



Esta obra está bajo una

[Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

[Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024

Para optar el título profesional de Obstetra

Autora:

Jhary Maritza Aguilar Huamán
<https://orcid.org/0009-0006-2670-1720>

Asesor:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales
<https://orcid.org/0000-0001-6574-2759>

Tarapoto, Perú

2025



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024

Para optar el título profesional de Obstetra

Autor:

Jhary Maritza Aguilar Huamán

Sustentado y aprobado el 27 de noviembre del 2025, ante el honorable jurado:

Presidente de Jurado
Obsta. Dra. Evangelina Ampuero
Fernández

Secretario de Jurado
Obsta. Mg. Hilda González
Navarro

Vocal de Jurado
Obsta Mg. Carmina Tang Del
Castillo

Tarapoto, Perú

2025



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Siendo las 17:10 horas del día jueves 27 de noviembre del 2025 en la ciudad de Tarapoto, se reunieron el **JURADO EVALUADOR**, en mérito a la **Resolución N°168-2024-UNSM-FCS/CF** de fecha 29 de mayo del 2024 integrado por los señores docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud:

OBSTA. DRA. EVANGELINA AMPUERO FERNÁNDEZ	:	PRESIDENTE
OBSTA. MG. HILDA GONZÁLEZ NAVARRO	:	SECRETARIA
OBSTA. MG. CARMINA TANG DEL CASTILLO	:	VOCAL

Asesorada por el **OBSTA. DR. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES** para atender a la sustentación de la tesis titulado: **VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD NUEVA RIOJA - 2024**, presentado por la Bachiller en Obstetricia **JHARY MARITZA AGUILAR HUAMÁN**, aprobado con **Resolución N°368-2025-UNSM-FCS/CF** de fecha 10 de noviembre del 2025 para la obtención del **TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**.

Visto y escuchada la sustentación de la tesis y las respuestas a las preguntas formuladas y, teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por la sustentante, el jurado en pleno, lo declara: Aprobado con el calificativo de: Buena con la nota: 16.

Siendo las 18 horas del día jueves 27 de noviembre del 2025, el/la Presidente de Jurado declara públicamente Aprobado la sustentación con el calificativo de Buena y procedió a dar por finalizado el Acto de Sustentación. En consecuencia, queda en condición de realizar el trámite para la obtención del **Título Profesional de Obstetra**.



[Handwritten signature of Evangelina Ampuero Fernández]

OBSTA. DRA. EVANGELINA AMPUERO FERNÁNDEZ
PRESIDENTE



[Handwritten signature of Hilda González Navarro]

OBSTA. MG. HILDA GONZÁLEZ NAVARRO
SECRETARIA



[Handwritten signature of Carmina Tang del Castillo]

OBSTA. MG. CARMINA TANG DEL CASTILLO
VOCAL

Tarapoto 27 de noviembre del 2025

Constancia de asesoramiento

Quien suscribe el presente documento,

Hace constar:

Que, se ha asesorado y revisado la tesis titulada: **Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024**, en fechas del cronograma a fin de optimizar y agilizar la investigación, elaborada por la tesista:

Bachiller en Obstetricia: Jhary Maritza Aguilar Huamán

El que encuentro conforme en estructura y en contenido. Por lo que damos conformidad para los fines que estime conveniente, y para que conste, firmamos en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 27 de noviembre del 2025

Atentamente,



Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales
Asesor

Declaratoria de autenticidad

Yo Jhary Maritza Aguilar Huamán, con DNI N° 76045002. bachiller de la Escuela profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, autora de la tesis titulada: **Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven a mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 27 de noviembre del 2025


.....
Jhary Maritza Aguilar Huamán
DNI: 76045002



Ficha de identificación

<p>Título: Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024</p>	<p>Área de investigación: Ciencias médicas y de la salud Línea de investigación: Servicio de salud pública Sublínea de investigación: Promoción de la salud Grupo de investigación: Salud Pública y Cambio Social (Resolución N° 353-2022-UNSM/CU-R) Tipo de investigación: Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p>Autora: Jhary Maritza Aguilar Huamán</p>	<p>Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia https://orcid.org/0009-0006-2670-1720</p>
<p>Asesor: Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia Unidad o Laboratorio Obstetricia https://orcid.org/0000-0001-6574-2759</p>

Dedicatoria

A Dios, supremo dador de vida y fuente de toda sabiduría, por iluminar mi camino, fortalecer mi espíritu en los momentos de dificultad y concederme la perseverancia necesaria para culminar este proyecto de vida profesional.

A mis padres, ejemplo de amor incondicional, esfuerzo y dedicación, quienes, con su apoyo constante, sacrificio y enseñanzas han sido el pilar fundamental para alcanzar esta meta.

A mi amada hija Adriana, mi mayor inspiración, gracias por llegar a mi vida y enseñarme el verdadero amor, esa felicidad que no tiene explicación de haber sido tu madre, pero fue tan corta tu visita en mi vida, que tu ausencia aun duele cada día como si fuese aquella fatídica tarde en mi vida, tus recuerdos son los que me mantienen en vida y me impulsaron a seguir adelante para lograr este anhelado título profesional de Obstetra.

A mis hermanas y demás familiares, por su compañía, aliento y confianza, que me inspiraron a continuar con firmeza en cada etapa de este proceso. Su cariño y motivación han sido un motor invaluable para lograr esta meta.

Jhary

Agradecimientos

A mi asesor, Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales, por su valiosa guía, paciencia y constante orientación durante el desarrollo de esta investigación. Su experiencia y compromiso académico fueron fundamentales para fortalecer la rigurosidad científica y la calidad de este estudio.

Al jefe del Centro de Salud Nueva Rioja, por su apertura, apoyo y las facilidades brindadas para la realización del trabajo de campo, permitiendo el acceso a la información y la participación de las gestantes en un ambiente de respeto y colaboración.

A los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín, quienes, con su dedicación y enseñanza, contribuyeron a mi formación profesional y a la consolidación de las competencias necesarias para culminar esta etapa académica.

A las gestantes del Centro de Salud Nueva Rioja, quienes, con generosidad y confianza, compartieron sus experiencias y tiempo, haciendo posible la recolección de los datos esenciales para el desarrollo de este estudio. Su participación voluntaria representa el eje central de este proyecto y un valioso aporte para el avance del conocimiento en la salud materna.

La autora

Índice general

Ficha de identificación.....	6
Dedicatoria.....	7
Agradecimientos	8
Índice general.....	9
Índice de tablas	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN	14
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Fundamentos teóricos.....	19
2.2.1. Violencia familiar en gestantes:	19
2.2.2. Depresión en gestantes:.....	22
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	25
3.1. Ámbito y condiciones de la investigación	25
3.1.1. Contexto de la investigación	25
3.1.2. Periodo de ejecución	26
3.1.3. Autorizaciones y permisos	26
3.1.4. Control ambiental y protocolos de bioseguridad	26
3.1.5. Aplicación de principios éticos internacionales	26
3.2. Sistema de variables.....	27
3.3. Procedimientos de a investigación.....	29
3.3.1. Diseño de la investigación	29
3.3.2. Actividades del objetivo específico 1	29
3.3.3. Actividades del objetivo específico 2	30
3.3.4. Actividades del objetivo específico 3	30
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31

	10
4.2. Resultados	31
4.2.1. Resultado específico 1	31
4.2.2. Resultado específico 2	31
4.2.3. Resultado específico 3	32
4.2.4. Resultado general	34
4.3. Discusión	35
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	48
Anexo 1. Matriz de operacionalización de variables	49
Anexo 2. Matriz de consistencia	52
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos	53

Índice de tablas

Tabla 1 Descripción de variables por objetivo específicos	28
Tabla 2 Nivel de violencia familiar	31
Tabla 3 Nivel de depresión.....	31
Tabla 4 Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnova	32
Tabla 5 Relación entre las dimensiones de la violencia familiar y depresión.....	32
Tabla 6 Relación entre la violencia familiar y depresión.....	34

RESUMEN

Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024

La violencia familiar y la depresión son problemas de salud que afectan a las gestantes y pueden generar complicaciones tanto para la madre como para el feto, llegando a causar algunas veces lesiones o la muerte por maltrato. El objetivo general fue determinar la relación entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024. La investigación fue de tipo básica de diseño no experimental, cuantitativa, transversal, descriptiva correlacional, la población y muestra son 73 gestantes. La técnica a usar será la encuesta y como instrumento el cuestionario. Y como resultados la mayoría de gestantes evaluadas en el Centro de Salud Nueva Rioja durante el 2024 presenta un nivel bajo de violencia familiar (95,9 %), mientras que solo 2,7 % se ubica en el nivel medio. Además, se evidencia que la mayoría de las gestantes evaluadas presenta un nivel bajo de depresión (87,7 %), mientras que 11,0 % exhibe un nivel medio. Los resultados del presente estudio evidencian que la depresión en gestantes se asocia de forma positiva y estadísticamente significativa con diversas dimensiones de la violencia familiar, mostrando correlaciones de magnitud moderada en las dimensiones de violencia psicológica ($r = 0,400$; $p < 0,01$), violencia durante el embarazo ($r = 0,349$; $p < 0,01$), control reproductivo ($r = 0,357$; $p < 0,01$) e impacto en la salud materna infantil ($r = 0,372$; $p < 0,01$). Asimismo, se encontraron asociaciones positivas de menor intensidad con la violencia física ($r = 0,294$; $p < 0,05$) y económica ($r = 0,284$; $p < 0,05$). En contraste, la dimensión acceso a recursos de apoyo se relaciona de manera negativa con la depresión ($r = -0,287$; $p < 0,05$), lo que sugiere que una mayor disponibilidad y utilización de recursos de soporte social puede actuar como factor protector. No se halló relación significativa con la violencia sexual ($p > 0,05$). En conclusión, existe una correlación estadísticamente positiva muy baja y no significativa entre la violencia familiar y la depresión en gestantes ($r = 0,092$; $p = 0,439$), al ser el valor de p mayor a 0,05. Este hallazgo evidencia que, al considerar la violencia familiar como una sola variable agregada, su efecto sobre los niveles de depresión se diluye, no permitiendo establecer una asociación directa.

Palabras clave: violencia, depresión, familia, gestación.

ABSTRACT

Domestic Violence and Depression in Pregnant Women Treated at the Nueva Rioja Health Center - 2024

Domestic violence and depression are health issues that affect pregnant women and can cause complications for both the mother and the fetus, sometimes leading to injury or death due to abuse. The overall objective was to determine the relationship between domestic violence and depression in pregnant women treated at the Nueva Rioja Health Center - 2024. The research was basic, non-experimental, quantitative, cross-sectional, descriptive, and correlational in design, with a population and sample of 73 pregnant women. The technique used was a survey, and the instrument was a questionnaire. The results showed that the majority of pregnant women evaluated at the Nueva Rioja Health Center during 2024 had a low level of domestic violence (95.9%), while only 2.7% had a medium level. Furthermore, it is evident that the majority of pregnant women evaluated have a low level of depression (87.7%), while 11.0% exhibit a medium level. The results of this study show that depression in pregnant women is positively and statistically significantly associated with various dimensions of family violence, showing moderate correlations in the dimensions of psychological violence ($r = 0.400$; $p < 0.01$), violence during pregnancy ($r = 0.349$; $p < 0.01$), reproductive control ($r = 0.357$; $p < 0.01$), and impact on maternal and child health ($r = 0.372$; $p < 0.01$). Likewise, less intense positive associations were found with physical violence ($r = 0.294$; $p < 0.05$) and economic violence ($r = 0.284$; $p < 0.05$). In contrast, access to support resources is negatively related to depression ($r = -0.287$; $p < 0.05$), suggesting that greater availability and use of social support resources may act as a protective factor. No significant relationship was found with sexual violence ($p > 0.05$). In conclusion, there is a very low and insignificant statistically positive correlation between family violence and depression in pregnant women ($r = 0.092$; $p = 0.439$), as the p-value is greater than 0.05. This result shows that, when family violence is considered as a single aggregate variable, its effect on depression levels is diluted, making it impossible to establish a direct association.

