

Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa, Perú

Postpartum Depression in Domestic Violence Victims In Arequipa, Peru

Edgard Patrick Zeballos Gonzales¹ <https://orcid.org/0000-0003-4556-0397>

Walter L. Arias Gallegos^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-4183-5093>

Águeda Muñoz del Carpio Toia¹ <https://orcid.org/0000-0003-0501-7314>

Renzo Rivera² <https://orcid.org/0000-0002-5897-9931>

Maribel Luna Condori¹ <https://orcid.org/0000-0002-3119-6240>

¹Universidad Católica de Santa María, Escuela de Medicina Humana. Arequipa, Perú.

²Universidad Católica San Pablo, Escuela de Psicología. Arequipa, Perú.

*Autor para la correspondencia: walterlizandro@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto es una condición de riesgo para las madres y sus bebés, más aún si se encuentra asociada a violencia doméstica.

Objetivo: Analizar la asociación entre la depresión postparto y la violencia doméstica en mujeres de la ciudad de Arequipa, Perú.

Métodos: Se realiza un diseño observacional, prospectivo y transversal para evaluar a 288 mujeres puérperas que acudieron al servicio de Obstetricia de un hospital nivel III. Para ello se utiliza la escala de depresión postparto de Edimburgo y el índice de violencia de pareja, previo consentimiento informado.

Resultados: Los resultados indican que el 27,8 % de estas mujeres presentaron depresión postparto y que los factores asociados fueron las discusiones de pareja y la violencia física y no física.

Conclusiones: El análisis de regresión de esta investigación concluye que las discusiones de pareja y la violencia física se asocian a una mayor probabilidad de que las puérperas presenten depresión postparto. De ahí, que sería importante que sobre la base de esta información obtenida se diseñen programas de intervención interdisciplinaria, y se

planteen políticas públicas que fortalezcan la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las mujeres con depresión postparto.

Palabras clave: depresión postparto; violencia doméstica; familia; riesgo psicosocial.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is a risky condition for mothers and their babies, even more so, when it is associated with domestic violence.

Objective: To analyze the association between postpartum depression and domestic violence in women from Arequipa, Peru.

Methods: An observational, prospective and cross-sectional design was carried out to evaluate 288 puerperal women who attended the Obstetric Service at a level III hospital. To this purpose, the Edinburgh Postpartum Depression Scale and the Intimate Partner Violence Index are used, with prior informed consent.

Results: 27.8% of these women had postpartum depression and the associated factors were arguments with their partners and physical and non-physical violence.

Conclusions: The regression analysis of this research concludes that arguments with their partners and physical violence are associated with higher probability of postpartum depression in postpartum women. Hence, it would be important to design interdisciplinary intervention programs, and to propose public policies that strengthen prevention, diagnosis and treatment of women with postpartum depression on the basis of the information obtained.

Keywords: postpartum depression; domestic violence; family; psychosocial risk.

Recibido: 27/07/2019

Aceptado: 30/08/2019

Introducción

El embarazo es un período muy sensible para la mujer, debido a los cambios biológicos que acarrea, a las presiones sociales que surgen con el rol materno y ajuste psicológico que implica la transición de mujer a convertirse en madre.⁽¹⁾ Fisiológicamente, se

producen cambios hormonales que producen modificaciones afectivas,⁽²⁾ y cambios estructurales del cerebro, que se encuentran asociados a la percepción positiva que tienen de sus bebés.⁽³⁾ Psicosocialmente, diversos factores de riesgo entran en juego, tales como los antecedentes de aborto, la planificación del embarazo, el apoyo afectivo y emocional, y los antecedentes de violencia.⁽⁴⁾

