concluyeron que las mujeres que tienen estos factores tienen mayor riesgo en comparación a otras de desarrollar DPN; por lo que, se debe realizar una intervención para una detección temprana y asesoramiento en estas pacientes y así prevenir el desarrollo de la DPN.²⁸
- Larsen et al. (2022) hicieron un trabajo que lleva de título “Trayectorias y predictores de síntomas depresivos perinatales entre mujeres kenianas: un estudio de cohorte prospectivo” desarrollado en Kenia, que tuvo como objetivo estudiar el curso de los síntomas depresivos y sus factores asociados en mujeres desde el embarazo hasta los 9 meses postparto. Se trata de un estudio observacional, correlacional y longitudinal que se anidó en un cohorte - prospectivo que comparó dos modelos de implementación de profilaxis previa a la exposición de VIH durante el embarazo y postparto, y que analizó un total de 3555 mujeres participantes. Utilizaron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológico (CESD – 10), el cuál identifico síntomas de depresión moderados a severos, siendo estos más prevalentes durante el embarazo que después del parto, siendo sus tasas 24.5% y 16.8% en ese orden. Se vinculó a esta patología la edad avanzada, violencia de pareja íntima, riesgo de VIH y bajo apoyo social. Se

concluyó que las mujeres con antecedente de la pérdida de un embarazo previo o de sufrir violencia de pareja íntima deben recibir todo el apoyo social por parte del sistema de salud rutinario a través de los controles materno-infantil.²⁹

- Lillie et al. (2020) realizaron un estudio titulado “Prevalencia y correlatos de depresión entre mujeres embarazadas inscritas en un programa de salud materna y neonatal en zonas rurales del norte de Ghana: una encuesta transversal”, que tuvo como objetivo describir la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas de esta región y sus factores de riesgo asociados. Es un estudio observacional, correlacional y longitudinal, en la que se trabajó con 32 comunidades con un total de 374 mujeres. Se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente PHQ-9 con el que se encontró depresión leve en un 43.1%, moderada en un 16.6% y moderadamente grave en un 3.2%; además, se reportó que el 14.2% tenían pensamientos de autolesión o suicidio en las últimas 2 semanas. Dentro de los predictores de la enfermedad se halló: baja esperanza, hambre en el hogar, violencia física, sexual y/o emocional por parte de la pareja íntima, y el apoyo familiar femenino insuficiente. Concluyeron que los programas de salud mental perinatal deben tener en cuenta factores familiares, sociales y personales como el hambre en el hogar y la violencia de pareja, para poder identificar esta patología y así evitar las consecuencias tanto en la madre como en el hijo.³⁰
- Paulson (2020) realizó una investigación llamada “Violencia de pareja íntima y estrés postraumático perinatal y síntomas de depresión: una revisión sistemática de los hallazgos en estudios longitudinales” en USA, con el objetivo de establecer la asociación entre violencia de pareja íntima (IPV) y estrés postraumático y depresión perinatal. Se trata de una revisión sistemática que analizó 47 estudios de países de ingresos bajos a altos. Centrándonos en el objetivo de este estudio, se tuvo que en sus resultados encontraron que el 93.6% de los estudios hablaban sobre depresión y el 10.6%, sobre el estrés postraumático. Asimismo, 16 estudios evaluaron IPV durante el embarazo; 7, durante el postparto y 12, durante toda la vida. Concluyeron que existe una fuerte asociación entre la IPV durante la etapa perinatal y depresión en la misma; siendo más consistente para la IPV a lo largo de toda la vida.¹⁸

- Navarrete, Nieto y Lara (2020) realizaron un estudio titulado “Violencia de pareja y depresión y ansiedad perinatal: el apoyo social como moderador entre mujeres mexicanas” en Tlalpan, México; tuvo como objetivo hallar la prevalencia de IPV durante el embarazo y 6 meses postparto y su asociación con la DPN y ansiedad; así como el impacto del apoyo social en esta relación. Se trató de un estudio observacional, correlacional de corte transversal, siendo un análisis secundario de datos obtenidos para un estudio longitudinal sobre la prevalencia de depresión prenatal y postparto que trabajó con 210 mujeres. Hallaron que la prevalencia de violencia en la gestación fue del 10.7%; mientras que, en el postparto fue del 11%. Teniendo que la IPV aumenta el riesgo en 3.5 veces la posibilidad para desarrollar DPN durante la gestación y 18.3 veces, durante los primeros seis meses postparto. Las mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir de IPV son aquellas que tienen un menor nivel educativo y con falta de apoyo social. Por ello, concluyeron que se deben tomar medidas para crear factores protectores en la mujer, así como aumentar el apoyo social que se le brinda a este grupo vulnerable.¹⁹

- El trabajo de Hou et al. (2020) se tituló “El impacto de la violencia de pareja en la trayectoria de la depresión perinatal: un estudio de cohorte en una muestra china” en Hunan tuvo como objetivo describir el impacto de la IPC en la trayectoria y pronóstico de la DPN. Se trató de un estudio de cohorte prospectivo que evaluó a 813 mujeres embarazadas seguidas durante el periodo perinatal. Utilizaron la Escala Revisada de Tácticas de Conflicto para evaluar la violencia de pareja íntima y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para la DPN. Dentro de sus resultados se indicó que el 11.07% sufrió violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses; con tasas para la IPV física, psicológica y sexual de 4.55%, 9.23% y 2.34%, respectivamente. En las gestantes se evidenció síntomas de depresión más graves con una pendiente decreciente del curso de la enfermedad más lenta. Se concluyó que la IPV se asocia con más gravedad y un pronóstico lento de la DPN.²⁰

- Da Silva et al. (2020) realizaron una investigación titulada “Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal” en Macapá, Brasil; cuyo objetivo fue evidenciar síntomas depresivos en gestantes y su asociación con la violencia de pareja. Llevaron a cabo un estudio de tipo observacional transversal

realizado con una muestra de 65 gestantes. Obtuvieron como resultados que el 41.5% de las gestantes presentaban síntomas depresivos, los cuales tenían una asociación significativa con algún tipo de violencia, ya que las mujeres expuestas a violencia presentaron 6.74 veces más riesgo de desarrollar algún síntoma depresivo frente a las que no estuvieron expuestas. También describieron que no contar con empleo, ser soltera o un grado instructivo bajo, se asociaba significativamente a la DPN. Concluyeron que hay una marcada asociación entre IPV y DPN. Asimismo, observaron una prevalencia elevada de esta enfermedad, por lo que se sugiere aumentar el tamaño muestral.³¹

- Garman, Schneider y Lund (2019) realizaron un estudio con título “Síntomas depresivos perinatales en mujeres sudafricanas de bajos ingresos en riesgo de depresión: trayectorias y predictores”, en Kayelith, Sudáfrica; el cual tuvo como objetivo estudiar el curso de los síntomas depresivos y sus predictores como riesgo para desarrollar depresión durante la gestación. El estudio observacional correlacional y longitudinal estuvo basado en un análisis secundario de un ensayo controlado aleatorizado que evaluó a 384 mujeres, las cuales fueron captadas en su primer control prenatal por presentar depresión, según la escala de Edimburgo. Todas tenían menos de 29 semanas de gestación y fueron seguidas hasta los 12 meses después del parto. En sus resultados obtuvieron que el 91.4% presentó síntomas de depresión moderados a graves en la etapa prenatal y el 8.6%, síntomas severos durante la gestación y posterior al puerperio, los cuales cedieron a moderados 3 meses después del parto. Se halló predictores como inseguridad alimentaria severa, violencia de pareja íntima, menor apoyo social, deterioro funcional, consumo de alcohol problemático y riesgo de suicidio. Se concluyó que las mujeres que tuvieron mayor riesgo de desarrollar depresión son un grupo variado y que se debe tener en cuenta, para la identificación de la enfermedad, los factores psicosociales evidenciados.³²
- Gaviria, Duque, Vergel y Restrepo (2019) realizaron la investigación titulada “Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados” en Medellín, Colombia; cuyo objetivo fue estudiar la asociación entre los síntomas depresivos perinatales y los factores de riesgo psicosociales. Su diseño metodológico fue observacional, descriptivo, de corte transversal. En sus

resultados reportaron que la prevalencia de DPN fue del 22.3% de un total de 112 mujeres en etapa perinatal, de las cuales el 39.3% eran gestantes y 60.7% se encontraban en el postparto inmediato. Asimismo, se evaluaron los eventos negativos durante los últimos 12 meses previos al estudio encontrándose como factores de riesgo los siguientes: no tener pareja, problemas emocionales graves, muerte de un ser querido, problemas económicos graves en el último año, sufrir violencia física, problemas familiares durante el embarazo y situación de pareja regular o mala durante el embarazo. Concluyeron que la finalización de la relación de pareja, dificultades económicas graves y la muerte de un familiar mostraron asociación significativa con la depresión perinatal, los cuales son identificables en los controles prenatales para una intervención oportuna.¹⁶

- Zhang et al. (2019) realizaron una investigación que se titula “Experiencias de violencia materna y riesgo de depresión postparto”. Esta tuvo como objetivo determinar la asociación de los tipos de violencia y la DPP. Se trata de un metanálisis de estudios de cohortes, en el que se seleccionaron 32 estudios con un total de 177 531 participantes. Dentro de sus resultados principales se obtuvo que las mujeres que experimentaron algún tipo de violencia tuvieron 2.04 mayor riesgo de desarrollar DPP frente a las que no la experimentaron. Así también la violencia sexual, emocional, física, doméstica o infantil también presentaron una asociación significativa para el desarrollo de esta enfermedad. Concluyeron que la violencia de cualquier índole que experimenta la madre es un factor de riesgo para DPP; por lo que, se debe realizar intervenciones preventivas para proteger la salud mental materna.
- Halim et al. (2018) realizaron un estudio que lleva por título “Violencia de pareja durante el embarazo y trastornos mentales perinatales en países de ingresos bajos y medianos bajos: una revisión sistemática de la literatura, 1990-2017”, que tuvo como objetivo identificar las consecuencias de la IPV sobre la salud mental en las mujeres durante su etapa perinatal. Es una revisión sistemática que trabajó con un total de 24 estudios longitudinales en países de ingresos bajos a altos. Se encontró que 10 de estos estudios analizaron la IPV durante el embarazo y 14; durante un periodo que no excluye la gestación. Dentro de los hallazgos, obtuvieron que la prevalencia de la IPV física durante la gestación fue de 22% a 65%. Además, la

prevalencia de depresión prenatal y postnatal oscilaron entre el 15 – 65% y 5 – 35%, respectivamente. Se halló que la exposición a IPV, en cualquiera de sus formas de expresión, conlleva a 1.69 – 3.76 y 1.46 – 7.04 mayor riesgo de desarrollar las patologías anteriormente mencionadas en el mismo orden. Se concluyó que la IPV tiene una fuerte asociación con el desarrollo de la DPN, por lo que se debe detectar oportunamente y ser parte de los controles rutinarios en esta etapa.³³

1.6.1.2. Antecedentes nacionales

- Recientemente, Medina et al. (2023) realizaron un trabajo de investigación que titula “Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19” en Ayacucho, Perú; que tuvo por objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión en mujeres gestantes durante la pandemia COVID -19. El diseño metodológico fue observacional, analítico y de corte transversal con una muestra de 267 gestantes en su tercer trimestre de embarazo. Los principales resultados fueron que la prevalencia de la depresión durante esta etapa fue de 62.17%; encontrándose como factores asociados el ser primigestas, no tener planificación del embarazo, mala relación de pareja y haber sufrido violencia antes y durante el embarazo. Este último factor tuvo una prevalencia de 17.6% en las gestantes en general y 21% en las gestantes con depresión. Por lo tanto, concluyen que la violencia está asociada al desarrollo de esta patología, por lo que debe ser un objetivo a modificar para evitar consecuencias negativas en la madre, la familia y, por ende, en la sociedad.³⁴
- Cardenas (2022) realizó una tesis de grado titulada “Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nocheto, 2022” en Lima, Perú; cuyo objetivo fue determinar si existe asociación entre depresión y violencia intrafamiliar durante la gestación. Se trató de un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal; en el que se estudió a 180 gestantes. Los principales resultados reportaron que el 36.11% de las gestantes presentaron depresión y el 41.67%, violencia intrafamiliar. Se concluyó que existe una asociación significativa entre este tipo de violencia y la depresión durante la gestación, siendo los tipos más frecuentes la física y la psicológica.³⁵

- Pacheco (2022) llevó a cabo un trabajo de tesis titulado “Depresión perinatal y factores asociados en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020” en Lima, Perú; cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a depresión perinatal en las puérperas del INMPN. La tesis tiene un diseño observacional, analítico de tipo casos y controles. Analizó 344 mujeres, 172 casos y 172 controles, que se encontraban en su primer y tercer día postparto. Dentro de sus principales resultados se encontró que la violencia psicológica y física se asocian a 8 y 2 veces más riesgo de desarrollar depresión, respectivamente. Se concluyó que los factores sociodemográficos y obstétricos no tuvieron asociación significativa con la DPN, en comparación a los factores psicosociales familiares y de pareja.³⁶

- Zeballos et al. (2020) realizaron una investigación titulada “Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú”, cuyo objetivo fue establecer la asociación entre la depresión postparto y la violencia doméstica. Su diseño fue observacional, prospectivo y transversal con una muestra de 288 puérperas mediatas de un hospital nivel III de Arequipa. Utilizaron la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y el Índice de Violencia de Pareja. Hallaron que la prevalencia de DPP fue 27.8%; asimismo, las discusiones de pareja y la violencia física se asociaron significativamente con el desarrollo de la enfermedad. Concluyeron que la violencia doméstica se asocia al desarrollo de DPP en las puérperas; por lo que, debería crearse políticas e intervenciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la DPP.³⁷

1.7. Bases teóricas

1.7.1. Violencia conyugal

1.7.1.1. Definición

La violencia contra la mujer es considerada un problema de salud pública, e incluso en el 2018 fue catalogada como pandemia mundial por el secretario de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)³⁸. Asimismo, esta entidad la define como: “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un

daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”^{39, p1}. Por su parte, en el Perú, la ley 30364 determina que: “la violencia contra la mujer es cualquier acto que le cause daño físico, sexual o psicológico, o la muerte por su condición de mujer tanto en el entorno privado como público”^{40, p1}.

La violencia conyugal, también conocida como violencia de pareja íntima, es un tipo de violencia contra la mujer⁴¹. Según la OMS, indica que la violencia de pareja está definida como: “comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control”^{42, p1}.