Keywords: violence, depression, family, pregnancy.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

La problemática internacional sobre violencia familiar como de la depresión en gestantes es una cuestión crítica que afecta a mujeres en todo el mundo. En las últimas décadas, muchos estudios han subrayado la conexión entre la depresión en el embarazo y la violencia en el hogar. La violencia familiar en el embarazo, que incluye tanto la violencia física como la psicológica, ha sido identificada como un problema de salud pública a nivel internacional (1). La violencia dirigida hacia las mujeres, especialmente la perpetrada por sus parejas y la violencia de naturaleza sexual, representa un serio problema de índole pública y constituye una transgresión de los derechos fundamentales de las mujeres. Aproximadamente el 30 % de las mujeres del mundo han padecido algún tipo de violencia física y/o sexual, ya sea por parte de su pareja o de terceros, en algún momento de su vida, según lo que indican los informes globales publicados por la OMS. En la gran mayoría de los casos, el agresor es el mismo cónyuge. A nivel global, aproximadamente el 27 % de las mujeres que han estado en una relación y tienen entre 15 y 49 años reportan haber experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja. La violencia que se ejerce sobre las mujeres puede acarrear efectos negativos para su salud física, mental, sexual y reproductiva (2).

Esta violencia puede tener un impacto muy serio en la salud mental y física de las mujeres embarazadas. Además, la depresión durante el embarazo es una preocupación internacional de salud materna. Un artículo en "The Lancet Psychiatry" (2018) afirmó: La depresión en las gestantes es un trastorno común, que afecta aproximadamente al 10-15 % de las mujeres en todo el mundo (3). La depresión no solo tiene un impacto negativo en la madre, sino que también se ha relacionado con resultados adversos para el feto y el neonato (4). Además, la conexión entre la depresión durante el embarazo y la violencia familiar es complicada. Las mujeres embarazadas que son víctimas de violencia familiar tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión durante el embarazo en comparación con las mujeres que no experimentan violencia (5). Esta relación es fuente de inquietud global y enfatiza la necesidad de realizar intervenciones eficaces. Asimismo, las repercusiones de la depresión y la violencia en el hogar durante el embarazo son globales, impactando no solo a la salud de las mujeres gestantes sino también a la de los niños que están por nacer. La depresión materna y la violencia familiar durante el embarazo están vinculadas con un aumento en el riesgo

de que los bebés nazcan con bajo peso y prematuramente, lo cual tiene repercusiones en la salud a largo plazo de los neonatos (6).

También, la intimidación de la familia y la depresión en gestantes son dificultades sociales que afectan a la urbe en el Perú, y tienen impacto significativo en la salubridad y el bien de las damas gestantes y sus familiares. La violencia familiar es un problema de larga data peruano, según El MIMP (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables) reportó en 2019 que se dieron más de 132,000 incidentes de violencia familiar en el país, lo cual significa un aumento importante en relación con años previos (7). Esta cifra alarmante muestra que la agresión familiar es una problemática que sigue afectando a muchas damas peruanas como sus hijos. La depresión en gestantes es otra cuestión seria. Un estudio publicado en el "Journal of Depression and Anxiety" Halló que cerca del 15 % de las mujeres gestantes padecen síntomas depresivos a lo largo de su embarazo (8). La depresión durante el embarazo no solo puede afectar de manera negativa la salud mental de la madre, sino que también tiene el potencial de generar problemas en el parto y alterar el desarrollo del feto.

Esta interacción entre la violencia y la salud mental de las gestantes crea un ciclo perjudicial que no solo afecta a las damas embarazadas, además impactan en el bienestar de los crios y en el entorno familiar en general, a ello se agrega el acceso limitado a servicios de salud mental. A pesar de las evidentes necesidades de atención en este ámbito, los recursos y servicios de salud mental son insuficientes en muchas regiones del país. Esto dificulta aún más la capacidad de las gestantes que experimentan violencia familiar y depresión para recibir la ayuda que necesitan. Finalmente, la violencia familiar y la depresión en gestantes son dos problemas interconectados que afectan a la población en Perú (9).

Igualmente, estos problemas ponen en riesgo la salubridad orgánica y mental de las damas en preñez, además del bienestar de sus hijos y familias en general. Abordar esta problemática requiere un esfuerzo conjunto de la sociedad, el gobierno y las organizaciones de salud para proporcionar servicios de apoyo y prevención adecuados. La tasa de violencia física se situó en el 9,9% [IC95%: 9,6-10,4%] durante el año 2016, en el 9,2% [IC95%: 8,8-9,6%] en 2017 y en el 8,6% [IC95%: 8,3-8,9%] en 2018. En los tres años, las regiones con mayor prevalencia fueron Puno, Apurímac y Cusco. Se identificaron como factores protectores el vivir en zonas rurales (RP: 0,49; p=0,011) y poseer un nivel económico "muy rico" (RP: 0,63; p=0,029). Por otro lado, se consideraron factores de riesgo el hecho de que la pareja consuma alcohol (RP: 1,61; p<0,001), tener entre 40 y 49 años (RP: 1,79; p=0,012), estar separado (RP: 3,56;

$p < 0,001$) o conviviente (RP: 1,51; $p = 0,001$), así como no tener estudios (RP: 1,87; $p = 0,014$) (10).

Además, para el ámbito Regional y local, aun persiste la problemática de la violencia familiar Rioja – San Martín, la violencia familiar es un problema preocupante en la región, que afecta negativamente a muchas familias y comunidades. La violencia física, económica, psicológica y sexual es una de las muchas formas en que esta problemática se presenta. La violencia en el hogar puede ser ejercida por parejas, padres, hijos u otros integrantes de la familia y tiene un impacto severo en la salud y bienestar de las personas que la sufren. En un estudio en el Hospital II-2 Tarapoto, revelaron que el 58.3 % de las mujeres embarazadas experimentaron formas diversas de maltrato intrafamiliar, mientras que el 40.8 % manifestó síntomas de depresión. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la depresión en mujeres embarazadas y la violencia familiar, con la violencia psicológica siendo la más común y fuertemente asociada con el surgimiento de la depresión (11).

También, el feto y el recién nacido también se ven perjudicados por la depresión durante el embarazo, no solo la madre. Es posible que incremente el peligro de tener un parto prematuro, de que el bebé pese poco al nacer y de que se presenten problemas en su desarrollo. Asimismo, la depresión en mujeres embarazadas puede influir a largo plazo en su salud mental y en su vinculación con el recién nacido. Asimismo, la violencia familiar y la depresión en gestantes son problemas interrelacionados que afectan a la comunidad de Rioja. Para tratar este problema, es necesario dar una respuesta integral que incluya a las autoridades locales, los trabajadores sociales, los profesionales de la salud y la sociedad en general. Para afrontar estos retos en la región, son medidas esenciales poner en marcha programas de prevención, brindar apoyo a las víctimas y sensibilizar sobre la relevancia de la salud mental durante el embarazo (12).

Se formuló como problema: ¿Cuál es la relación entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas en el C.S. Nueva Rioja – 2024?, igualmente se tuvo como hipótesis. Existe relación entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas en el C.S. Nueva Rioja – 2024. Además, como objetivo general se formuló: Determinar la relación entre violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024. Y como objetivos específicos: 1) Identificar el nivel de la violencia familiar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024; 2) Evaluar el nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024; 3) Conocer la relación según dimensiones entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

La exploración se respalda en investigaciones internacionales: Martínez-Paredes (13), el 2019, en Colombia, señaló que, en la región sudamericana, existió una prevalencia aproximada del 29 % de casos de depresión, los factores de riesgo más relevantes comprenden el embarazo a una edad temprana, la violencia intrafamiliar y el pasado de abuso sexual. Por ende, la detección temprana ayuda a disminuir los comportamientos riesgosos, las potenciales alteraciones en el neurodesarrollo del feto y los resultados negativos en obstetricia. Aunque es una condición frecuente en el embarazo, hay un subregistro porque se atribuyen los síntomas al proceso de gestación mismo. Se recomienda el uso de antidepresivos, sobre todo los inhibidores de la recaptación de serotonina, destacando la fluoxetina porque no se ha asociado con teratogenicidad. Asimismo, se promueve la utilización de métodos terapéuticos no farmacológicos, como el mindfulness, la terapia psicológica y la realización de ejercicios aeróbicos.

También, Cordero et al. (14), en el 2022, La Paz Bolivia, los resultados revelaron que la prevalencia de trastornos depresivos en mujeres gestantes y en el periodo postparto, tanto en pacientes que acudieron a consulta externa como en aquellas que fueron internas hospitalarias, alcanzó el 37 %, lo cual equivale a un total de 44 mujeres afectadas. Entre los factores sociodemográficos asociados, se identificaron 21 casos en la fase inmediata postparto, 17 mujeres con edades comprendidas entre los 16 y 25 años, 24 con uniones matrimoniales estables, 34 provenientes de áreas urbanas, 15 con nivel de educación de bachillerato, 36 desempeñando labores domésticas, 5 primíparas, 4 que habían experimentado la pérdida de hijos previamente, 8 con hijos diagnosticados con enfermedades graves, 3 que tuvieron embarazos no deseados, 8 con antecedentes de aborto, 38 de familias nucleares, 6 que padecen violencia doméstica, 3 con informes de abuso de alcohol, 5 con enfermedades crónicas y 10 con un historial anterior de depresión. Los síntomas más frecuentes entre las pacientes son: 42 con ansiedad, 41 con llanto, 39 con pánico y 36 con desesperanza.

Asimismo, Víquez et al. (15), en el 2022, en Costa Rica, indican que la depresión posparto es una dificultad frecuente en el período posparto, y puede persistir desde dos meses hasta un año tras el nacimiento del bebé. El estrés y el historial psicosocial de la madre son algunos de los factores que pueden tener un impacto en la aparición de esta depresión. Los elementos de riesgo más importantes incluyen la historia personal

y familiar de depresión, la edad extrema, los antecedentes de abortos espontáneos, la baja autoestima y las alteraciones de la personalidad, limitaciones económicas, escaso respaldo social, situaciones de violencia familiar, bajo nivel educativo, falta de apoyo emocional por parte de los padres, acceso limitado a servicios de salud, consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas, así como experiencias estresantes durante el embarazo y el parto. La etiología de esta condición es desconocida y multifacética. Los síntomas abarcan: trastornos del sueño, somatización, estrés, ansiedad, fatiga, falta de energía y atención, lentitud psicomotora, insomnio o hipersomnia, sentimientos de tristeza y disminución del interés o el placer. Además, incluyen ideas vinculadas con la muerte o el suicidio. La escala de Depresión Postparto de Edimburgo puede utilizarse para llevar a cabo el diagnóstico y el cribado. El peligro de infanticidio y suicidio son las complicaciones más graves que se pueden presentar.

Asimismo, estudios nacionales como: Cardenas (16), en el 2022, Lima Perú, se halló que el 36.11 % [intervalo de confianza del 95 %: 29.39-43.43] de las mujeres embarazadas mostró síntomas depresivos, Y un 1.11% sufrió de depresión severa. De forma parecida, el 41.67 % [IC95%: 36.64-49.05] reportó haber vivido circunstancias de violencia intrafamiliar. Se notó que la probabilidad de sufrir depresión en el embarazo se incrementa de manera significativa cuando existe violencia intrafamiliar (RPa: 9.89; $p < 0.001$). La violencia física (RPa: 1.78; $p = 0.007$) y la psicológica (RPa: 10.44; $p < 0.001$) fueron los tipos de violencia asociados, en particular. Por lo tanto, se establece una correlación entre la depresión en el embarazo y la violencia dentro del hogar, siendo la violencia física y psicológica las formas particulares de violencia asociadas.