Psicológicamente, cuando la gestación es llevada con alguno de estos riesgos, se suelen producir desajustes emocionales que ponen en riesgo la salud de la madre y del recién nacido. De hecho, cerca de 80 % de las mujeres presenta algún tipo de alteración emocional durante el embarazo, que puede ir desde una leve tristeza hasta inclinaciones suicidas.⁽⁵⁾ En ese sentido la depresión posparto es un tipo de depresión que afecta a algunas mujeres durante el puerperio,⁽²⁾ y presenta ciertas variantes nosológicas. Dentro de estas, la tristeza posparto o disforia posparto o *baby blues*, se describe como una alteración del estado de ánimo, que suele aparecer entre los dos o cuatro días posteriores al parto, con una prevalencia de 50 – 80 %, y se caracteriza por labilidad, irritabilidad, ansiedad, tristeza y llanto.⁽⁵⁾

La depresión posparto está incluida en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales,⁽⁶⁾ y presenta una prevalencia mundial que fluctúa entre 10 - 20 %.⁽⁷⁾ Asimismo, los síntomas aparecen entre dos y cuatro semanas después del parto, y se caracterizan por una depresión clínicamente severa indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico.⁽²⁾ La psicosis posparto es otro cuadro psiquiátrico puerperal que suele aparecer entre 48 y 72 horas después del parto.⁽²⁾ Es más frecuente en mujeres que ya han tenido episodios psicóticos previos, caracterizándose primero por suspicacia, confusión, preocupación excesiva, hasta que luego de una semana aparecen delirios y alucinaciones.⁽⁵⁾ En el presente estudio nos centraremos en la depresión posparto, relacionados con la violencia de pareja, pues diversos estudios han reportado asociaciones significativas entre ambas variables.⁽⁸⁾

La depresión posparto suele presentarse con los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, tristeza y llanto persistentes, disminución de la capacidad de disfrute, cambios en los hábitos de alimentación y sueño, cansancio o fatiga crónica, sentimientos de indefensión y auto desvalorización, ansiedad e irritabilidad y déficit de atención y memoria⁽²⁾. También se acompaña de dificultades en la lactancia, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo y dificultad para vincularse con él.⁽⁵⁾ Precisamente por ello, la depresión posparto genera preocupación en el escenario de la salud pública, debido a que no solo se afecta la madre sino también al recién nacido. En ese sentido, los hijos de

madres deprimidas suelen ser prematuros, tienen bajo peso al nacer y menor crecimiento.⁽⁹⁾ De hecho, la presencia de psicopatología en la madre afecta el apego con el hijo, lo que conlleva problemas cognitivos, afectividad negativa, escasas habilidades sociales, y conducta hostil.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, se ha reportado que un aspecto determinante es el tiempo que la madre presenta la depresión posparto, de modo que a mayor tiempo de enfermedad, más graves son los síntomas del niño.⁽¹¹⁾

Entre los principales factores de riesgo se tienen antecedentes de depresión posparto y de depresión no ligada al puerperio, embarazo no deseado o no planificado, ser migrante y desarraigo cultural, falta de apoyo, escasas redes sociales, situación socioeconómica desfavorable,⁽²⁾ incapacidad de afrontar cambios y uso de estrategias inadecuadas de afrontamiento.⁽¹²⁾ Asimismo, otras condiciones que agravan la depresión posparto son el ser madre adolescente,⁽¹³⁾ el consumo de sustancias ⁽¹⁴⁾ y los conflictos intrafamiliares, ya sea en la familia de origen, o con la pareja.⁽¹⁵⁾ En este sentido, es necesario comprender que las madres con depresión posparto se sienten incapaces y poco autosuficientes de atender a sus hijos, los rechazan y sienten culpa por ello;⁽¹⁶⁾ también suelen tener conflictos con sus parejas y otros miembros de su entorno familiar,⁽¹⁷⁾ factores todos, que terminan reforzando el estado depresivo y generando un círculo vicioso, que complica el tratamiento. Por ello, se ha reportado que las intervenciones grupales y el apoyo de la pareja o su inserción en el proceso psicoterapéutico de la madre son beneficiosos.⁽¹⁸⁾

