

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**E.A.P. DE OBSTETRICIA**

**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN  
ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA  
DEPRESION POSTPARTO EN EL INSTITUTO  
NACIONAL MATERNO PERINATAL, ENERO A  
MARZO DEL 2014”**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en obstetricia

**AUTOR**

Sulca Quispe, Katherine Estefani

**ASESOR**

Yolanda Quispe Alosilla

**Lima – Perú**

**2015**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme su bendición y protegerme en cada momento de mi vida. También agradezco a mis padres por brindarme su fortaleza y ánimo en los momentos más difíciles, gracias por estar siempre conmigo. Agradezco a mi asesora Lic. Yolanda Quispe Alosilla por su apoyo y comprensión en la elaboración de mi tesis.

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis queridos padres,  
a mi hermana que siempre ha estado conmigo  
y a todos aquellos que incondicionalmente  
me han apoyado a lo largo de todo este camino.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. METODOLOGIA .....	22
2.1 Tipo de investigación .....	22
2.2 Diseño de Investigación.....	22
2.3 Población de Estudio .....	22
2.4 Diseño Muestral .....	22
Unidad de Análisis.....	22
Tamaño de la Muestra .....	22
Criterios de Inclusión.....	22
Criterios de Exclusión .....	22
2.5 Variables de a Investigación .....	22
2.6 Recolección de Datos .....	22
2.7 Análisis de los Datos.....	23
2.8 Consideraciones éticas.....	23
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN.....	35
V. CONCLUSIONES .....	39
VI. RECOMENDACIONES.....	41
VII. BIBLIOGRAFÍA .....	42
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	47
ANEXO 2: TEST DE DEPRESIÓN DE ZUNG.....	50
ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	52

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, diseño descriptivo, con 150 pacientes. Las variables independientes fueron: Violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual y violencia económica, La variable dependiente fue la depresión post parto. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a marzo del 2014. Mediante la aplicación de dos cuestionarios: El primero para evaluar la depresión: Escala de Depresión de Zung (EZ-D), los índices de depresión < 28 indicaron ausencia de depresión; entre 28 y 41 depresión leve; entre 42 y 53 depresión moderada; > 53 depresión severa o grave. Y un cuestionario validado para valorar la violencia intrafamiliar. Para el análisis estadístico no ajustado se empleó estadística bivariada con la prueba Chi cuadrado. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

**Resultados:** En nuestro estudio el 17.3 % sufrió violencia física, 52.7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violación sexual el 4% y el 24.7% trabajo durante su gestación. El 25.3% sufrió de Depresión leve, 12.7% de Depresión moderada y el 2.7% de Depresión severa. Nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40.7%. Se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre la **violencia física intrafamiliar** y la **depresión severa (p=0.003)**. Además se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre los **tocamientos inapropiados durante el embarazo** por parte de algún familiar o la pareja y la **depresión moderada (p=0.003)**. Y por último se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre **violación sexual intrafamiliar** y la **depresión severa (p=0.030)**.

**Conclusión:** La Violencia física intrafamiliar, los tocamientos inapropiados y la violación sexual por parte de algún familiar o la pareja provocan depresión post parto en puérperas adolescentes.

**Palabras claves:** Violencia intrafamiliar, Adolescentes, Depresión post parto.

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the relationship between domestic violence and postpartum depression in postpartum adolescents seen at the Instituto Nacional Materno Perinatal.

**Methods:** A retrospective, cross-sectional, descriptive design was conducted with 150 patients. The independent variables were: Physical, psychological or emotional violence, sexual violence and economic violence, the dependent variable was postnatal depression. The data were obtained from the medical records of patients postpartum adolescents seen at the Instituto Nacional Materno Perinatal, in the period from January to March 2014. By applying two questionnaires: The first to assess depression: Zung Depression Scale (EZ-D), depression rates <28 indicated no depression; between 28 and 41 mild depression; between 42 and 53 moderate depression; > 53 severe or severe depression. And a validated questionnaire to assess domestic violence. Statistical analysis was employed unadjusted bivariate statistics with Chi square test. The calculations were performed with a confidence level of 95%

**Results:** In our study, 17.3% suffered physical violence, psychological violence 52.7%, 6% improper touching, sexual violation 4% and 24.7% work during their pregnancy. 25.3% suffered from mild depression, 12.7% moderate depression and 2.7% severe depression. Our overall prevalence of depression was 40.7%. Relationship was found statistically according to the chi-square test between physical abuse and severe depression ( $p = 0.003$ ). Additionally relationship was found statistically as chi square test between inappropriate touching during pregnancy by a relative or partner and moderate depression ( $p = 0.003$ ). And last relationship was found statistically according to the chi-square test between domestic sexual violation and severe depression ( $p = 0.030$ ).

**Conclusion:** Domestic Physical violence, inappropriate touching and sexual violation by a family member or partner cause postpartum depression in postpartum adolescents.

**Keywords:** Domestic Violence, Teen, Depression postpartum.

## I. INTRODUCCIÓN

El ser madre adolescente es un problema de salud pública. A nivel mundial el embarazo adolescente ha ido en aumento en 49 x 1000 mujeres de entre 11 y 19 años<sup>1</sup>

Según muestran las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2013 del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13,9% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,5% eran madres y el 3,5% estaban gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (20,3%) y en la Selva (23,7%); y los menores porcentajes en el área urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%). Esto a su vez se va asociar a consecuencias psicológicas, biológicas y sociales negativas tanto para la madre como su hijo. Uno de los riesgos que enfrentan las madres adolescentes está particularmente vulnerables es a la depresión postparto.

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Actualmente se estima que afecta a 350 millones de personas.<sup>2</sup> Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto<sup>1</sup>. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%<sup>63</sup>, Colombia 32,8%<sup>9</sup>, México 32,6%<sup>49</sup>, Perú 24,1%<sup>52</sup> y Venezuela 22%<sup>22</sup>.

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

Se ha visto que la maltrato físico, psíquico, sexual y económico en la familia también da como consecuencia una depresión postparto para lo cual la violencia intrafamiliar un problema de salud pública a nivel mundial puede estar asociado a una depresión postparto en la adolescente. Los datos disponibles sobre violencia familiar muestran que las mujeres continúan siendo las principales víctimas de agresiones diversas en el ámbito familiar.

Según la ENDES 2013 el país, el 71,5% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero en cifras absolutas, la Policía Nacional

ha registrado a nivel nacional un total de 87132 denuncias por violencia familiar durante el 2007.<sup>4</sup>

Se han hecho investigaciones con respecto a la depresión postparto y violencia intrafamiliar en las adolescentes entre ellos tenemos:

En el mundo de Robert T. Ammerman , Frank W. Putnam en su investigación en el 2009 (Estados Unidos). “Los cambios en los síntomas depresivos en las madres primerizas de Visitas al Hogar” El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia y los cambios en los síntomas depresivos en madres inscritos en las visitas domiciliarias e identificar predictores de cambio en los síntomas durante los primeros 9 meses de servicio y los resultados indicaron que el 45,3% de las madres tenían síntomas clínicamente elevados de depresión en algún momento durante los primeros 9 meses.<sup>5</sup>

Stacy C. Hodgkinson , Elizabeth Colantuoni en su trabajo de investigación en el 2010 (Estados Unidos). “Los síntomas depresivos y los resultados de nacimiento entre adolescentes embarazadas” cuyo propósito de este estudio fue investigar el impacto de los síntomas depresivos en los resultados del nacimiento de los bebés nacidos de madres adolescentes. Tuvo como resultado que más de un cuarto de las adolescentes embarazadas en este estudio reportaron síntomas de depresión.<sup>7</sup>

Otro estudio de gran importancia hecho en Latinoamérica fue de José Urdaneta M. Ana Rivera S., José García en su trabajo en el (Venezuela) 2010 “Prevalencia De Depresión Posparto En Primigestas Y Multíparas Valoradas Por La Escala De Edimburgo” cuyo objetivo es comparar la prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Cuyo resultados fue que demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ( $p < 0,05$ ). No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. En conclusión la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto, sin diferencias en cuanto a su paridad.<sup>8</sup>