También, Medina et al (17), en el 2022, Chiclayo Perú, se determinó que el 62.17 % de mujeres embarazadas experimentó síntomas depresivos, mientras que 17.6 % sufrió de violencia conyugal durante el periodo gestacional. Se encontró una conexión entre la depresión y factores como la violencia conyugal, la experiencia previa de al menos un embarazo perdido y la planificación del embarazo. Cuando hay violencia conyugal, se registra un incremento en la prevalencia de depresión durante el embarazo. Esto contrasta con las circunstancias en las que el embarazo es planeado o cuando hay antecedentes de pérdida de al menos un embarazo.

En el ámbito regional y local, tenemos a Tullume (18), en el 2020, Morales - San Martín, Se indica que la mayoría de las mujeres jóvenes a quienes se les ha atendido en el Centro de Salud de Morales y han tenido hijos tienen entre 18 y 19 años (63,0 %), viviendo en convivencia con sus parejas (61,0 %), con un nivel educativo que se limita a la secundaria incompleta (35,0 %) y desempeñando roles de amas de casa (65,0 %).

La mayoría de estas jóvenes madres exhiben un nivel de autoestima que se sitúa en el 47,0 %, con una inclinación hacia la baja del 33,0 %. Además, la mayoría presenta síntomas de depresión leve (61,0 %), seguido de una tendencia moderada (37,0 %), mientras que solo un pequeño porcentaje muestra signos de depresión severa (2,0 %). El valor p de 0,001 ($p < 0,05$) señala una significancia estadística en la relación observada, lo que sugiere que existe una conexión directa entre el nivel de autoestima y el grado de depresión postparto.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Violencia familiar en gestantes:

La violencia familiar en gestantes se **define** a cualquier tipo de abuso, ya sea físico, emocional, sexual o económico, que pueda sufrir una mujer embarazada por parte de miembros de su familia, su pareja o personas allegadas. Esta modalidad de violencia puede tener efectos serios para la mujer embarazada y el feto, y puede presentarse de diferentes formas, entre ellas el control por coerción, la intimidación y la negligencia. La violencia familiar, de igual manera, se refiere a cualquier tipo de abuso, trato violento o mal comportamiento que tiene lugar dentro del entorno familiar. Esta puede presentarse de muchas maneras, como la violencia económica, patrimonial, sexual, psicológica o física, y tiene el potencial de impactar a cualquier integrante de la familia sin importar su edad, sexo o posición en la estructura familiar (19) (20). Entre las **teorías** que respaldan la variable de estudio tenemos: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado informes y guías que ofrecen información importante acerca de cómo prevenir y manejar la violencia familiar hacia las mujeres en diferentes etapas de vida, incluyendo el embarazo. Asimismo, la Centers for Disease Control and Prevention (CDC): ha realizado investigaciones y proporciona recursos sobre la violencia en el ámbito familiar, incluyendo el embarazo, por lo cual puede encontrarse informes y guías en su sitio web que aportan al problema específico (21).

Asimismo, otras teorías como la teoría de la violencia de género: hace énfasis en que la violencia dentro del hogar, que incluye a las mujeres gestantes, frecuentemente es un espejo de las disparidades de género y relaciones de poder desiguales. La teoría del ciclo de la violencia, de Lenore Walker, también indica que la violencia sigue un patrón cíclico que incluye etapas de acumulación de tensión, explosión violenta y luna de miel. Además, la teoría del estrés y vulnerabilidad, donde algunos autores han explorado cómo el estrés en la vida de una pareja, incluido el embarazo, puede contribuir a la manifestación de la violencia familiar. También se aborda la teoría de la violencia simbólica de Pierre Bourdieu, que hace referencia a formas menos evidentes de

violencia que se llevan a cabo mediante símbolos, normas y estructuras sociales. Esto puede expresarse en el contexto familiar a través de la reproducción de roles de género tradicionales, la toma de decisiones y el control sobre los recursos, entre otras cosas. También, según la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura: plantea que la violencia se puede aprender por medio de la imitación y de la observación. Los niños pueden aprender comportamientos violentos si los ven en su entorno familiar. Este enfoque destaca la influencia del entorno y las experiencias previas en la reproducción de patrones de violencia (22) (23).

Por otro lado, está la teoría del Patriarcado: Kate Millett y otras teóricas feministas han abordado la violencia familiar desde la perspectiva del patriarcado. Esta teoría propone que las estructuras sociales y culturales que permiten a los hombres tener más poder que las mujeres colaboran en la violencia de género dentro del entorno familiar. También tenemos la teoría del estrés social (Richard Gelles): destaca que la violencia familiar puede ser exacerbada por factores de estrés, como el desempleo, la pobreza o las tensiones económicas. Estos factores pueden aumentar la probabilidad de conflictos y violencia en el hogar. Además, la teoría de la dependencia (Sidney P. Kadish): sugiere que la violencia puede surgir en situaciones de dependencia económica o emocional. La dependencia de una persona sobre otra puede generar un desequilibrio de poder propicio para la violencia (24) (25).

Por lo mencionado, entre las **características** de la violencia familiar en gestantes tenemos:

- a) Aumento de vulnerabilidad: Las mujeres embarazadas pueden experimentar un aumento de la vulnerabilidad debido a cambios físicos, emocionales y económicos durante el embarazo, lo que puede hacerlas más susceptibles a la violencia familiar.
- b) Inicio o agravamiento durante el embarazo: En algunos casos, la violencia familiar puede comenzar durante el embarazo o agravarse en este período debido a factores como el estrés adicional, los cambios en la dinámica familiar y las tensiones financieras.
- c) Control y poder: La violencia familiar en gestantes puede manifestarse a través del control y la búsqueda de poder por parte del agresor. Esto puede incluir restricciones en la libertad de la mujer embarazada, decisiones médicas y sociales, entre otras.
- d) Riesgo de complicaciones obstétricas: La violencia en el hogar puede incrementar la probabilidad de complicaciones obstétricas, tales como un parto prematuro, una baja masa del bebé al nacer y otros efectos negativos para la salud de las madres y los niños.

- e) Aislamiento social: Las mujeres embarazadas que experimentan violencia familiar pueden ser más propensas al aislamiento social, ya que el agresor puede controlar sus interacciones y limitar su acceso a redes de apoyo (26).
- f) Miedo a represalias: Las gestantes que sufren violencia familiar pueden tener miedo a represalias, lo que podría impedirles buscar ayuda o denunciar la situación.
- g) Ansiedad y depresión: El riesgo de sufrir ansiedad y depresión en el embarazo aumenta para aquellas mujeres que son víctimas de violencia familiar.
- h) Efectos sobre el feto: La violencia dentro de la familia puede generar efectos adversos en el feto, incluyendo el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso o prematuramente, así como problemas en su desarrollo (26) .

Es fundamental abordar la violencia familiar en gestantes de manera integral, con la participación de profesionales de la salud, servicios sociales y organizaciones especializadas. Además, podemos establecer como **dimensiones e indicadores** de la violencia familiar en gestantes:

a) Violencia física: entre sus indicadores:

- Lesiones físicas evidentes.
- Informes de gestantes sobre golpes, empujones o agresiones físicas.

b) Violencia Psicológica: entre sus indicadores:

- Ansiedad y depresión en la gestante.
- Comentarios despectivos, humillaciones o amenazas.
- Aislamiento social y control excesivo por parte del agresor.

c) Violencia Sexual: entre sus indicadores:

- Coerción sexual.
- Experiencias de relaciones sexuales no deseadas.
- Amenazas relacionadas con la actividad sexual.

d) Violencia Económica: entre sus indicadores:

- Control financiero por parte del agresor.
- Limitación del acceso a recursos económicos.
- Obstaculización de la independencia financiera de la gestante.

e) Violencia durante el Embarazo: entre sus indicadores:

- Agresiones físicas específicas durante el embarazo.
- Estrés emocional y psicológico relacionado con la gestación.
- Riesgos para la salud materna e infantil debido a la violencia.

f) Control Reproductivo: entre sus indicadores:

- Coacción para evitar o forzar el embarazo.

- Limitación del acceso a servicios de planificación familiar.
 - Decisiones sobre salud reproductiva tomadas unilateralmente por el agresor.
- g) Impacto en la Salud Materna e Infantil:** entre sus indicadores:
- Complicaciones obstétricas.
 - Resultados adversos para la salubridad fetal.
 - Un riesgo más elevado de tener un parto prematuro y dar a luz a un bebé con poco peso.
- h) Acceso a Recursos de Apoyo:** entre sus indicadores:
- Conocimiento y acceso a servicios de apoyo, como líneas telefónicas de ayuda y refugios.
 - Capacidad para buscar ayuda y apoyo emocional (10).

Es crucial tener en cuenta que la violencia familiar es un tema complejo y sensible, y la identificación de indicadores puede variar en función del contexto cultural y social. Siempre se recomienda la intervención de profesionales de la salud y servicios sociales en casos de violencia familiar

2.2.2. Depresión en gestantes:

La depresión prenatal se **define** a la manifestación de síntomas depresivos en las mujeres durante la gestación. En la depresión perinatal se incluye depresión prenatal como postnatal, abarcando el periodo antes y después del parto (27) . Entre las **teorías** y enfoques de la depresión tenemos: La teoría del estrés psicosocial, esta teoría sugiere que factores estresantes psicosociales, como problemas financieros o conflictos familiares, pueden contribuir al desarrollo de la depresión durante el embarazo. Además, la teoría del rol cambiante, que destaca cómo los cambios de roles asociados con la maternidad pueden influir en la salud mental de la mujer embarazada. Igualmente, la teoría de la vulnerabilidad cognitiva-interpersonal: centra en la vulnerabilidad cognitiva e interpersonal como factores clave en el desarrollo de la depresión en el periodo gestacional (28).

Asimismo, tenemos **características** en depresión en gestantes como:

- a) **Prevalencia aumentada:** existe un riesgo aumentado de depresión durante el embarazo. Según estudios, la prevalencia de la depresión prenatal puede variar, pero se estima que afecta a alrededor del 10-20% de las mujeres durante este período.
- b) **Cambios hormonales:** Los síntomas de depresión pueden verse favorecidos por las alteraciones hormonales importantes que suceden en el embarazo, como la oscilación en los niveles de progesterona y estrógeno.

- c) **Factores psicosociales:** Factores psicosociales, como el estrés, la falta de apoyo social, antecedentes de abuso, conflictos en las relaciones y preocupaciones sobre el embarazo, pueden aumentar el riesgo de depresión en gestantes.
- d) **Síntomas depresivos comunes:** Los síntomas depresivos en gestantes son similares a los experimentados por personas no embarazadas e incluyen pérdida de interés o placer, tristeza constante, alteraciones en el apetito o el peso, problemas para dormir, cansancio y sensaciones de inutilidad o culpa.
- e) **Riesgo de recurrencia o nueva depresión:** Las mujeres que han padecido depresión con anterioridad tienen más posibilidades de sufrir una recaída a lo largo del embarazo. Asimismo, algunas mujeres pueden sufrir depresión durante el embarazo por primera vez.
- f) **Impacto en el bienestar materno e infantil:** La depresión a lo largo del embarazo puede tener efectos perjudiciales en la madre y en el bebé, como por ejemplo un parto anticipado, que el niño nazca con poco peso y problemas de desarrollo emocional.
- g) **La relevancia del diagnóstico y la terapia:** Como el diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado de la depresión en mujeres embarazadas son fundamentales, debido al posible efecto en la salud de las madres y los niños. La terapia cognitivo-conductual y el apoyo psicosocial son enfoques comunes, aunque en algunos casos puede ser necesario el tratamiento farmacológico bajo supervisión médica (27) (29) (30) (31).

La depresión en mujeres gestantes es un tema crítico que requiere atención y evaluación adecuadas. Las dimensiones e indicadores para evaluar la depresión en gestantes pueden incluir aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. A continuación, se presentan algunas dimensiones clave junto con posibles indicadores:

- a) **Estado de ánimo y emociones:** entre sus indicadores encontramos:
 - Sentimientos persistentes de tristeza o vacío.
 - Cambios en el estado de ánimo, como la irritabilidad.
 - Pérdida de interés o disfrute en actividades que antes resultaban placenteras.
- b) **Síntomas cognitivos:** algunos de sus signos son:
 - Problemas para concentrarse y tomar decisiones.
 - Sensaciones de inutilidad o culpabilidad.
 - Ideas que se repiten sobre la muerte o el suicidio.
- c) **Síntomas fisiológicos y somáticos:** algunos de sus signos son
 - Alteraciones en el peso y el apetito.