Con respecto a la evaluación de la depresión posparto, las pruebas más utilizadas son *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, *Scale and Goldberg's Standardized Psychiatric Interview*, *Bromley Postnatal Depression Scale*, *Zerssen Self-Rating Scale*, entre otras.⁽²⁾ Sin embargo, se ha reportado que en Suecia y EE.UU. la prevalencia se ubica en 2 % y 6,3 %, respectivamente; pero cuando se utiliza la escala de Edimburgo, la prevalencia asciende a 35,4 %.⁽⁹⁾ En ese sentido, estudios internacionales ubican la prevalencia entre 6 % y 38 %, con cifras muy variables: 32,8 % en Etiopía, 27,37 % en China, 23,2 % en Polonia, 15,4 % en Turquía, y 8,69 % en Canadá.⁽¹⁹⁾ Se ha señalado que en América Latina las cifras son superiores a 20 %.⁽⁹⁾ Según *Jadresic*, más de 40 % de las mujeres sufre de síntomas depresivos y ansiosos inespecíficos, y entre 10 % y 15 % sufren trastornos depresivos propiamente dichos.⁽²⁰⁾ Las cifras tan variables de la prevalencia entre diversos países reflejarían diferencias socioculturales mediadas por factores sociales como el nivel socioeconómico, el estatus de la mujer en la sociedad y el apoyo familiar.⁽⁷⁾ En tal sentido, *Spring* señala que, en las madres de bajos recursos, la depresión posparto está infradiagnosticada entre 23 y 52 % de los casos.⁽¹⁷⁾

En Perú, *Aramburú* y otros⁽²¹⁾ encontraron una prevalencia de 33 % de depresión posparto para Lima Metropolitana, mediante la escala de Edimburgo, y de 24,1 % mediante una entrevista semiestructurada basada en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. Asimismo, reportaron que 60,9 % de las pacientes estaba sujeta a factores estresantes, 8,4 % tenía baja autoestima, 23,8 % percibía que no tenía apoyo y 51,2 % tuvo complicaciones durante el embarazo: anemia (18 %) e hipertensión (10 %). *Lam* y otros⁽⁴⁾ reportaron en 593 gestantes de la ciudad de Lima, un 34,1 % de prevalencia de mujeres con depresión posparto, a través de la aplicación de la escala de Edimburgo. Asimismo, el nivel educativo de las gestantes se relacionó significativamente con la sintomatología depresiva, mientras que los factores protectores fueron, ser primigesta, tener adecuado apoyo emocional y relaciones sociales positivas. En Arequipa, ciudad ubicada al sur del Perú, *Masías* y *Arias*⁽²²⁾ encontraron una prevalencia de 45 % de madres puérperas con depresión posparto, y correlaciones negativas significativas con el grado de instrucción, pero no hubo diferencias significativas según el tipo de parto o el estado civil de las madres.

Ahora bien, en Arequipa no se han realizado investigaciones sobre la depresión posparto y su relación con la violencia doméstica, a pesar de haber bastante documentación sobre la asociación entre ambas variables.^(8,19,23,24,25,26,27) Un metanálisis sobre el tema, reportó que aproximadamente 30 % de mujeres que experimentan violencia doméstica presentan ansiedad, estrés post traumático o depresión post parto.⁽²⁷⁾ Así pues, la violencia durante el embarazo está fuertemente asociada con la depresión posparto, independientemente del tipo de violencia que se trate, pero la violencia emocional o psicológica es la más recurrente. De modo que 35,3 % de mujeres que tiene depresión posparto ha sido víctima de violencia psicológica durante el embarazo, seguida de 9,8 % de violencia sexual y del 3,5 % de violencia física.⁽²⁴⁾ Además, 18,8 % de las mujeres que se sienten infelices con su relación de pareja desarrollan síntomas de depresión posparto,⁽¹⁹⁾ ya que la disfuncionalidad familiar es uno de los predictores más potentes de la depresión posparto.⁽⁷⁾

Otros estudios reportan que la exposición de las mujeres a la violencia doméstica se ubica en un rango entre 10 y 56 %.⁽²⁵⁾ Por tal razón, el principal agresor de las mujeres durante el período de gestación suele ser la pareja.⁽²⁶⁾ De hecho, los problemas de pareja y la violencia doméstica suelen ubicarse como factores de riesgo con un moderado tamaño del efecto.⁽⁷⁾ Para el caso de Perú, el 37 % de mujeres entre 15 y 49 años de edad ha sido víctima de violencia por parte de su pareja.⁽²⁸⁾ Los departamentos de Cusco, Apurímac y