Óscar Alejandro Bonilla-Sepúlveda en su investigación “Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal” cuyo objetivo es conocer la prevalencia de trastorno



depresivo en dos grupos poblacionales de mujeres adolescentes, definir su perfil epidemiológico y su asociación con embarazo. Dando como resultado que la depresión es un problema de salud frecuente en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital Luz Castro de Gutiérrez en Medellín .<sup>9</sup>

Taryn Lindhorst y Mónica Oxford en su trabajo del 2009 (Estados Unidos) “Los efectos a largo plazo de la violencia de pareja en los síntomas depresivos de madres adolescentes”. Nuestros objetivos analíticos en este estudio son dos: (1) para describir las trayectorias de la sintomatología depresiva experimentado durante la edad adulta (edad 20-27 años) de un grupo de madres adolescentes, y para examinar cómo estas trayectorias se ven afectados por la exposición de los adolescentes a la VPI (violencia de pareja) , en el contexto de la vulnerabilidad de estas mujeres con los síntomas depresivos y la inseguridad económica y (2) para estimar los efectos acumulativos únicas de la exposición del ciclo vital de IPV, la inseguridad económica y los síntomas depresivos tempranos sobre la probabilidad de estar deprimido, aproximadamente 10 años después. Estos hallazgos sugieren que la exposición al IPV en la adolescencia puede alterar el curso de la vida de las mujeres jóvenes, aumentando su riesgo de exposición continua a la violencia de pareja en la edad adulta y sus concomitantes efectos negativos para la salud mental. Los esfuerzos dirigidos a la prevención y la intervención temprana en la VIP entre las madres adolescentes son componentes importantes de la atención clínica de las madres jóvenes.<sup>10</sup>

L. Molero, Ramón Urdaneta Machado, Charles S., Nasser B. Zambrano, Alfi C. Benítez, Estefany A. Quiroz en su trabajo en el 2014 (Venezuela) “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas” cuyo objetivo es comparar la prevalencia de depresión posparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo", en San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. Dando como resultados que al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ( $5,88 \pm 1,96$  vs.  $11,58 \pm 2,9$ ;  $p < 0,001$ ), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ( $p < 0,05$ ), sentimiento de culpa ( $p < 0,001$ ) y dificultad para la concentración ( $p < 0,001$ ), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de puérperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ( $p < 0,05$ ), las dificultades con la lactancia

( $p < 0,001$ ) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ( $p < 0,001$ ). La conclusión fue DPP fue más prevalente en las madres adultas que en las adolescentes.<sup>63</sup>

Cleusa P. Ferri , Sandro S. Mitsuhiro y Marina Barros en su trabajo en el 2009 (Brasil) “El impacto de la experiencia materna de violencia y trastornos mentales comunes sobre los resultados neonatales: una encuesta a madres adolescentes en Sao Paulo, Brasil” cuyo objetivo de este estudio fue investigar los efectos independientes e interactivos de estas exposiciones maternas en los resultados neonatales entre adolescentes embarazadas en una población desfavorecida de Sao Paulo, Brasil. Dando como resultados que 21,9% de las madres tuvieron violencia (2% durante el embarazo) y el 24,3% tenía un trastorno mental común en los últimos 12 meses. Las exposiciones fueron correlacionadas y cada uno se asoció con el bajo nivel de estudios. La violencia de por vida está fuertemente asociada a los trastornos mentales comunes.<sup>12</sup>

En el Perú, Luna Matos, Salinas J y Luna Figueroa en el 2009 con su trabajo “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima” cuyo objetivo es determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú dando como resultado que la prevalencia de depresión mayor postparto fue alta en 40,1% en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.<sup>11</sup>

En estudios realizados como de Juan Escobar en Perú en el 2009 en su trabajo de “Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé”, cuyo objetivo es determinar la asociación entre depresión posparto y la violencia basada en género. Se estudió la relación entre violencia basada en género y depresión post-parto en 100 mujeres atendidas en el hospital San Bartolomé encontró que el 72% ya se sentía deprimida durante el embarazo. Dando como resultados que la tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. El 51% fue víctima de violencia basada en género, siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género ( $p = 0,001$ ), así como, diferencias

estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: < 5,5; 16,7>). Se concluye que las mujeres víctimas de violencia tienen riesgo elevado de sufrir depresión posparto.<sup>2</sup>

**La adolescencia** según la OMS es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta y comprende las edades de 10 -19 años. Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). La adolescencia temprana es en esta etapa que se manifiestan los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Se dice que cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Además pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia tardía ya usualmente ha tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Se adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. Se observa que las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos.<sup>13</sup>

Es una época muy importante en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta.<sup>13</sup>

Se considera “madre adolescente” a la mujer menores 19 años y es madre saliendo embarazada en esta etapa de su vida, generalmente, se produce por no utilizar métodos anticonceptivos y no por ser voluntariamente buscado, está considerado de alto riesgo, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aún no está suficientemente maduro como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso. Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones existen. Y es que la llegada de la edad fértil con la aparición de la menstruación no implica que la fisonomía de la afectada esté aun suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz de forma natural.<sup>14</sup>

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. La causa de los embarazos adolescentes es multifactorial, observándose mayormente en adolescentes que provienen de hogares disfuncionales. Los medios de comunicación influyen en las relaciones sexuales precoces, el entorno y la presión de los amigos son factores importantes para la decisión del inicio de vida sexual prematrimonial; esto trae como consecuencia el embarazo adolescente no deseado, infecciones de transmisión sexual y el aborto.

Un embarazo y por consecuencia un hijo en esta etapa de la vida de la mujer representa en la mayoría de los casos consecuencia psicológica, biológica y sociales negativas tanto para la madre como su hijo y más aún con el nacimiento se ha realizado es decir en una puérpera adolescente. Entre sus consecuencias se encuentra un trastorno mental con cifras que van en aumento que es la depresión.

Con respecto a la depresión esta contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo. Es considerada una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial.

La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informo haber tenido un episodio depresivo en el año previo. Los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad; reducen el funcionamiento y frecuentemente son recurrentes. Por estas razones, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad. La necesidad de contener a la depresión y otras enfermedades mentales va en aumento en el mundo.<sup>15</sup>

**La depresión** es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración.<sup>15</sup>

Aun cuando la depresión es causa de incapacidad para hombres y mujeres, la carga de la depresión es un 50% mayor en las mujeres. La investigación en los países en vías de desarrollo sugiere que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños. Este factor de riesgo puede significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener influencia importante en

el crecimiento durante la niñez, afectando de este modo la depresión no solo a la generación actual sino también a la siguiente.<sup>15</sup>

Esta diferencia de la presentación según el género se observa fundamentalmente en la etapa reproductiva de la mujer y se asocia principalmente a entidades como el síndrome premenstrual, el embarazo, el puerperio y a la menopausia.<sup>16</sup>

Así, el estado de ánimo depresivo comprende una visión devaluada de sí mismo que matiza las representaciones, las actividades y los estados afectivos del adolescente. Por lo general, lo anterior se acompaña de crisis de llanto, impresión de tristeza en general y, sobre todo, cambios de humor.

Es de considerar al postparto a la etapa puerperal de la madre adolescente definido de acuerdo a su duración como inmediato (periodo comprendido entre el parto y las 24 horas del postparto), mediato (comprendido entre el parto y los 42 primeros días) y tardío (entre el parto y el año post-parto).

Si bien el cuadro clínico de la Depresión post parto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, esta posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica<sup>47,45</sup>. Aunque se conoce que durante el puerperio tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos<sup>44</sup>; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la Depresión post parto.

La **depresión posparto** es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo.<sup>8</sup>

Según Pérez y cols.<sup>45</sup>, la actitud negativa hacia el embarazo, los antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar una depresión posparto.