1.7.1.2. *Modelo piramidal sobre la violencia contra la mujer*

El modelo piramidal consta de cinco escalones, en el que los cuatro primeros corresponden netamente a mecanismos explicativos de la violencia y el último, al estallido de la violencia contra la mujer.⁴³



Figura 1. Modelo piramidal sobre la violencia contra la mujer.

Fuente. Datos tomados de Bosch-Fiol E, Ferrer-Perez VA. *El Modelo Piramidal: alternativa feminista para analizar la violencia contra las mujeres. Estud Fem 2019 27(2): e54189.*

A. Sustrato patriarcal

Es el primer escalón de este modelo piramidal, su base está en la ideología patriarcal. Esta se basa en la diferencia de género, en la que la mujer por su naturaleza es notablemente inferior al varón. Asimismo, esta desigualdad es notoria en la sociedad por los roles diferenciados, oportunidad de trabajo, etc. Todo ello justifica la autoridad y el poder del varón sobre su pareja.⁴³

B. Socialización diferencial

Este nivel se define como la difusión del primer escalón; es decir, de la ideología patriarcal. Esto lo podemos ver en el “mandato de género tradicional” que identifica a lo masculino y lo femenino. El primero se asocia al poder, control, dominación; etc.; el segundo, con cuidado de la pareja y de los hijos, obediencia, abnegación, etc.⁴³

C. Expectativas de control

En este tercer escalón se aprecia cómo el varón cree tener ciertos derechos sobre su pareja y genera en él esta expectativa de control; ya que se fundamenta en el imperante mandato de género.⁴³

D. Eventos desencadenantes

Existen diversos factores desencadenantes para la violencia de pareja, siguiendo los diversos niveles ya sea macrosistema, exosistema y otros modelos ecológicos; Bosch y Ferrer identifican los siguientes⁴³:

- Eventos personales: uso o abuso de sustancias tóxicas, matrimonio, separación, estrés, problemas económicos, anhelo de autonomía de la mujer, etc.
- Eventos sociales: crisis económicas, cambios en el modelo social, etc.
- Eventos políticos y religiosos: cambios en doctrinas inamovibles para la persona, gobiernos muy conservadores, etc.

E. Estallido de la violencia

Después de haber recorrido por los escalones anteriores, se da el estallido de la violencia ya sea física, psicológica, sexual, etc.; los cuales definiremos a continuación⁴³.

1.7.1.3. Tipos de violencia

En el Perú según la ley 30364, se distinguen 4 tipos de violencias que afectan a la mujer⁴⁰:

- A. Violencia física:** acción o conducta que afecta la integridad corporal o de la salud. Incluye maltrato por negligencia, omisión de las necesidades básicas, que hayan ocasionado perjuicio físico sin importar el tiempo de mejoría.

- B. Violencia psicológica:** acción o conducta que ocasiona daño psíquico; es decir, trastorno de alguna función mental o suficiencia de la persona. Puesto que aísla a la persona contra su voluntad, la humilla o avergüenza.

- C. Violencia sexual:** acciones de índole sexual que se perpetran contra la voluntad de la persona o con coacción. Cabe resaltar que abarca actos sin penetración y cualquier tipo de contacto físico.

- D. Violencia económica o patrimonial:** acción que daña los recursos económicos o patrimoniales de la mujer; sea por limitación de los ingresos, perturbación, posesión, sustracción, destrucción de sus bienes o privación de los medios para una calidad de vida adecuada.

Por otro lado, la OMS establece como formas de violencia de pareja a lo siguientes⁴¹:

- A. Agresiones físicas:** acción que causa daño físico leve o severo como una bofetada, patadas, golpes, etc.

- B. Violencia sexual:** forzar a la pareja a tener relaciones o alguna otra forma de agresión sexual.

- C. Maltrato emocional:** como insultos, denigración, humillación continua o alguna acción de intimidación indirecta como romper objetos, amenazar con llevarse a los hijos, etc.

D. Comportamientos de control: aislar a la persona de su círculo social o familiar, vigilarla constantemente, impedirles el acceso a los recursos familiares, educación, laboral, etc.

Cabe resaltar que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Perú reportó que el tipo de violencia contra la mujer más frecuente fue la violencia psicológica con una tasa del 57.9%, la cual estaba presente en todos los tipos de violencia, seguido de la violencia física con una tasa de 29.9%⁴⁴.

1.7.1.4. Factores de riesgo

La OMS indica que hay ciertos factores asociados específicamente a la violencia conyugal como son⁴¹:

- Inconformidad en el matrimonio.
- Dificultad de comunicación entre la pareja.
- Comportamientos de control de la pareja.
- Antecedentes de violencia previa.

Asimismo, podemos añadir a estos factores de riesgos una edad más joven, etnia, nivel de instrucción más bajo, que presenten alguna discapacidad, tener un trabajo y haber estado expuesta en la infancia a cualquier tipo de violencia sea física, psicológica y/o sexual. A su vez, que la pareja consuma alcohol o que sea agresivo en el exterior, también forman parte del riesgo de que una mujer pueda sufrir violencia.⁴⁵

1.7.1.5. Consecuencias

Dentro de las consecuencias para la salud que establece la OMS se encuentran los siguientes^{41,42}:

- Homicidio, suicidio o lesiones de nivel leve o severos.
- Ocasionar embarazos no deseados.
- Contagio de Enfermedades de Transmisión sexual.
- Si ocurre durante el embarazo puede ocasionar pérdidas o muertes fetales; así como partos prematuros o bajo peso al nacer.

- Afectan la salud de la mujer ocasionando estrés postraumático, depresión, ansiedad u otro trastorno mental.
- En los niños pueden ocasionar que no cumplan con el esquema de vacunación, presencia de enfermedades diarreicas con mayor frecuencia o incluso riesgo de perder la vida antes de los 5 años.

1.7.2. Depresión perinatal

1.7.2.1. Definición

La depresión perinatal es un trastorno del ánimo que puede afectar a la mujer durante cualquier etapa de la gestación hasta un año después del parto^{7,46}. La DSM – 5 usa el especificador “con inicio en el periparto” para definir a la DPN como un trastorno depresivo mayor cuyos síntomas se producen al inicio del embarazo o hasta 4 semanas después del parto⁴⁷.

Cabe resaltar que la definición de trastorno depresivo mayor es aquel que presenta mínimamente 5 de los siguientes síntomas casi todos los días en el transcurso de 2 semanas: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o aumento de peso o apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, sentimiento de inutilidad o de culpa, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y miedo a morir o ideación suicida. Acompañados de estado de ánimo deprimido o pérdida de placer o interés. Asimismo, debe causar un deterioro funcional a nivel social, laboral o de otras áreas del individuo; y, no debe ser causa de la ingesta de alguna sustancia o afección médica.⁴⁷

Por su parte, la CIE-11 coloca a la DPN dentro de dos grandes categorías como otros trastornos mentales y del comportamiento asociado al puerperio, no clasificado en otra parte; y como parte de las enfermedades que complican el embarazo, parto y puerperio⁴⁸. Todo ello debido a que no se cuenta con un ítem específico para esta enfermedad.

1.7.2.2. Factores de riesgo

Como se mencionó anteriormente, la DPN es multifactorial, abarca varias esferas desde lo biológico hasta lo psicosocial. Marcos, en su tesis doctoral, los clasificó en tres grandes grupos⁴⁹:

- **Factores biológicos:** entre los cuales se encuentran factores genéticos como la variación en 44 loci; y neurohormonales que, aunque no se han relacionado directamente, si fluctúan durante esta etapa^{50,51}.
- **Antecedentes sanitarios:** antecedente de depresión anterior u otros trastornos psiquiátricos, consumo de alcohol o drogas, antecedentes obstétricos como abortos, complicación en el recién nacido, entre otros.
- **Factores psicosociales:** eventos estresantes como la muerte de un ser querido, pérdida de empleo, enfermedad crónica o grave en la familia, separaciones o divorcios, abuso infantil o violencia doméstica, embarazo no planificado o no deseado, mala relación de pareja, embarazo adolescente, problemas socioeconómicos, entre otros.

Por otro lado, según el manual Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period, agrupa a los factores en dos⁵²:

- **Factores de mayor riesgo:** historia personal o familiar de depresión, historia de depresión postparto en un embarazo anterior.
- **Factores que contribuyen al riesgo:** ansiedad en el embarazo, mala red de apoyo, conflictos familiares o de pareja, eventos adversos como pérdidas de familiares o amigos, violencia de pareja íntima, gestación no deseada, enfermedades agudas o crónicas, infantes con problemas de salud o temperamentales y dificultades financieras.

1.7.2.3. Diagnóstico

La DPN es un reto diagnóstico para los profesionales de la salud, ya que sus síntomas suelen ser confundidos con los propios del embarazo como astenia, labilidad emocional, irritabilidad, trastornos del sueño, entre otros⁴⁶.

Existen varios instrumentos que nos pueden ayudar a identificar síntomas depresivos en esta etapa de la vida de la mujer, tanto durante el embarazo como en el postparto.

Dentro de ellos tenemos a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y a la Escala de Detección de Depresión postparto, las cuales son más específicas y sensibles para detectar DPN. Asimismo, tenemos al Cuestionario de Salud del Paciente – 9, al Inventario de Depresión de Beck I y II, a la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y a la Escala de depresión de autoevaluación de Zung, tal y como podemos ver en la Tabla 1.⁵³

Screening Tool	Number of Items	Time to Complete (Minutes)	Sensitivity and Specificity	Spanish Available
Edinburgh Postnatal Depression Scale	10	Less than 5	Sensitivity 59–100% Specificity 49–100%	Yes
Postpartum Depression Screening Scale	35	5–10	Sensitivity 91–94% Specificity 72–98%	Yes
Patient Health Questionnaire 9	9	Less than 5	Sensitivity 75% Specificity 90%	Yes
Beck Depression Inventory	21	5–10	Sensitivity 47.6–82% Specificity 85.9–89%	Yes
Beck Depression Inventory-II	21	5–10	Sensitivity 56–57% Specificity 97–100%	Yes
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	20	5–10	Sensitivity 60% Specificity 92%	Yes
Zung Self-Rating Depression Scale	20	5–10	Sensitivity 45–89% Specificity 77–88%	No

Figura 2. Herramientas de detección de depresión perinatal.

Fuente. Datos tomados de ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol

Por otro lado, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁵⁴ recomienda a través de su Guidelines on Clinical Management and Service Guidance, las tres preguntas de Whooley por Arroll para la detección de DPN, las cuales necesitan un mínimo de tiempo para su realización. Esto debido a que varios miembros del personal del sector salud no ponen en práctica ningún instrumento anteriormente mencionado, ya sea por el tiempo que emplea o porque solo los aplican de encontrar algún síntoma en sus pacientes⁵⁵. Las preguntas son las siguientes⁴⁶:

1. ¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?
2. ¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?

En caso de que alguna respuesta sea sí ante cualquiera de las dos preguntas anteriores:

3. ¿Siente que necesita ayuda?

A. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Es el instrumento de tamizaje más utilizado como pesquisa de síntomas depresivos en el periodo postparto, pero también ha sido validado para poder usarlo durante el

embarazo y así detectar la DPN⁴⁶. Está conformada por 10 preguntas con 4 posibles respuestas que están puntuadas del 0 a 3 según su severidad. Por lo que el punto de corte para DPN durante la etapa gestacional es mayor o igual 13; y en el postparto, mayor o igual a 10, indicarían sospecha de depresión⁵⁶.

Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

1	He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre	
		b) Menos que antes	
		c) Mucho menos que antes	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Sólo ocasionalmente	
		c) Sí, bastante a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:
a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Figura 3. Escala de Depresión de Edimburgo.

Fuente. Datos tomados de Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. SANTIAGO: MINSAL, 2014

B. Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9)

Es un instrumento de tamizaje para depresión que se caracteriza por una ejecución rápida, los pacientes pueden aplicárselo a sí mismos y nos da información sobre la gravedad; por lo que también se puede utilizar para seguimiento de la misma. Asimismo, ha sido validado en el Perú en el año 2012 por el Ministerio de Salud, a través de un juicio de expertos en una reunión técnica en la que participaron 23 psiquiatras, 3 psicólogos y 1 enfermera⁵⁷.

Este cuestionario se basa en los 9 ítems sobre del Trastorno de Depresión Mayor que define la DSM-V, dándole un valor de 0 a 3 por cada uno de ellos, tal y como se ve en la Figura 3. Pudiendo obtener 27 de puntaje máximo, por lo que un valor entre 0-5 es un grado mínimo de depresión; 5-9, leve; 10-14, moderado; 15-19, moderadamente severo; y, 20-27, severo.⁵⁸

Durante las últimas 2 semanas , ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan despacio que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarte de alguna manera	0	1	2	3

Figura 4. Cuestionario de Salud del Paciente – 9.

Fuente. Datos tomados de Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606–13.

Levis, Benedetti y Thombs realizaron un metaanálisis para determinar la precisión de este cuestionario para la detección de depresión en el primer nivel de atención. Analizaron 96 artículos, en los que se encontró que el punto de corte de 10 maximizaba tanto la sensibilidad como la especificidad de este instrumento comparándola con las entrevistas semi y completamente estructurada de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, que tiene alta precisión en estos casos.⁵⁹

Por su parte, Constantini et al. realizaron una revisión sistemática en la que incluyeron a 42 estudios en el que compararon el PQH – 9 con las principales escalas estandarizadas de clasificación diagnósticas como la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, Entrevista Clínica Estructurada para DSM – IV y la Evaluación Clínica Estructurada en Neuropsiquiatría. En la que hallaron que el punto de corte de 10 para la detección de depresión, usando este cuestionario, aumentó su sensibilidad a 85% o más y su especificidad, a 75%.⁶⁰

Por todo lo mencionado anteriormente, se utilizará el punto de corte de 10 en el presente trabajo de investigación para la detección de depresión perinatal.

1.7.2.4. Consecuencias de la DPN

Esta enfermedad trae consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé; causando parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia, bajo desarrollo cognitivo y psicosocial en el niño, problema conductual en el menor, suicidio materno, etc^{46,61,62}. Según la American College of Obstetricians and Gynecologists del 2018⁵³: “el suicidio materno supera a la hemorragia y a los trastornos hipertensivos como causa de mortalidad materna”.