- Dificultades para dormir, como la hipersomnia o el insomnio.
- Agotamiento constante o pérdida de energía.
- d) Preocupaciones y ansiedad:** algunos de sus indicadores son:
 - Preocupaciones excesivas sobre el bienestar del bebé.
 - Síntomas de ansiedad, como nerviosismo o tensión muscular.
 - Miedos relacionados con el parto o la crianza.
- e) Relaciones Sociales y Aislamiento:** entre sus indicadores:
 - Dificultades en las relaciones familiares o de pareja.
 - Aislamiento social y retirada de actividades sociales.
 - Sentimientos de soledad o falta de apoyo.
- f) Cambio en la Autoestima y Autoimagen:** entre sus indicadores:
 - Sentimientos de inseguridad o desvalorización.
 - Cambios en la percepción de la propia imagen corporal.
 - Pérdida de interés en el autocuidado.
- g) Actitudes hacia el Embarazo y la Maternidad:** entre sus indicadores:
 - Cambios en las actitudes positivas hacia el embarazo.
 - Preocupaciones excesivas sobre la capacidad para ser una buena madre.
 - Dudas sobre la decisión de tener un hijo.
- h) Historial de Depresión o Problemas Psicológicos Previos:** entre sus indicadores:
 - Antecedentes de episodios depresivos anteriores.
 - Historial de trastornos de ansiedad u otros problemas psicológicos.
 - Factores de riesgo adicionales, como eventos estresantes recientes (27) (31) (32) (33).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito y condiciones de la investigación

3.1.1. Contexto de la investigación

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Nueva Rioja, que está situado en el valle Alto Mayo, al noroeste de la región San Martín. Se localiza en el lado oriental del relieve andino, entre las latitudes 5°23'30" y 6°15'00" al sur y las longitudes 77°05'00" y 77°45'55" al oeste. Está situado en el kilómetro 470 de la carretera Fernando Belaúnde Terry. Asimismo, su altitud es de 843 m s. n. m., y sus zonas montañosas superan los 1,000 metros sobre el nivel del mar. Se puede categorizar el clima como semitropical. La temperatura media del año es de 22,5 °C, con fluctuaciones que oscilan entre 16,5 °C y 28,4 °C. Las actividades económicas más relevantes de la zona de Rioja se hallan en el sector primario (ganadería y agricultura) con 60 %, seguido del terciario (28 %) y el secundario (15 %), los cuales abarcan el 52 % promedio de la población ocupada en el área agrícola-pecuaria y el 28 % en comercio y turismo. La actividad agrícola y ganadera es el principal motor productivo y económico del distrito de Rioja, representando el 52 % de la Población Económicamente Activa (PEA). El cultivo de café (en la zona alta) y arroz (en la zona baja) es el más significativo desde un punto de vista económico.

El distrito de Rioja posee un alto potencial para la producción primaria en lo que respecta a la industria. Ante este panorama, muchos emprendedores han optado por innovar en la misma ciudad con el fin de aportar valor adicional a la producción. En esa línea, se han establecido en la zona fábricas de ladrillos, molinos de arroz y panaderías, entre otras. El comercio, en términos generales, consiste en la venta (12 %) de la producción excedente generada por las unidades productivas de los beneficiarios que proveen a los mercados de Rioja y otros lugares de la región San Martín. El café es el producto emblemático y relevante desde el punto de vista económico, muy valorado por los comerciantes de Rioja para el mercado nacional e internacional. El "moto taxi" es el medio de transporte más utilizado para moverse por la ciudad de Rioja, como ocurre en la mayor parte de las ciudades selváticas. En Rioja, el sector del transporte (3 %) es uno de los más relevantes para mantener la actividad económica. La ciudad de Rioja tiene una terminal terrestre, lo que la convierte en una de las pocas localidades de la región San Martín que dispone de este servicio. Aquí se encuentran diversas líneas de transporte a nivel nacional, lo que favorece el turismo y el comercio.

El establecimiento es de la categoría I-4 y está bajo la jurisdicción de la DISA San Martín. Está obligado a promover la dignidad individual, protegiendo la salud y evitando las enfermedades al mismo tiempo que respalda el acceso universal a la atención sanitaria de los ciudadanos de Rioja; estableciendo y orientando los propósitos de políticas sanitarias en cooperación con los sectores públicos y los actores sociales. Se presta atención al individuo en el establecimiento, respetando la vida de cada peruano y sus derechos fundamentales desde antes de nacer y a lo largo de su vida. Se colabora así con la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. La dirección de Centro Médico Nueva Rioja es Jirón Jr., y está situado en la provincia de Rioja, departamento de San Martín. Tupac Amaru, Cuadra 4, S/N, Rioja San Martín. Dispone de tecnología, médicos, infraestructura y atención de primer nivel para cubrir integralmente las necesidades sanitarias de toda la comunidad de Rioja en San Martín. Para que el personal se ocupe de las necesidades de prevención y tratamiento a nivel individual y colectivo de la salud de los residentes de Rioja, favoreciendo la seguridad y calidad del servicio para los usuarios, llame al 042-558245. El Centro Médico Nueva Rioja ofrece atención de 7:00 a 13:00 y de 13:00 a 19:00, además de emergencias disponibles todo el día.

3.1.2. Periodo de ejecución

Según la investigación fue realizada en el periodo establecido del proyecto estudiado.

3.1.3. Autorizaciones y permisos

Las permisiones y consentimientos fueron solicitados a autoridades de la entidad C.S. Nueva Rioja.

3.1.4. Control ambiental y protocolos de bioseguridad

La presente investigación no afectó al medio ambiente y se sometió el equipo de investigadores a las medidas de bioseguridad que determine la institución.

3.1.5. Aplicación de principios éticos internacionales

Entre los elementos moralistas internacionales se consideró autonomía: en el contexto de violencia familiar y depresión en gestantes implica respetar las condiciones feministas embarazadas en la toma de decisiones comunicadas sobre su bienestar y salubridad. Esto incluye el derecho a consentir o rechazar intervenciones médicas y de apoyo psicosocial, así como la participación activa en la planificación de su atención. Se fomenta la comunicación abierta y la provisión de información clara para empoderar a las gestantes en tomar definiciones que afectan la salubridad como las de sus futuros hijos. También, la beneficencia: se manifiesta en el compromiso de promover bienestar y salud integral de las gestantes que han experimentado violencia familiar y enfrentan

depresión durante el embarazo. Se busca proporcionar intervenciones y productos efectivos que aborden las necesidades específicas de estas mujeres, considerando tanto sus dimensiones físicas como las emocionales. La atención integral, que abarca la detección precoz de la violencia familiar, el respaldo emocional y las alternativas de tratamiento para la depresión, es fomentada con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y sus bebés.

Asimismo, la no maleficencia: envuelve el compromiso de evitar daño o minimizar riesgos para las gestantes que enfrentan violencia familiar y depresión. Los profesionales de la salud y los servicios de apoyo deben implementar intervenciones y tratamientos que minimicen los efectos adversos, tanto físicos como psicológicos. Se deben tener precauciones especiales para garantizar la seguridad de las gestantes y sus bebés, considerando las posibles consecuencias de la violencia y la depresión en el embarazo. Además, la justicia: implica garantizar el camino imparcial a productos de calidad en gestantes, independiente de su origen socioeconómico, cultural o demográfico. En el contexto de la violencia familiar y la depresión en gestantes, se busca abordar las desigualdades en la atención médica y el apoyo psicosocial, asegurando que todas tengan acceso a servicios adecuados y culturalmente competentes. Además, se promueven políticas y prácticas que topen los principios subyacentes de la intimidación y la depresión en la comunidad.

Por último, el Derecho: el respeto por las retribuciones humanas y la decencia en gestantes es esencial. Esto contiene el derecho a vivir libre de violencia, recibir atención médica de calidad, y participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud y la de sus hijos. Se promueve la defensa de los derechos reproductivos y la garantía de que las gestantes tengan acceso a información precisa y comprensible sobre sus opciones de tratamiento y apoyo. Estos elementos éticos suministran un asiento compacto en la atención integral y respetuosa en situaciones de violencia familiar y depresión durante el embarazo. La implementación efectiva de estos principios requiere una colaboración interdisciplinaria y un enfoque centrado en la mujer.

3.2. Sistema de variables

Variable 1: violencia familiar

Definición conceptual: La violencia familiar en gestantes se define a cualquier tipo de abuso, ya sea físico, emocional, sexual o económico, que pueda sufrir una mujer embarazada por parte de miembros de su familia, su pareja o personas allegadas. Esta modalidad de violencia puede acarrear efectos graves para la gestante y el feto, y puede

presentarse de varias formas, como la intimidación, el control coercitivo o la negligencia (2).

Definición operacional: La violencia familiar comprende todos los actos de abuso físico, sexual, económico y social que la mujer embarazada recibe de algún miembro de su familia o de la familia del compañero. Se evaluará mediante un cuestionario.

Variable 2: Depresión

Definición conceptual: La depresión prenatal se caracteriza por la aparición de síntomas de depresión en las mujeres durante el periodo gestacional. La depresión perinatal comprende tanto la prenatal como la postnatal, es decir, el lapso de tiempo anterior y posterior al nacimiento (13).

Definición operacional, son síntomas de depresión presentes en la mujer gestante o en el postparto, será evaluada por medio de un cuestionario.

Tabla 1

Descripción de variables por objetivo específicos

Objetivo específico 1: Identificar el nivel de la violencia familiar en gestantes atendidas, Centro de Salud Nueva Rioja – 2024			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Violencia familiar	Nivel de violencia familiar	Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario	Ordinal. Escala de Likert: Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Casi siempre = 4 Siempre = 5
Objetivo específico 2: Evaluar el nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024.			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Depresión	Nivel de presión	Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario	Ordinal. Escala de Likert: Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Casi siempre = 4 Siempre = 5
Objetivo específico 3: Conocer la relación según dimensiones entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas, C.S. Nueva Rioja – 2024			
Variable abstracta	Variable concreta	Medio de registro	Unidad de medida
Violencia familiar y depresión	Relación según dimensiones entre violencia familiar y depresión	Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario	Ordinal. Escala de Likert: Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Casi siempre = 4 Siempre = 5

Fuente: datos propios de la investigación

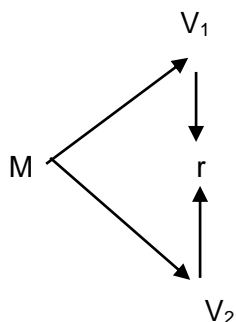
3.3. Procedimientos de a investigación

3.3.1. Diseño de la investigación

La investigación fue de tipo básica de nivel cuantitativo.

La **población** estuvo compuesta por 73 gestantes atendidas en el C. S. Nueva Rioja, según la oficina de estadística del establecimiento. Algunos de los **criterios de inclusión** son: Se incorporará a todas las mujeres embarazadas atendidas en el C.S. Nueva Rioja que sufran violencia intrafamiliar y estén dispuestas a participar en la investigación. Asimismo, los **criterios de exclusión**: Se excluirá a todas las mujeres embarazadas que padezcan otras enfermedades distintas a la depresión o que no hayan sufrido violencia intrafamiliar y que sean atendidas en el C.S. Nueva Rioja. La **muestra** estuvo compuesta por el total de la población, que incluye a 73 gestantes con experiencias de violencia. Dado que se trata de una muestra homogénea, el **muestreo** no incluye a la población. La unidad de análisis consistió en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar que fue atendida en el C.S. Nueva Rioja.