Arequipa, todos ubicados en la sierra peruana, son los que registran los niveles más altos de violencia contra la mujer.⁽²⁹⁾ Asimismo, los predictores más significativos de la violencia doméstica en el país son el consumo de alcohol por parte del agresor, haber recibido castigo físico durante la infancia y haber sido testigo de violencia intrafamiliar.⁽³⁰⁾

Por último, en cuanto a la depresión posparto y la violencia en el Perú, *Escobar* y otros⁽²³⁾ reportaron que, de una muestra de 100 mujeres con depresión posparto en Lima, 51 % ha sido víctima de violencia en algún momento de sus vidas y 27 % manifestó haberla padecido durante el embarazo. Además, 45 % fue víctima de violencia psicológica, 15 % de violencia física y 13 % de violencia sexual durante la niñez y 10 % en edades posteriores. Paradójicamente, 91 % de las encuestadas se sentía segura con su pareja. Se concluyó que existe un 6 % de riesgo de sufrir depresión en las puérperas víctimas de violencia durante la gestación, en comparación con aquellas que no han padecido violencia. En Arequipa, no existen estudios semejantes, que valoren ambas variables de estudio, de ahí que el objetivo de la presente investigación sea analizar la asociación entre la depresión posparto y la violencia doméstica en mujeres de esta ciudad peruana.

Métodos

La presente investigación obedece a un diseño observacional, prospectivo y transversal.⁽³¹⁾

La muestra estuvo constituida por 288 mujeres puérperas mediatas atendidas en un hospital nivel III de la ciudad de Arequipa, en el sur de Perú, entre los meses de enero y febrero del año 2018. Como criterios de inclusión se consideró la participación voluntaria de las pacientes, que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia de ese centro y que llenaron los datos adecuadamente.

Se tomaron como criterios de exclusión aquellas pacientes que presentaron diagnóstico de otros trastornos mentales o estuvieran con tratamiento psiquiátrico, y que no pudieran llenar los datos solicitados. Las pacientes fueron seleccionadas mediante métodos no probabilísticos a través de la técnica de muestreo por cuotas.⁽³²⁾

Instrumentos

Se aplicaron tres instrumentos: la ficha de recolección de datos, el test de Depresión Posparto de Edimburgo y el Índice de Violencia en la Pareja. La ficha de recolección de

datos recoge las siguientes categorías: Edad, fecha de parto, tipo de parto, lugar de procedencia, grado de instrucción y estado civil.

Para evaluar la depresión posparto se aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), la cual fue validada para gestantes de Lima por Lam y otros⁽⁴⁾ y por Masías y Arias, en Arequipa.⁽²²⁾

La escala consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta con valores de 0 a 4 puntos. Un puntaje menor a 10 indica que no hay riesgo de depresión posparto, un puntaje entre 10 y 12 indica que hay riesgo de depresión, mientras que puntajes superiores a 12 indican que existen síntomas de una probable depresión posparto. De acuerdo con el análisis psicométrico realizado en Arequipa, la prueba tiene correlaciones ítem-test superiores a 0,3, presenta validez de constructo obtenido mediante análisis factorial exploratorio e índices de confiabilidad superiores a 0,7 obtenidos mediante el método de consistencia interna y la prueba Alfa de Cronbach.

Para valorar la violencia doméstica se aplicó el Índice de Violencia en la Pareja (*Index of Spouse Abuse*), la cual fue validada en idioma español por Santos-Iglesias y otros.⁽³³⁾ La prueba consta de 30 ítems en una escala de respuesta tipo *Likert* que va de 1 (nunca) a 5 (muy frecuentemente). Una puntuación superior a 14 indica la presencia de violencia no física, mientras que puntuaciones iguales o superiores a 63 indican violencia física. La prueba presenta una estructura factorial de tres dimensiones con adecuados índices de bondad de ajuste, obtenidos mediante análisis factorial confirmatorio, y una confiabilidad aceptable con índices superiores a 0,69 para cada una de sus dimensiones.