1.8. Glosario de términos

- **Etapa perinatal:** periodo de cambios físico, psicológicos y sociales que comprende desde el embarazo hasta el primer año postparto.

- **Depresión perinatal:** patología del estado de ánimo cuyos síntomas depresivos se presentan en la etapa perinatal de la mujer.
- **Depresión prenatal:** también llamada depresión gestacional, es aquella patología que se manifiesta en el periodo de gestación hasta antes del parto.
- **Depresión postnatal:** también llamada depresión postparto, es aquella patología que se presenta después del nacimiento hasta un año después.
- **Cuestionario de Salud del Paciente – 9:** instrumento validado en el Perú, que se utiliza para el diagnóstico de depresión perinatal. Consta de 9 preguntas con un máximo de 3 puntos por cada ítem. Es así que un puntaje de 10 a más indicaría la presencia de la enfermedad.
- **Violencia conyugal:** daño físico, psicológico o sexual que sufre una mujer por parte de su pareja estando o no casada con la misma.
- **Violencia física no severa:** aquella que se caracteriza por actos físicos que no pongan directamente en riesgo la vida de la mujer como bofetadas, empujones, etc.
- **Violencia física severa:** aquella que se caracteriza por actos físicos que ponen en riesgo la vida de la mujer directamente como estrangulación, ataques con arma de cualquier tipo, etc.
- **Violencia emocional:** aquella que se caracteriza por maltratos verbales que afectan la salud mental de la mujer.
- **Violencia sexual:** aquella que se caracteriza por el uso de la fuerza que aplica la pareja para realizar actos sexuales con la mujer sin su consentimiento.
- **Factores sociodemográficos:** aquellos factores que comprenden características de la población tales como la edad, el grado de instrucción, el estado civil, el lugar de residencia, el índice de riqueza y el seguro de salud.

1.9. Formulación de hipótesis

1.9.1. Hipótesis general

- H₀: No existe relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- H₁: Existe relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

1.9.2. Hipótesis específicas

1. Existe una prevalencia significativa de depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
2. Existe una prevalencia significativa de violencia conyugal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
3. Los factores sociodemográficos están relacionados con la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
4. Los factores sociodemográficos están relacionados con la violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

CAPITULO II: METODOLOGÍA

2.1. Diseño metodológico

2.1.1. *Tipo y diseño de investigación*

La presente investigación es de tipo cuantitativa con diseño observacional de corte transversal y correlacional, lo cual se explica a continuación⁶³:

- Es de tipo cuantitativa, ya que se utilizó la recolección de datos para probar una hipótesis previamente planteada con base en la expresión numérica.
- Su diseño es observacional; es decir, no experimental, ya que no se controla ni manipula ninguna variable, puesto que estas ya ocurrieron. Por lo tanto, no se genera ninguna situación, solo se puede observar el fenómeno ya existente para analizarlo.
- Asimismo, dentro de la clasificación de los tipos de diseños observacionales, el presente trabajo pertenece al tipo transversal o transeccional, ya que se recoge la información en un momento único.
- A su vez, es correlacional debido a que busca establecer la relación existente entre dos o más categorías

Es así que este estudio toma los datos que nos brinda el INEI a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar que se realizó en el año 2021 para poder estimar la prevalencia de la depresión perinatal y la violencia conyugal, los factores sociodemográficos relacionados a cada uno de ellas; así también como la relación existente entre ambas variables.

2.2. Población

La población que se utiliza para llevar a cabo este estudio incluye a las mujeres entre 15 y 49 años de edad que se encontraban en su etapa perinatal; es decir, en la etapa de gestación o durante su primer año postparto, en el Perú, que participaron de la “ENDES 2021” realizada entre enero y diciembre del 2021. Por lo que, se encontró un total de 2303 mujeres en la etapa perinatal que cumplieron con los criterios de selección.

2.3. Muestra

2.3.1. Marco muestral

En general, la ENDES del 2021 utiliza la información de los “Censos Nacionales XII de Población y VII de Vivienda del año 2017 (CPV 2017) y del material cartográfico” para la selección de su muestra⁶⁴.

2.3.2. Unidad muestreo

Utilizan 2 unidades de muestreo⁶⁴:

- “En el área urbana: el conglomerado y la vivienda particular”
- “En el área rural: el área de empadronamiento rural y la vivienda particular”

2.3.3. Tipo de muestra

La muestra de la ENDES del 2021 se caracteriza por ser de tipo “bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental, por área urbana y rural”⁶⁴.

2.3.4. Tamaño de muestra

La ENDES del año 2021 tuvo como muestra planificada un total de 36 760 viviendas, de las cuales⁶⁴:

- 14 840 pertenecientes a viviendas en área de sede, las cuales están conformadas por las capitales de departamento e incluye a los 43 distritos de Lima Metropolitana.
- 9 260 viviendas en el área urbana restante
- 12 660 viviendas en el área rural

En suma, fueron entrevistadas 35 847 viviendas; teniendo una población total de 87 635 mujeres de 12 a 49 años, de ellas 36 714 cumplieron con dar entrevistas completas⁶⁵. De estas, se encontró un total de 2303 mujeres en etapa perinatal divididas en 398 gestantes y 1 905 en postparto; las cuales han sido estudiadas en este trabajo.

2.4. Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**

- Mujer entre 15 y 49 años que se encuentren en la etapa de gestación
- Mujer entre 15 y 49 años que se encuentren dentro de su primer año postparto

- **Criterios de exclusión**

- Registro en blanco o incompleto
- Registro perdido

2.5. Variables

Variables: están conformada por nuestras dos variables principales.

- Variable 1: Violencia conyugal
- Variable 2: Depresión perinatal

Variables sociodemográficas: Características sociodemográficas de la mujer entre 15 y 49 años de edad en etapa perinatal.

- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil

- Lugar de residencia
- Índice de riqueza
- Seguro de salud

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Valores	Indicadores	Técnica e instrumento de recolección
Variable 1: Violencia conyugal	Violencia ejercida por parte de la pareja causa daño físico, psicológico o coacción sexual.	Violencia ya sea del tipo física, emocional o sexual ejercida por la pareja en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.	Violencia física no severa	Cualitativo	Nominal	Sí No	Registro del ENDES: D106 (REC84DV)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
			Violencia física severa	Cualitativo	Nominal	Sí No	Registro del ENDES: D107 (REC84DV)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
			Violencia psicológica	Cualitativo	Nominal	Sí No	Registro del ENDES: D104 (REC84DV)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
			Violencia sexual	Cualitativo	Nominal	Sí No	Registro del ENDES: D108 (REC84DV)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
Variable 2: Depresión perinatal	Síndrome caracterizado por estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, variación de peso, hipersomnia, agitación psicomotriz, culpa, dificultad para concentrarse e ideación suicida, que se dan en la etapa perinatal; es decir, durante la gestación y el primer año post parto.	Puntaje obtenido en el PHQ -9 de 10 o más según las respuestas en el momento de la encuesta.	-	Cuantitativo	Nominal	Sí No	Registro del ENDES: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I (CSALUD01)	Datos obtenidos de la ENDES 2021

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala de medición	Valores	Indicadores	Técnica e instrumento de recolección
Edad	Tiempo cronológico en años que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Edad cumplidos en años al momento de la encuesta.	-	Cuantitativo	Intervalo	De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años De 30 a 34 años De 35 a 39 años De 40 a 44 años De 45 a 49 años	Registro del ENDES: V013 (REC0111)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
Grado de instrucción	Grado de estudios más alto alcanzados ya sea terminados o en curso.	Mayor grado de estudio registrado al momento de la encuesta.	-	Cualitativo	Ordinal	Sin Educación Primario Secundario Mayor	Registro del ENDES: V106 (REC0111)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil respecto a si tiene o no pareja y su relación legal con esto.	Condición civil consignado al momento de la encuesta.	-	Cualitativo	Nominal	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado No viven juntos	Registro del ENDES: HV115 (RECH1)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
Lugar de residencia	Extensión de terreno cuyos límites están determinados por la densidad poblacional.	Zona urbana o rural en la que reside una persona registrada al momento de la encuesta	-	Cualitativo	Nominal	Urbano Rural	Registro del ENDES: V102 (REC0111)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
Índice de riqueza	Índice que permite conocer el nivel de riqueza de una persona.	Nivel de riqueza a la que pertenece una persona según la encuesta.	-	Cuantitativo	Ordinal	Muy pobre Pobre Medio Rico Muy rico	Registro del ENDES: V190 (REC0111)	Datos obtenidos de la ENDES 2021
Seguro de salud	Contrato entre una compañía privada o estatal que cubre parte de los gastos médicos de una persona.	Contar o no con seguro de salud al momento de la encuesta.	-	Cualitativo	Nominal	Sí No	Registro del ENDES: QS26 (CSALUD01)	Datos obtenidos de la ENDES 2021

2.7. Técnica e instrumentos

Este estudio como tal, no utiliza un instrumento, puesto que es un análisis secundario que consistió en la revisión de las bases de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2021, las cuales se encuentran disponibles en la página web del INEI.

Cabe resaltar que dicha encuesta se viene ejecutando por el INEI desde 1986. Inició con un modelo de encuesta que se realizaba cada cinco años hasta el 2004; a partir de ese año, se optó por realizar una encuesta continua, de igual manera, para un periodo de 5 años; y luego, a partir del 2009, para un periodo de 3 años⁶⁵.

En el 2021 para la realización de dichas encuestas se utilizó la entrevista directa presencial y por vía telefónica, la que fue realizada por personal capacitado para la recopilación de esta información. Esta encuesta cuenta de 3 tipos de cuestionarios, tal y como lo colocan en su ficha técnica⁶⁴:

A. Cuestionario del hogar

- Características: demográficas, salud (acceso al seguro de salud), actividad económica, educativas de los miembros del hogar.
- Características básicas de la vivienda: Servicios básicos (agua, desagüe y alumbrado), equipamiento del hogar, estructurales (piso, paredes y techo).
- Programas sociales No Alimentarios: Programa BECA 18, Programa Nacional TRABAJA PERU, Programa JUNTOS, Programa Nacional Cuna Más (SAF) y Programa PENSIÓN 65.
- Programas Sociales Alimentarios: Programa Social Vaso de Leche, Programa Social Comedor Popular, Programa Nacional Cuna Más (Cuidado Diurno) y Programa Social Qali Warma.
- Registro de la medición antropométrica (peso y talla) en niñas/os menores de 6 años y mujeres de 12 a 49 años.
- Registro de los niveles de hemoglobina niñas/os de 4 meses a menores de 6 años y mujeres de 12 a 49 años.

- Prueba de Yodo en la Sal y Prueba de Cloro Residual en el Agua.
- Covid-19.

B. Cuestionario individual de la mujer

- Características demográficas y sociales.
- Historia reproductiva.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Atención prenatal, asistencia del parto y atención puerperal.
- Embarazo y lactancia.
- Inmunización.
- Prevalencia de IRA y EDA.
- Desarrollo Infantil Temprano para niñas/os de 9 a 71 meses.
- Discapacidad.
- Nupcialidad.
- Preferencia de fecundidad.
- Antecedentes del cónyuge y trabajo de la mujer (Experiencia laboral).
- Conocimientos y actitudes respecto al SIDA y otras ITS.
- Mortalidad Materna.
- Violencia Doméstica.

C. Cuestionario de salud (aplicado a personas mayores de 15 años)

- Antecedentes de la persona.
- Hipertensión y Diabetes.
- Factores de riesgo de las Enfermedades No transmisibles.
- Salud Bucal y Ocular en Adultos.
- Prevención y Control de Cáncer.
- VIH / SIDA.
- Salud Mental en Adultos.
- Salud Bucal, Ocular y Mental en niñas y niños.
- Mediciones de Antropometría y Presión Arterial.

Se realizó un instrumento de recolección de información, a partir de la base de datos de la ENDES 2021, que sirvió para identificar las variables definidas en cada una de las mujeres que se encontraban en la etapa perinatal y que permitió contar con una propia base datos.

2.8. Plan de recolección de datos

Se realizó lo siguiente:

1. Se obtuvo la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 2021 a través de la página web del INEI, la cual se puede encontrar en:
https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/Consulta_por_Encuesta.asp
2. Se determinó la población perinatal considerando tanto a las gestantes; es decir, a las actualmente embarazadas (V213) como a las mujeres dentro de su primer año postparto; es decir, aquellas que tuvieron nacimientos el año pasado a la realización de la encuesta (V209). Ambos códigos pertenecientes al módulo R223132 del Cuestionario Individual de la Mujer. Luego se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para finalmente obtener una muestra 2303 mujeres en etapa perinatal.
3. Las variables sociodemográficas fueron extraídas de los Cuestionarios del hogar e individual de la mujer, cuyos módulos fueron RECH1, CSALUD01 y REC011, en ese orden; mientras que las variables 1 y 2, del Cuestionario de Salud (Sección VII: Salud mental) y del Cuestionario Individual de la Mujer (Sección XV: Violencia doméstica); específicamente de los módulos CSALUD01 y REC84DV, respectivamente.
4. Cabe resaltar que se realizó la recategorización de la variable depresión perinatal; ya que cuenta con 9 ítems a evaluar (QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I), tornándola una variable nominal con 2 valores (Sí y No). Para lo cual, se consideró la sumatoria total de los ítems

teniendo un punto de corte de 10 a más para establecer el diagnóstico de DPN, según la literatura.

5. Se aplicó el instrumento de recolección creado para la identificación de cada una de las variables en cada caso particular.
6. Se agrupó los datos creando un archivo con una variable nueva que identifique a la persona con la información de la vivienda (HHID), luego se realizó la ponderación con el factor HV005, esto con el fin de que las estimaciones que deriven de este análisis sean representativas de la población.

2.9. Análisis estadístico

Una vez realizada la recolección de la base de datos, se procede a realizar el análisis estadístico para el cual se utilizó el paquete estadístico Stata v16.1 (StataCorporation, Texas, EEUU). Cabe resaltar que se hizo la corrección de datos en función de la ponderación para mujer, estrato y conglomerado.

Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de frecuencias y porcentajes, las cuales han sido detalladas en la tabla de caracterización de la población de estudio. Así como gráficos de barras para detallar el impacto de los datos hallados, estos realizados a través de Microsoft Excel.

Por otro lado, para el análisis bivariado, en el cual se determinó la relación existente entre las variables sociodemográficas y nuestras variables principales (depresión perinatal y violencia conyugal), se usó la prueba estadística de Chi cuadrado de independencia con la corrección de Rao Scott.