El diseño será no experimental, cuantitativo, transversal, descriptivo correlacional, según esquema:



M = muestra

V1 = Violencia familiar

V2 = Depresión

r = relación entre las variables

3.3.2. Actividades del objetivo específico 1

Identificar el nivel de la violencia familiar en gestantes

Para elaborar la investigación relacionado con la variable "violencia familiar", se revisaron bases de datos de libros y artículos científicos. Este proyecto será presentado a la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) para su aprobación, asignación de jurado evaluador y designación del asesor mediante resolución. Se uso como técnica la

encuesta y como instrumento el cuestionario con el cual se obtendrán los datos de investigación para su análisis y procesamiento, los hallazgos permitirán elaborar el informe de investigación, para lo cual se utilizará la estadística básica de tablas con datos, frecuencias y porcentajes. Una vez obtenidos los resultados se elaboró el informe de tesis para su presentación a la FCS y aprobación mediante resolución. Posteriormente se procedió a la sustentación en presencia del jurado evaluador.

3.3.3. Actividades del objetivo específico 2

Evaluar el nivel de depresión en gestantes

Se examinó información de libros y artículos científicos acerca del factor depresión en mujeres embarazadas con el objetivo de llevar a cabo el proyecto de investigación, que será sometido a la Facultad Ciencias de la Salud (FCS) para obtener su consentimiento, nombrar un asesor y asignar un jurado evaluador por medio de resolución. La encuesta fue la técnica empleada y el cuestionario fue el instrumento a través del cual se adquirirán los datos para su análisis y procesamiento. Los resultados permitirán la confección del informe de investigación, en la que se aplicará estadística elemental de tablas con datos, frecuencias y porcentajes. Una vez obtenidos los resultados se elaboró el informe de tesis para su presentación a la FCS y aprobación mediante resolución. Posteriormente se procedió a la sustentación en presencia del jurado evaluador.

3.3.4. Actividades del objetivo específico 3

Conocer la relación según dimensiones entre la violencia familiar y la depresión en gestantes

Para establecer la correlación entre las variables violencia familiar y depresión en gestantes se desarrolló la prueba de normalidad con el estadístico de Kolmogorov-Smirnov porque los sujetos son más de casos para determinar la normalidad información obtenida. Se empleó el coeficiente de Rho Spearman para determinar la correlación entre las variables. Para determinar el nivel de dependencia entre las variables analizadas, se utilizará un gráfico de dispersión.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.2. Resultados

4.2.1. Resultado específico 1

Identificar el nivel de la violencia familiar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024.

Tabla 2
Nivel de violencia familiar

Nivel	Intervalo	N°	%
Bajo	33 – 76	70	95,9 %
Medio	77 – 109	2	2,7 %
Alto	110 – 165	1	1,4 %
Total		73	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes, CS Nueva Rioja, 2024

Se observa que la gran mayoría de las gestantes evaluadas presenta un nivel bajo de violencia familiar 95,9 % (70), mientras que un reducido 2,7 % (2) se ubica en el nivel medio y solo el 1,4 % (1) en el nivel alto. Estos resultados indican que, en el Centro de Salud Nueva Rioja, 2024, la presencia de violencia familiar en gestantes es poco frecuente. Sin embargo, aunque los casos de niveles medio y alto son mínimos, su existencia reviste importancia, ya que la violencia familiar, aun en pocos casos, puede tener repercusiones significativas en la salud física, emocional y obstétrica, lo que justifica la necesidad de un seguimiento y atención integral para las gestantes afectadas.

4.2.2. Resultado específico 2

Evaluar el nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024

Tabla 3
Nivel de depresión

Nivel	Intervalo	N°	%
Bajo	36 – 83	64	87,7 %
Medio	84 – 119	8	11,0 %
Alto	120 – 180	1	1,4 %
Total		73	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes, CS Nueva Rioja, 2024

Se aprecia que la mayoría de las gestantes evaluadas presenta un nivel bajo de depresión 87,7 % (64), seguido por un 11,0 % (8) con nivel medio y un 1,4 % (1) con nivel alto. Estos resultados indican que, en el Centro de Salud Nueva Rioja, 2024, la

prevalencia de depresión en gestantes es reducida; no obstante, el grupo que presenta niveles medio y alto requiere especial atención. Incluso en porcentajes bajos, la depresión durante el embarazo puede generar efectos adversos tanto en la salud materna como en el desarrollo fetal, lo que resalta la importancia de la detección temprana y la intervención oportuna para prevenir complicaciones.

Conocer la relación según dimensiones entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024.

4.2.3. Resultado específico 3

Tabla 4

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnova

	Estadístico	gl	Sig.
Violencia familiar	,295	73	,000
Violencia física	,522	73	,000
Violencia psicológica	,366	73	,000
Violencia sexual	,487	73	,000
Violencia económica	,512	73	,000
Violencia durante el embarazo	,429	73	,000
Control reproductivo	,519	73	,000
Impacto en la salud materna infantil	,518	73	,000
Acceso a recursos de apoyo	,267	73	,000
Depresión en gestantes	,248	73	,000

Fuente: Datos obtenidos del SPSS Vs. 27

La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov demuestra que las variables (violencia familiar) y dimensiones analizadas (violencia física, psicológica, sexual, económica, durante el embarazo, control reproductivo, impacto en la salud materno-infantil y acceso a recursos de apoyo), así como la depresión en gestantes, tienen un valor de significancia $p = 0.000$, más bajo que 0.05; lo que señala que ninguna de estas variables sigue una distribución normal. En consecuencia, para examinar el vínculo entre la depresión y la violencia en el hogar, así como entre sus dimensiones, es apropiado utilizar pruebas estadísticas no paramétricas, como el coeficiente de correlación Rho de Spearman, que no necesitan suponer normalidad.

Tabla 5

Relación entre las dimensiones de la violencia familiar y depresión

		Físic a	Psicol ógica	Sexual	Económic a	Durant e el embar azo	Control reprodu ctivo	Impacto en la salud matern a infantil	Acceso a recurso s de apoyo	Depresió n en gestante s
Física	Coeficie nte de correlaci ón	1,000	,424**	,408**	,210	,444**	,561**	,604**	,191	,294*

	Coficie nte de correlaci ón Sig. (bilateral) N	,294*	,400**	,031	,284*	,349**	,357**	,372**	-,287*	1,000
Depresión en gestantes		,012	,000	,794	,015	,002	,002	,001	,014	.
		73	73	73	73	73	73	73	73	73

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Datos obtenidos del SPSS Vs. 27

El análisis de correlación de Spearman demuestra que la depresión en mujeres embarazadas tiene una asociación positiva y estadísticamente significativa con diferentes dimensiones de la violencia familiar. Entre estas, sobresalen las correlaciones moderadas con la violencia psicológica ($r = 0.400$; $p < 0.01$), la violencia durante la gestación ($r = 0.349$; $p < 0.01$), el control reproductivo ($r = 0.357$; $p < 0.01$) y el impacto en la salud de madre e hijo ($r = 0.372$; $p < 0.01$). Además, se notan correlaciones positivas con la violencia económica ($r = 0,284$; $p < 0,05$) y la violencia física ($r = 0,294$; $p < 0,05$), aunque son más bajas. Por otro lado, la dimensión acceso a recursos de apoyo muestra una correlación negativa y significativa con la depresión ($r = -0,287$; $p < 0,05$), lo que indica que el uso y disponibilidad más altos de estos recursos podrían estar relacionados con menos.

4.2.4. Resultado general

Determinar la relación entre violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024.

Tabla 6

Relación entre la violencia familiar y depresión

			Violencia familiar	Depresión en gestantes
Rho de Spearman	Violencia familiar	Coficiente de correlación	1,000	,092
		Sig. (bilateral)	.	,439
		N	73	73
	Depresión en gestantes	Coficiente de correlación	,092	1,000
		Sig. (bilateral)	,439	.
		N	73	73

Nota: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Datos obtenidos del SPSS Vs. 27

Según el análisis de correlación de Spearman, la violencia familiar y la depresión en embarazadas tienen una relación positiva muy baja que no es estadísticamente significativa ($p = 0,439$; $r = 0,092$), ya que el valor de p supera 0,05. Esto indica que, en el conjunto global de la variable violencia familiar, no se observa una asociación directa

con los niveles de depresión. Sin embargo, como se evidenció en el análisis por dimensiones (Tabla 4), ciertas formas específicas de violencia (especialmente la psicológica, la ejercida durante el embarazo, el control reproductivo y el impacto en la salud materna infantil) sí mantienen correlaciones significativas con la depresión, lo que sugiere que el efecto se diluye al analizar la violencia familiar como una sola variable agregada.

4.3. Discusión

El 95,9 % de las mujeres embarazadas evaluadas en el Centro de Salud Nueva Rioja durante el año 2024 tienen un nivel bajo de violencia familiar, mientras que únicamente el 2,7 % se encuentra en la categoría media y el 1,4 % en el alta. Estos hallazgos revelan, la violencia familiar durante la gestación es poco frecuente; sin embargo, la existencia de casos en niveles medio y alto no debe subestimarse, debido a las repercusiones que incluso una mínima exposición puede tener sobre la salud física, emocional y obstétrica de la gestante y el bienestar del feto. Cuando se comparan estos resultados con los de la literatura, se nota que las cifras locales están por debajo de las reportadas en investigaciones nacionales e internacionales. Según, Martínez-Paredes (13), el 2019, en Colombia informó que en la región sudamericana la prevalencia de depresión en gestantes alcanza aproximadamente el 29 %, siendo la violencia intrafamiliar uno de los factores de riesgo más relevantes, junto con el abuso sexual y la edad temprana al embarazo. El escritor destaca que el reconocimiento temprano de la depresión y la violencia ayuda a reducir comportamientos riesgosos, trastornos potenciales del neurodesarrollo fetal y resultados obstétricos negativos.

Asimismo, Cordero et al. (14), el 2022, en La Paz, Bolivia, hallaron una prevalencia de trastornos depresivos del 37 % en mujeres gestantes y puérperas, identificando la violencia intrafamiliar en 6 de los casos estudiados como factor asociado a la depresión. De igual modo, Víquez & Valverde (15), el 2022, en Costa Rica apuntan que la depresión posparto puede durar hasta un año después del nacimiento y que la violencia en el hogar es uno de los principales factores de riesgo para su ocurrencia, junto con antecedentes personales de depresión, limitaciones económicas, bajo nivel educativo y escaso apoyo social. En el ámbito nacional, los resultados también superan ampliamente a los del presente estudio. Para Cárdenas (16), En Lima, el 41,67 % de las mujeres embarazadas sufrió violencia intrafamiliar en el año 2022. Se detectó una correlación importante entre la presencia de violencia física (RPa: 1.78; $p=0.007$) y psicológica (RPa: 10.44; $p<0.001$) y que las gestantes desarrollaran depresión durante su embarazo (RPa: 9.89; $p<0.001$). De forma parecida, Medina et al. (17), el 2022, en Chiclayo encontraron que el 17,6 %

de mujeres embarazadas sufrió violencia conyugal, factor estrechamente relacionado con la aparición de síntomas depresivos.

Incluso a nivel regional, Tullume (18), el 2020, en Morales – San Martín, identificó que un porcentaje considerable de jóvenes madres presentaba depresión posparto de leve a moderada (61 % y 37 %, respectivamente) y que la baja autoestima guardaba una relación estadísticamente significativa con el nivel de depresión ($p=0,001$), siendo la violencia intrafamiliar uno de los elementos que agrava esta condición. La comparación con estos antecedentes permite inferir que la prevalencia de violencia familiar en las gestantes de Nueva Rioja es marcadamente inferior a la reportada en otros contextos latinoamericanos y peruanos. No obstante, el hecho de que existan casos, aunque en menor número, es un indicador de alerta que exige acciones de vigilancia y seguimiento continuo, dado que incluso una mínima exposición a violencia puede desencadenar trastornos como depresión, ansiedad, complicaciones obstétricas y problemas en el desarrollo fetal. Además, la literatura destaca que el subregistro es frecuente, ya sea por temor de las gestantes a denunciar, por normalización de la violencia o por la dificultad de los profesionales de salud para detectar casos encubiertos, lo que sugiere que la prevalencia real podría ser mayor.

