

DEPRESIÓN ASOCIADA A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD PERUANO, 2022

DEPRESSION ASSOCIATED WITH INTRAFAMILY VIOLENCE IN PREGNANT WOMEN TREATED AT A PERUVIAN HEALTH CENTER, 2022

Ximena Cardenas-Barrios ¹, Zaida Zagaceta-Guevara ²

Filiación:

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia, Lima, Perú
² Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia, Lima, Perú

Cómo citar el artículo: Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en un centro de salud peruano, 2022. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2024; 9(2): o16-o24. DOI: 10.47784/rismf.2024.9.2.339

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de interés: No se han identificado conflictos de interés

Correspondencia:

Ximena Cardenas Barrios
Correo electrónico:
ximena.cardenas@unmsm.edu.pe

Recibido: 12-04-2024

Revisión: 10-05-2023

Aprobado: 21-06-2023

Anticipada: 28-06-2023

Publicado: 28-06-2023



RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre la depresión y la violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en un centro de salud peruano durante el 2022.

Material y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, analítico transversal. Se seleccionó un total de 180 gestantes adultas que acuden al Centro de Salud Nocheto, Lima (Perú). La violencia intrafamiliar se evaluó mediante el cuestionario estándar del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y la depresión mediante el Inventario de depresión de Beck. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la universidad y el permiso de la jefatura del establecimiento de salud.

Resultados: El 36.11% [IC95%: 29.39-43.43] de las gestantes presentó depresión, siendo 1.11% severa; así mismo, el 41.67% [IC95%: 36.64-49.05] refirió haber presentado violencia intrafamiliar. Se identificó que el presentar violencia intrafamiliar incrementa la probabilidad de presentar depresión durante el embarazo (RPa: 9.89; p<0.001). Los tipos de violencia asociados fueron la psicológica (RPa: 10.44; p<0.001) y la física (RPa: 1.78; p=0.007).

Conclusión: Existe una asociación entre la violencia intrafamiliar y la depresión durante el embarazo, siendo los tipos de violencia asociados la psicológica y la física.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; Depresión; Embarazo; Prevención primaria; Salud mental (Fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective: To assess whether depression is associated with domestic violence in pregnant women treated at the Nocheto Health Center, February-May 2022.

Material and methods: A quantitative, observational, cross-sectional analytical study. A total of 180 pregnant adults who attend the health facility in person were selected. Intrafamily violence was assessed using a questionnaire from the Ministry of Women and Vulnerable Populations and depression using the Beck Depression Inventory. The study has the approval of the ethics committee of the university and the permission of the head of the health establishment. **Results:** 36.11% [95%CI: 29.39-43.43] of the pregnant women presented depression and 1.11% severe depression; likewise, 41.67% [95%CI: 36.64-49.05] reported having experienced domestic violence. It was identified that presenting domestic violence increases the probability of presenting depression during pregnancy (aPR: 9.89; p<0.001). The associated types of violence were psychological (aPR: 10.44; p<0.001) and physical (aPR: 1.78; p=0.007).

Conclusion: There is an association between domestic violence and depression during pregnancy, the types of violence associated being psychological and physical.

Key words: Violence, Depression, Pregnancy, Primary prevention, Mental health (Fuente: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la ausencia de interés, sentimientos de tristeza, culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, falta de concentración y sensación de cansancio; sintomatología que usualmente se atribuye al embarazo durante la atención prenatal y dificulta su detección (1,2). Revisiones al respecto han estimado que la prevalencia global es del 11.9% (3) aunque con un incremento al 25.6% durante la pandemia por coronavirus (4); así mismo se ha identificado que la proporción es mayor en países de bajo y medianos ingresos, por ejemplo, en Sudamérica antes de la pandemia la prevalencia fue del 29% (2) y en el Perú se han reportado valores del 30,5% (5).