En el caso del análisis multivariado para determinar la relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal se realizó la regresión de Poisson expresada a través de la Razón de Prevalencia (RP).

Se debe tener en cuenta, que para poder establecer los análisis mencionados se consideró un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia cuyo valor es $p < 0.05$.

2.10. Consideraciones éticas

El presente estudio al ser un análisis secundario no requirió la aprobación de un comité de ética en sí, debido a que no se realizó la recolección de los datos directamente. Asimismo, se debe tener presente que, para la ejecución de los cuestionarios, el INEI indica que cada participante debe firmar un consentimiento informado. Cabe resaltar que, los nombres de cada participante son resguardados a través de códigos (CASEID), para así brindarles un respaldo de seguridad y privacidad.

Se debe tener en cuenta que, para la realización del presente estudio, no se alteró ninguna información y estos reflejan fielmente los datos brindados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2021, mismos que son de acceso libre en el portal del INEI, tal y como ya se ha mencionado anteriormente.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Se encontró en la ENDES 2021 un total de 2893 mujeres entre 15 a 49 años de edad que se encontraban en la etapa perinatal para el momento de la realización de la encuesta. De este grupo se retiró a 590 mujeres pertenecientes a los registros incompletos, blancos o perdidos. Por lo que, para el análisis se considera a 2303 mujeres, de ellas 398 mujeres (31%) se encontraban, específicamente, en el periodo prenatal (gestación); y 1905 mujeres (69%), en el primer año postparto.

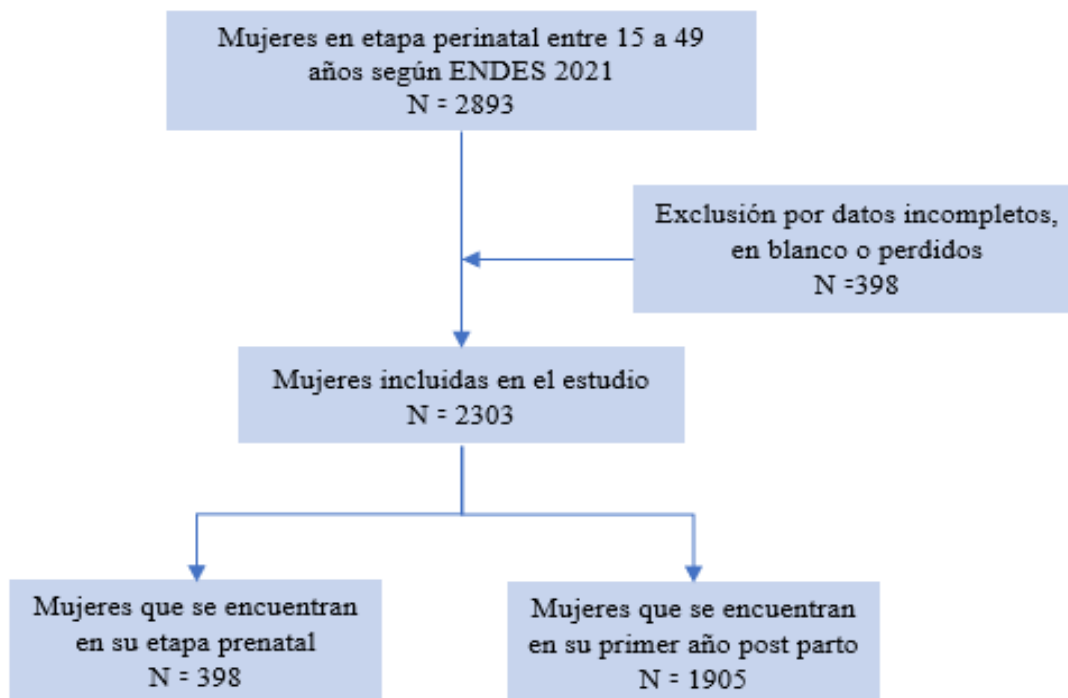


Figura 5. Flujograma de selección de la muestra de estudio.

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021

3.1. Características de la población de estudio

La mayoría de mujeres tenía entre 25 a 29 años (28.3%), seguido del grupo de 30 a 34 años (23.7%). Identificamos que menos del 1% de la población de mujeres peruanas en etapa perinatal no contaba con educación y un 15.6%, con grado de instrucción primario. Asimismo, al evaluar el estado civil, encontramos que ninguna se encontraba soltera. Identificamos que entre el 70 y 75% de la población de mujeres en etapa perinatal se encontraba catalogaba como “conviviente”. El 90.5% de las mujeres en etapa perinatal contaban con seguro de salud, y el 75% de la población reside en áreas urbanas. Al evaluar el índice de riqueza, la prevalencia más alta de mujeres en etapa perinatal fue en los más pobres (25.2%), seguido de pobre, medio, rico y más rico.

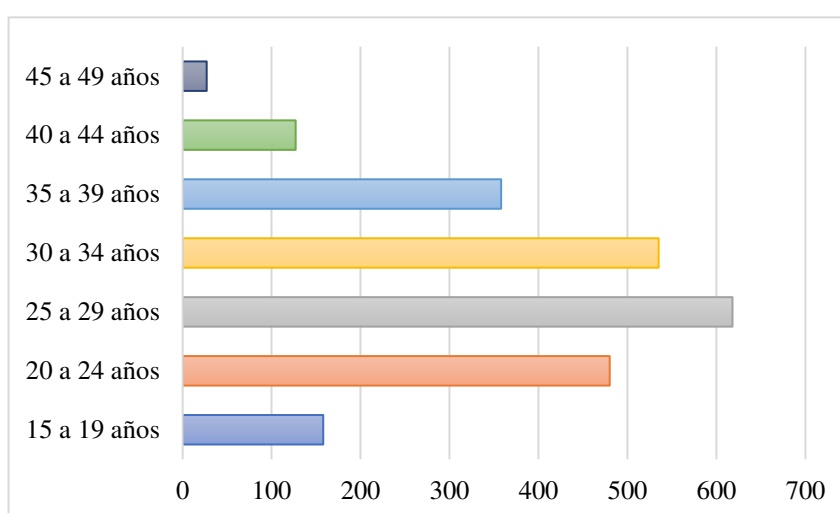


Figura 6. Distribución de la edad en las mujeres en etapa perinatal entre 15 a 49 años. ENDES, 2021.

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

La prevalencia de mujeres con depresión en etapa perinatal fue de 6.7 (IC95% 5.0 – 8.8). Asimismo, la prevalencia de mujeres en etapa perinatal que reportaron sufrir violencia conyugal fue de 24.8%; es decir, 25 por cada 100 mujeres en etapa perinatal. Al evaluar según cada tipo de violencia, encontramos que la prevalencia de violencia física menos severa fue 18.9%, seguido de violencia emocional 16.1%, violencia física severa 5.4% y violencia sexual 3.3%.

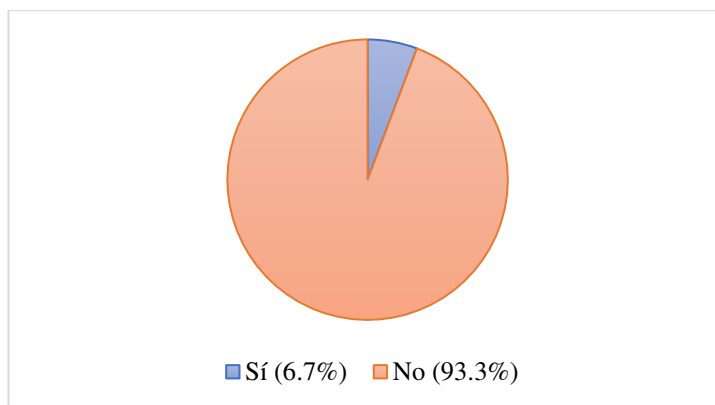


Figura 7. Prevalencia de la depresión perinatal. ENDES, 2021.
Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

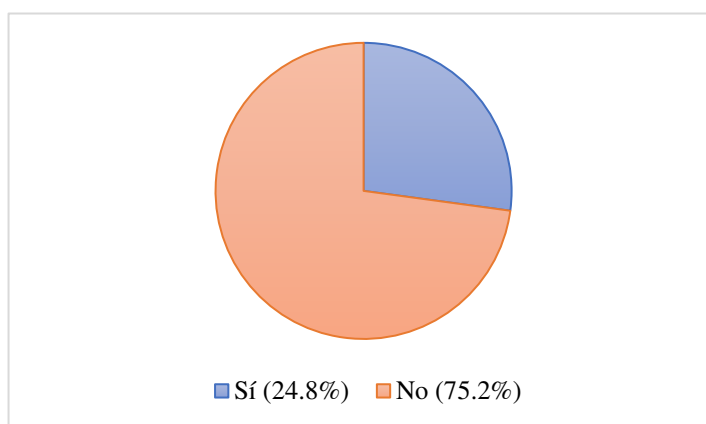


Figura 8. Prevalencia de la violencia conyugal. ENDES, 2021.
Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

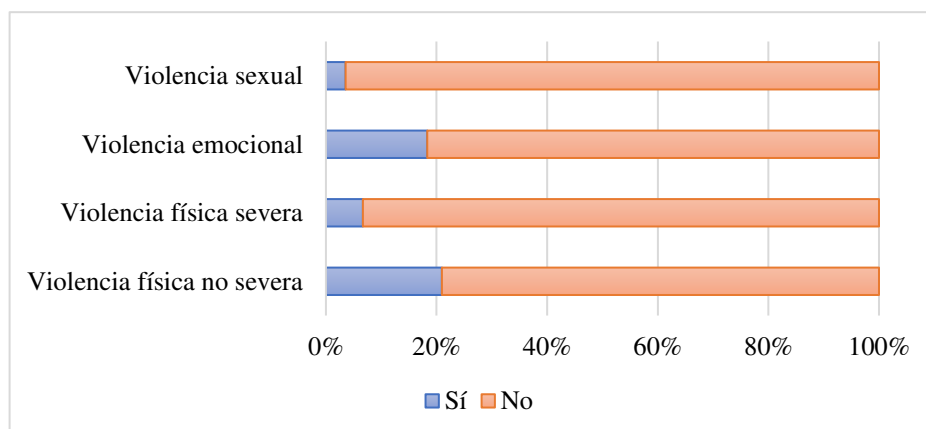


Figura 9. Frecuencia de los tipos de la violencia conyugal. ENDES, 2021.
Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres en etapa perinatal encuestadas en la ENDES 2021 (n = 2303)

Características	n	%pond	IC 95%
Edad			
15 a 19 años	158	6.2	5.1 – 7.6
20 a 24 años	480	18.4	16.2 – 20.8
25 a 29 años	618	28.3	25.2 – 31.7
30 a 34 años	535	23.7	21.0 – 26.6
35 a 39 años	358	17.0	14.1 – 20.4
40 a 44 años	127	5.1	3.9 – 6.8
45 a 49 años	27	1.2	0.7 – 2.0
Nivel educativo			
Sin educación	16	0.6	0.3 – 1.0
Primario	401	15.6	13.7 – 17.7
Secundario	1170	47.5	44.0 – 51.0
Mayor	716	36.3	32.8 – 40.0
Estado civil			
Casado	385	17.0	14.8 – 19.3
Conviviente	1621	72.7	70.0 – 75.3
Viudo	10	0.2	0.0 – 0.4
Divorciado	4	0.1	0.0 – 0.5
Separado	283	10.0	8.5 – 11.9
Soltero	0	-	-
Área de residencia			
Urbana	1543	75.0	73.0 – 76.8
Rural	760	25.0	23.2 – 27.0
Índice de riqueza			
Lo más pobres	753	25.2	22.8 – 27.6
Pobre	632	24.9	22.1 – 27.9
Medio	482	23.6	20.3 – 27.3
Rico	268	14.6	12.4 – 17.2
Más rico	168	11.7	9.0 – 15.0
Seguro de salud			
Sí	2091	90.5	88.3 – 92.3
No	212	9.5	7.72 – 11.7
Violencia conyugal			
Sí	625	24.8	21.9 – 27.9
No	1678	75.2	72.1 – 78.1
Violencia física no severa			
Sí	483	18.9	16.3 – 21.7
No	1820	81.1	78.3 – 83.7

Violencia física severa			
Sí	154	5.4	4.3 – 6.7
No	2149	94.6	93.3 – 95.7
Violencia emocional			
Sí	422	16.1	13.8 – 18.6
No	1881	83.9	81.4 – 86.2
Violencia sexual			
Sí	82	3.3	2.3 – 4.6
No	2221	96.7	95.4 – 97.7
Depresión perinatal			
Sí	132	6.7	5.0 – 8.8
No	2171	93.3	91.1 – 95.0

*IC 95: Intervalo de confianza 95%

** %pond: porcentaje ponderado

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

3.2. Características de la población de estudio según la presencia de depresión perinatal

Según la etapa perinatal, encontramos que de las gestantes el 7% de ellas presentaban depresión perinatal. De manera similar, la tasa de prevalencia de depresión perinatal en las mujeres postparto fue 6.5%.

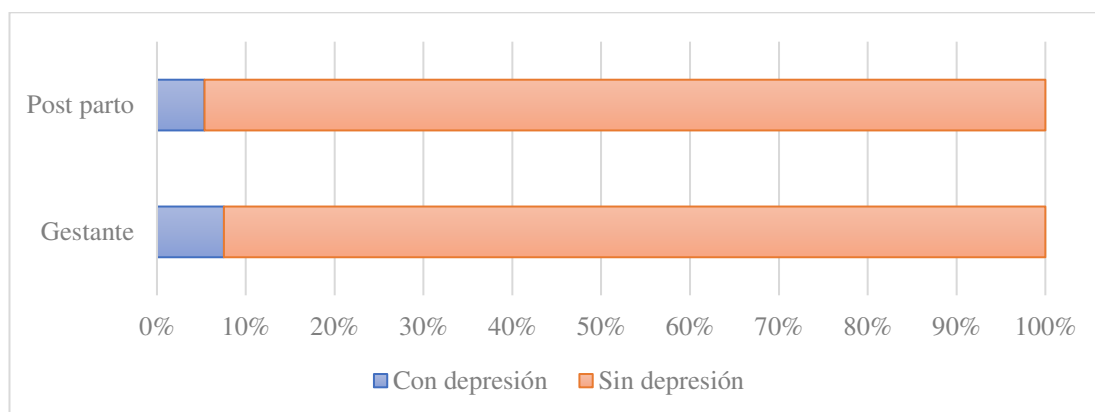


Figura 10. Prevalencia de depresión perinatal según etapa perinatal. ENDES, 2021.