De igual forma deben considerarse otros factores que pueden tener influencia sobre la aparición de depresión post parto como las edades extremas, antecedentes de tensión premenstrual, tipo de trabajo, nivel socio-cultural, expectativas personales, complicaciones

del parto, lactancia materna, grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados, y la mala relación entre la pareja.<sup>61</sup>

Los estudios epidemiológicos de los últimos años confirman que entre un 8 y un 25% de las mujeres presentan un síndrome depresivo en los meses siguientes al parto. En América Latina, se han informado valores de prevalencia medios y altos en algunos países, como Chile (15,3%), Argentina (12,0%), Perú (11,0%) y República Dominicana (9,8%). En Colombia, la depresión alcanza hasta un (66%) de las mujeres en gestación, por encima del 46,5% de las gestantes de Brasil, España (11%) o México (30,7%). En general, las grandes variaciones en las tasas de prevalencia de depresión mayor y síntomas depresivos durante el embarazo pueden deberse a características propias de la población (p. ej., el origen étnico, la procedencia, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel de escolaridad, el estilo de vida, la zona geográfica, etc.); a la forma de su estimación (p. ej., por entrevista clínica estructurada vs. autorreporte), o simplemente al momento de su evaluación.<sup>6</sup> A nivel biopsicosocial, la falta de apoyo social, los antecedentes de enfermedad mental, la depresión y la ansiedad prenatal, la baja autoestima, el embarazo no planificado y los sentimientos negativos en relación con el niño se asocian también al autorreporte de depresión posparto.<sup>7,8</sup>

Se han reportado tasas de prevalencias de Depresión post parto en adolescentes de un 14% a un 48%.<sup>43</sup> Rojas y cols., señalan que cerca de 50% de los casos de Depresión puerperal son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de éste. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%<sup>63</sup>, Colombia 32,8%<sup>9</sup>, México 32,6%<sup>49</sup>, Perú 24,1%<sup>52</sup> y Venezuela 22%<sup>22</sup>.

En cuanto a la edad como factor de riesgo existen discrepancias, algunos autores han señalado que las mujeres adolescentes presentaban más depresión que las mujeres mayores, representando el hecho de ser adolescente un factor de riesgo independiente para Depresión post parto. Al respecto una revisión de 40 artículos publicados entre 1990 y 2013 sugiere que las adolescentes embarazadas tenían un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos que las mujeres adultas embarazadas y puérperas.<sup>63</sup>

Entre las consecuencias que se originan del embarazo adolescente, se ha señalado que las mujeres adolescentes presentan más frecuentemente depresión postparto que las mayores<sup>2,5</sup>, el reporte de Depresión post parto en adolescentes muestra importantes fluctuaciones, con valores que oscilan entre 20 y 57%.<sup>24,48,53,64</sup>

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%.<sup>8</sup>

El diagnóstico de depresión postparto debe ser realizado por un especialista; sin embargo debido a la imposibilidad de realización de la entrevista profesional en todas las mujeres que se encuentran en el periodo puerperal, es que se han desarrollado algunos tamizajes para determinar la depresión en esta etapa como la Escala de Depresión de Zung (EZ-D) es un cuestionario formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo. Los índices de depresión se evaluaron de acuerdo con el puntaje: < 28 ausencia de depresión; entre 28 y 41 depresión leve; entre 42 y 53 depresión moderada; > 53 depresión severa o grave.<sup>62</sup>

Es un instrumento con una alta sensibilidad, una aceptable especificidad. La EZ-D ha sido validada en otras poblaciones y ha mostrado una sensibilidad que oscila entre el 92% y 95%, y una especificidad entre 74% y 87,5%, mientras que su consistencia interna se ha informado entre 0,58 y 0,84.<sup>62</sup>

Otro factor de influencia para que se dé una depresión postparto en una madre adolescente es la violencia intrafamiliar considerado actualmente un grave problema de salud pública que afecta el bienestar del binomio madre-hijo. Los factores desencadenantes de la violencia son diversos, sin embargo las consecuencias son similares en los diferentes grupos sociales llegando a causar la morbilidad materno-infantil. Se estima que la violencia intrafamiliar afecta a un 13% de embarazadas en América Latina, siendo la prevalencia mayor en adolescentes en un 38% a diferencia de otras etapas de vida.<sup>17</sup>

La Organización Mundial de la Salud define **la violencia** como: “el uso de liberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.<sup>18</sup>

La Organización Mundial de la Salud, incluye en su definición de violencia de género la especificidad de esta forma de violencia contra las mujeres. La violencia intrafamiliar es la forma más común de violencia contra la mujer; incluye formas de violencia infligidas por personas del medio familiar y dirigido generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. La Violencia Basada en Género es un fenómeno complejo que trasciende el escenario familiar, por ende la definición de Violencia Intrafamiliar se incluye dentro de la violencia contra la mujer.<sup>11</sup>

**La Violencia intrafamiliar** se define como el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”. La violencia intrafamiliar puede ser física, psicológico, sexual y económico.<sup>11</sup>

Con respecto a las cifras de casos de violencia basada en género, se detectó que 51% de las participantes del estudio fue víctima de diferentes tipos de violencia en algún momento de su vida<sup>2</sup>, cifra que es menor a la detectada por Távara y cols.<sup>55</sup>, quienes describieron en una población peruana una prevalencia de 69,3%.

Leung y cols.<sup>60</sup>, quienes realizaron un estudio de violencia doméstica y depresión posparto en una comunidad de China, detectaron una tasa alta de violencia basada en género, fundamentalmente psicológica, y diferencias estadísticamente significativas con los casos de depresión posparto.

Logsdon y cols.<sup>64</sup>, encontraron que el principal factor productor de Depresión puerperal era el percibirse como estresada, en tanto que Barnet y col.<sup>41</sup>, no sólo encontraron que el estrés aumentaba significativamente entre el tercer trimestre de embarazo y el posparto, sino que además se asociaba a la presencia de Depresión puerperal. Lesser & Koniak-Griffin<sup>53</sup>, en tanto, encontraron que tener antecedentes de abuso físico y/o sexual en la



infancia, predecía en forma estadísticamente significativa la aparición de Depresión puerperal entre las madres adolescentes.

Respecto al apoyo social, Barnett y cols.<sup>41</sup>, concluyeron que recibir apoyo social por parte de la propia madre del y/o padre del bebé constituía un factor protector de depresión puerperal en adolescentes, mientras los conflictos con el progenitor del niño constituían un factor de riesgo. Caldwell y cols., también estudiaron la relación de la adolescente con su propia madre, encontrando que a mayor apoyo percibido por parte de esta última, menor era el puntaje obtenido en el CES-D. Kalil y cols., encontraron que a mayor conflictividad en el núcleo familiar, mayor era el puntaje de las adolescentes en el CES-D a los 6 meses posparto.

La mayor prevalencia de Depresión puerperal entre las madres adolescentes ha sido atribuida tanto a ciertos factores desmoralizadores en el entorno social como a experiencias pasadas, que tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo<sup>52</sup>, como al antecedente de abuso físico y/o sexual en la infancia, lo cual se ha relacionado significativamente con la aparición de Depresión puerperal entre las madres adolescentes<sup>53</sup>, o al hecho de tener emociones negativas hacia el cuidado del bebé durante el embarazo.<sup>50</sup>

Asimismo, se ha señalado que los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas; en un estudio se encontró que las mujeres separadas tenían una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una Depresión puerperal más severa<sup>56</sup>. Coincidentemente los resultados de otras investigaciones señalan como características asociadas al desarrollo de Depresión puerperal el vivir sin la pareja ( $p=0,02$ ), la mala relación con la pareja ( $p<0,0001$ ) o el abandono por la pareja ( $p=0,001$ ).<sup>49</sup>

Los factores sociales tienen un rol importante en el desencadenamiento de la Depresión post parto, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto, independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir esta patología<sup>56</sup>. Se ha observado que tanto los factores psicológicos como los sociales son los de mayor importancia en la presentación de la Depresión post parto, por lo que han sido denominados factores de riesgo mayores.<sup>28</sup>

Las cifras de violencia en el embarazo son preocupantes, debido a las consecuencias en la madre y el producto de la concepción. Las adolescentes embarazadas son un grupo vulnerable; el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo se incrementa con la violencia.

- a. Violencia físico: Implica el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios. Entre ellos tenemos a golpes en el Cuerpo como patadas, puñetazos, bofetadas; empujones; golpes con objetos; caídas; quemaduras y heridas con objetos punzocortantes.
- b. Violencia psicológico: Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (criticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, abandono, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física.
- c. Violencia sexual: Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión.<sup>19</sup>
- d. Violencia económica: comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como, los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales, o crear división económica y fragmentación,<sup>20</sup> también se considera a la dependencia económica de otra persona.