La depresión durante la gestación podría generar un aumento en el riesgo de desarrollar preeclampsia y también ha sido asociada al parto pretérmino, a su vez puede producir en la madre y el recién nacido mayor irritabilidad, alteraciones en el patrón del sueño y mayor riesgo de adquirir apego inseguro, que está asociado a conductas violentas y dificultad para el aprendizaje (2,6) Un estudio realizado en los hijos de mujeres que tenían síntomas depresivos severos halló variaciones en cuanto a las áreas relacionadas con inhibición y control de atención (7); lo cual podría indicar que a futuro tendrán un riesgo mayor de padecer depresión y desórdenes conductuales (7-9)

Por otro lado, la violencia implica cualquier acto intencional que pueda generar traumatismos, daño psicológico, problemas de desarrollo o la muerte (10). Se estima que el 40% de las mujeres en los Estados Unidos han sido víctimas de violencia sexual y un 20% presentan violencia física por su pareja (11); así mismo, una revisión reportó que el 25% ha experimentado algún tipo de violencia en el mundo (12) y se han identificado valores de hasta 57% en países del África (13). Se han documentado diversas complicaciones asociadas a los tipos de violencia, que van desde las lesiones directas como fracturas o laceraciones, hasta repercusiones obstétricas como el parto prematuro, bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional (11,14). sin embargo, también existe un subreporte de repercusiones en la salud mental de la gestante.

La violencia durante el embarazo puede incrementar la probabilidad de depresión, estrés y

ansiedad, así como la adicción al alcohol o drogas (15,16), sin embargo, aún no es claro qué tipo de violencia podría favorecer en mayor medida la aparición de depresión durante la gestación, lo cual se busca dilucidar en este estudio. Por otro lado, esta investigación busca esclarecer el fenómeno en un centro de atención primaria, el cual se ha identificado como una necesidad por existir una ausencia de evidencia al respecto (17). Por lo cual, el objetivo del presente estudio es evaluar si la depresión se asocia a los tipos de violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en un centro de salud peruano durante el 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de enfoque cuantitativo con diseño analítico transversal, donde se evaluó la proporción de violencia dentro de los grupos de participantes con depresión (casos) y quienes no presenten esta condición (controles). Se consideró como población a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Nochetto en Lima, Perú, durante el período de febrero a mayo del 2022; el establecimiento es un centro de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud, el cual por su categoría brinda atención obstétrica ambulatoria sin posibilidad de internamiento (18).

Se incluyeron gestantes que presenten al menos un control prenatal en el establecimiento, que no tengan una atención médica inmediata y sean mayor o igual a 18 años, así mismo, se excluyeron quienes hayan ingresado por el área de emergencias de la institución, que presente una discapacidad mental que dificulte su participación y quienes expresamente no deseen ser parte del estudio. Se consideraron como casos a las gestantes de cualquier edad gestacional que presenten algún grado de depresión.

El marco muestral fue el registro diario de gestantes que acuden al servicio de obstetricia para su atención prenatal en el Centro de Salud Nochetto. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el software libre Openepi (19) considerando un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y una razón de controles por caso de 1. Se tomó como referencia un estudio similar peruano (20) donde el porcentaje de controles expuestos fue de 61%, mientras que el porcentaje de casos expuestos fue de 39%. Con lo cual, el tamaño de la muestra calculado fue de 180 gestantes. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple.

Una de las variables fue la depresión, clasificada como leve, moderada y grave, y medida mediante el “Inventario de depresión de Beck” (BDI-2), el cual ya ha sido validado en gestantes (21). La versión en español del cuestionario fue validada en Chile, donde obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.92. (22)

Por otro lado, la siguiente variable fue la Violencia intrafamiliar, clasificada en física, psicológica, sexual y patrimonial, evaluada mediante la ficha de recolección de datos del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables del Perú (23).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en un centro de salud peruano, 2022