Procedimientos

La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual en el servicio de Obstetricia del hospital nivel III. Previamente se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades competentes. Las pacientes fueron informadas de los fines y métodos del estudio. Se garantizó en todos los casos la reserva de los datos y todas las pacientes firmaron la hoja de consentimiento informado en la ficha de recolección de datos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Santa María. Los datos se recogieron entre los meses de enero y febrero del año 2018.

Análisis de datos

Los datos estadísticos descriptivos se procesaron por medio de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para las variables continuas se utilizaron la media, la

desviación estándar y la mediana. El análisis bivariado se realizó a través de la prueba chi cuadrado de Pearson (para variables categóricas) y la prueba t de Student (para muestras independientes) o U de Mann Whitney en dependencia de la existencia o no de una distribución normal. Para evaluar los factores asociados a la prevalencia de la depresión posparto se calcularon las razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas con los intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) y uso de la regresión de Poisson con varianza robusta, dado que no sobreestima la asociación entre las variables y tiene una mejor convergencia que la regresión logística cuando hay una prevalencia de la condición de interés mayor al 20 %.^(34,35) Para el análisis multivariado se incluyó a las variables que fueron significativas en el análisis bivariado ($p < 0,05$). El valor crudo muestra los valores RP de forma independiente y el RP ajustado muestra la interrelación con las demás variables. Los análisis fueron realizados con el programa *STATA* versión 15.⁽³⁶⁾

Resultados

En cuanto a las características demográficas de las mujeres evaluadas, sus edades fluctuaron entre 16 y 44 años ($M= 30,4$; $DE= 5,9$); mientras que la mayoría de las participantes tenían un nivel educativo superior (74,3 %) o secundario (22,2 %). Respecto al estado civil, la mayoría era conviviente (45,8 %) o casada (44,4 %). La proporción de mujeres que presentó depresión posparto fue del 27,8 %.

En la tabla 1 se pueden apreciar los resultados de la estadística bivariada entre diversas variables sociodemográficas y su asociación con la presencia de depresión posparto. Solo las variables de: discusiones de pareja ($\chi^2= 23,84$; $p < 0,001$), presencia de violencia no física ($\chi^2= 6,087$; $p= 0,014$) y presencia de violencia física ($\chi^2= 19,200$; $p < 0,001$) mostraron una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, por lo que se incluyeron en el modelo de regresión.

Tabla 1 - Características sociodemográficas asociadas a la depresión posparto en Arequipa

Características sociodemográficas	Sin depresión	Con depresión	χ^2	I p-valor
	n= 208	n= 80		
	f(%)	f(%)		
Nivel educativo				
Sin educación	2 (100)	0 (0,0)	2,7901	0,425
Primaria	4 (50,0)	4 (50,0)		
Secundaria	46 (71,9)	18 (28,1)		
Superior	156 (72,9)	58 (27,1)		
Estado civil				
Soltera	20 (76,9)	6 (23,1)	6,398	0,094
Conviviente	92 (69,7)	40 (30,3)		
Casada	96 (75,0)	32 (25,0)		
Separada	0 (0,0)	2 (100,0)		
Tipo de parto				
Cesárea	132 (75,0)	44 (25,0)	1,741	0,187
Eutócico	76 (67,9)	36 (32,1)		
Antecedente de depresión				
Ninguno	186 (73,8)	66 (26,2)	5,301	0,071
Antes de la gestación	20 (66,7)	10 (33,3)		
Durante la gestación	2 (33,3)	4 (66,7)		
Discusiones de pareja				
No	124 (84,9)	22 (15,1)	23,841	< 0,001
Sí	84 (59,2)	58 (40,8)		
Presencia de violencia no física				
Sin violencia	132 (77,7)	38 (22,3)	6,087	0,014
Violencia no física	76 (64,4)	42 (35,6)		
Presencia de violencia física				
Sin violencia	182 (77,8)	52 (22,2)	19,200	< 0,001
Violencia física	26 (48,2)	28 (51,8)		
Media (DE)				
Edad de la mujer	30,4 (5,29)	30,2 (7,16)	0,321	0,748
Mediana				
Nº de hijos anteriores	1	1	-1,380	0,168
Nº de abortos	0	0	-1,147	0,251
Nº de controles prenatales	8	8	0,999	0,318
Nº de psicoprofilaxis	0	0	0,234	0,815