Los países en vías de desarrollo se puede afirmar que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños. Este factor de riesgo puede significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener influencia importante en el crecimiento durante la niñez, afectando de este modo la depresión no solo a la generación actual sino también a la siguiente, por lo que se puede afirmar que la depresión postparto afecta a la familia y por ende a la sociedad.

La violencia intrafamiliar afecta a la mujer en cualquier etapa de su vida y más aún en una adolescente embarazada; el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo se incrementa con la violencia, este puede ser un factor de riesgo para que una madre adolescente tenga una depresión postparto.

Asimismo, se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica, y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos. Éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematuridad y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar.<sup>24</sup>

Por tanto, resulta fundamental y muy conveniente detectar esta patología entre las puérperas, para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica. El reconocimiento de la depresión posparto en la atención primaria es pobre, sobre todo si se considera el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad.<sup>8</sup>

La violencia intrafamiliar y la depresión postparto tiene una trascendencia que afectan seriamente la salud de la madre y del recién nacido; se observa que en nuestro medio, existe una falta de información tanto de la frecuencia con que se presenta como del grado de relación existente entre ellas. Con los resultados obtenidos en la presente investigación se busca mejorar la atención obstétrica a este grupo vulnerable que son las adolescentes por medio de la incorporación de un instrumento para evaluar depresión en los controles prenatal y a su vez dar mayor importancia a los tamizajes de violencia que ya se realizan. Por lo cual se propone realizar esta investigación con la finalidad de promover mejoras en la atención obstétrica y así ayudar a la salud mental de las pacientes adolescentes.

Estas consideraciones conllevan a plantear la siguiente interrogante de investigación:  
¿Cuál es la relación de la violencia intrafamiliar y la depresión postparto en madres adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Enero a Marzo del 2014?

### **Definición de términos:**

- **Adolescencia:** La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta y comprende las edades de 11 -19 años.
- **Madre adolescente:** Se considera a las mujeres menores 19 años y es madre saliendo embarazada en esta etapa de su vida.
- **Depresión:** Es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración.
- **Depresión postparto:** Es un trastorno depresivo que se da en el postparto.
- **Violencia:** Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte.
- **La Violencia Intrafamiliar:** Es el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Analizar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo de 2014.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar la relación entre la violencia física y la depresión postparto en puérperas adolescentes.
- Determinar la relación entre la violencia psicológica y la depresión postparto en puérperas adolescentes.
- Determinar la relación entre la violencia sexual y la depresión postparto en puérperas adolescentes.
- Determinar la relación entre la violencia económica y la depresión postparto en puérperas adolescentes.

## II. METODOLOGIA

### 2.1 Tipo de investigación

Tipo de estudio es observacional.

### 2.2 Diseño de Investigación

El diseño es descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

### 2.3 Población de Estudio

Puérperas adolescentes hospitalizadas con algún tipo de violencia intrafamiliar en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de Enero a Marzo del 2014.

### 2.4 Diseño Muestral

#### Unidad de Análisis

Puérperas adolescentes con depresión hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de Enero a Marzo del 2014.

#### Tamaño de la Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo conformada por 150 puérperas adolescentes hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

#### Criterios de Inclusión

1. Puérperas adolescentes entre las edades de 11-19 años.
2. Puérperas adolescentes con algún tipo de violencia intrafamiliar.
3. Puérpera adolescente con depresión postparto.
4. Puérpera adolescente que se encuentren durante el tiempo de estudio.

#### Criterios de Exclusión

1. Puérperas adolescentes con impedimento del habla.

### 2.5 Variables de a Investigación

- **Variable Independiente:** Violencia intrafamiliar.
- **Variable Dependiente:** Depresión Post-Parto en adolescentes.

### 2.6 Recolección de Datos

Se verifico los resultados obtenidos en las historia clínicas con dos cuestionarios. Para determinar la depresión se utilizó el resultado de la evaluación de la Escala de Depresión

de Zung (EZ-D) es un cuestionario formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores, La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo. Los índices de depresión se evaluaron de acuerdo con el puntaje: <28 ausencia de depresión; entre 28 y 41 depresión leve; entre 42 y 53 depresión moderada; > 53 depresión severa o grave.

Para violencia intrafamiliar se realizó un vaciado de datos en un "Formulario de recolección de datos" realizado en una investigación previa de las autores Ángela Marlene Salas Arriaga y Diana Elisa Salvatierra Aguilera cuyo instrumento ya fue validado.

Estos instrumentos se realizaron a las madres adolescentes en el área de Hospitalización A del INMP.

### **2.7 Análisis de los Datos**

El procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Se realizó estadística univariada (Descriptiva) obteniéndose frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (Media, mediana). Para el análisis estadístico no ajustado se empleó estadística bivariada con la prueba Chi cuadrado. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

### **2.8 Consideraciones éticas**

Para proteger la confidencialidad de la información obtenida se trabajó con un número de identificación por cada paciente, por lo que no se consignó nombre ni número de historia clínica. Al finalizar la investigación, ésta se pondrá a disposición del público en general y de la comunidad científica como publicación científica.

### III. RESULTADOS

Para nuestro estudio se tomó como muestra a 150 puérperas con algún tipo de violencia de las que se registró un total de 61 pacientes con depresión post parto, representando el 40.67% del total de la población estudiada.

De acuerdo a las características generales de las puérperas estudiadas, la edad promedio fue de  $17.36 \pm 1.4$  años (mediana 18 años), el estado civil del 63.33% era conviviente, el grado de instrucción en su mayoría fue secundaria incompleta (44.67%), el 24.67% tienen domicilio en el distrito de San Juan de Lurigancho y el 74% procedente de la Costa. (Tabla 1)

**Tabla N°1:** Características generales de las puérperas adolescentes “Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto, enero a marzo del 2014”

<b>Edad Materna</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
13 a 14 años	8	5.4
15 a 19 años	142	94.6
<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Soltera	53	35.3
Conviviente	95	63.3
Casada	1	0.7
Separada	1	0.7
<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Primaria Incompleta	2	1.3
Primaria Completa	12	8.0
Secundaria Incompleta	67	44.7
Secundaria Completa	58	38.7
Técnico Incompleta	6	4
Técnico Completa	1	0.7
Superior Incompleta	4	2.7
<b>Domicilio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
La Victoria	13	8.7
San Juan de Lurigancho	37	24.7
Villa el Salvador	11	7.3
<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Costa	111	74
Sierra	30	20
Selva	9	6

n=150



Con respecto a la Violencia Física, el 17.3% de las puérperas adolescentes sufrió de violencia física, el tipo de agresión más frecuentes fueron los golpes 74.1%, empujones 14.8%, caídas 7.4% y quemaduras el 3.7%. El agresor fue principalmente el Padre 44.4% y la pareja 33.3%. El 59.3 % vive actualmente con su agresor. (Tabla 2)

**Tabla N°2:** Características de las puérperas adolescentes y la Violencia Física

<b>Violencia Física</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	n=150
Si	27	17,3	
No	123	82,7	
<b>Tipo de Agresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
Golpes	20	74,1	
Empujones	4	14,8	
Caídas	2	7,4	
Quemaduras	1	3,7	
<b>Parentesco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
Padre	12	44,4	
Madre	3	11,1	
Hermano	1	3,7	
Pareja	9	33,3	
Otros	2	7,4	
<b>Vive con Usted</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
Si	16	59,3	
No	11	40,7	

Con respecto a la Violencia Psicológica, el 52.7% de las puérperas adolescentes sufrió de violencia psicológica, el tipo de agresión más frecuentes fue el abandono 43%, Insultos 21.5% y los gritos 20.3%. El agresor fue principalmente la pareja 50.6% y el padre 31.6%. El 43 % vive actualmente con su agresor. (Tabla 3)

**Tabla N°3:** Características de las puérperas adolescentes y la Violencia Psicológica

<b>Violencia Psicológica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	n=150
Si	79	52,7	
No	71	47,3	
<b>Tipo de Agresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
Insultos	17	21,5	
Amenazas	6	7,6	