	Total		Depresión				p †
	n	%	Si		No		
Edad (media; D.S.)	(27.1; 6.89)		(26.3; 7.23)		(27.4; 6.70)		0.312*
Lugar de nacimiento							
Lima	120	66.67	45	69.23	75	65.22	0.067
Resto del Perú	51	28.33	20	30.77	31	26.96	
Extranjero	9	5.00	0	0.00	9	7.83	
Lugar de residencia							
Ate	1	0.56	0	0.00	1	0.87	0.369
El Agustino	71	39.44	23	35.38	48	41.74	
Lima	2	1.11	0	0.00	2	1.74	
Lurigancho	1	0.56	1	1.54	0	0.00	
Santa Anita	105	58.33	41	63.08	64	55.65	
Estado civil							
Casada	16	8.89	5	7.69	11	9.57	0.857
Conviviente	89	49.44	33	50.77	56	48.70	
Divorciada	1	0.56	0	0.00	1	0.87	
Soltera	74	41.11	27	41.54	47	40.87	
Grado de instrucción							
Primaria	2	1.11	1	1.54	1	0.87	0.070
Secundaria	139	77.22	56	86.15	83	72.17	
Superior	39	21.67	8	12.31	31	26.96	
Número de hijos vivos (media; D.S.)	(0.97; 0.99)		(1.28; 1.13)		(0.79; 0.87)		0.002*
Número de embarazos (media; D.S.)	(2.22; 1.28)		(2.71; 1.55)		(1.93; 1.00)		<0.001*
Utilizaba métodos anticonceptivos							
No	114	63.33	51	78.46	63	54.78	0.002
Si	66	36.67	14	21.54	52	45.22	
Embarazo planeado							
No	145	80.56	61	93.85	84	73.04	0.001
Si	35	19.44	4	6.15	31	26.96	
Apoyo familiar							
No	103	57.22	43	66.15	60	52.17	0.069
Si	77	42.78	22	33.85	55	47.83	
Enfermedad crónica							
Si	19	10.56	10	15.38	9	7.83	0.113
No	161	89.44	55	84.62	106	92.17	
Edad gestacional (media; D.S.)	(25.3; 7.31)		(26.52; 6.91)		(24.6; 7.47)		0.087*
Total	180	100	65	100.0	115	100	

* Evaluado mediante la prueba T de Student para muestras independientes
Ninguna participante presentó discapacidad ni consumía drogas

† Evaluado mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson
Extranjero: Todas las participantes fueron venezolanas
D.S.: Desviación estándar

Tabla 2. Tipos de violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en un centro de salud peruano, 2022

	n/N	%	[IC95%]
Tipo de violencia física intrafamiliar			
Bofetadas	2/180	1.11	[0.28-4.37]
Jaladas de cabello	3/180	1.67	[0.53-5.07]
Empujones, tirar al suelo	3/180	1.67	[0.53-5.07]
Tipo de violencia psicológicas intrafamiliar			
Gritos e insultos	39/180	21.67	[16.21-28.33]
Violencia racial o insulto étnico-racial	9/180	5.00	[2.61-9.37]
Indiferencia	9/180	5.00	[2.61-9.37]
Rechazo	18/180	10.00	[6.37-15.36]
Desvalorización y/o humillación	50/180	27.78	[21.69-34.82]
Otras amenazas diversas (incluso de daño o muerte)	1/180	0.56	[0.08-3.88]
Rompe o destruye cosas en la casa	5/180	2.78	[1.15-6.54]
Vigilancia continua/ persecución	2/180	1.11	[0.28-4.37]
Botar de la casa	4/180	2.22	[0.83-5.81]
Tipo de violencia sexual intrafamiliar			
Hostigamiento sexual	4/180	2.22	[0.83-5.81]
Tipo de violencia patrimonial intrafamiliar			
Limitación o control de sus ingresos	5/180	2.78	[1.15-6.54]
Limitación de recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades	2/180	1.11	[0.28-4.37]

n/N: Casos detectados / Total de participantes
IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Previo a la ejecución del estudio se realizó una validación del instrumento, obteniendo una aprobación de expertos y un Alpha de Cronbach de 0.779 en una prueba piloto. Finalmente, también se evaluaron características sociodemográficas de las participantes.