Por lo tanto, los hallazgos de esta investigación reafirman la necesidad de implementar estrategias de tamizaje sistemático, programas de consejería y protocolos de intervención temprana en los servicios de salud materna, así como fortalecer las redes de apoyo social y psicológico. Tales acciones no solo permiten identificar oportunamente a las gestantes en riesgo, sino también mitigar el impacto de la violencia familiar y sus consecuencias en la salud mental y obstétrica, alineándose con las recomendaciones internacionales y nacionales descritas en los estudios citados.

En cuanto, al resultado 2, en el Centro de Salud Nueva Rioja se evidencian que la mayoría de las gestantes evaluadas presenta un nivel bajo de depresión (87,7 %), mientras que un 11,0 % exhibe un nivel medio y un 1,4 % un nivel alto. Esta prevalencia relativamente reducida contrasta de forma importante con los hallazgos reportados en otros contextos nacionales e internacionales, lo que merece un análisis detallado. En el ámbito internacional, Martínez-Paredes (13), el 2019, informó que en Colombia la prevalencia aproximada de depresión en gestantes alcanzó el 29 %, señalando como factores de riesgo el historial de abuso sexual, la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar. De manera similar, Cordero y Martínez (14), el 2022, en La Paz– Bolivia hallaron una prevalencia de 37 % de trastornos depresivos en mujeres gestantes

y en el periodo postparto, con factores asociados como violencia intrafamiliar, antecedentes de depresión y embarazos no deseados.

Asimismo, Víquez & Valverde (15), el 2022, en Costa Rica refieren que la depresión posparto puede prolongarse de dos meses hasta un año después del parto y se relaciona con factores de riesgo como bajo apoyo social, antecedentes familiares de depresión, violencia familiar y experiencias estresantes durante el embarazo. En comparación, la cifra de 12,4 % (suma de los niveles medio y alto) hallada en el presente estudio resulta sensiblemente menor, lo que sugiere un mejor estado de salud mental en la población evaluada, aunque no exime de la necesidad de vigilancia clínica. En el contexto nacional, Cárdenas (16), el 2022, en Lima reportó que 36,11 % de las gestantes presentó síntomas depresivos, con una fuerte asociación entre violencia intrafamiliar y depresión, especialmente en los tipos de violencia psicológica y física. Medina et al. (17), el 2022 en Chiclayo hallaron una prevalencia de síntomas depresivos de 62,17 %, relacionando esta condición con violencia conyugal, antecedentes de pérdida gestacional y la no planificación del embarazo.

En contraste, la población estudiada en Nueva Rioja muestra una frecuencia considerablemente menor de depresión, lo que podría atribuirse a factores protectores como un entorno familiar más favorable, mayor acceso a redes de apoyo o mejores estrategias de detección y acompañamiento prenatal. Sin embargo, se requiere profundizar en las características sociodemográficas y contextuales para comprender estas diferencias. En el ámbito regional, Tullume (18), el 2020, en Morales–San Martín halló que 61 % de jóvenes madres presentaba depresión leve y 37 % moderada, evidenciando además una relación significativa entre bajo nivel de autoestima y mayor grado de depresión postparto ($p = 0,001$). La discrepancia con los hallazgos de Nueva Rioja podría reflejar variaciones en las condiciones socioeconómicas, en la disponibilidad de soporte social o en las políticas locales de salud materna. Pese a la menor prevalencia de depresión encontrada en este estudio, es importante subrayar que el 12,4 % de gestantes con niveles medio y alto de depresión representa un grupo de riesgo clínicamente relevante, dado que incluso porcentajes bajos de depresión durante el embarazo pueden ocasionar efectos adversos en la salud materna y en el desarrollo fetal.

En consonancia con Martínez-Paredes (13), el 2019, la identificación precoz de síntomas depresivos contribuye a reducir conductas de riesgo, prevenir trastornos del neurodesarrollo fetal y evitar resultados obstétricos adversos. Por ello, se refuerza la necesidad de estrategias de tamizaje sistemático durante el control prenatal, que

incluyan la aplicación de escalas validadas, consejería psicológica y, de ser necesario, intervenciones terapéuticas. Tal como proponen Martínez-Paredes (13), el 2019 y Viquez & Valverde (15), el 2022, se recomienda la utilización de enfoques integrales: tratamientos farmacológicos seguros, como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (por ejemplo, fluoxetina, que no ha demostrado teratogenicidad), y opciones no farmacológicas como la psicoterapia, el mindfulness y el ejercicio aeróbico. En síntesis, si bien la prevalencia de depresión en las gestantes de Nueva Rioja es menor que la reportada en otros estudios de la región y el país, la existencia de un subgrupo con niveles moderados y altos justifica acciones preventivas y de intervención temprana, a fin de garantizar tanto el bienestar materno como un adecuado desarrollo fetal, y contribuir así a la reducción de la morbilidad materno-infantil.

Los resultados del presente estudio evidencian que la depresión en gestantes se asocia de forma positiva y estadísticamente significativa con diversas dimensiones de la violencia familiar, mostrando correlaciones de magnitud moderada en las dimensiones de violencia psicológica ($r = 0,400$; $p < 0,01$), violencia durante el embarazo ($r = 0,349$; $p < 0,01$), control reproductivo ($r = 0,357$; $p < 0,01$) e impacto en la salud materna infantil ($r = 0,372$; $p < 0,01$). Asimismo, se encontraron asociaciones positivas de menor intensidad con la violencia física ($r = 0,294$; $p < 0,05$) y económica ($r = 0,284$; $p < 0,05$). En contraste, la dimensión acceso a recursos de apoyo se relaciona de manera negativa con la depresión ($r = -0,287$; $p < 0,05$), lo que sugiere que una mayor disponibilidad y utilización de recursos de soporte social puede actuar como factor protector. No se halló relación significativa con la violencia sexual ($p > 0,05$).

Estos hallazgos son consistentes con la evidencia internacional. Martínez-Paredes (2019) identificó en Colombia una prevalencia aproximada del 29 % de depresión en gestantes, resaltando como factores de riesgo la exposición a la violencia intrafamiliar y el historial de abuso sexual, así como la edad temprana al embarazo. El autor enfatiza que la detección temprana de la depresión contribuye a disminuir conductas de riesgo y complicaciones obstétricas, y recomienda abordajes tanto farmacológicos (fluoxetina) como no farmacológicos (psicoterapia, mindfulness y ejercicio aeróbico) para la prevención y el tratamiento de esta condición. La coincidencia entre nuestros resultados y los de Martínez-Paredes refuerza la idea de que la violencia familiar, especialmente la psicológica, constituye un detonante clave de la depresión durante la gestación.

En la misma línea, Cordero y Martínez (2022) en La Paz, Bolivia, reportaron una prevalencia de trastornos depresivos de 37 % en mujeres gestantes y púrpas, hallando que la violencia intrafamiliar figuraba entre los factores sociodemográficos

asociados. Las manifestaciones clínicas más comunes incluían ansiedad, llanto, pánico y desesperanza. Nuestros hallazgos confirman esta asociación, evidenciando que la violencia psicológica y la ejercida durante el embarazo son las de mayor impacto sobre el estado emocional materno. Por su parte, Víquez y Valverde (2022) en Costa Rica describen que la depresión perinatal, incluida la depresión posparto, puede verse favorecida por el estrés, los antecedentes psicosociales y las situaciones de violencia familiar, sumados a un escaso respaldo social y limitaciones económicas. El presente estudio refuerza este planteamiento al mostrar que el acceso a recursos de apoyo se comporta como un factor protector, pues su incremento se asocia a menores niveles de depresión. Este resultado pone de relieve la importancia de fortalecer las redes de apoyo y los servicios de salud mental comunitaria para las gestantes.

Los estudios nacionales confirman la relevancia de la violencia intrafamiliar como predictor de depresión durante el embarazo. Cárdenas (2022), en Lima, halló que el 36,11 % de las embarazadas presentó síntomas depresivos y que la violencia intrafamiliar aumentaba casi diez veces el riesgo de depresión, con especial predominio de la violencia psicológica (RPa: 10,44; $p < 0,001$) y la física (RPa: 1,78; $p = 0,007$). De modo similar, Medina et al. (2022) en Chiclayo identificaron que la violencia conyugal se asociaba de manera significativa a la presencia de depresión gestacional. Estos antecedentes se alinean con nuestros resultados, en los que la violencia psicológica y la física mostraron correlaciones positivas y significativas con la depresión en gestantes. En el contexto local, Tullume (2020) en Morales – San Martín, encontró que la baja autoestima se relacionaba directamente con el grado de depresión posparto, hallazgo que sugiere la necesidad de fortalecer factores protectores individuales. En concordancia, nuestro estudio resalta el rol del acceso a recursos de apoyo, lo que subraya la importancia de las intervenciones dirigidas a mejorar la red de soporte familiar y comunitario.

En conjunto, la evidencia internacional, nacional y local converge en que la violencia familiar, especialmente la de tipo psicológico, es un determinante crítico de la depresión en gestantes. Nuestros resultados, que muestran correlaciones moderadas y significativas entre estas variables, respaldan la urgencia de estrategias integrales de prevención, detección y atención temprana, orientadas tanto a la reducción de la violencia intrafamiliar como al fortalecimiento de las redes de apoyo, a fin de mitigar el impacto de la depresión durante el embarazo y sus posibles consecuencias en la salud materna e infantil. Los resultados de la presente investigación muestran que, de manera global, no existe una correlación estadísticamente significativa entre la violencia familiar y la depresión en gestantes ($r = 0,092$; $p = 0,439$), al ser el valor de p mayor a 0,05. Este

hallazgo evidencia que, al considerar la violencia familiar como una sola variable agregada, su efecto sobre los niveles de depresión se diluye, no permitiendo establecer una asociación directa. Sin embargo, el análisis detallado por dimensiones (Tabla 4) revela un panorama diferente: ciertos tipos de violencia —en particular la violencia psicológica, la ejercida durante el embarazo, el control reproductivo y el impacto en la salud materno-infantil— sí muestran correlaciones significativas con la depresión, lo que sugiere que la heterogeneidad de la violencia familiar exige un abordaje desagregado para identificar sus verdaderos efectos sobre la salud mental materna.

Este resultado contrasta, en parte, con la evidencia internacional. Martínez-Paredes (2019) en Colombia reportó una prevalencia de depresión cercana al 29 % en gestantes, destacando como factores de riesgo la exposición a la violencia intrafamiliar y el historial de abuso sexual, además de la edad temprana al embarazo. El autor enfatiza que la detección temprana es clave para reducir las conductas de riesgo y las complicaciones obstétricas, recomendando la combinación de tratamientos farmacológicos — particularmente los inhibidores de recaptación de serotonina como la fluoxetina— y abordajes no farmacológicos como la psicoterapia y el mindfulness. Estos hallazgos sugieren que, en otros contextos sudamericanos, la violencia intrafamiliar ha sido reconocida como un factor importante para la depresión durante el embarazo (Martínez-Paredes, 2019).

De manera similar, Cordero y Martínez (2022) en La Paz, Bolivia, hallaron que el 37 % de mujeres gestantes y puérperas presentaron trastornos depresivos, y que entre los factores asociados se encontró la violencia intrafamiliar en seis casos, junto con otros elementos sociodemográficos. Los síntomas más frecuentes fueron ansiedad, llanto, pánico y desesperanza, lo que evidencia la compleja interacción entre factores psicosociales y salud mental materna (Cordero & Martínez, 2022). En Costa Rica, Viquez y Valverde (2022) describen que la depresión posparto puede prolongarse hasta un año, asociándose a antecedentes familiares de depresión, estrés, bajo nivel educativo, situaciones de violencia familiar y otros factores psicosociales, reafirmando que la violencia en el entorno materno es un determinante relevante de la salud mental perinatal.