La tabla 2 nos permite apreciar los factores asociados con la depresión posparto en las mujeres arequipeñas, tanto en el modelo no ajustado (crudo) como en el modelo multivariado (ajustado). Hallamos que los factores asociados con una mayor probabilidad de presentar depresión posparto son: las discusiones de pareja (RP_a: 2,52; IC 95 %: 1,58 -

4,01; $p < 0,001$) y la presencia de violencia física (RP_a: 1,92; IC 95 %: 1,27-2,90; $p = 0,002$). El modelo se generó con todas las variables que mostraron ser estadísticamente significativas en el análisis crudo y cuenta con un Pseudo R² = .0632.

Tabla 2 - Factores asociados a la depresión posparto en Arequipa

VARIABLES	RP crudo (IC 95%)*	p-valor	RP ajustado (IC 95%)**	p-valor
Discusiones de pareja	2,71 (1,76-4,18)	< 0,001	2,52 (1,58-4,01)	< 0,001
Presencia de violencia no física	1,59 (1,10-2,31)	0,014	0,76 (0,49-1,19)	0,230
Presencia de violencia física	2,33 (1,64-3,32)	< 0,001	1,92 (1,27-2,90)	0,002

*Regresión de Poisson simple con varianza robusta; **Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta.

Discusión

En el presente estudio se analizaron las asociaciones entre la depresión posparto y la violencia doméstica en una muestra de 288 mujeres que radican la ciudad de Arequipa. Se encontró en primer lugar que solo el 27,8 % cumple con los criterios psicométricos de depresión posparto. Este dato difiere de las cifras reportadas en otros países de Latinoamérica con más de 40 % de prevalencia⁽³⁷⁾ o de Lima^(4,21) quien obtuvo cifras por encima de 33 % de la muestra, así como de un estudio previo realizado en la ciudad de Arequipa, que reportó una cifra incluso mayor (45%).⁽²²⁾

Las diferencias encontradas podrían deberse a la condición económica de las mujeres evaluadas, pues en el estudio de Masías y Arias⁽²²⁾ las mujeres fueron atendidas en un centro de salud ubicado en un distrito popular de la ciudad de Arequipa, mientras que en el presente estudio, las pacientes se hicieron atender en un hospital nivel III ubicado en un distrito categorizado como de zona media alta. En este sentido, como se ha mencionado, el nivel socioeconómico es un factor de riesgo psicosocial,⁽²⁾ pues resulta ser determinante en las pautas relacionales entre la madre y el niño.^(38,39) Asimismo, estudios previos realizados en Perú señalan que la violencia doméstica está mediada por el nivel socioeconómico, y registra cifras más elevadas en los sectores económicamente más deprimidos.^(28,29)

Por otro lado, se encontró que las variables discusiones de pareja, presencia de violencia no física y presencia de violencia física, marcan diferencias significativas entre las mujeres que presentan depresión posparto. En otras palabras, las mujeres

que tienen más discusiones de pareja o que son víctimas de violencia física y psicológica, son quienes presentan puntuaciones más altas en la valoración de la depresión posparto. Esto se corrobora con el modelo de regresión efectuado, donde se observa que las discusiones de pareja y la violencia física están asociadas de manera estadísticamente significativa a una mayor probabilidad de tener depresión posparto.