Se capturaron gestantes en la sala de espera del consultorio externo, se revisó que las gestantes cumplan con los criterios de selección y que durante al menos 20 minutos no vayan a ser atendidas. Durante la ejecución se les explicó el objetivo del estudio, los beneficios que tendrían como participantes del estudio y los procedimientos a seguir en caso de que se obtuviesen resultados positivos al tamizaje de violencia y depresión. Se consultó si deseaban participar y se procedió a entregarles el consentimiento informado. Después de haber resuelto sus dudas se realizó la resolución de los cuestionarios.

Los datos se analizaron el software STATA versión 17. La asociación fue evaluada mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson, donde se asumió una asociación de variables cuando el $p < 0,05$. La fuerza de la asociación fue evaluada mediante la Razón de Prevalencia (RP).

Finalmente, se evaluó si existió confusión o modificación de efecto dentro del proceso, para lo cual se aplicó un análisis multivariado mediante Regresión de Poisson.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (oficio 0014-2022) y la aprobación del establecimiento de salud (oficio 041-2022-CSN-MRSA). Se coordinó con el área de psicología el poder derivar a aquellas personas que presenten violencia o depresión durante el tamizaje, siempre y cuando la participante esté de acuerdo, así mismo la investigadora principal brindó información respecto a los canales de reporte de violencia del ministerio peruano.

RESULTADOS

Se evaluaron 180 gestantes, donde se identificó que el 36.11% [IC95%:29.38-43.43] presentó depresión. El 18.89% [IC95%:13.79-25.32] presentó depresión leve, un 16.11% [IC95%:11.40-22.27%] depresión moderada y un 1.11% [IC95%:0.28-4.37%] depresión severa. Las características sociodemográficas de las gestantes se encuentran descritas en la **Tabla 1**. Se observó que quienes tuvieron depresión mostraban un mayor número de hijos vivos ($p=0.002$) y de embarazos previos ($p<0.001$). Así mismo, quienes

tuvieron depresión tuvieron un menor uso de métodos anticonceptivos ($p=0.002$) y de embarazos planteados ($p=0.001$).

Se observó que el 41.67% [IC95%:34.64-49.05%] de las gestantes atendidas presentó violencia intrafamiliar durante su embarazo, de las cuales el porcentaje de violencia física fue de 4.44% [IC95%:2.22-8.67%], de violencia psicológica el 40.56% [IC95%:33.58-47.93%], violencia sexual el 2.22% [IC95%:0.83-5.81%] y de violencia patrimonial el 3.89% [IC95%:1.86-7.97%]. En la **Tabla 2** se muestran los tipos de violencia detectados. Dentro de los tipos de violencia física intrafamiliar se observa que los más frecuentes fueron “Empujones, tirar al suelo” y “Jaladas de cabello”. Dentro de los tipos de violencia psicológica intrafamiliar se observa que la más frecuente fueron la “Desvalorización y/o humillación” (27.78%), seguido de “Gritos e insultos” en un 21.67% y “Rechazo” en un 10%. Se observó que el tipo de violencia sexual intrafamiliar en gestantes que se presentó fue “Hostigamiento sexual” en un 2.22%. Finalmente, se observó que el tipo de violencia patrimonial intrafamiliar más frecuente en las gestantes atendidas fue la “Limitación o control de sus ingresos” en un 2.78%.

En la **Tabla 3** se observa la asociación cruda entre depresión y violencia intrafamiliar durante el embarazo, donde se observa que presentar violencia intrafamiliar incrementa en 9.98 veces la probabilidad de presentar depresión ($p<0.001$). La misma asociación se encontró con el tipo de violencia física ($p<0.001$; RPc: 2.59), psicológica ($p<0.001$; RPc: 10.44) y sexual ($p<0.001$; RPc: 2.89).

En la **Tabla 4**, se ajustó la asociación mediante las variables intervinientes: número de hijos vivos, número de embarazos, uso de métodos anticonceptivos y embarazo planeado. Ante ello se encontró que la probabilidad de depresión incrementa cuando la gestante presenta violencia intrafamiliar (RPa: 9.89; $p<0.001$), violencia física (RPa: 1.78; $p=0.007$) y violencia psicológica (RPa: 10.44; $p<0.001$).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio han permitido identificar la prevalencia de depresión y proporción de violencia intrafamiliar.