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

Respecto a la violencia conyugal, encontramos que el 13.4% de las mujeres que reportaron estar en esta categoría tienen depresión perinatal ($p < 0.001$). Asimismo, encontramos diferencias significativas entre cada tipo de violencia conyugal y la prevalencia de depresión perinatal ($p < 0.001$). La prevalencia de depresión perinatal en mujeres que reportan violencia sexual es de 21.5%. La prevalencia de depresión perinatal en mujeres que reportan violencia emocional es de 16%. En relación a la violencia física, la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que reportan violencia física no severa es 14.2%; y la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que reportan violencia física severa es 26.4%.

En cuanto a las características sociodemográficas, no se encontró diferencias significativas entre el índice de riqueza, edad, seguro de salud y nivel educativo. Encontramos diferencias significativas entre las prevalencias de depresión perinatal y el estado civil ($p = 0.032$). No se reportaron casos de viudas o divorciadas con depresión perinatal.

Cuadro 2. Análisis bivariado de depresión perinatal y las variables independientes en mujeres de 15 a 49 años en etapa perinatal. Análisis de ENDES 2021. (n = 2303)

Variables	Depresión perinatal		p†
	Sí	No	
	(n = 132) n (%pond)	(n = 2171) n (%pond)	
Edad			0.488
15 a 19 años	5 (3.7)	153 (96.3)	
20 a 24 años	24 (5.0)	456 (95.0)	
25 a 29 años	31 (9.0)	587 (91.0)	
30 a 34 años	35 (5.8)	500 (94.2)	
35 a 39 años	25 (6.5)	333 (93.5)	
40 a 44 años	10 (8.2)	117 (91.8)	
45 a 49 años	2 (8.6)	25 (91.4)	
Nivel educativo			0.897
Sin educación	1 (13.2)	15 (86.8)	
Primario	21 (6.3)	380 (93.7)	
Secundario	67 (7.0)	1103 (93.0)	
Mayor	43 (6.4)	673 (93.6)	

Estado civil			0.032
Casado	13 (4.3)	372 (95.7)	
Conviviente	82 (6.3)	1539 (93.7)	
Viudo	0	10	
Divorciado	0	4	
Separado	37 (13.6)	246 (86.4)	
Área de residencia			0.718
Rural	94 (6.9)	1449 (93.1)	
urbano	38 (6.2)	722 (93.8)	
Índice de riqueza			0.304
Lo más pobres	26 (3.9)	727 (96.1)	
Pobre	45 (7.9)	587 (92.1)	
Medio	32 (8.9)	450 (91.1)	
Rico	20 (7.9)	248 (92.1)	
Más rico	9 (4.3)	159 (95.7)	
Seguro de salud			0.066
Sí	113 (6.1)	1978 (93.9)	
No	19 (12.0)	193 (88.0)	
Violencia conyugal			<0.001
Sí	78 (13.4)	547 (86.6)	
No	54 (4.5)	1624 (95.5)	
Violencia física no severa			<0.001
Sí	62 (14.2)	421 (85.8)	
No	70 (4.9)	1750 (95.1)	
Violencia física severa			<0.001
Sí	34 (26.4)	120 (73.6)	
No	98 (5.6)	2051 (94.4)	
Violencia emocional			<0.001
Sí	63 (16.0)	359 (84.0)	
No	69 (4.9)	1812 (95.1)	
Violencia sexual			<0.001
Sí	19 (21.5)	63 (78.5)	
No	113 (6.2)	2108 (93.8)	

* %pond: porcentaje ponderado

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

3.3. Factores relacionados a depresión perinatal

Al evaluar las características sociodemográficas, encontramos que el índice de riqueza, el no contar con seguro de salud y el estar separados fueron factores relacionados a prevalencias mayores de depresión perinatal en la población de estudio.

La prevalencia de depresión perinatal en las mujeres que no contaban con seguro fue 66% más comparado con la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres que contaban con seguro ($p=0.041$). En relación al índice de riqueza, la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres de estrato económico rico fue 2.1 veces la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres de estrato económico muy pobre ($p=0.010$); Similar, la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres de estrato económico pobre fue 2 veces la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres de estrato económico muy pobre ($p=0.003$). Asimismo, la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres de estrato económico medio fue 92% más la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres de estrato económico muy pobre ($p=0.013$). Por último, en relación al estado civil, la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres separadas fue 3.87 veces más que la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres casadas ($p<0.001$).

Cuadro 3. Factores sociodemográficos relacionados a depresión perinatal en mujeres entre 15 a 49 años según la ENDES 2021.

Variables	Depresión perinatal		
	RP	IC 95%	p
Edad			
15 a 19 años	Ref.	-	-
20 a 24 años	1.58	0.60 – 4.14	0.352
25 a 29 años	1.59	0.61 – 4.08	0.339
30 a 34 años	2.07	0.81 – 5.28	0.129
35 a 39 años	2.21	0.84 – 5.76	0.106
40 a 44 años	2.49	0.85 – 7.28	0.096
45 a 49 años	2.34	0.45 – 12.06	0.309
Nivel educativo			
Sin educación	Ref.	-	-
Primario	0.84	0.11 – 6.23	0.863
Secundario	0.92	0.13 – 6.60	0.931
Mayor	0.96	0.13 – 6.98	0.969
Estado civil			
Casado	Ref.	-	-
Conviviente	1.5	0.83 – 2.69	0.176
Viudo	4.7×10^{-6}	-	0.988
Divorciado	4.7×10^{-6}	-	0.992
Separado	3.87	2.06 – 7.28	<0.001

Área de residencia			
Rural	Ref.	-	-
urbano	0.82	0.56 – 1.19	0.304
Índice de riqueza			
Lo más pobres	Ref.	-	-
Pobre	2.06	1.27 – 3.34	0.003
Medio	1.92	1.15 – 3.23	0.013
Rico	2.16	1.20 – 3.87	0.010
Más rico	1.55	0.73 – 3.31	0.256
Seguro de salud			
Sí	Ref.	-	-
No	1.66	1.02 – 2.70	0.041

*RP: Razón de prevalencia

**IC 95%: Intervalo de confianza 95%

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

3.4. Factores relacionados a violencia conyugal y por tipo de violencia

Al evaluar las características sociodemográficas y su relación con la violencia conyugal encontramos una relación positiva entre algunos grupos etarios y en específicos tipos de violencia. La prevalencia de violencia física severa en aquellas mujeres en etapa perinatal con 40 a 44 años fue 2.64 veces más comparada con la prevalencia en el grupo de 15 a 19 años ($p=0.023$). Asimismo, las mujeres de 40 a 44 años en etapa perinatal tuvieron 77% más la prevalencia de violencia física no severa comparado con aquellas mujeres de 15 a 19 años ($p=0.026$); cabe mencionar que también las mujeres de 35 a 39 años tuvieron 56% más la prevalencia de violencia física menos severa comparado con aquellas mujeres de 15 a 19 años ($p=0.045$).

En relación al estado civil, encontramos una relación significativa entre las mujeres en etapa perinatal con estado civil separado y el reporte de violencia conyugal. La prevalencia de violencia conyugal en ellas es 2.84 veces en comparación con la prevalencia de violencia en mujeres casadas ($p<0.001$). Esta relación positiva se mantiene en violencia emocional, violencia sexual, violencia física menos severa, y violencia física severa.

En cuanto al área de residencia, encontramos una relación significativa únicamente entre ruralidad y violencia física severa. La prevalencia de casos de violencia física severa en mujeres en etapa perinatal que residen en áreas rurales es 83% más la prevalencia de casos de violencia física severa en mujeres que residen áreas urbanas ($p < 0.001$).

Con referencia al índice de riqueza, la prevalencia de violencia conyugal en general es 38% menor en el estrato económico más rico comparado con el estrato más pobre. Esta relación se mantiene en todos los tipos de violencia. Asimismo, cuando comparamos las prevalencias de violencia física no severa en los ricos con la prevalencia en los más pobres encontramos una relación significativa. La prevalencia de violencia física no severa en los ricos fue 32% menor en comparación a la prevalencia de violencia física no severa de estrato económico muy pobre. Por último, en cuanto al índice de riqueza y específicamente violencia física severa, encontramos diferencias significativas en la prevalencia de este tipo de violencia en los más pobres y los otros estratos económicos.

Cuadro 4. Relación entre características sociodemográficas y violencia conyugal en mujeres entre 15 a 49 años según la ENDES 2021.

Variables	Violencia conyugal			Violencia física no severa			Violencia física severa			Violencia emocional			Violencia sexual		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Edad															
15 a 19 años	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-
20 a 24 años	1.03	0.71 – 1.50	0.864	1.06	0.69 – 1.65	0.784	1.07	0.48 – 2.36	0.867	0.88	0.57 – 1.36	0.570	0.47	0.18 – 1.24	0.126
25 a 29 años	1.11	0.78 – 1.60	0.556	1.24	0.81 – 1.89	0.32	1.21	0.57 – 2.60	0.618	0.89	0.58 – 1.34	0.572	0.77	0.33 – 1.80	0.543
30 a 34 años	1.28	0.89 – 1.83	0.182	1.29	0.85 – 1.98	0.234	1.26	0.58 – 2.71	0.563	1.13	0.74 – 1.71	0.569	0.59	0.24 – 1.47	0.255
35 a 39 años	1.49	0.96 – 2.03	0.08	1.56	1.01 – 2.41	0.045	1.6	0.73 – 3.50	0.239	1.2	0.78 – 1.85	0.414	1.13	0.47 – 2.72	0.776
40 a 44 años	1.52	0.98 – 2.36	0.062	1.77	1.07 – 2.92	0.026	2.64	1.14 – 6.13	0.023	1.51	0.92 – 2.49	0.106	1.78	0.68 – 4.67	0.243
45 a 49 años	0.81	0.32 – 2.07	1.04	0.9	0.31 – 2.58	0.845	1.46	0.31 – 6.89	0.630	1.04	0.40 – 2.71	0.928	1.67	0.35 – 8.04	0.521
Nivel educativo															
Sin educación	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Primario	1.16	0.43 – 3.14	0.774	0.99	0.36 – 2.68	0.98	0.92	0.22 – 3.78	0.905	1.06	0.34 – 3.37	0.916	0.76	0.10 – 5.66	0.787
Secundario	1.18	0.44 – 3.15	0.747	0.92	0.34 – 2.48	0.874	0.55	0.14 – 2.25	0.409	1.04	0.33 – 3.26	0.941	0.64	0.09 – 4.66	0.662
Mayor	0.9	0.33 – 2.43	0.834	0.61	0.23 – 1.67	0.339	0.28	0.67 – 1.18	0.083	0.82	0.26 – 2.58	0.734	0.34	0.04 – 2.54	0.290
Estado civil															
Casado	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Conviviente	1.01	0.79 – 1.27	0.961	1.01	0.78 – 1.33	0.914	0.87	0.54 – 1.41	0.574	1.19	0.87 – 1.64	0.28	0.79	0.38 – 1.68	0.539
Viudo	0.45	0.06 – 3.25	0.431	0.58	0.08 – 4.20	0.593	1.83	0.25 – 13.63	0.554	0.86	0.12 – 6.21	0.877	<0.01	0	0.982
Divorciado	1.13	0.15 – 8.13	0.902	1.46	0.20 – 10.51	0.708	<0.01	0	0.94	2.14	0.29 – 15.52	0.452	<0.01	0	0.989
Separado	2.84	2.20 – 3.69	<0.001	2.74	2.04 – 3.68	<0.001	3.56	2.16 – 5.89	<0.001	4.50	3.23 – 6.29	<0.001	6.50	3.17 – 13.33	<0.001

Área de residencia															
Urbano	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Rural	1.06	0.90 – 1.25	0.51	1.12	0.93 – 1.35	0.223	1.83	1.33 – 2.51	<0.001	1.07	0.88 – 1.31	0.486	1.44	0.93 – 2.23	0.105
Índice de riqueza															
Lo más pobres	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Pobre	0.98	0.81 – 1.19	0.836	0.88	0.71 – 1.10	0.277	0.55	0.37 – 0.82	0.003	0.96	0.76 – 1.22	0.757	0.82	0.49 – 1.38	0.446
Medio	0.83	0.66 – 1.03	0.092	0.84	0.66 – 1.08	0.168	0.60	0.39 – 0.91	0.018	0.77	0.58 – 1.01	0.056	0.76	0.43 – 1.35	0.35
Rico	0.81	0.62 – 1.06	0.138	0.68	0.49 – 0.94	0.021	0.33	0.17 – 0.66	0.002	0.75	0.53 – 1.06	0.100	0.4	0.16 – 1.02	0.056
Más rico	0.62	0.42 – 0.90	0.012	0.59	0.39 – 0.90	0.015	0.29	0.12 – 0.73	0.008	0.54	0.34 – 0.87	0.012	0.13	0.02 – 0.93	0.043
Seguro de salud															
Sí	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-	Ref.	-	-
No	0.91	0.69 – 1.21	0.531	0.82	0.59 – 1.14	0.241	0.99	0.57 – 1.71	0.961	0.89	0.63 – 1.26	0.517	0.25	0.06 – 1.00	0.051

**RP: Razón de prevalencia*

***IC 95%: Intervalo de confianza 95%*

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

3.5. Relación entre violencia conyugal y depresión perinatal

Encontramos que la violencia conyugal se relacionó positivamente con la depresión perinatal (RP: 3.88; IC 95%: 2.74 – 5.49). Asimismo, al evaluar por tipo de violencia encontramos que la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que reportan violencia emocional fue 4.07 veces la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que no reportan este tipo de violencia. Similar, la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que reportan violencia sexual fue 4.55 veces la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que no reportan este tipo de violencia, Por último, en cuanto a la violencia física, la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que reportan violencia física no severa fue 3.34 veces la prevalencia de depresión perinatal en mujeres que no reportan este tipo de violencia. Esta relación también se mantuvo positiva en cuanto a la violencia física severa (RP: 4.84; IC 95% 3.28 -7.15).

Cuadro 5. Relación entre características sociodemográficas y violencia conyugal en mujeres entre 15 a 49 años según la ENDES 2021.