Estos resultados apoyan de manera directa la evidencia obtenida en diversos países de los cinco continentes, en los que se aprecia que las mujeres que son víctimas de violencia de doméstica viven en condiciones económicamente desfavorables, carecen de soportes sociales, familiares y recursos psicológicos para sobreponerse a la adversidad y presentan mayor riesgo de tener depresión posparto.^(2,7,9,19,20,21,23,24,25,26,27)

Sin embargo, hay que considerar que también son importantes los factores asociados a la depresión posparto, los problemas obstétricos, la falta de apoyo social y el no contar con una pareja estable,⁽³⁷⁾ además de no poder dar de lactar al recién nacido o presentar problemas económicos para su manutención.⁽⁴⁰⁾ En tal sentido, aunque no han sido evaluados estos factores, están vinculados indirectamente con la violencia de pareja, de modo que sería conveniente incluirlos como variables de estudio en futuras investigaciones.

La problemática de la violencia de pareja durante el embarazo, demanda la acción de diversos especialistas, tales como personal obstétrico, médicos, psicólogos⁽⁴¹⁾ y trabajadores sociales⁽⁴²⁾ para trabajar de manera integrada en la prevención y la promoción de embarazos saludables, que apunten a la concientización de la relevancia que tiene la unidad familiar y la armonía de la pareja en el adecuado desarrollo de los hijos.⁽⁴³⁾

El análisis de regresión de la investigación concluye que las discusiones de pareja y la violencia física se asocian a una mayor probabilidad de que las puérperas presenten depresión posparto.

De ahí, la importancia que sobre la base de esta información se diseñen programas de intervención interdisciplinaria, y se planteen políticas públicas que fortalezcan la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las mujeres con depresión posparto, que integren criterios familiares de manera sistémica sobre la base de evidencia científica.

Referencias bibliográficas

1. Ibarra L. Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. Rev. Cubana Psicol. 2003;20(1):43-7.
2. Navas W. Depresión posparto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013;70(608):639-47.
3. Escolano-Pérez E. El cerebro materno y sus implicaciones en el desarrollo humano. Rev. Neurol. 2013;56(2):101-8.
4. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Rev. Peru. Epidemiol. 2010;14(3):193-200.
5. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatol Reprod Hum. 2013;27:185-93.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile. 2015;143:887-94.
8. Antoniou E, Vivilaki V, Daglas M. Correlation of domestic violence during pregnancy with postnatal depression: systematic review of bibliography. Health Science Journal. 2008;2(1):15-9.
9. Olhaberry M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. Summa Psicológica. 2015;12(1):77-87.
10. Van Doorn MEM, Kuijpers RCWM, Lichtwarck-Aschoff A, Bodden D, Jansen M, Granic I. Does mother-child interaction mediate the relation between maternal depressive symptoms and children's mental health problems? J Child. Fam. Stud. 2016;25:1257-68.

11. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*. 2003;39(6):1083-94.
12. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Ferrero J, Barreto P. La depresión posparto: Un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2001;6(1):37-48.
13. Traverso P, Nóbrega M. Promoviendo vínculos saludables entre madres adolescentes y sus bebés: una experiencia de intervención en Lima. *Rev. Psicol.* 2010;28(2):259-83.
14. Dennis CL, Vigod S. The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence, and substance use: epidemiologic study of a large community sample. *Violence Against Women*. 2013;19(4):503-17.
15. Barbosa MA, Ângelo M. Experiences and meanings of postpartum depression in women in the family context. *Enfermería Global*. 2016;42:280-302.
16. Choi H, Yamashita T, Wada Y, Narumoto J, Nanri H, Fujimori A, et al. Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010;64:120-7.
17. García M, González P, Rodríguez D, Jiménez M, Zouain J. Incidencia de depresión posparto en adolescentes y adultas. *Anales de Medicina PUCMM*. 2016;6(1):78-93.
18. Olhaberry M, Escobar M, Mena C, Santalices P, Morales-Reyes I, Rojas G, et al. Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en embarazadas chilenas. *Suma Psicológica*. 2015;22:93-101.
19. Adamu AF, Adinew YM. Domestic violence as a risk factor for postpartum depression among Ethiopian women: Facility based study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2018;14:109-19.
20. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. Chil. Neuro-psiquiat.* 2010;48(4):269-78.
21. 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 de primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Rev Peru Epidemiol.* 2004;12(3):1-5.