Tabla 3. Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en un centro de salud peruano, 2022

	Depresión				p †
	Si		No		
	n	%	n	%	
Violencia intrafamiliar					
Si	57	87.69	18	15.65	<0.001
No	8	12.31	97	84.35	
Violencia física intrafamiliar					
Si	7	10.77	1	0.87	<0.001
No	58	89.23	114	99.13	
Violencia psicológica intrafamiliar					
Si	57	87.69	16	13.91	<0.001
No	8	12.31	99	86.09	
Violencia sexual intrafamiliar					
Si	4	6.15	0	0.00	<0.001
No	61	93.85	115	100.0	
Violencia patrimonial intrafamiliar					
Si	4	6.15	3	2.61	0.161
No	61	93.85	112	97.39	
Total	65	100	115	100	

RPc: Razón de prevalencia cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%

† Evaluado mediante Regresión de Poisson

Tabla 4. Análisis crudo y ajustado de la asociación entre depresión y violencia intrafamiliar durante el embarazo

	Depresión			
	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	p †	RPc [IC95%]	p †	RPa [IC95%]
Violencia intrafamiliar				
Si	<0.001	9.98 [5.05-19.69]	<0.001	9.89 [4.66-20.98]
No		<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
Violencia física intrafamiliar				
Si	<0.001	2.59 [5.29-20.60]	0.007	1.78 [1.17-2.69]
No		<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
Violencia psicológica intrafamiliar				
Si	<0.001	10.44 [5.29-20.60]	<0.001	10.44 [4.92-22.13]
No		<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
Violencia sexual intrafamiliar				
Si	<0.001	2.89 [2.35-3.54]	0.322	1.33 [0.76-2.33]
No		<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>
Violencia patrimonial intrafamiliar				
Si	0.161	1.62 [0.83-3.18]	0.355	1.39 [0.69-2.77]
No		<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>

RPc: Razón de prevalencia crudo; RPa: Razón de prevalencia ajustado; IC95%: Intervalo de confianza al 95%. Análisis ajustado con las variables: Número de hijos vivos, Número de embarazos, Uso de métodos anticonceptivos y Embarazo planeado.

† Evaluado mediante Regresión de Poisson

Asimismo, estimar el porcentaje de cada tipo de violencia dentro de un establecimiento del primer nivel de atención, lo cual representa de mejor manera la realidad de la población peruana que acude a un establecimiento general más que especializado como el hospitalario (24). Por otro lado, un aporte significativo del estudio involucra que no solo se reconoció cuántas sufrieron de violencia y el tipo de violencia, sino que se ahondó al tipo de violencia particular, lo cual permitirá a futuro la generación de políticas más eficaces (25).

Dentro de los resultados se encontró que el 36% de las gestantes que participaron en el estudio tienen depresión, lo cual supera a un estudio peruano reciente que reportaba la depresión en el 30,5% de gestantes (5) y a indicadores globales antes o después de la pandemia (3,4). Este mayor porcentaje no solo podría obedecer a la pandemia, sino también a que en los establecimientos de atención primaria existe una mayor representatividad de la población general, a diferencia de los hospitales donde la población suele tener complicaciones médicas graves (26).

La evidencia científica previa muestra que las gestantes inactivas físicamente durante el embarazo tenían un riesgo del 16% más de padecer depresión prenatal (27). Así mismo, se ha identificado de los servicios de “salud móvil” en la salud mental perinatal. Los autores mencionan que es importante mejorar estos servicios para que puedan brindar información más amplia y la ayuda oportuna de profesionales capacitados (28). Por otro lado, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos recomienda que las intervenciones de asesoramiento deberían ser aplicadas en mujeres con factores de riesgo de depresión, ya que hallaron pruebas convincentes de que éstas permiten prevenir la depresión perinatal, entre las más eficaces incluyeron la terapia cognitiva conductual y la terapia interpersonal (29).

También se halló que las gestantes con depresión son quienes no habían utilizado métodos anticonceptivos previamente, este enunciado se relaciona con la ausencia de planificación del embarazo, ello coincide con un estudio realizado en

Venezuela en el que se indicaba que había un riesgo de 1.66 veces mayor de presentar depresión cuando el embarazo no había sido planificado o deseado (30).