	Depresión perinatal		
	RP	IC 95%	p
Violencia conyugal	3.88	2.74 – 5.49	<0.001
Violencia física no severa	3.34	2.37 – 4.70	<0.001
Violencia física severa	4.84	3.28 – 7.15	<0.001
Violencia emocional	4.07	2.89 – 5.73	<0.001
Violencia sexual	4.55	2.80 – 7.40	<0.001

*RP: Razón de prevalencia

**IC 95%: Intervalo de confianza 95%

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como principal objetivo estudiar la relación que existe entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en las mujeres entre 15 a 49 años de edad en el Perú, usando para ello la base de datos que nos proporciona el INEI a través de la ENDES del 2021. Se observó que la violencia conyugal tiene una relación positiva con la DPN, evidenciando que las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia conyugal tienen 3.8 veces la probabilidad de desarrollar DPN con respecto a las que no estuvieron expuestas a este tipo de factor. Este hallazgo es similar a lo encontrado por el trabajo de Da Silva et al., en el que las mujeres que experimentan algún tipo de IPV tienen 6.74 veces mayor posibilidad de desarrollar síntomas depresivos³¹. Siguiendo la misma orientación, Larsen et al., Lillie et al. y Garman, Schneider y Lund hallaron que la violencia de cualquier índole tiene una asociación significativa con el desarrollo de la DPN^{29,30,32}. Asimismo, Zhang y et al. realizaron un estudio en el que registraron que la mujer que experimentaba algún tipo de violencia tenía 2.04 mayor riesgo de desarrollar DPP que, si bien es una parte de la depresión perinatal, nos puede orientar a las cifras que se esperan para DPN¹⁷. Por otro lado, en un estudio nacional realizado por Medina et al. se reporta que aquellas mujeres con exposición a violencia conyugal en el embarazo tienen un 21% mayor probabilidad de presentar DPN³⁴.

Asimismo, se evidenció que, según el tipo de violencia, hubo mayor relación en las mujeres que sufrieron violencia física severa, quienes tienen 4.84 veces la probabilidad de desarrollar DPN, seguidas de las que sufrieron violencia sexual, emocional y física no severa. En el caso de una revisión sistemática realizada por Halim et al. encontraron una asociación fuerte y significativa entre IPV de índole física y DPN, teniendo 1.69

a 3.76 veces la probabilidad de desarrollar depresión prenatal y 1.46 a 7.04 veces, depresión postnatal³³. Obgo et al. refieren que la violencia tanto física como la psicológica mostraron fuerte asociación con respecto al desarrollo de depresión prenatal, teniendo así, que las mujeres expuestas a estos tipos de violencia tienen 2.6 y 4.8 veces el riesgo de desarrollar depresión prenatal, respectivamente, en comparación a las que no estuvieron expuestas; asimismo, reportaron que la violencia psicológica mostró fuerte asociación con el desarrollo de depresión postparto, teniendo un riesgo de 5.3 veces⁶⁶. El trabajo de Pacheco indicó que las púerperas mediatas que sufrieron violencia física tenían 1.92 veces la probabilidad de desarrollar esta enfermedad³⁶. Por lo detallado, se puede realizar la observación que la violencia conyugal o de pareja es un factor fuertemente relacionado con la depresión perinatal, Y en especial la violencia física, la cual se relaciona con las tasas de prevalencias de DPN en las mujeres que sufrieron violencia conyugal.

Siguiendo con nuestros otros objetivos, se encontró que la prevalencia de depresión perinatal, en nuestra población de estudio, fue del 6.7% (IC95% 5.0 – 8.8). Asimismo, según la etapa perinatal se encontró una prevalencia de 7.2% en gestantes y 6.5% en mujeres dentro de su primer año postparto; muy similar a lo encontrado en Australia por Ogbo et al., quienes reportaron tasas de depresión prenatal de 6.2% y postnatal de 3.3%⁶⁶. Así también, Woody et al. quien reportó en su revisión sistemática una prevalencia global agrupada fue del 11.9%¹⁰. Sin embargo, las tasas mencionadas anteriormente, incluidas la de nuestro estudio, son menores a las comparadas en estudios internacionales como Roddy et al., en el que hallaron tasas mayores de prevalencia, teniendo así 24.7% de DPN, que se divide en 26.3% para la etapa prenatal y 23.1% para la postnatal²⁶. Similar a este estudio, Navarrete, Nieto y Lara reportaron tasas de depresión gestacional de 20.4% y postnatal en los seis primeros meses de 20.0%¹⁹. En el caso de Gaviria, Duque y Restrepo se evidencia una tasa de DPN de 22.3%¹⁶. Por su parte, Larsen et al., reportó tasas de síntomas depresivos en la gestación de 24.5% y en el postparto de 16.8%²⁹. Por último, Halim et al. indicaron una tasa de depresión prenatal de 15 – 65% y de DPP de 5 – 35%³³.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que la depresión perinatal no es un ente totalmente estudiado en el territorio peruano; es así que al comparar el presente estudio con un estudio realizado en el 2022 también con base de datos de ENDES, pero de los

años 2017 – 2019 muestra resultados muy similares a los obtenidos en esta investigación; ya que, trabajaron con una muestra a similar a este trabajo; y encontró que la prevalencia de depresión en la etapa postparto fue de 4.3%⁶⁷. Sin embargo, otros estudios nacionales presentan tasas más elevadas de DPN; así tenemos a Medina et al. quienes reportan que en el estudio que realizaron, el 62.17% de mujeres gestantes dieron positivo a síntomas depresivo; por su parte, Cardenas indicó que el 36.11% de las gestantes que estudió presentaron depresión; y Zeballos et al., que el 27.8% de su población presentaron depresión postparto^{34,35,37}.

La tasa de prevalencia de depresión perinatal no es fija y varía en los diferentes estudios presentados como comparativa; esto se debe a que, la muestra con la que trabajaron difiere variablemente en tamaño muestral comparada con la que se utilizó en el presente trabajo, a lo cual se le puede atribuir que presentan tasas más elevadas de esta enfermedad. Además, cabe precisar que el instrumento de detección de la enfermedad no fue el mismo en todos los estudios, así como ejemplo citar que en los trabajos nacionales usaron la Escala de Edimburgo. Por otro lado, a nivel internacional, existen diferencia en la aplicación de los diversos instrumentos de diagnóstico de DPN, ya sea por la traducción y entendimiento de los ítems de evaluación como su interpretación⁶⁸. Asimismo, muchos de los estudios fueron realizados en contexto de pandemia del COVID – 19, por lo que las cifras podrían verse significativamente aumentadas.

Por otra parte, se encontró que la prevalencia de la violencia conyugal en las mujeres en etapa perinatal fue de 24.8%, siendo específicos por tipo de violencia se tuvo que en las tasas de violencia física no severa fue de 18.9%; de violencia física severa, 5.4%; de violencia emocional, 16.1% y de violencia sexual, 3.3%. Encontrando cierta similitud en el trabajo de Hou et al., quien evidenció que el 11.07% de mujeres en etapa perinatal sufrieron de violencia de pareja íntima, siendo el 4.55% perteneciente a la violencia física; 9.3%, a la violencia psicológica y 2.34%, a la violencia sexual²⁰. Asimismo, Halim et al. reporta que en la población que estudió se halló que del 2 – 35% sufrieron de violencia física; del 9 – 40%, de violencia sexual y del 22 – 65% de violencia psicológica³³. A su vez, Gebrekristos et al. detallan que el 40% de su población de estudio sufrió violencia durante el embarazo, siendo más frecuente la violencia psicológica con un 36.7% seguida de la violencia física con un 16.7%²⁷. Es

importante mencionar que la prevalencia de violencia de pareja es mayor un año antes del embarazo hasta en un 37.4% y luego disminuye después de un mes un medio postparto hasta 22.4%, tal y como lo menciona Abota en su estudio transversal realizado en Etiopía, por lo que las tasas en la etapa perinatal son menores⁶⁹. Asimismo, los autores mencionados indican que la violencia psicológica es la más frecuente, seguida de la violencia física, lo que contrasta con el Perú, donde la violencia física no severa es la más común, lo cual guarda relación con las diferentes características de las poblaciones estudiadas.

De igual modo, en el presente estudio se reportó que la prevalencia de la depresión perinatal en mujeres que presentaron violencia conyugal fue de 13.4% ($p < 0.001$), encontrándose que, aquellas que sufrieron violencia física no severa representaron el 14.2%; violencia física severa 26.4%; violencia emocional 16% y violencia sexual 21.5%. Las cifras son comparables con las del estudio de Roddy et al. en el que se reporta una tasa de DPN de 38.9% en aquellas mujeres que sufrieron algún tipo de violencia de pareja; a su vez, que la tasa por tipo de violencia fue de 37% en la física, 30.4%, en la psicológica y 28.6% en la sexual²⁶. Es así que las mujeres que experimentan algún tipo de violencia física durante su etapa perinatal tienen mayor tasa de prevalencia de DPN y esto se puede deber a que la violencia cala en la salud mental de la víctima, más aún si la mujer cursa una etapa vulnerable de cambios integrales como es la perinatal.

En cuanto al estudio de los factores sociodemográficos que se relacionan a depresión perinatal, se consideró 7 variables: edad, nivel educativo, estado civil, área de residencia, índice de riqueza y seguro de salud. En el análisis bivariado se encontró que el índice de riqueza, el no contar con seguro y el estar separados estuvieron relacionados significativamente a prevalencias mayores de DPN. En comparación tenemos a Hou et al. quienes reportaron que tanto la edad como el nivel educativo no fueron factores asociados de manera significativa a la DPN²⁰. Por su parte, en una revisión sistemática, Yang, Wu y Chen encontraron correlación de esta enfermedad con los factores como nivel educativo más bajo, peor estado económico, antecedente de enfermedad mental, consumo de tabaco o alcohol y multiparidad²⁸. En contraparte, en el Perú, Pacheco reportó que los factores sociodemográficos en puérperas con relación a la DPN como edad, estado civil, nacionalidad, procedencia, nivel de

pobreza, nivel de educación y ocupación, no fueron significativos en su investigación³⁶.

Respecto al estado civil, algunos autores encontraron mayor prevalencia de depresión postparto en solteras; esto debido a que estas mujeres se encuentran solas ante el cambio de ser madre, por lo que presentan una mayor carga emocional, angustia por el futuro y con ello mayor posibilidad de desarrollo de depresión^{2,70,71,72}. Lo que concuerda con lo establecido en el modelo ecosistémico de atención integral de la salud mental perinatal que plantea Olza y et al. en España¹. Este modelo establece 4 ecosistemas: un microsistema conformado por la diada madre – bebé para evidenciar la implicancia de la salud de uno de ellos en el otro y viceversa desde la formación uterina del bebé, un mesosistema que abarca la relación de esta diada con respecto a terceras personas como el padre, familiares; así como el personal de salud, etc.; un exosistema, en el que se pone relevancia la relación de ellos con respecto a la sociedad como el sector salud y laboral; y un macrosistema, en el que se considera la cultura y tradición a la que pertenecen dicha diada¹. Según el modelo planteado, si alguno de estos ecosistemas fallase causaría la destrucción de los demás; por lo que estar soltera sería causante de alguna alteración en la salud mental materna y, por ende, del bebé.

En relación a los factores sociodemográficos que se relacionan con la violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal, también se evalúan las mismas 7 variables. Encontrándose, que el estado civil separado ($p < 0.001$) y el índice de riqueza muy rico ($p = 0.012$) se relacionaron con la violencia conyugal significativamente. Según el tipo de violencia se obtuvo que el factor de estado civil separado ($p < 0.001$) fue significativo en todos los tipos de violencia. Al considerar la violencia física no severa se añade el factor edad entre los 35 a 39 años y de 40 a 44 años ($p = 0.045$ y $p = 0.026$); y en la violencia física severa, la edad entre los 40 a 44 años ($p = 0.023$), ser de área rural ($p < 0.001$) y todos los niveles de riqueza tanto pobre ($p = 0.003$), medio ($p = 0.018$), rico ($p = 0.002$) como más rico ($p = 0.008$). Finalmente, tanto en la violencia emocional como en la sexual, se añade el índice de riqueza más rico. En otros estudios como el de Medina et al. reportaron que los factores asociados a la violencia conyugal en la mujer gestante fueron el nivel de educación secundaria, mala relación con la pareja y haber sufrido violencia antes de la gestación actual³⁴. Asimismo, Delgado indica el único factor relacionado a violencia perinatal (es decir, la violencia que ocurre antes, durante

y después de la gestación) fue el nivel educativo bajo⁷³. En contraparte, Navarrete, Nieto y Lara reportan que los factores asociados fueron menos años de escolaridad y pobreza¹⁹. Esto último es contradictorio al presente estudio, ya que se prevé que el nivel de riqueza más alto permite a la mujer tener mayor conocimiento y acceso a denunciar si sufre de violencia, siendo más factible registrarla en la base de datos de este tipo de investigación.

La depresión perinatal es una enfermedad temporal que tiende a la cronicidad con consecuencias negativas a nivel personal, familiar, y socio-económico²⁵. Por lo que, se debe contar con una guía para su detección temprana, tratamiento oportuno y seguimiento; así como para la prevención de la misma. Es así que la OMS a través de su guía de salud mental perinatal indican algunas estrategias dentro de la promoción como la identificación de las mujeres vulnerables, así como promover las intervenciones adecuadas y brindar una buena atención sin prejuicios; en cuanto, a la prevención se deben realizar las intervenciones dirigidas a las mujeres que presenten síntomas que evidencien que no cuentan con una salud mental adecuada⁵.

La etapa perinatal se caracteriza por ser aquella con mayor contacto con el profesional de salud⁴⁶. Sin embargo, la atención que se brinda suele ser superficial, ya que solo ofrece orientación a la mujer durante su etapa perinatal y sus controles respectivos; ya sea por la instrucción hospitalaria o el límite de tiempo por atención⁵⁵. Por ende, es fundamental darle al personal de salud estrategias y capacitación para que puedan identificar oportunamente a este tipo de paciente y así prevenir la aparición de esta enfermedad o menguar sus consecuencias⁴⁶. Así como, establecer métodos diagnósticos que faciliten su labor como el uso de la Escala de Depresión de Edimburgo y del Cuestionario de Salud del Paciente -9, que tiene validez en el Perú^{13,57}.