Humillación	4	5,1
Gritos	16	20,3
Intimidación	2	2,5
Abandono	34	43,0
<b>Parentesco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Padre	25	31,6
Madre	10	12,7
Hermano	1	1,3
Pareja	40	50,6
Otros	3	3,8
<b>Vive con Usted</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	34	43,0
No	45	57,0

Con respecto a los tocamientos inapropiados, el 6% de las puérperas adolescentes sufrió de tocamientos inapropiados. El 4% de puérperas adolescentes sufrió de violación sexual y de este grupo el 33.3 % vive actualmente con su agresor. (Tabla 4)

**Tabla N°4:** Características de las puérperas adolescentes y la Violencia Sexual

<b>Tocamientos inapropiados</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	n=150
Si	9	6,0	
No	141	94,0	
<b>Violación Sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
Si	6	4,0	
No	144	96,0	
<b>Vive con Usted</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	
Si	2	33,3	
No	4	66,7	

Con respecto a la violencia económica, el 24.7% de las puérperas adolescentes trabajaba durante su embarazo. (Tabla 5)

**Tabla N°5:** Características de las puérperas adolescentes y la Violencia Económica

<b>Trabajaba durante su embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	n=150
Si	37	24,7	
No	113	75,3	

De las puérperas adolescentes el 25.3% sufrió de Depresión leve, 12.7% de Depresión moderada y el 2.7% de Depresión severa. (Tabla 6)

**Tabla N°6:** Características de las puérperas adolescentes y Depresión

Depresión Leve	Frecuencia	%
Si	38	25,3
No	112	74,7
Depresión Moderada	Frecuencia	%
Si	19	12,7
No	131	87,3
Depresión Severa	Frecuencia	%
Si	4	2,7
No	146	97,3

n=61

### VIOLENCIA FÍSICA Y DEPRESIÓN

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Daño físico durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión leve. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.123$ ).

	Depresión breve o leve			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿En este embarazo, Si algún miembro de tu familia o pareja te No causó daño físico?	10	37,0%	17	63,0%
	28	22,8%	95	77,2%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Daño físico durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión moderada. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.711$ ).

	Depresión moderada			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿En este embarazo, Si algún miembro de tu familia o pareja te No causó daño físico?	4	14,8%	23	85,2%
	15	12,2%	108	87,8%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Daño físico durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa. Se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.003$ ). Por lo tanto hay relación significativa entre la violencia física y la depresión severa.

	Depresión prolongada o severa			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿En este embarazo, Si algún miembro de tu familia o pareja te No causó daño físico?	3	11,1%	24	88,9%
	1	0,8%	122	99,2%

## VIOLENCIA EMOCIONAL O PSICOLÓGICA Y DEPRESIÓN

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Daño emocional o psicológico durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión leve. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.455$ ).

	Depresión breve o leve			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿En este embarazo se ha sentido agredida emocional o psicológicamente por algún miembro de su familia o pareja?	22	27,8%	57	72,2%
	16	22,5%	55	77,5%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Daño emocional o psicológico durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión moderada. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.141$ ).

	Depresión moderada			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿En este embarazo se ha sentido agredida emocional o psicológicamente por algún miembro de su familia o pareja?	13	16,5%	66	83,5%
	6	8,5%	65	91,5%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Daño emocional o psicológico durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.914$ ).

	Depresión prolongada o severa			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿En este embarazo se ha sentido agredida emocional o psicológicamente por algún miembro de su familia o pareja?	2	2,5%	77	97,5%
	2	2,8%	69	97,2%

### **VIOLENCIA SEXUAL Y DEPRESIÓN**

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de tocamientos inapropiados durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión leve. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.312$ ).

	Depresión breve o leve			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante su embarazo recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja?	1	11,1%	8	88,9%
	37	26,2%	104	73,8%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de tocamientos inapropiados durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión moderada. Se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.003$ ). Por lo tanto hay relación entre los tocamientos inapropiados y la Depresión moderada.

	Depresión moderada			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante su embarazo Si recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja?	4	44,4%	5	55,6%
No	15	10,6%	126	89,4%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de tocamientos inapropiados durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.105$ ).

	Depresión prolongada o severa			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante su embarazo Si recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja?	1	11,1%	8	88,9%
No	3	2,1%	138	97,9%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Violación sexual durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión leve. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.618$ ).

	Depresión breve o leve			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante su embarazo Si recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja?	1	16,7%	5	83,3%
No	37	25,7%	107	74,3%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Violación sexual durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión moderada. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.120$ ).

	Depresión moderada			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante su embarazo Si recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja?	2	33,3%	4	66,7%
No	17	11,8%	127	88,2%



En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Violación sexual durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa. Se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.030$ ). Por lo tanto hay relación entre la violencia sexual y la depresión severa.

	Depresión prolongada o severa			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante su embarazo Si recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja?	1	16,7%	5	83,3%
No	3	2,1%	141	97,9%

### VIOLENCIA ECÓNOMICA Y DEPRESIÓN

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Violencia económica y la depresión leve. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.785$ ).

	Depresión breve o leve			
	Si		No	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante el embarazo Si usted trabajaba?	10	27,0%	27	73,0%
No	28	24,8%	85	75,2%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Violencia económica y la depresión moderada. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.126$ ).

		Depresión moderada			
		Si		No	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante el embarazo usted trabajaba?	Si	2	5,4%	35	94,6%
	No	17	15,0%	96	85,0%

En la siguiente tabla se muestra el cruce de variables de Violencia económica y la depresión severa. No se halló diferencia estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado ( $p=0.246$ ).

		Depresión prolongada o severa			
		Si		No	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Durante el embarazo usted trabajaba?	Si	0	0,0%	37	100,0%
	No	4	3,5%	109	96,5%

#### IV. DISCUSIÓN

Si bien el cuadro clínico de la Depresión post parto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, esta posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica.<sup>63</sup> Aunque se conoce que durante el puerperio tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos<sup>44</sup>; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la Depresión post parto. Es por ello que nuestro estudio se plantea demostrar la asociación entre violencia intrafamiliar y depresión post parto en población adolescente.

Según Pérez y cols.<sup>45</sup>, la actitud negativa hacia el embarazo, los antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar una depresión posparto.

De igual forma deben considerarse otros factores que pueden tener influencia sobre la aparición de depresión puerperal como las edades extremas, antecedentes de tensión premenstrual, tipo de trabajo, nivel socio-cultural, expectativas personales, complicaciones del parto, lactancia materna, grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados, y la mala relación entre la pareja<sup>22</sup>. En nuestro estudio solo el 0.7% de nuestra población de estudio tiene una unión civil estable, y las puérperas solteras representan el 35.3%.

En cuanto a la edad como factor de riesgo existen discrepancias, algunos autores han señalado que las mujeres adolescentes presentaban más depresión que las mujeres mayores<sup>43</sup>, representando el hecho de ser adolescente un factor de riesgo independiente para depresión puerperal<sup>46</sup>. Al respecto una revisión de 40 artículos publicados entre 1990 y 2013 sugiere que las adolescentes embarazadas tenían un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos que las mujeres adultas embarazadas y puérperas.<sup>42</sup>

Esta mayor prevalencia de Depresión puerperal entre las madres adolescentes ha sido atribuida tanto a ciertos factores desmoralizadores en el entorno social como a experiencias pasadas, que tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo<sup>52</sup>, como al antecedente de abuso físico y/o sexual en la infancia, lo cual se ha relacionado significativamente con la aparición de Depresión puerperal entre las madres

adolescentes<sup>53</sup>, o al hecho de tener emociones negativas hacia el cuidado del bebé durante el embarazo.<sup>50</sup>

No obstante, el reporte de Depresión puerperal en adolescentes muestra importantes fluctuaciones, con valores que oscilan entre 20 y 57%<sup>24, 48, 53,64</sup>. En nuestro estudio la prevalencia de Depresión fue la siguiente: el 25.3% sufrió de Depresión leve, 12.7% de Depresión moderada y el 2.7% de Depresión severa. Por lo que nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40.7%.