Cerca de la mitad tuvo violencia intrafamiliar, estas cifras son mucho más altas en comparación a un estudio realizado en un centro del primer nivel peruano, que indicaba que a nivel de la población estudiada había una prevalencia de 24.9% de violencia intrafamiliar en las gestantes con depresión (31).

La violencia física más frecuente en gestantes es las jaladas de cabello y empujones, tirar al suelo, lo cual coincide con reportes del ministerio de la mujer peruano (MIMP) en púerperas hospitalizadas en el que se indica que esos fueron los tipos de violencia física más frecuentes junto con cachetadas (32). La violencia psicológica más frecuente en gestantes es la desvalorización y/o humillación y gritos e insultos, estos datos coinciden con el estudio ya mencionado del MIMP, en el que además se halla una relación con complicaciones maternas y este es el tipo de violencia que se presenta con más regularidad (32). La violencia sexual encontrada en gestantes es el hostigamiento sexual que implica ser forzado por sus parejas para mantener relaciones sexuales, este tipo de violencia fue el menos frecuente y también coincidió con el estudio del MIMP, en el que además se adicionaron tocamientos indebidos no consentidos y un caso de violación durante el embarazo (32).

Tener violencia intrafamiliar (general) aumenta en 9 veces la probabilidad de presentar depresión durante el embarazo, esta cifra es alarmante debido a las consecuencias que esto conlleva, e incluso es mayor que la de un estudio realizado en Brasil que mencionaba que las mujeres que habían sufrido cierto tipo de violencia tenían una probabilidad de 6.74 veces mayor de presentar síntomas depresivos (33). Se revisaron diversos estudios en los que se obtuvo evidencia que respalda los datos obtenidos, uno de los estudios fue realizado en Egipto con gestantes en el cual se evaluaba la relación entre la violencia ejercida por las parejas y la depresión, encontraron una gran asociación entre ambas variables, además de ello encontraron que el tipo de violencia más significativo que causaba depresión fue la emocional y la sexual (34). Otro estudio realizado al norte de Tanzania también encontró una asociación relevante sobre violencia de pareja

íntima y depresión, en el que coincide con el presente estudio y considera a la violencia, en cualquiera de sus tipos, pero principalmente a la física, como un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de presentar depresión durante el embarazo (35).

Es preciso interpretar los resultados del estudio en base a ciertas limitaciones que se tuvieron durante el estudio. Por ejemplo, algunas gestantes tenían dificultad para participar en el desarrollo de los cuestionarios pues sentían temor de que sus parejas o familiares tuviesen acceso a sus respuestas, lo cual puede generar que las proporciones de violencia y depresión se encuentren subestimadas; ante ello, se les explicó a las potenciales participantes mediante el consentimiento informado que toda información recolectada sería confidencial. Esta subestimación también puede presentarse por el sesgo de deseabilidad social, donde las participantes pueden obviar reportar que sufren violencia o depresión debido a que son conductas no aceptadas socialmente, lo cual también se espera haber superado mediante la confidencialidad de los datos durante el estudio.