Un estudio de México ha podido comprobar que hay estrategias que han dado buenos resultados como lo son la creación de un área de salud mental perinatal, visitas a domicilio, seguimiento por vía telefónica, coaching, psicoterapia, intervenciones psicoeducativas y realización de actividad física; de esta manera informar a la población, fortalecer la diada madre-hijo y su vínculo con la pareja, dar seguimiento a

las madres que padezcan la enfermedad, intervenir frente a los factores de riesgos o eventos estresores y formar una red de apoyo sólida²⁴.

En este estudio se ha hallado que existe una relación significativa entre la violencia conyugal y el desarrollo de la DPN. Lo cual puede ser explicado siguiendo el modelo de ecosistemas mencionado anteriormente, en el cual se podría considerar a la violencia como un factor relacionado a la destrucción de los otros ecosistemas; por lo que se debe prestar atención en este punto¹. Y es que la violencia contra la mujer ha disminuido a lo largo del tiempo, pero sin un avance notorio; por ello, no se debe bajar la guardia y se debe continuar con los trabajos que hasta ahora se han venido dando para contrarrestarla.

Finalmente, se insta a las autoridades correspondientes a darle más atención a estos problemas de salud pública para poder mejorar la salud integral de la población peruana.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Del presente estudio, podemos concluir lo siguiente:

- a. Existe una relación entre la violencia conyugal y depresión perinatal, de carácter significativo, en mujeres entre 15 y 49 años de edad en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- b. La prevalencia de la depresión perinatal en mujeres entre 15 y 49 años de edad en el Perú fue 6.7%, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- c. La prevalencia de violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal entre 15 y 49 años de edad en el Perú fue 24.8%, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- d. Los factores sociodemográficos que se relacionan con la depresión perinatal, de manera significativa, fueron el estado civil, específicamente el estar separada, el índice de riqueza y el tener seguro de salud en mujeres entre 15 y 49 años de edad en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.
- e. Los factores sociodemográficos que se relacionan con la violencia conyugal, de manera significativa, fueron el estado civil y el índice de riqueza, específicamente el estar separada y pertenecer al estrato más rico en mujeres entre 15 y 49 años de edad en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- a. Este estudio recabó información concluyente de una relación significativa entre la violencia conyugal y la depresión perinatal; no obstante, se recomienda realizar estudios más específicos, puesto que, la presente investigación al ser un análisis secundario, trabaja con una base de datos que suele tener sesgos; sin embargo, permite contar con un panorama general para futuras investigaciones. Así como, enfatizar la importancia del enfoque de la salud mental, ya que se ha podido dar a conocer la magnitud del problema de estudio, lo que servirá para poder identificar y analizar las carencias y necesidades del sistema de salud, que contemple la creación de nuevas políticas que estén orientadas a velar por la esfera mental de la mujer en la etapa perinatal que involucra grandes cambios, minimizando riesgos y consecuencias tan perjudiciales para el binomio madre-niño.
- b. Según la prevalencia de la depresión perinatal que se evidenció, se sugiere ampliar la investigación sobre esta patología en el Perú puesto que no es un tema abordado en su complejidad, integridad y magnitud; tal y como se ha podido observar en el presente trabajo. Evidenciando que hay cierta preferencia por estudiarla según la etapa perinatal en la que se encuentre la mujer. A fin de conocer la situación real del país en cuanto a esta patología que es tan relevante a nivel internacional. Asimismo, crear guías de práctica clínica para un adecuado y estandarizado diagnóstico, manejo y seguimiento de la DPN, tal y como existen, en otros países latinoamericanos; lo que permitirá poder ofertar temprana y oportunamente la prestación asistencial a fin de asegurar la recuperación integral de la mujer.

- c. La violencia contra la mujer ya forma parte de la política de la salud pública del Perú. Este estudio a demostrado una prevalencia notoria de este problema en las mujeres en etapa perinatal; por lo que se debe capacitar y comprometer al personal de salud de primer nivel de atención, en donde se realizan los primeros contactos de controles prenatales, así como postnatales, en la cartera integral de servicios a ofertar en la consulta obstétrica; para evitar que pasen desapercibidos los signos de alerta, mediante el adecuado tamizaje y así poder enfocar e identificar a una mujer que sufra de violencia conyugal.
- d. Se han podido observar los factores asociados tanto a la depresión perinatal como a la violencia conyugal en este grupo de estudio. Basándonos en ello se sugiere implementar campañas de prevención y promoción orientadas a la salud mental en mujeres en etapa perinatal para que la población tome conciencia de la importancia de la misma y acudan en busca de ayuda oportuna y, así asegurar que el enfoque sea integral incluyendo al círculo familiar y social de la paciente. Del mismo modo, fomentar la difusión y socialización de información relacionada a la depresión perinatal y violencia conyugal, para efectos, contar con el apoyo de los medios de comunicación para llegar masivamente y lograr concientizar sobre las consecuencias perjudiciales de la violencia contra la mujer sobre todo en la etapa perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olza I, Fernández P, González A, Herrero F, Carmona S, Gil A, et al. Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2021 [citado el 6 de julio de 2023];41(139):23–35. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352021000100023&lng=es
2. Maldonado-Durán J. Salud mental perinatal. [Internet] OPS; 2011 [Citado el 6 de julio del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>
3. Martínez-Paredes J, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Rev Colomb Psiquiatr (Ingl) [Internet]. 2019;48(1):58–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
4. La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2016. [citado el 6 de julio del 2023] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253023>
5. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. WHO; 2022 [citado el 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
6. La depresión en las mujeres: 5 cosas que usted debe saber [Internet]. Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH); 2020. [citado el 7 de julio de

- 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depression-en-las-mujeres>
7. Depresión perinatal [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
 8. “Depression: let’s talk” says WHO, as depression tops list of causes of ill health [Internet]. WHO.int; 2017 [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
 9. Depressive disorder (depression) [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado el 7 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 10. Woody C, Ferrari A, Siskind D, Whiteford H, Harris M. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2017; 219:86–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
 11. Al-Abri K, Edge D, Armitage C. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
 12. Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez M. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018;42. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 13. Castrat L. Prevalencia y factores relacionados a depresión postparto en puérperas en la región de Latinoamérica. Revisión sistemática. [Tesis de grado] Trujillo: Universidad César Vallejo; 2023. 47p [Citado el 7 de julio del 2023]. Disponible

en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108582/Castrat_CL E-SD.pdf?sequence=1

14. Vega-Dienstmaier J. Depresión postparto en el Perú. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2019 [citado el 7 de julio de 2023];29(4):207. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000400001
15. Pariona E, Moquillaza V, García J, Cuya E. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado el 7 de julio de 2023];85(5):494–507. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000500494&script=sci_arttext
16. Gaviria S, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Rev Colomb Psiquiatr (Ingl)* [Internet]. 2019 [citado el 8 de julio de 2023];48(3):166–73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-sintomas-depresivos-perinatales-prevalencia-factores-S0034745017301154>
17. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado el 10 de julio de 2023]; 55:90–101. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30445371/>
18. Paulson J. Intimate partner violence and perinatal post-traumatic stress and depression symptoms: A systematic review of findings in longitudinal studies. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2020;23(3):733–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838020976098>
19. Navarrete L, Nieto L, Lara M. Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: Social support as moderator among Mexican women. *Sex Reprod*

- Healthc [Internet]. 2020;27(100569):100569. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100569>
20. Hou F, Zhang X, Cerulli C, He W, Mo Y, Gong W. The impact of intimate partner violence on the trajectory of perinatal depression: a cohort study in a Chinese sample. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020;29(e133). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s2045796020000463>
21. Violencia contra la mujer [Internet]. WHO.int. 2021 [citado el 9 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
22. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2021, Nacional y Departamental. [Internet] Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022 [Citado el 9 de julio del 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/Libro.pdf
23. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams M. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado el 9 de julio de 2023];3(10):973–82. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
24. Contreras-Carreto N, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cir Cir* [Internet]. 2022 [citado el 16 de julio de 2023];90(1):128–32. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000100128
25. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M, Izquierdo-Mendez N, Olivares-Crespo M, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clin Salud* [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2023]28(2):49–52. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742017000200049

26. Roddy A, Gordon H, Lindquist A, Walker S, Homer C, Middleton A, et al. Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2023;80(5):425. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069>
27. Gebrekristos L, Groves A, McNaughton L, Moodley D, Beksinska M, Maman S. Intimate partner violence victimization during pregnancy increases risk of postpartum depression among urban adolescent mothers in South Africa. *Reprod Health* [Internet]. 2023;20(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-023-01605-z>
28. Yang K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022;22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3>
29. Larsen A, Pintye J, Marwa MM, Watoyi S, Kinuthia J, Abuna F, et al. Trajectories and predictors of perinatal depressive symptoms among Kenyan women: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022;9(7):555–64. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(22\)00110-9](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(22)00110-9)
30. Lillie M, Gallis J, Hembling J, Owusu R, Ali M, Abubakr-Bibilazu S, et al. Prevalence and correlates of depression among pregnant women enrolled in a maternal and newborn health program in rural Northern Ghana: A cross-sectional survey. *Glob Soc Welf* [Internet]. 2020;7(2):131–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40609-020-00170-8>
31. Da Silva L, Orrara T, De Souza C, Da Cunha J. Sintomas depressivos em gestantes e violência por parceiro íntimo: um estudo transversal. *Enferm Glob* [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio de 2023];19(4):1–45. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400001

32. Garman E, Schneider M, Lund C. Perinatal depressive symptoms among low-income South African women at risk of depression: trajectories and predictors. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019;19(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2355-y>
33. Halim N, Beard J, Mesic A, Patel A, Henderson D, Hibberd P. Intimate partner violence during pregnancy and perinatal mental disorders in low and lower middle income countries: A systematic review of literature, 1990–2017. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2018;66:117–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.004>
34. Medina C, Quispe Y, Linares A, Huaccho J. Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. *Rev Cuerpo Med HNAAA* [Internet]. 2023;15(4):578–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1349>
35. Cardenas X. Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nochetto, 2022. [Tesis de grado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 69p. [Citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/18825>
36. Pacheco C. Depresión perinatal y factores asociados en púerperas del Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia COVID-19 en el periodo de noviembre a diciembre del año 2020. [Tesis de grado] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022. 90p [Citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5105/MED-Pacheco%20Chiu%2c%20Carolina%20Paola.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Zeballos E., Arias W., Muñoz A., Rivera R, Luna M. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio de 2023];46(1). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/502/508>

38. Remarks on international day for the elimination of violence against women. ONU. [Internet] 2018 [Citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2018-11-19/international-day-for-elimination-of-violence-against-women-remarks>
39. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. OHCHR. [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
40. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Ley 30364. El Peruano. [Internet]. Elperuano.pe. [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>
41. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia infligida por la pareja. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2012 [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-12.36>
42. Violencia contra la mujer. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2021 [citado el 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
43. Bosch-Fiol E, Ferrer-Perez V. El Modelo Piramidal: alternativa feminista para analizar la violencia contra las mujeres. Estud Fem [Internet]. 2019 [citado el 9 de agosto de 2023];27(2): e54189. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ref/a/RhDhNjndDqMPcyjzg9x9N5f/>
44. Valera A. CDC Perú reportó más de 17 mil casos por violencia contra la mujer durante el 2022 [Internet]. CDC MINSA. 2022 [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporto-mas-de-17-mil-casos-por-violencia-contra-la-mujer-durante-el-2022/>

45. Saavedra T. Violencia contra la mujer infligida por la pareja: prevalencia, denuncia y factores de riesgo en Chile [Internet]. Worldbank.org. [citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/356321627068840006/pdf/Prevalencia-Denuncia-y-Factores-de-Riesgo-en-Chile.pdf>
46. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio de 2023];31(2):139–49. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183>
47. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). [Internet] 5a Ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. [Citado el 18 de julio] Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
48. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. Who.int. [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
49. Marcos R. Depresión perinatal. [Tesis doctoral] España: Programa de Doctorado en Psicología de la Salud; 2019. 267p. [Citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Rmarcos/MARCOS_NAJERA_ROSA_TESIS.pdf
50. Wray N, Ripke S, Mattheisen M, Trzaskowski M, Byrne E, Abdellaoui A, et al. Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. [Internet] Nature Genetics. 2018 Apr 26;50(5):668–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3>
51. Schiller C, Meltzer-Brody S, Rubinow D. The role of reproductive hormones in postpartum depression. CNS Spectr [Internet]. 2015;20(1):48–59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1092852914000480>

52. Bsn J, Deirdre R, Cadario B, Li D, Hanley G. Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period BC reproductive mental health program & perinatal services BC [Internet]. Perinatalservicesbc.ca. 2014 [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MentalHealthDisordersGuideline.pdf>
53. ACOG committee opinion no. 757: Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol [Internet]. 2018; 132 (5): e208–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000002927>
54. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and Postnatal Mental Health: the NICE guideline on clinical management and service guidance. UK: The British Psychological Society, 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG45fullguideline.pdf>
55. Place J, Allen-Leigh B, Billings D, Dues K, De Castro F. Detection and care practices for postpartum depressive symptoms in public-sector obstetric units in Mexico: Qualitative results from a resource-constrained setting. Birth [Internet]. 2017;44(4):390–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12304>
56. Rojas I, Dembowski N., Borghero F., González M. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. [Internet] Santiago de Chile: MINSAL; 2014 [Citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
57. Calderón M, Gálvez-Buccollini J, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev. peru. med. exp. salud publica [Internet]. 2012 Oct [Citado el 19 de julio de 2023]; 29 (4) : 578 – 578. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400027&lng=es

58. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2001;16(9):606–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
59. Levis B, Benedetti A, Thombs B. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2019;11476. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.11476>
60. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci M, Costanza A, Serafini G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2021;279:473–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>
61. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen G, Giglia L, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: A systematic review and meta-analysis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado el 13 de julio de 2023];73(8):826–37. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2526241>
62. Van M, Payne J. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2020;87(5):273–7. Disponible en: <http://www.ccjm.org/content/87/5/273.abstract>
63. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 6° ed. México: McGRAW-HILL; 2014.
64. Ficha Técnica ENDES 2021. [Internet] Perú: INEI; 2021. [Citado el 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_ENDES_2021.pdf