En el ámbito nacional, Cárdenas (2022) en Lima encontró que el 36,11 % de gestantes presentó síntomas depresivos y el 41,67 % experimentó violencia intrafamiliar, determinando que la presencia de esta violencia incrementa casi diez veces el riesgo de depresión durante el embarazo (RPa: 9.89; $p < 0.001$), siendo especialmente significativos los tipos de violencia psicológica (RPa: 10.44; $p < 0.001$) y física (RPa: 1.78;

$p=0.007$). Estos datos coinciden con el análisis por dimensiones de la presente investigación, donde se identificó que la violencia psicológica es el componente de mayor impacto en la aparición de depresión gestacional. De igual modo, Medina et al. (2022) en Chiclayo hallaron que el 62,17 % de las embarazadas mostró síntomas depresivos y el 17,6 % sufrió violencia conyugal, encontrando una asociación directa entre violencia y depresión durante la gestación, especialmente en casos de embarazos no planificados o pérdida previa de embarazo.

A nivel local, Tullume (2020) en Morales–San Martín identificó que la depresión posparto se relaciona estrechamente con el nivel de autoestima, y aunque el estudio se centra en el posparto, subraya que los factores psicosociales y de apoyo familiar influyen de manera decisiva en la salud mental materna. En conjunto, la discusión sugiere que, aunque en el presente estudio no se halló correlación global entre violencia familiar y depresión, las dimensiones específicas de violencia —en particular la psicológica y aquella ejercida durante el embarazo— coinciden con la literatura nacional e internacional que las reconoce como factores de riesgo significativos. Por tanto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de evaluar la violencia de forma desagregada, ya que el análisis global puede subestimar su verdadero impacto sobre la depresión en gestantes. Además, la comparación con los estudios revisados resalta que las estrategias de intervención deben priorizar la detección temprana de la violencia psicológica y el apoyo psicosocial a las gestantes, como parte de las políticas de salud materna para prevenir complicaciones en la madre y el recién nacido.

CONCLUSIONES

1. Existe correlación positiva muy baja y estadísticamente no significativa entre la violencia familiar y la depresión en gestantes ($r = 0,092$; $p = 0,439$), al ser el valor de p mayor a $0,05$. Este hallazgo evidencia que, al considerar la violencia familiar como una sola variable agregada, su efecto sobre los niveles de depresión se diluye, no permitiendo establecer una dependencia mayor.
2. La mayoría de gestantes evaluadas en el Centro de Salud Nueva Rioja durante el 2024 presenta un nivel bajo de violencia familiar (95,9 %), mientras que solo 2,7 % se ubica en el nivel medio y un 1,4 % en el nivel alto.
3. La mayoría de las gestantes evaluadas presenta un nivel bajo de depresión (87,7 %), mientras que un 11,0 % exhibe un nivel medio y un 1,4 % un nivel alto.
4. La depresión en gestantes se asocia de forma positiva y estadísticamente significativa con diversas dimensiones de la violencia familiar, mostrando correlaciones de magnitud moderada en las dimensiones de violencia psicológica ($r = 0,400$; $p < 0,01$), violencia durante el embarazo ($r = 0,349$; $p < 0,01$), control reproductivo ($r = 0,357$; $p < 0,01$) e impacto en la salud materna infantil ($r = 0,372$; $p < 0,01$). Asimismo, se encontraron asociaciones positivas de menor intensidad con la violencia física ($r = 0,294$; $p < 0,05$) y económica ($r = 0,284$; $p < 0,05$). En contraste, la dimensión acceso a recursos de apoyo se relaciona de manera negativa con la depresión ($r = -0,287$; $p < 0,05$), lo que sugiere que una mayor disponibilidad y utilización de recursos de soporte social puede actuar como factor protector. No se halló relación significativa con la violencia sexual ($p > 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. A los directivos y obstetras, fortalecer el tamizaje diferenciado de la violencia familiar por dimensiones específicas, ya que el análisis global de la variable no mostró correlación con la depresión; de esta manera se podrán identificar los tipos de violencia que realmente incrementan el riesgo de trastornos depresivos en gestantes.
2. Al equipo de obstetricia, mantener y reforzar las estrategias de prevención y educación comunitaria que han permitido que la mayoría de gestantes presente un nivel bajo de violencia familiar, promoviendo la sensibilización de las parejas y familias para evitar el surgimiento de nuevos casos.
3. A los profesionales obstetras y psicólogos, implementar programas de monitoreo continuo y consejería preventiva, aun cuando la prevalencia de depresión es baja, con el fin de detectar de manera temprana los casos de depresión moderada y alta y evitar complicaciones obstétricas o psicosociales.
4. A las autoridades regionales de salud pública y a los responsables de políticas de género, diseñar e impulsar intervenciones focalizadas en las dimensiones de violencia psicológica, control reproductivo e impacto en la salud materna infantil, además de fortalecer las redes de apoyo social, dado que estas áreas mostraron correlaciones significativas con la depresión y su abordaje específico puede reducir el riesgo de afectación en la salud mental materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lafaurie-Villamil MM, Cuadros-Salazar L, García-Bocanegra PA, Hernández-Ayala IJ, Pulido-Espinosa JS. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental [Internet]. 2016 [citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=106819>
2. OMS. Violencia contra la mujer. 2021 [citado 29 de enero de 2024]. Violencia contra la mujer. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. INFOGEN. Violencia y Embarazo - Infogen [Internet]. 2022 [citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.infogen.org.mx/violencia-y-embarazo/>
4. BabyCenter. BabyCenter. 2021 [citado 29 de enero de 2024]. Violencia doméstica durante el embarazo. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/a2800049/violencia-dom%C3%A9stica-durante-el-embarazo>
5. Da Silva LL, Orrara Amaral Do Carmo T, De Souza Brito Neto C, Da Cunha Pena JL. Síntomas depresivos em gestantes e violência por parceiro íntimo: um estudo transversal. *Enf Global*. 17 de septiembre de 2020;19(4):1-45.
6. Anaya AD. Relación entre la violencia familiar y la depresión en gestantes adolescentes del Centro de Salud San Juan Bautista 2019. *RevInvestigacion*. 1 de julio de 2020;28(2):260-9.
7. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Servicios para atender casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar [Internet]. 2024 [citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/479-denunciar-violencia-familiar-y-sexual>
8. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. UNDP. 2022 [citado 29 de enero de 2024]. La violencia familiar en tiempos de cuarentena en el Perú. Disponible en: <https://www.undp.org/es/peru/news/la-violencia-familiar-en-tiempos-de-cuarentena-en-el-per%C3%BA>
9. Jaramillo-Moreno RA, Cuevas RCA. Panorama científico de la relación entre la violencia intrafamiliar y de género y la resiliencia familiar: posibilidades, retos y límites. *Divers: Perspect Psicol* [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 29 de enero de 2024].

- 2024];16(1). Disponible en:
<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/5544>
10. Nuñez-Ochoa MJ, Moquillaza-Alcántara VH, Díaz-Tinoco CM. Violencia física durante el embarazo en el Perú: Proporción, distribución geográfica y factores asociados, 2016-2018. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 30 de junio de 2022;15(2):199-204.
 11. Lozano TCP, Macedo CYE. Depresión durante el embarazo y su relación con la violencia familiar en adolescentes atendidas en el hospital Minsa II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015. *Repositorio - UNSM [Internet]*. 2015 [citado 29 de enero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1149>
 12. Calcagni SC, Olivos AM, Valdés MIG, Berrocal PZ. Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediátrica*. 2 de noviembre de 2021;92(5):724-32.
 13. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1 de enero de 2019;48(1):58-65.
 14. Cordero AYE, Martínez SRI. Incidencia de depresión en mujeres embarazadas y puérperas mediante la aplicación de la escala de Edimburgo en el Hospital de la mujer de la ciudad de la Paz, entre los meses de noviembre y diciembre de 2020 en el contexto de la Pandemia en la enfermedad por SARS COV 2. 2022;28(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v28n2/1726-8958-rmcmlp-28-02-31.pdf>
 15. Víquez QM, Valverde CK. Detección temprana de la depresión posparto. *CS*. 21 de octubre de 2022;6(5):37-44.
 16. Cardenas BXA. Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nocheto, 2022. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]*. 2022 [citado 29 de enero de 2024]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/18825>
 17. Medina-Quispe CI, Quispe YN, Linares A, Huaccho-Rojas J. Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2022;15(4):578-83.
 18. Tullume HAR. Autoestima y depresión post parto: estudio correlacional en puérperas adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales periodo julio – diciembre 2017. *Repositorio - UNSM [Internet]*. 2020 [citado 29 de enero de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2845851>

19. Ramírez CRC, Canto YE, Gervasi GMD. Factores asociados a la violencia psicológica y física familiar en adolescentes peruanos desde un enfoque ecológico. *Horizonte Médico (Lima)*. 30 de junio de 2022;22(2):e1749-e1749.
20. Pérez-Rodríguez M del R, López-Navarrete GE, León-López A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediátrica de México*. 2008;29(5):266-71.
21. De La Guardia GMA, Ruvalcaba Ledezma JC, De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. enero de 2020;5(1):81-90.
22. Zurbano-Berenguer B, Liberia VI. Revisión teórico-conceptual de la violencia de género y de su representación en el discurso mediático. Una propuesta de resignificación. *Zer: Revista de estudios de comunicación = Komunikazio ikasketen aldizkaria*. 2014;(36):121-43.
23. Mírez TP del S. Violencia familiar, una revisión teórica del concepto. Repositorio Institucional - USS [Internet]. 2019 [citado 29 de enero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/5871>
24. Vladiempresa. Kate Millet Feminista Radical: vida y pensamiento feminista [Internet]. *El Feminismo*. 2020 [citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://elfeminismo.com/articulos-sobre-feminismo/kate-millet-feminista-radical/>
25. Ramón AC. El patriarcado y sus mecanismos de reproducción en Kate Millet. *Notas para comprender la sociedad patriarcal*.
26. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano WD, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. julio de 2013;30(3):379-85.
27. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. marzo de 2020;31(2):139-49.
28. Depresión perinatal - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal>

29. Natalben [Internet]. [citado 29 de enero de 2024]. Qué ocurre si tengo depresión en el embarazo. Disponible en: <https://www.natalben.com/depresion-embarazo>
30. Editor. American Pregnancy Association. 2012 [citado 29 de enero de 2024]. La Depresión en el Embarazo. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-health-wellness-healthy-pregnancy/depression-during-pregnancy/>
31. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado 29 de enero de 2024]. La depresión durante y después del embarazo. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/features/spanish/maternal-depression/index.html>
32. Silva MMDJ, Serrano TBDM, Porcel GDS, Monteiro BB, Clapis MJ. Riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual. Rev Latino-Am Enfermagem. diciembre de 2023;31:e3962.
33. Blasco MA, Monedero Mora C, Alcalde Torres J, Criado Santaella C, Criado Enciso F, Abehsera Bensabat M. Estrés, ansiedad y depresión en gestantes controladas en la Unidad de Ginecología Psicosomática del Hospital Materno-Infantil de Málaga. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. junio de 2008;51(6):334-41.
34. García de Kohen MBM de B, García de Kohen MBM de B. <https://vocabularyserver.com/psicologia/>. 2018 [citado 29 de enero de 2024]. Tesouro de Psicología. Disponible en: <https://vocabularyserver.com/psicologia/>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de operacionalización de variables

Título: Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
V1: Violencia familiar	Es cualquier forma de abuso físico, emocional, sexual o económico que una mujer embarazada pueda experimentar por parte de miembros de su familia, pareja o entorno cercano. Esta forma de violencia puede tener consecuencias graves tanto para la gestante como para el feto, y puede manifestarse de diversas maneras, incluyendo la intimidación, el control coercitivo y la negligencia	Considerado al abuso causado por un miembro de la familia a la mujer gestante de forma física, sexual, psicológico y económico. Será medida con un cuestionario	Violencia física	Lesiones en el cuerpo Informe de golpes, empujones o agresiones físicas	Ordinal
			Violencia psicológica	Ansiedad Depresión Comentarios despectivos Humillaciones Amenazas Aislamiento social Control excesivo del agresor	
			Violencia sexual	Coerción sexual Relaciones sexuales no deseadas Amenazas con relación a la actividad sexual	
			Violencia económica	Control financiero Limitaciones a los recursos económicos Obstaculización de la independencia financiera	
			Violencia durante el embarazo	Agresiones físicas Estrés emocional Estrés psicológico Riesgos maternos Riesgo infantil	
			Control reproductivo	Coacción para evitar el embarazo Coacción para forzar el embarazo Limitación a los serv. PPF	