CONCLUSIÓN

Finalmente, se concluye que existe una asociación significativa entre la depresión y la violencia intrafamiliar durante el embarazo; así mismo, existe una asociación entre la depresión y los tipos de violencia física y psicológica, mas no se encontró asociación con la violencia sexual y patrimonial.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a los docentes del Departamento Académico de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por los aportes en la revisión del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depression in Pregnancy. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2019; 48(1): 58-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
3. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind, Witheford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017; 219: 89-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
4. Tomfohr-Madsen L, Racine N, Giesbrecht GF, Lebel C, Madigan S. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021; 300: 113912. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912>
5. Solís-Rojas M, Salazar-Salvatierra E, Reyes-González VA. Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. *Rev Peru Investig Materno Perinat.* 2018;7(2):16-20. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2018113>
6. Grigoriadis S, VonderPorten E, Mamisashvili L, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(4):321-341. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23656857/>
7. Lebel C, Walton M, Letourneau N, Giesbrecht G, Kaplan B, Dewey D. Prepartum and Postpartum Maternal Depressive Symptoms Are Related to Children's Brain Structure in Preschool. *Biol Psychiatry.* 2016;80(11):859-68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.12.004>
8. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience.* 2017;342:154-166. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26343292/>
9. Goodman JH. Perinatal depression and infant mental health. *Arch Psychiatr Nurs.* 2019;33(3):217-224. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31227073/>
10. Organización Mundial de la Salud. Violencia [Internet]. WHO. World Health Organization. DOI: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
11. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(2): 141-144. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>
12. Román-Gálvez RM, et al. Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2021; 9:738459. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.738459>
13. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One.* 2011; 6(3): e17591. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017591>
14. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, García-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016; 133(3): 269-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>
15. Sakar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol.* 2008; 28(3): 266-71. DOI: <https://doi.org/10.1080/01443610802042415>
16. Fonseca-Machado MO, et al. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(2): 291-305. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n2a12>
17. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vadiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry.* 2015; 28(5): 350-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000182>
18. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial 546-2011: Servicios y categorías del primer nivel de atención de salud. Lima, Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/16728-servicios-y-categorias-del-primer-nivel-de-atencion-de-salud>
19. OpenEpi Menu [Internet]. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
20. Aldave Correa J. Asociación entre depresión y violencia familiar en centro medico EsSalud Ascope. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2016. DOI: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2108>
21. Osma-Zambrano SE, Lozano-Osma MD, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB.* 26 de septiembre de 2019;22(2):171-85. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>
22. Beltrán M, Freyre M, Hernández L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30 (1), 5-13. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
23. Sistema de Registro Nacional en Violencia Familiar y sexual [Internet]. DOI:

- http://mimp.gob.pe/webs/mimp/registro_pncvfs/manuales.htm
24. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribución de la atención primaria a los sistemas de salud, y salud. [Internet].2005. Milbank Q.83 (3): 457-502. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>
25. Eriksson C. Learning and knowledge-production for public health: a review of approaches to evidence-based public health. Scand J Public Health. 2000;28(4):298-308. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11228118/>
26. Mughal F, Hossain MZ, Brady A, Samuel J, Chew-Graham CA. Mental health support through primary care during and after covid-19. *BMJ*.(373):1064. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7613516/>
27. Sanchez M, Franco E, et al. Exercise during pregnancy and prenatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Front Physiol*. 12: 640024. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34262468/>
28. Hussain N, Shah A, et al. Mobile Health por perinatal depression and anxiety: Soping review. *J Med Internet Res*. 13; 22 (4). DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32281939/>
29. Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE.UU., Curry S, Krist A, et al. Intervenciones para prevenir la depresión perinatal: Declaración de recomendación del Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE.UU. *JAMA*. 12; 321 (6): 580-587. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747971/>
30. Díaz M, Amato R, Chávez J, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus* [Internet].2013[Citado el 04 de Agosto del 2022; 17 (2): 32-40. DOI: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
31. 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*. 85(5):494-507. DOI: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262020000500494&lng=n.
32. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. MINDES. La violencia física, psicológica y social relacionada con complicaciones maternas- Hospital de Vitarte 2021. DOI: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/122.pdf>
33. Leilsonda Silva L, Custódio de Souza B, et al. Síntomas depresivos en mujeres embarazadas y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enfermo. globo* [Internet]. 2020. DOI: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400001
34. Ghoneim H, El Price M, et al. Violence and depression among pregnant women in Egypt. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21 (1) DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247570/>
- Manongi R, Rogathi J, et al. The association between intimate partner violence and signs of depression during pregnancy in Kilimanjaro región, Northern Tanzania. *J Interper Violence*. 35 (23-24). DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29294866/>

Contribuciones:

Ximena Cárdenas-Barrios: Conceptualización, Investigación, Metodología, Administración de Proyectos, Recursos, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. **Zaida Zagaceta-Guevara:** Conceptualización, Metodología, Supervisión, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.