65. PERÚ. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Gob.pe. [citado el 11 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/importancia.asp>
66. Ogbo F, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho K, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. BMC Psychiatry [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
67. Mendoza C. Factores asociados a síntomas depresivos en mujeres de 15 a 49 años dentro del primer año postparto. ENDES 2017 – 2019. [Tesis de grado] Lima_ Universidad Ricardo Palma; 2022. 92p. [Citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5065>
68. Larsen A, Pintye J, Bhat A, Kumar M, Kinuthia J, Collins P, et al. Is there an optimal screening tool for identifying perinatal depression within clinical settings of sub-Saharan Africa? SSM Ment Health [Internet]. 2021;1(100015):100015. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560321000153>
69. Abota T, Gashe F, Deyessa N. Multilevel analysis of factors associated with perinatal intimate partner violence among postpartum population in Southern Ethiopia. Sci Rep [Internet]. 2022 [citado el 31 de agosto de 2023];12(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-23645-4>
70. González-González A, Casado-Méndez P, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca R, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. Arch méd Camagüey [Internet]. 2019 [citado el 5 de septiembre de 2023];23(6):770–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552019000600770&lng=es&nrm=iso&tlng=es
71. Shitu S, Geda B, Dheresa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone,

North West Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019;19(1).
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2594-y>

72. Pizarro C. Factores asociados a la depresión postparto: análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2018. [Tesis de grado] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. 79p [Citado el 31 de agosto de 2023].
Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3002/CPIZARRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

73. Delgado J. Factores asociados a la violencia de pareja en gestantes durante la pandemia COVID – 19. Centro de Salud San Luis, 2021. [Tesis de grado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. 85p [Citado el 31 de agosto de 2023].
Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19971/Delgado_hj.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Existe relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021?</p>	<p>Objetivo General Determinar si existe una relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.</p>	<p>Hipótesis General H₀: No existe relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. H₁: Sí existe relación entre la violencia conyugal y la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.</p>	<p>Variable 1: Violencia conyugal Variable 2: Depresión perinatal</p>	<p>Tipo de estudio: cuantitativo.</p> <p>Diseño de investigación: correlacional de corte transversal.</p>
<p>Problemas Específicos 1. ¿Cuál es la prevalencia de depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021? 2. ¿Cuál es la prevalencia de violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021? 3. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021? 4. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021?</p>	<p>Objetivos Específicos 1. Medir la prevalencia de depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. 2. Medir la prevalencia de violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. 3. Determinar los factores sociodemográficos relacionados a la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. 4. Determinar los factores sociodemográficos relacionados a la violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.</p>	<p>Hipótesis Específicas 1. Existe una prevalencia significativa de depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. 2. Existe una prevalencia significativa de violencia conyugal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. 3. Los factores sociodemográficos están relacionados con la depresión perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. 4. Los factores sociodemográficos están relacionados con la violencia conyugal en mujeres en etapa perinatal en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.</p>	<p>Variables sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción - Estado civil - Lugar de residencia - Índice de riqueza - Seguro de salud 	<p>Población: mujeres entre 15 a 49 años que se encuentran en la etapa perinatal; es decir, durante la gestación o primer año postparto.</p> <p>Muestra: 2303 mujeres en etapa perinatal</p>

Fuente. creación propia.

Anexo 2. Instrumento para registro de datos. ENDES, 2021.

Anexo 2.1. Recategorización de variable.

VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Depresión en los últimos 14 días	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Poco interés	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días
	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Deprimido	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días
	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: No puede dormir/dormir demasiado	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días
	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Cansado	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días
	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Poco apetito/comer en exceso	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días
	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Poner atención	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días
Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Moverse	0: Para nada	
	1: Varios días	
	2: La mayoría de días	
	3: Casi todos los días	

	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Hacerse daño de alguna forma buscando morir	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días
	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Sentirse mal	0: Para nada
		1: Varios días
		2: La mayoría de días
		3: Casi todos los días

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

Se sumará los valores para cada indicador:

- Si se obtiene de 10 puntos a más será considerada una mujer con depresión en la etapa perinatal
- Si se obtiene menos de 10 puntos, no será considerada depresión.

Anexo 2.2. Registro de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	DATOS RECOLECTADOS DE LA MUESTRA					
			1	2	3	4	5	...
Factores sociodemográficos	Edad	1: De 15 a 19 años						
		2: De 20 a 24 años						
		3: De 25 a 29 años						
		4: De 30 a 34 años						
		5: De 35 a 39 años						
		6: De 40 a 44 años						
		7: De 45 a 49 años						
	Grado de instrucción	0: Sin Educación						
		1: Primario						
2: Secundario								

Anexo 4. Cuestionario individual: Salud Mental. ENDES, 2021.

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL																																																					
PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD																																																					
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población																																																					
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SI", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																	
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																	
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																	
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																	
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																	
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																	
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																	
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																	
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																	
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																	
701	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 700: CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/></p>	<p>CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/></p>	703																																																		
702	<p>¿Estas molestias o problema cuánto le han dificultado para realizar su trabajo, sus actividades en la casa o llevarse bien con otras personas, mucho, poco o nada?</p>	<p>MUCHO..... 1 POCO..... 2 NADA..... 3</p>																																																			
703	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido molestias o problemas mencionados anteriormente como: sentirse con poco interés, triste, con problemas para dormir, desanimada(o), cansada(o) sin motivo, desconcentrada(o) o con poco apetito?</p> <p>(DE SER NECESARIO LEA LOS ÍTEM "G", "H", "I")</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2</p>	707																																																		

Fuente: Cuestionario individual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

Anexo 5. Cuestionario individual: Salud Mental. ENDES, 2021.

SECCIÓN 10. VIOLENCIA DOMÉSTICA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PÁSE A																								
1000	<p>VEA EN LA PORTADA DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL SI LA MUJER ESTÁ SELECCIONADA PARA APLICARLE LA SECCIÓN VIOLENCIA DOMÉSTICA</p> <p style="text-align: center;">ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/> NO ESTÁ SELECCIONADA <input type="checkbox"/></p>		1042A																								
1000A	<p>VERIFIQUE SI HAY ALGUIEN MÁS PRESENTE NO CONTINUE HASTA TENER COMPLETA PRIVACIDAD</p> <p style="text-align: center;">HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> NO HAY PRIVACIDAD <input type="checkbox"/></p>		1042A																								
1000B	<p>LEA: Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudar a entender la condición de la mujer en el país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales y nadie más tendrá conocimiento de lo que usted me diga.</p>																										
1001	<p>VERIFIQUE 601, 602, 606: ESTADO CONYUGAL</p> <p style="text-align: center;">ACTUALMENTE CASADA/UNIDA <input type="checkbox"/> SEPARADA/ DIVORCIADA/ VIUDA/ (LEER EN PASADO) <input type="checkbox"/> NUNCA CASADA/ NUNCA UNIDA <input type="checkbox"/></p>		1013B																								
1002	<p>Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (compañero):</p> <p>SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE:</p> <p>A ¿Frecuentemente o a veces?</p> <p>B ¿Podría usted decirme si él es (era) cariñoso con usted?</p> <p>C ¿Podría usted decirme si él pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?</p> <p>D ¿Podría usted decirme si él consulta (consultaba) su opinión en diferentes temas del hogar?</p> <p>E ¿Podría usted decirme si él respeta (respataba) sus deseos?</p> <p>F ¿Podría usted decirme si él respeta (respataba) sus derechos?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>FRECUENTEMENTE</th> <th>A VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CARIÑOSO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TIEMPO LIBRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CONSULTAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>RESPECTUOSO DESEOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>RESPECTUOSO DERECHOS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA	CARIÑOSO	1	2	3	TIEMPO LIBRE	1	2	3	CONSULTAS	1	2	3	RESPECTUOSO DESEOS	1	2	3	RESPECTUOSO DERECHOS	1	2	3	
	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA																								
CARIÑOSO	1	2	3																								
TIEMPO LIBRE	1	2	3																								
CONSULTAS	1	2	3																								
RESPECTUOSO DESEOS	1	2	3																								
RESPECTUOSO DERECHOS	1	2	3																								
1003	<p>Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (compañero):</p> <p>A ¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?</p> <p>B ¿El le acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?</p> <p>C ¿El le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?</p> <p>D ¿El trata (trataba) de limitar las visitas/contactos a su familia?</p> <p>E ¿El insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?</p> <p>F ¿El desconfía (desconfaba) de usted con el dinero?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> <th>¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?</th> <th>MUCHA FRECUENCIA</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	SI	NO	NO SABE	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA	1	2	3		1	2	3											
SI	NO	NO SABE	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA																					
1	2	3		1	2	3																					
1004	<p>Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero). Su (último) esposo (compañero) alguna vez:</p> <p>A ¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?</p> <p>B ¿Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?</p> <p>C ¿Le ha amenazado con irse de la casa, quitarle a las hijas e hijos o la ayuda económica?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> <th>¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?</th> <th>MUCHA FRECUENCIA</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	SI	NO	NO SABE	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA	1	2	3		1	2	3											
SI	NO	NO SABE	¿En los últimos 12 meses, esto sucedió con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?	MUCHA FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA																					
1	2	3		1	2	3																					

Fuente: Cuestionario individual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021.

Anexo 6. Estructura de de registro de base de datos. ENDES, 2021.

CASEID	HHID	PONDERACIÓN (HV005)	EMBARAZO (V213)	NACIMIENTO EL AÑO PASADO (V209)	EDAD (V013)	NIVEL DE INSTRUCCIÓN (V106)	ESTADO CIVIL (HV115)	LUGAR DE RESIDENCIA (V102)	INDICE DE RIQUEZA (V190)	SEGURO DE SALUD (QS26)
1										
2										
3										
4										
5										
...										

VIOLENCIA FÍSICA NO SEVERA (D106)	VIOLENCIA FÍSICA SEVERA (D107)	VIOLENCIA EMOCIONAL (D104)	VIOLENCIA SEXUAL (D108)	QS70 0A	QS70 0B	QS70 0C	QS70 0D	QS70 0E	QS70 0F	QS70 0G	QS70 0H	QS70 0I	DEPRESIÓN

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.




Anexo 7. Codificación de de base de datos. ENDES, 2021.

NOMBRE	TIPO	ETIQUETA	VALORES	MEDIDAS
CASEID	Cadena	Identificación Cuestionario Individual	-	Nominal
HHID	Cadena	Identificación Cuestionario Individual	-	Nominal
V001	Númerico	Conglomerado	-	Escala
V022	Númerico	Estrato	-	Escala
HV005	Númerico	Factor de ponderación	-	Escala
V213	Númerico	Actualmente embarazada	0: No o no está segura 1: Sí	Nominal
V209	Númerico	Nacimientos el año pasado	1:2	Ordinal
V013	Númerico	Edad actual por grupo de 5 años	1: De 15 a 19 años 2: De 20 a 24 años 3: De 25 a 29 años 4: De 30 a 34 años 5: De 35 a 39 años 6: De 40 a 44 años 7: De 45 a 49 años	Intervalo
V106	Númerico	Nivel educativo más alto	0: Sin Educación 1: Primario 2: Secundario 3: Mayor	Ordinal
HV115	Númerico	¿Cuál es su estado civil o conyugal?	1: Soltero 2: Casado 3: Conviviente	Nominal

			4: Viudo 5: Divorciado 6: No viven juntos	
V102	Númerico	Tipo de lugar de residencia	1: Urbano 2: Rural	
V190	Númerico	Índice de riqueza	1: Muy pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Muy rico	Ordinal
QS26	Númerico	Tiene seguro de salud	1: Sí 2: No	Nominal
D106	Númerico	Experimentó cualquier violencia física menos severa	0: No 1: Sí	Nominal
D107	Númerico	Experimentó cualquier violencia menos severa	0: No 1: Sí	Nominal
D104	Númerico	Hubo violencia emocional	0: No 1: Sí	Nominal
D108	Númerico	Experimentó cualquier violencia sexual	0: No 1: Sí	Nominal
DEPRESIÓN	Númerico	Sumatoria de los valores de QS700A al QS700I	Menos de 10 puntos: No De 10 puntos a más: Sí	Nominal

Fuente. Creación propia con datos obtenidos de la ENDES 2021.

Anexo 8. Resolución decanal de aprobación de proyecto de tesis

  <small>Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 2014802282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 29.08.2023 16:28:16 -05:00</small>					
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Universidad del Perú. Decana de América FACULTAD DE MEDICINA DECANATO					
Lima, 29 de Agosto del 2023 RESOLUCIÓN DECANAL N° 003271-2023-D-FM/UNMSM					
Visto el expediente digital N° UNMSM-20230066614, de fecha 25 de julio de 2023 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis.					
CONSIDERANDO:					
Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo I. Introducción, Art. 2: establece que: <i>“La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño”</i> así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis: Art. 28 establece que: <i>“La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución”;</i>					
Que, mediante Oficio N°001121-2023-EPMH-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe de Dr. Ronald Espiritu Ayala Mendivil, profesor asociado del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, referente al Proyecto de Tesis titulado “VIOLENCIA CONYUGAL Y DEPRESIÓN PERINATAL EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021” , presentado por la Bachiller Fiorella Myriam Fernández Ordoñez, con código de matrícula 15010235, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre de la asesora de la tesis Mg. Olga Gisella Huatuco Collantes con código 0A1754, docente asociada del Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia; y,					
Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;					
SE RESUELVE:					
1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:					
<table border="1"><tr><td>Bachiller: Fiorella Myriam Fernández Ordoñez Código de matrícula N° 15010235 E.P. de Medicina Humana</td><td style="text-align: center;">Título del Proyecto de Tesis: “VIOLENCIA CONYUGAL Y DEPRESIÓN PERINATAL EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021”</td></tr><tr><td>Asesora: Mg. Olga Gisella Huatuco Collantes Código docente: 0A1754</td><td></td></tr></table>	Bachiller: Fiorella Myriam Fernández Ordoñez Código de matrícula N° 15010235 E.P. de Medicina Humana	Título del Proyecto de Tesis: “VIOLENCIA CONYUGAL Y DEPRESIÓN PERINATAL EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021”	Asesora: Mg. Olga Gisella Huatuco Collantes Código docente: 0A1754		
Bachiller: Fiorella Myriam Fernández Ordoñez Código de matrícula N° 15010235 E.P. de Medicina Humana	Título del Proyecto de Tesis: “VIOLENCIA CONYUGAL Y DEPRESIÓN PERINATAL EN EL PERÚ, SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021”				
Asesora: Mg. Olga Gisella Huatuco Collantes Código docente: 0A1754					
2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.					
Regístrese, comuníquese, archívese.					
 <small>Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 2014802282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 29.08.2023 16:25:28</small>	DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA VICEDECANA ACADÉMICA mmb				
	DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA DECANA (E)				
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do e ingresando el siguiente código de verificación: FFHHQKM					
	