Se han reportado tasas de prevalencias de Depresión puerperal en adolescentes de un 14% a un 48%<sup>43</sup>. Rojas y cols., señalan que cerca de 50% de los casos de Depresión puerperal son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de éste. En Latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de Depresión post parto: Chile 50,7%<sup>63</sup>, Colombia 32,8%<sup>9</sup>, México 32,6%<sup>49</sup>, Perú 24,1%<sup>52</sup> y Venezuela 22%<sup>22</sup>.

Asimismo, se ha señalado que los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas; en un estudio se encontró que las mujeres separadas tenían una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una Depresión puerperal más severa<sup>56</sup>. Coincidentemente los resultados de otras investigaciones señalan como características asociadas al desarrollo de Depresión puerperal el vivir sin la pareja ( $p=0,02$ ), la mala relación con la pareja ( $p<0,0001$ ) o el abandono por la pareja ( $p=0,001$ ).<sup>48</sup> En nuestro estudio 34 adolescentes fueron abandonadas por sus parejas durante su gestación, sin embargo al evaluar si había relación estadísticamente significativa de esta violencia emocional o psicológica con la depresión en el puerperio, no fueron significativas estadísticamente ni para depresión leve ( $p=0.455$ ), ni para depresión moderada ( $p=0.141$ ), ni para depresión severa ( $p=0.914$ ).

Los cambios en el contexto social asociados con las migraciones, urbanismo, la violencia, la pobreza y el abandono del cónyuge, ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en la calidad de vida de las mujeres.<sup>54</sup> En nuestro estudio no encontramos asociación estadísticamente significativa entre la violencia económica y la depresión leve ( $p=0.785$ ), ni tampoco con la depresión moderada ( $p=0.126$ ), ni tampoco con la depresión severa ( $p=0.246$ ).

Con respecto a las cifras de casos de violencia basada en género, se detectó en un estudio que el 51% de las participantes fueron víctima de diferentes tipos de violencia en algún momento de su vida <sup>2</sup>, cifra que es menor a la detectada por Távora y col. <sup>55</sup>, quienes describieron en una población peruana una prevalencia de 69,3%. En nuestro estudio el 17.3 % sufrió violencia física, 52.7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violación sexual el 4% y el 24.7% trabajo durante su gestación.

Távora y col. <sup>55</sup>, en otro estudio, describieron que del total de las participantes, 31,9% sufrió de violencia durante la gestación, cifra muy semejante a la que se encontró en la presente investigación <sup>31</sup>. Estas cifras difieren considerablemente con las cifras comunicadas en EEUU, donde la violencia durante la gestación oscila entre 3,9 y 8,3% <sup>58</sup>.

Así mismo, se determinó que existe un riesgo alto de sufrir depresión posparto en aquellas mujeres víctimas de la violencia. Estos resultados concuerdan con los resultados descritos por Leung y col. <sup>60</sup>, quienes realizaron un estudio de violencia doméstica y depresión posparto en una comunidad de China, donde detectaron una tasa alta de violencia basada en género, fundamentalmente psicológica, y diferencias estadísticamente significativas con los casos de depresión posparto. Estos resultados concuerdan con los resultados encontrados en nuestro estudio: Se encontró relación estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado entre el **daño físico durante el embarazo** por parte de algún familiar o la pareja y la **depresión severa (p=0.003)**. Además se encontró relación estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado entre los **tocamientos inapropiados durante el embarazo** por parte de algún familiar o la pareja y la **depresión moderada (p=0.003)**. Y por último se encontró relación estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado entre **violación sexual** durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la **depresión severa (p=0.030)**.

Los factores sociales tienen un rol importante en el desencadenamiento de la Depresión post parto, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto; independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir esta patología <sup>56</sup>. Se ha observado que tanto los factores psicológicos como los sociales son los de mayor importancia en la presentación de la Depresión post parto, por lo que han sido denominados factores de riesgo mayores <sup>28</sup>. En nuestro estudio los factores estadísticamente significativos fueron la Violencia Física (**p=0.003**), tocamientos inapropiados (**p=0.003**) y violencia sexual (**p=0.030**).

Tanto la presencia de la Depresión puerperal en estas pacientes, como la influencia de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, demuestra que la población estudiada presentaba una considerable prevalencia de esta entidad desde el punto de vista porcentual en función del valor total de la muestra, de allí la importancia de tenerla presente durante la evaluación prenatal, por el riesgo que se presenten síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto. <sup>49</sup>

No debe olvidarse que la salud mental materna durante los primeros meses de vida de su hijo es un componente primordial para el logro de un buen un vínculo madre-hijo, donde se asentarán las bases de esta relación y la primera aproximación del niño a la vida <sup>59</sup>, teniendo la Depresión puerperal en adolescentes consecuencias negativas tanto a nivel del vínculo madre-hijo como en el desarrollo infantil, bien sea en términos emocionales, conductuales o cognitivos. <sup>57</sup>

Es por ello, que los síntomas de malestar referidos por las mujeres embarazadas no deben ser subvalorados ni considerados como un componente normal de la experiencia del embarazo, puesto que el diagnóstico precoz y el tratamiento de la depresión durante la propia gestación revisten de una importancia significativa para evitarle a la mujer con depresión no tratada la aparición de la Depresión puerperal.

Al confrontar las cifras publicadas en algunos estudios de la literatura mundial, se puede concluir que el tema de la presente investigación es un serio problema de salud pública, que afecta de diferente manera a todas las sociedades, existiendo un marcado interés por los problemas que genera en la madre, como la disminución de la calidad de vida. De igual manera, el niño no tiene estímulos adecuados que le permitan tener un correcto desarrollo físico y neuropsicológico

## V. CONCLUSIONES

- En nuestro estudio el 17.3 % sufrió violencia física, 52.7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violación sexual el 4% y el 24.7% trabajó durante su gestación.
- En nuestro estudio la prevalencia de Depresión fue la siguiente: el 25.3% sufrió de Depresión leve, 12.7% de Depresión moderada y el 2.7% de Depresión severa. Por lo que nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40.7%.
- Se encontró relación estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado entre la **violencia física durante el embarazo** por parte de algún familiar o la pareja y la **depresión severa (p=0.003)**.
- Además se encontró relación estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado entre los **tocamientos inapropiados durante el embarazo** por parte de algún familiar o la pareja y la **depresión moderada (p=0.003)**. Y por último se encontró relación estadísticamente significativa según la prueba de chi cuadrado entre **violación sexual** durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la **depresión severa (p=0.030)**.
- No hay relación estadísticamente significativa entre violencia emocional o psicológica con la depresión en el puerperio, según la prueba de chi cuadrado no fueron significativas estadísticamente ni para depresión leve (p=0.455), ni para depresión moderada (p=0.141), ni para depresión severa (p=0.914).
- En nuestro estudio no encontramos asociación estadísticamente significativa entre la violencia económica y la depresión leve (p=0.785), ni tampoco con la depresión moderada (p=0.126), ni tampoco con la depresión severa (p=0.246).
- Se puede concluir que se encontró una cifra alta de púerperas adolescentes deprimidas y nuestras formas de violencia estadísticamente significativas son la violencia física y sexual, lo que nos permitirá tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

- El tema de la presente investigación es un serio problema de salud pública, que afecta a todas las sociedades, existiendo un marcado interés por los problemas que genera en la madre, como la disminución de la calidad de vida. De igual manera, el niño no tiene estímulos adecuados que le permitan tener un correcto desarrollo físico y neuropsicológico.



## VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda incluir dentro de la evaluación prenatal y posnatal la aplicación de Escalas de tamizaje de Depresión, con la finalidad de detectar oportunamente síntomas depresivos y diagnosticar oportunamente esta patología, para evitar sus consecuencias en la madre como los recién nacidos.
- Capacitación al personal para el abordaje de esta temática, el conocimiento de las consideraciones éticas para el manejo de la violencia de pareja, la utilización de instrumentos que permitan la identificación rápida y adecuada de los casos, la formulación de intervenciones y continuación de la investigación sobre el tema, con abordaje desde obstetricia, aprovechando el contacto con las mujeres durante el control prenatal, la psicoprofilaxis obstétrica, el nacimiento y el posparto, escenarios donde se pueden detectar los casos de violencia, contribuir a romper el silencio de las usuarias, fomentar la denuncia oportuna y reducir las complicaciones de las usuarias y sus hijos, a la vez que se contribuye a la notificación, evitando el subregistro de los casos.
- Es necesario aplicar estos instrumentos de manera permanente en los servicios para detectar y remitir en los casos que la situación lo amerite, y por otro lado realizar seguimiento de las mujeres que muestren puntuaciones altas, en las dimensiones de la escala de depresión posparto, con el propósito de profundizar en el estudio de esta problemática.
- La presencia de factores de riesgo para Depresión post parto en adolescentes varía entre cada población y en el transcurrir del tiempo; por lo tanto, debe recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2013.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf).
2. Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *An Fac med.* 2009;70(2):115-8
3. Mercado Huachupoma, Yisell Diana, Paccori Yanac, Leonor Vanesa. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. UNMSM. Lima-Perú2012
4. Informe N° 006-2009-IN/DDP-OEM, “opinión previa sobre propuesta final del Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer. Mujer 2009-2015, emitido por la Defensora de la Policía del Ministerio del Interior con fecha 2 de marzo de 2009.
5. Stacy C. Hodgkinson , MA, Elizabeth Colantuoni , PhD, Debra Roberts , PhD, Linda Berg-Cross , PhD, y Harolyn ME Belcher , MD, MHS. Los síntomas depresivos y los resultados de nacimiento entre adolescentes embarazadas *J Pediatr Adolesc Gynecol.* Autor manuscrito; disponible en PMC 2010 27 de septiembre.
6. Hashima E Nasrin , Zarina N Kabir , Yvonne Forsell , y Maigun Edhborg. Prevalencia y factores asociados de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo: un estudio basado en la población en zonas rurales de Bangladesh *BMC Health mujer.* 2011; 11: 22
7. Stacy C. Hodgkinson , Elizabeth Colantuoni en su trabajo de investigación en el 2010. “Los síntomas depresivos y los resultados de nacimiento entre adolescentes embarazadas”. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 02 2010; 23 (1): 16-22.
8. Urdaneta M. MSc , Ana Rivera S., José García I. PhD, Mery Guerra V. PhD, Nasser Baabel Z. PhD , Alfi Contreras B. Prevalencia De Depresión Posparto En Primigestas Y Múltiparas Valoradas Por La Escala De Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(5): 312 – 320 Santiago 2010.
9. Óscar Alejandro Bonilla-Sepúlveda. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Rev colomb obstet ginecol* vol.61 no.3 Bogotá jul./sept. 2010
10. Taryn L., M. Oxford. Los efectos a largo plazo de la violencia de pareja en los síntomas depresivos madres adolescentes. *Soc Sci Med* 2008 marzo; 66 (6): 1322-1333.
11. Matilde Lena Luna Matos; Joel Salinas Piélagos; Antonio Luna Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica* vol.26 n.4 Washington Oct. 2009
12. Cleusa P Ferri , Sandro S Mitsuhiro , Marina CM Barros , Elisa Chalem , Ruth Guinsburg , Vikram Patel , Martin Prince. El impacto de la experiencia materna de violencia y trastornos

- mentales comunes sobre los resultados neonatales: una encuesta a madres adolescentes en Sao Paulo, Brasil Ronaldo Laranjeira. BMC Public Health. 2009; 7: 209
13. Estado mundial de la Infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades.UNICEF.[http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index\\_bigpicture.html](http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html)
  14. Ronald Paul Barrezueta. "Factores Psicológicos Asociados A La Depresion En Las Adolescentes Embarazadas Asistidas En El Hospital Obstétrico Angela Loayza De Ollague En La Ciudad De Santa Rosa, Periodo 2011-2012"
  15. Depresión: una crisis global día mundial de la salud mental 2012. The world federation for mental health expresses its sincere appreciation to prof. Dr Cecilia Alvarez, professor of psychiatry at the University of the Republic, northern region of Uruguay and interpreter at medical conferences for this Spanish translation. We and our spanish-speaking readers are indebted to her.
  16. Goldman, H. (2008). Psiquiatría general. México: El Manual Moderno.
  17. Arteaga Vega, López Cruz, Silvia Norma. Evolución de la mortalidad materna en América Latina, El Caribe y Bolivia. Aspectos que influyen. Arch. Boliv. Med. internet]. 2009; 13(81): 35-40
  18. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. 2002
  19. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012.
  20. Julio Cesar Espín; Anais Marta Valladares G. ; Jorge Carlos Abad A.; Clarivel Presno L.; Nancy Gener A.. La violencia, un problema de salud. 2008
  21. Susana Elsa Ku Carbonell. Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital maría auxiliadora, marzo, 2009. Rev. Per Obst Enf. v.5 n.1 Lima ene./jun. 2009
  22. Urdaneta JR, Rivera AT, García J, Guerra M, Baabel NS, Contreras AJ. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev. Chil Obstet Ginecol 2011;76(2):102-12.
  23. Patricia Martínez Lanz y K. Romano Waysel. Enseñanza e investigación en psicología vol. 14, num. 2: 261-274 julio-diciembre, 2009
  24. Claudia Wolff L., Paula Valenzuela X., Karim Esteffan S, Daniela Zapata B. Depresión Posparto En El Embarazo Adolescente: Análisis Del Problema Y Sus Consecuencias .Obstet Ginecol 2009; 74(3): 151 – 158
  25. Rosario de Jesús Paina P., Ruth I. Vásquez J. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú. 2011

26. David Pabón Rincón, Robinson Ramírez V. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal Vol. 56. Núm. 06. Junio 2013 - Julio 2013
27. Andrea Parés, Diana Brindis, Lorena Angeles, Xiomara Sanabria.- ucla. Factores psicosociales de riesgo de depresión mayor en la adolescencia. Vol. 1, No 4 (2010) Parés
28. J.F. La torre L.M. Contreras-Pezzottic, O.F. Herrán-Fallaba Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo., March 2008, Pages 332–338
29. Mikki Meadows-Oliver, Profesor Asistente y Lois Sadler, PhD, APRN, PNP-BC, Profesor. La depresión entre las madres adolescentes inscritos en un programa Parenting High School. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2010 December; 48(12): 34–41.
30. John A. Yozwiak. Depresión posparto y madres adolescentes: una revisión de los métodos de evaluación y tratamiento. Volume 23, Issue 3 , June 2010,
31. Meltzer-Brody S, Bledsoe-Mansori SE, Johnson N, et al. Un estudio prospectivo de la depresión perinatal y la historia de trauma en adolescentes embarazadas minoritarios. Am J Obstet Gynecol 2013; 208:211 e1-7.
32. H Choi , Yamashita T , Wada Y , Narumoto J , Nanri H , A Fujimori , Yamamoto H , Nishizawa S , D Masaki , Fukui K . Los factores asociados con la depresión postparto y el comportamiento abusivo en las madres con bebés. . Psiquiatría Clin Neurosci 2010 Apr; 64 (2) :120-7.
33. Sarkar NN. El impacto de la pareja la violencia en la salud reproductiva de la mujer y el resultado del embarazo. J Obstet Gynecol abril 2008, 28 (3): 266-71.
34. Póo F AM, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la CM, Hernández OT, Pérez HC. Prevalencia y factores de riesgo asociados con la depresión posparto en púerperas consultan en atención primaria. Rev. Med Chil enero 2008; 136 (1): 44-52.
35. Niloufer S. Ali, S. Iqbal Azam , Badar Ali S. , Ghurnata Tabbusum , y Sana S. Moin. Frecuencia y factores asociados a la ansiedad y la depresión en mujeres embarazadas: Un estudio transversal basado en el hospital. Scientific World Journal 2012, 2012
36. Robert T. Ammerman , , \* Frank W. Putnam , Mekibib Altaye , Liang Chen , Lauren J. Holleb , Jack Stevens ,Jodie A. Short , y Judith B. Van Ginkel . Los cambios en los síntomas depresivos en las madres primerizas de Visitas al Hogar . Child Abuse 2009 Marzo, 33 (3): 127-138.
37. Humberto Trejo, Juan Torres. Depresión en adolescente embarazadas que acuden al hospital perinatal. Revista mexicana de pediatría. Vol. 76, núm. 1. 2009
38. Ronald P. Barrezuela R., Jaqueline C.. J. Factores psicológicos asociado a la depresión en las adolescentes embarazadas asistidas asistidas en el hospital obstétrico Ángela Loayza. Ecuador 2012. Tesis.