				Decisiones en salud reproductiva tomadas por el agresor	
			Impacto en la Salud materna infantil	Complicaciones obstétricas Resultados adversos para el feto Riesgo de parto prematuro Bajo peso al nacer	
			Acceso a recursos de apoyo	Conocimiento de los recursos de apoyo Acceso a los servicios de apoyo Capacidad para buscar ayuda Capacidad para buscar apoyo emocional	
V2: depresión en gestantes	Es la presencia de síntomas depresivos en mujeres durante el embarazo. La depresión perinatal incluye la depresión prenatal y postnatal, abarcando el periodo antes y después del parto	Son los síntomas de tristeza, angustia, despreocupación y ansiedad que tienen las gestantes durante el embarazo. Será medida mediante un cuestionario.	Estado de ánimo y emociones	Sentimiento de tristeza Sentimiento de vacío Cambios de ánimo Irritabilidad Pérdidas del interés por las actividades que solían ser placenteras	Ordinal
			Síntomas cognitivos	Dificultades de concentración Toma de decisiones Sentimiento de culpa Inutilidad Pensamiento recurrente de muerte Pensamiento de suicidio	
			Síntomas somáticos y fisiológicos	Cambios en el apetito Cambios en el peso Problemas de sueño (insomnio o hipersomnias) Fatiga persistente o pérdida de energía	

			<p>Ansiedad y preocupaciones</p>	<p>Preocupaciones excesivas sobre el bebé Síntomas de nerviosismo o tensión muscular Miedos por el parto Miedos para la crianza</p>	
			<p>Relaciones sociales y aislamiento</p>	<p>Dificultades en relaciones familiares Dificultades en relaciones con la pareja Aislamiento social Retirada de actividades sociales Sentimiento de soledad Falta de apoyo</p>	
			<p>Cambio en la autoestima y autoimagen</p>	<p>Sentimiento de inseguridad Sentimiento de desvaloración Cambios en la percepción de su imagen corporal Pérdida de interés en el autocuidado</p>	
			<p>Actitud hacia el embarazo y la maternidad</p>	<p>Cambios de actitudes positivas hacia el embarazo Preocupaciones excesivas por ser una buena madre Dudas sobre decidir de tener un hijo</p>	
			<p>Historial de depresión o problemas psicológicos previos</p>	<p>Antecedentes depresivos anteriores Trastornos de ansiedad Problemas psicológicos Factores de riesgo adicionales (eventos estresantes)</p>	

Fuente: Datos propios de la investigación

Anexo 2. Matriz de consistencia

Título: Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>General: ¿Cuál es la relación entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas en el C.S. Nueva Rioja – 2024?</p>	<p>General: Determinar la relación entre violenciaa familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024</p>	<p>General: Existe relación entre la violencia familiar y la depresión en gestantes atendidas en el C.S. Nueva Rioja – 2024</p>	<p>Técnica: La encuesta Instrumento: El cuestionario Tipo: Básica Diseño: no experimental, cuantitativo, transversal, descriptivo correlacional La población y muestra estará conformada por 100 gestantes atendidas en el C. S. Nueva Rioja (fuente: oficina de estadística del establecimiento) VARIABLES: V1. Violencia familiar V2. Depresión en gestantes</p>
<p>Específicos: PE1: ¿Cuál es el nivel de la violencia familiar en gestantes atendidas, Centro de Salud Nueva Rioja – 2024? PE2: ¿Cuál es el nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024? PE3: ¿Cuál es la relación según dimensiones entre la violencia familiar y la depresión en gestamntes atendidas, C.S. Nueva Rioja – 2024?</p>	<p>Específicos: OE1: Identificar el nivel de la violencia familiar en gestantes atendidas, Centro de Salud Nueva Rioja – 2024. OE2: Evaluar el nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024. OE3: Conocer la relación según dimensiones entre la violencia familiar y la depresión en gestamntes atendidas, C.S. Nueva Rioja – 2024</p>	<p>Específicos: HE1: El nivel de la violencia familiar en gestantes atendidas, Centro de Salud Nueva Rioja – 2024, es bajo. HE2: El nivel de depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja – 2024, es baja. HE3: Existe relación según dimensiones entre la violencia familiar y la depresión en gestamntes atendidas, C.S. Nueva Rioja – 2024</p>	

Fuente: Datos propios de la investigación

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN GESTANTES

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: a. < 18 años b. 19 - 25 años c. 26 - 35 años d. > 36 años
2. Estado civil: a. Soltera(o) b. Conviviente c. Casada d. Otro.....
3. Grado de instrucción: a. Illetrada b. Primaria c. Secundaria d. Superior
4. Ocupación: a. Estudiante b. Ama de casa c. Empleada d. Otro.....
5. Religión: a. Católica b. Evangélica c. Adventista d. Otro.....
6. Procedencia: a. Urbana b. Rural c. Urbano marginal
7. Número de embarazos: a. 1 b. 2 c. 3 d. Más de 3
8. Ingresos económicos (Promedio) a. < S/.930 b. S/.930 -S/.1200 c. S/.1201-/1500 d. > S/1500

II. VIOLENCIA FAMILIAR

Instrucciones: Leer con atención las afirmaciones siguientes basados en las escalas de (1-2-3-4-5), considerando que las respuestas no están calificadas como correctas e incorrectas en las dos últimas semanas. En ese sentido, se tiene que marcar las opciones de respuesta que más se aproxime a la realidad observada en el momento:

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca

- 3 A veces
4 Casi siempre
5 Siempre

N°	Preguntas	1	2	3	4	5
Dimensión 1: Violencia física						
1.	Se presenta lesiones en el cuerpo en la violencia física					
2.	La gestante violentada presenta golpes					
3.	El familiar puede empujar o agredir a la embarazada					
Dimensión 2: Violencia psicológica						
4.	En el embarazo puede tener ansiedad frente a la conducta de los familiares					
5.	La gestante algunas veces presenta depresión por condiciones familiares					
6.	Los familiares pueden tener comentarios despectivos hacia la gestante					
7.	Algun miembro de la familia puede humillar a la gestante					
8.	La pareja o familiar puede amenazar a la gestante					
9.	En algunos casos la embarazada se aísla de los familiares o amigos por el mal trato que recibe					
10.	Puede existir un miembro de la familia que controle excesivamente a la embarazada					
Dimensión 3: Violencia sexual						
10.	La pareja puede coaccionar sexualmente a la gestante por dinero u otra condición					
11.	La gestante puede ser obligada a tener relaciones sexuales					
12.	Su pareja de la gestante puede amenazarla para tener actividad sexual					
Dimensión 4: Violencia económica						
13.	El esposo o familiar controla los recursos que recibe la gestante					
14.	El familiar o pareja no brinda los recursos necesarios a la embarazada					
15.	La gestante está limitada a decidir en los gastos del hogar					
Dimensión 5: Violencia durante el embarazo						
16.	En el embarazo se incremento la agresión por los familiares					
17.	La gestación genera mayor estrés por las versiones que vierten los familiares					
18.	Los familiares emiten versiones negativas que incrementan el estrés psicológico en las gestantes					

19.	La violencia de los familiares pone en riesgo la salud de la madre					
20.	La agresión de los familiares pone en riesgo la salud del feto					
	Dimensión 6: Control reproductivo					
21.	Estando embarazada la pareja pide desasarse del bebé					
22.	El esposo obliga a la pareja a quedar embarazada					
23.	Los familiares impiden que acuda a los servicios de planificación familiar para que quede embarazada					
24.	Los familiares deciden la salud reproductiva de la mujer					
	Dimensión 7: Impacto en la salud materna infantil					
25.	La agresión familiar provoca complicaciones obstétricas					
26.	La violencia familiar genera condiciones adversas para el feto					
27.	En la gestación la violencia puede provocar parto prematuro					
28.	Durante el embarazo la agresión familiar puede producir bajo peso al nacer					
	Dimensión 8: Acceso a recursos de apoyo					
29.	La gestante con violencia familiar puede buscar ayuda					
30.	Los servicios de salud ayudan a las embarazadas con violencia					
31.	La embarazada tiene capacidad de buscar ayuda					
32.	La gestante tiene capacidad para buscar apoyo emocional					

III. DEPRESIÓN EN GESTANTES

Instrucciones: Leer con atención las afirmaciones siguientes basados en las escalas de (1-2-3-4-5), considerando que las respuestas no están calificadas como correctas e incorrectas. En ese sentido, se tiene que marcar las opciones de respuesta que más se aproxime a la realidad observada en el momento:

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 A veces
- 4 Casi siempre
- 5 Siempre

N°	Preguntas	1	2	3	4	5
	Dimensión 1: Estado de ánimo y emociones					

1.	El sentimiento de tristeza está presente en la gestante					
2.	Muchas veces la gestante se siente vacía para continuar con su condición de vida					
3.	La gestante cambia de estado de ánimo frecuentemente					
4.	La embarazada está irritable frecuentemente en el día					
5.	Se perdió en la gestante el interés por las actividades que solían ser agradables					
	Dimensión 2: Síntomas cognitivos					
6.	Durante la gestación se tiene dificultades de concentración					
7.	La embarazada se dificulta en tomar decisiones					
8.	Comunmente la gestante tiene sentimiento de culpa					
9.	La mujer gestante se siente inútil					
10.	Tiene frecuentemente la embarazada un pensamiento de muerte					
11.	La gestante piensa en el suicidio					
	Dimensión 3: Síntomas somáticos y fisiológicos					
12.	La gestante tiene cambios en el apetito					
13.	Existen cambios en el peso durante la gestación					
14.	La gestante presenta poco sueño					
15.	Existe mucho sueño en la gestante					
16.	La embarazada se cansa frecuentemente					
17.	Se tiene poca energía durante el embarazo para realizar sus actividades					
	Dimensión 4: Ansiedad y preocupaciones					
18.	Se preocupa excesivamente por el estado del bebé					
19.	Presenta la embarazada nerviosismo					
20.	Tiene miedo la gestante al parto					
21.	Presenta temor por la crianza del bebé después del nacimiento					
	Dimensión 5: Relaciones sociales y aislamiento					
22.	Presenta dificultades con las relaciones familiares					
23.	Con la pareja existen dificultades de relación					
24.	La gestante opta por el aislamiento social					
25.	Existe sentimiento de soledad en la embarazada					
26.	Se siente la gestante que no tiene apoyo					
	Dimensión 6: Cambio en la autoestima y autoimagen					
27.	Existe sentimiento de inseguridad					
28.	Se desvaloriza la gestante en relación con otras personas					
29.	Piensa que su imagen corporal no está adecuada					

30.	El interés en el autocuidado es deficiente					
	Dimensión 7: Actitud hacia el embarazo y la maternidad					
31.	Presenta cambio de actitudes positiva hacia el emabrazo					
32.	Se siente muy preocupada por ser buena madre					
33.	Genera duda sobre la decisión de tener su hijo					
	Dimensión 8: Historial de depresión o problemas psicológicos previos					
34.	Presentó la gestante algun problema psicológico anterior					
35.	Tuvo anteriormente transtorno de ansiedad					
36.	Presentó eventos de estrés anteriormente					

¡Gracias por su participación !

Jhary Maritza Aguilar Huamán

Violencia familiar y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nueva Rioja - 2024

 Revisión Repositorio Institucional UNSM

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:542740133

Fecha de entrega

22 dic 2025, 12:31 GMT-5

Fecha de descarga

22 dic 2025, 12:33 GMT-5

Nombre del archivo

Informe de tesis (16).pdf

Tamaño del archivo

517.9 KB

57 páginas

15.894 palabras

90.563 caracteres



20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.