22. Masías MA, Arias WL. Prevalencia de la depresión posparto en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered.* 2018;29:226-31.

23. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada de género? *An. Fac. Med.* 2009;70(2):115-8.

24. Nhi TT, Hanh NTT, Hinh ND, Van Toan N, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate partner violence among pregnant women and postpartum depression in Vietnam: A longitudinal study. *BioMed research International.* 2019. DOI: 10.1155/2019/4717485.

25. Bulut SD, Alatas E, Günay G, Bulut S. The relationship between postpartum depression and intimate partner violence. *J Clin Anal Med.* 2017;8(2):168-71.

26. Budhathoki N, Dahal M, Bhusal S, Ojha H, Pandey S, Basnet S. Violence against women by their husband and postpartum depression. *J. Nepal Health Res Counc.* 2012;10(22):176-80.

27. Howard LM, Oram S, Gallery H, Trevillon K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine.* 2013;10(5):1-16.

28. Quintana A, Malaver C, Montgomery W, Medina N, Ruíz G, Lúcar F, et al. Estilos atributivos y estrategias de comunicación en mujeres con y sin experiencia de abuso psicológico. *Psique Mag.* 2016;4(1):81-103.

29. Castro R, Rivera R. Mapa de la violencia contra la mujer: La importancia de la familia. *Rev. Investig. (Arequipa. en Línea).* 2015;6:101-25.

30. Castro R, Cerellino LP, Rivera R. Risk factors of violence against women in Peru. *J Fam Viol.* 2017;32(8):807-815. DOI: 10.1007/s10896-017-9929-0.

31. Altman D. *Practical Statistics for Medical Research.* Londres: Chapman & Hall; 1991.

32. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill; 1997.

33. Santos-Iglesias P, Sierra JC, Vallejo-Medina P. Propiedades psicométricas del Index of Spouse Abuse en una muestra de varones españoles. *Ter Psicol.* 2013;31(2):209-17.
34. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saúde Publica.* 2008;42(6):992-8.
35. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *Gac Sanit.* 2003;17(1):70-4.
36. Stata Corp. *Stata Statistical Software: Release 15.* College Station, TX: Stata Corp LLC; 2017.
37. Ortiz RA, Gallego CX, Buitron EL, Meneses YD, Muñoz NF, Gonzales MA. Prevalencia de tamiz positivo para depresión posparto en un hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiat.* 2016;45(4):253-61.
38. Villarán V, Traverso P, Huasasquiche ML. Narrativas sobre el embarazo y la maternidad en mujeres adolescentes de sectores urbano marginales de Lima que acaban de dar a luz. *Rev. Psicol. (Lima).* 2017;35(2):485-508.
39. Muñoz M, Poo A, Baeza B, Bustos L. Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86(1):25-31.
40. Lugo Y, Guerrero RE, López MJ. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Aten Fam.* 2019;23(3):90-4.
41. Vargas-Mendoza J, García M. Depresión posparto: Presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología.* 2009;3(1):11-8.
42. Walther V. Postpartum depression: A review for perinatal social workers. *Soc. Work Health Care.* 1997;24(3-4):99-111.
43. Cerezo MA, Trenado RM, Pons-Salvador G. Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema.* 2006;18(3):544-50.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la presentación de este trabajo.

Contribución de los autores

Edgard Patrick Zeballos Gonzales (concepción de la investigación, redacción del trabajo y recolección de la información).

Walter L. Arias Gallegos (diseño metodológico, redacción del marco teórico y discusión).

Águeda Muñoz del Carpio Toia (concepción de la investigación y redacción de la discusión del documento).

Renzo Rivera (diseño metodológico y procesamiento estadístico de los datos).

Maribel Luna Condori (recolección de la información y revisión final del documento).

Financiación

La presente investigación fue financiada por los autores del artículo.