39. Cosme Esquivel, Antonio Sifuentes, Sergio Estrada. Prevalencia de la depresión postnatal en mujeres mexicanas atendidas en hospitales públicos de Durango. *Gac. Med. Mex.* Vol. 146 n° 1. 2010.
40. Teresa Latiguea. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatal reproductor, hum.* Vol. 2 junio 2008.
41. Barnett B. L., Liu J., DeVoe, « Double Jeopardy: Adolescent Depression and Rapid Subsequent Pregnancy in Adolescent Mothers. » *Arch Pediatr Adol Med*, vol. 3, n° 162, pp. 246-262, 2008..
42. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014; 27(3):138-50.
43. Kabir K, Sheeder J, Stevens C. Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21:335-42.
44. Alonso SJ, Damas C, Navarro E. Behavioral despair in mice after prenatal stress *J. Physiol Biochem* 2000;56(2):77-82.
45. Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007; 67(3):187-91.
46. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10(3):103-9.
47. Moreno A, Domínguez L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(3):209-13.
48. Schmidt R, Wiemann C, Rickert V, Smith E. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *J Adolesc Health* 2006; 38(6):712-8.
49. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, García CR, Torres A, Sandoval F. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx* 2010; 146(1):1-9.
50. Secco M, Profit S, Kennedy E, Walsh A, Letorneau N, Steward M. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *JOGNN* 2007;36(1):47-54
51. Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev. Perú Epidemiol* 2008; 12 (3):1-5.

52. Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santiváñez WR, Aliaga JR; Álvarez L, Calmet R. Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Rev Invest Psicol* 2005; 8(2):23-39.
53. Lesser J, Koniak-Griffin D. The impact of physical abuse on chronic depression in adolescent mothers. *J Pediatr Nurs* 2000; 15(6):378-87.
54. Canaval GE, González MC, Martínez L, Tovar MC, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica* 2000; 31(1):4-10.
55. Távara L, Zegarra T, Zelaya L, Arias M, Estolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Ginecol Obstet.* 2003; 49(1):31-8.
56. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev. Med Chile* 2010;138(5):536-42.
57. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48(4):269-78.
58. Morris J, Freda M, Bernstein P. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188(121):7-9.
59. Sheeder J, Kabir K, and Stafford B. Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life? *Pediatrics* 2009; 123(6); e982-e988.
60. Leung W, Kung F, Lam J, Leung J, Ho P. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 79:159- 66.
61. Carrera ML. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. Valencia, España: Universidad de Valencia. Serie de Publicaciones. 2004.
62. Aragonés E, Masdeu RM, Cando G, Coll G. Validez diagnóstica de la self-rating depression scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001;29:310-6.
63. L. Molero, Ramón Urdaneta Machado , Charles Sanabria , Nasser Baabel Zambrano, Alfi Contreras Benítez, Estefany Azuaje Quiroz a, Nadia Baabel Romero. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.79 no.4 Santiago 2014.
64. Logsdon M, Hertweck P, Ziegler C, Pinto-Foltz. Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(2): 116-23.

## ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y conteste:

### I) DATOS GENERALES:

1. Edad: .....

2. Grado de instrucción:

- a) Primaria incompleta [1]
- b) Primaria completa [2]
- c) Secundaria incompleta [3]
- d) Secundaria completa [4]
- e) Técnico Incompleto [5]
- f) Técnico completo [6]
- g) Superior incompleto [7]
- h) Superior completo [8]

3.- Zona o ubicación del domicilio:

.....

4.- Procedencia:

- a) Costa [1]
- b) Sierra [2]
- c) Selva [3]

5.- Estado civil:

- a) Soltera [1]
- b) Conviviente [2]
- c) Casada [3]
- d) Separada [4]
- a) Divorciada [5]

### II) IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

6. ¿En este embarazo, algún miembro de tu familia o pareja te causó daño físico?

Si [1]

No [2]

7. Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión de la cual fuiste víctima:

- 1) Golpes en el Cuerpo (patadas, puñetazos, bofetadas) [1]
- 2) Empujones [2]
- 3) Golpes con objetos [3]
- 4) Caídas [4]
- 5) Quemaduras [5]
- 6) Heridas con objetos punzocortantes [6]

8. ¿Qué parentesco tiene con usted la persona que le causó daño físico durante su embarazo?

- a) Padre [1]
- b) Madre [2]
- c) Hermanos [3]
- d) Pareja [4]
- e) Otros [5]

9. ¿El agente (persona) que la agredió físicamente vive con usted?

- Si [1]                      No [2]

10. ¿En este embarazo se ha sentido agredida emocional o psicológicamente por algún miembro de su familia o pareja?

- Si [1]                      No [2]

11. Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión psicológica de la cual fuiste víctima:

- a) Insultos [1]
- b) Amenazas [2]
- c) Humillación [3]
- d) Gritos [4]
- e) Intimidación [5]
- f) Abandono [6]

12. ¿Qué parentesco tiene con usted la persona que le agredió psicológicamente?

- a) Padre [1]
- b) Madre [2]
- c) Hermanos [3]
- d) Pareja [4]
- e) Otros [5]



13. ¿El agente (persona) que la agredió psicológicamente vive con usted?

Si [1]

No [2]

14. ¿Durante su embarazo recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1]

No [2]

15. ¿Durante su embarazo recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1]

No [2]

16. ¿El agente (persona) que la agredió sexualmente vive con usted?

Si [1]

No [2]

17. ¿Durante el embarazo usted trabajaba?

Si [1]

No [2]

## ANEXO 2: TEST DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Conteste a las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros por cada ítem, según el siguiente criterio:

1. Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/Raramente
2. Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando
3. Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente
4. Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo

		1	2	3	4
1	Me siento triste y deprimido/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y, a veces, lloro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ahora tengo menos apetito que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Creo que estoy adelgazando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Estoy estreñado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Tengo palpitaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Mi cabeza no está tan despejada como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	No hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	quieto/a.				
14	No tengo esperanza ni confianza en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Me siento más irritable que habitualmente. Me enfado con facilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Encuentro difícil la toma de decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	No me creo útil y necesario para la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Creo que sería mejor para los demás que me muriera.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20	No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**RESULTADO DEL ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)**

El rango de calificación es:

1. Ligeramente deprimido    SI                       NO

2. Moderadamente deprimido    SI                       NO

3. Severamente deprimido    SI                       NO

### ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPOS DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE VERIFICACION	INDICADOR	CODIFICACION
Violencia intrafamiliar	Agresión sufrida por parte de algún miembro de la familia.	Violencia Física	Cualitativa	Nominal	Fuente de recolección de datos	¿En este embarazo, algún miembro de tu familia o pareja te causó daño físico?  Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión de la cual fuiste víctima.  Qué parentesco tiene con usted la persona que le causó daño físico durante su embarazo.	(SI) (No)
		Violencia Psicológica	Cualitativa	Nominal		El agente (persona) que la agredió psicológicamente vive con usted.  Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión psicológica de la cual fuiste víctima.	
		Violencia Sexual	Cualitativa	Nominal		Durante su embarazo recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja.  El agente (persona) que la agredió sexualmente vive con usted.	
		Violencia Económica	Cualitativa	Nominal		Durante el embarazo usted trabajaba	

Depresión en adolescente postparto	Trastorno del estado anímico de adolescente post parto en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.		Cualitativa	Nominal	Escala De Autoevaluación Para La Depresión De Zung	El rango de calificación es: rango normal •Ligeramente deprimido •Moderadamente deprimido •Severamente deprimido	(SI) (No)
------------------------------------	--	--	-------------	---------	--	--	--------------