

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES “PROF. Y DR. SANTIAGO ECHEGOYEN”
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR**

Monografía de Seminario de Pre-Especialización

**“Revisión del impacto de la violencia de pareja en el desarrollo de la depresión
posparto”**

**Seminario de Pre-Especialización para optar al título de Licenciatura en
Psicología**

Realizado por:

Andrea Itzel Sotomayor López CIF: 2019010802

San Salvador, 27 de mayo del 2024

Agradecimientos

En un proceso académico donde se identifica el apoyo y el acompañamiento como fortalezas esenciales para el pleno desarrollo y el bienestar de cada persona, quisiera aperturar este trabajo que, representa la conclusión de todo un camino de aprendizajes y crecimiento personal, agradeciendo, dedicando y compartiendo este esfuerzo y logro con las personas cuyas presencias, manos, voces y corazones me acompañaron, guiaron y motivaron para realizarlo de la mejor manera.

A mi papá, Walter Sotomayor, a Cloud y a 방탄소년단 les agradezco por ser mi mayor fuente de apoyo, por sus palabras de aliento, por su compañía y por ser mi fortaleza durante todos estos años. Les ofrezco estas páginas con el amor que han infundido en mí y comparto este logro con ustedes por ser quienes me enseñaron a luchar por una mejor sociedad.

A mis amistades, compañeras/os y familiares gracias por haber sido mis cómplices durante esta fase de mi vida y por permitirme encontrar en ustedes la energía, el valor y la motivación para poder convertir el proceso académico en algo significativo. Comparto con todos ustedes este logro.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 5 |
| Introducción..... | 6 |
| Capítulo 1. Situación problemática..... | 7 |
| Planteamiento del problema | 7 |
| Delimitación de la investigación | 9 |
| Justificación | 10 |
| Objetivos | 13 |
| Objetivo general..... | 13 |
| Objetivos específicos | 13 |
| Capítulo 2. Fundamentación teórica..... | 14 |
| 2.1. Antecedentes | 14 |
| 2.2. Depresión posparto..... | 16 |
| 2.2.1. Definiciones y factores asociados..... | 16 |
| 2.2.2. Factores de riesgo que Influyen en su desarrollo | 18 |
| 2.2.3. Sintomatología y criterios diagnósticos..... | 20 |
| 2.2.4. Características y necesidades en la etapa del posparto..... | 22 |
| 2.2.5. Efectos de la depresión posparto..... | 23 |
| 2.3. Violencia de pareja..... | 25 |
| 2.3.1. Definiciones y factores asociados..... | 25 |
| 2.3.2. Tipos de violencia involucrados | 27 |
| 2.3.3. Características de la violencia de pareja | 29 |
| 2.3.4. La violencia de pareja en El Salvador..... | 31 |
| 2.3.5. Efectos de la violencia de pareja en la salud mental | 33 |
| 2.4. Violencia de pareja y depresión posparto | 36 |

| | |
|---|----|
| Capítulo 3. Metodología | 41 |
| Capítulo 4. Discusión | 43 |
| Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones..... | 50 |
| 5.1. Conclusiones..... | 50 |
| 5.2. Recomendaciones | 52 |
| Referencias bibliográficas | 54 |
| Anexos | 73 |
| Anexo 1. Cuadro bibliográfico | 73 |

Resumen

La Depresión Posparto es un trastorno que se manifiesta durante los primeros doce meses posteriores al parto, se trata de una complicación bastante común durante este período. Va más allá de sentir tristeza, pues, sus repercusiones pueden ser graves y severas en la salud mental de la madre, en el desarrollo del recién nacido y en las relaciones interpersonales que rodean a la madre. La aparición y desarrollo de la Depresión Posparto puede verse afectada por diversos factores, incluyendo eventos estresantes, mala relación con la pareja, falta de apoyo por parte de la pareja e historia de abuso, por ello, se ha revisado la información disponible respecto a la violencia de pareja como un problema frecuente que, también influye en la salud mental de las personas que son víctimas de ello, exclusiva y principalmente, en el impacto que tiene en las mujeres puérperas y en el desarrollo del trastorno mencionado. Los datos existentes al respecto demuestran que la violencia de pareja puede ser un factor en la aparición de la depresión posparto, sin embargo, la exploración de la problemática es limitada en cuanto a sus efectos específicos y también, es escasa en el contexto salvadoreño, pues no se identifican datos de acceso público que brinden una perspectiva clara del problema.

Palabras clave: depresión, depresión posparto, violencia de pareja, efectos psicológicos de la violencia de pareja.

Introducción

La presente monografía realizó con el propósito de obtener el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad Evangélica de El Salvador, como parte del Seminario de Pre-especialización cuyo tema es “Salud Mental y Psicología Clínica en la actualidad”, el tema abordado en esta investigación es “Revisión del impacto de la exposición a la violencia de pareja en el desarrollo de la depresión post parto”.

Este estudio aborda la relación entre la violencia de pareja como un elemento que puede influir en el desarrollo de la depresión post parto en mujeres puérperas, con el fin de comprender el impacto a nivel psicológico que significa dicha exposición. Se realizó una revisión minuciosa de la literatura existente, explorando como experimentar violencia de pareja puede convertirse en un factor que posiblemente influya en la aparición de la depresión post parto, así mismo, los elementos clave involucrados en la dinámica. Esto permitirá comprender y analizar de manera más completa las interacciones entre ambos fenómenos, destacando el malestar y el riesgo que puede significar para las mujeres puérperas.

El objetivo general de este trabajo es ofrecer una revisión bibliográfica y posteriormente un análisis sobre el impacto que tiene la exposición a la violencia de pareja en el desarrollo de la depresión post parto. Tomando como elemento central el padecimiento que la mujer experimenta como consecuencia de dicha vivencia.

Para lograrlo, se pretende no solo explorar la relación directa entre los dos factores principales, sino también examinar los ajustes psicológicos y emocionales que implica el parto y que pueden significar mayor vulnerabilidad frente a la exposición a la violencia de pareja, destacando así las áreas que se ven significativamente afectadas en la mujer que lo experimenta.

La relevancia de esta investigación radica en la necesidad de comprender y abordar adecuadamente una problemática real que puede generar repercusiones negativas significativas en la salud mental materna. Se busca contribuir al conocimiento científico en este campo y a la sensibilización sobre la importancia de la temática que se aborda en el ámbito clínico y social.

Capítulo 1. Situación problemática

Planteamiento del problema

Sharma y Sharma (2012) explican que la depresión post parto es un problema de salud pública común entre las mujeres que han dado a luz recientemente. Generando el potencial para desarrollar consecuencias serias de la depresión no tratada para la mujer y su familia (p.440).

La Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014) considera la depresión posparto como un cuadro de depresión mayor, el cual puede iniciar a partir del tercer trimestre del embarazo, hasta cuatro semanas después de dar a luz, con un mínimo de dos semanas de duración, el manual incluye síntomas asociados a un estado de ánimo depresivo, falta de interés, alteración del sueño y del apetito, entre otros síntomas asociados al trastorno.

En un estudio longitudinal realizado por Getahun et al., (2023) desde el 2010 hasta el 2021, se examinaron registros médicos electrónicos de Kaiser Permanente del Sur de California, durante ese periodo de tiempo, los autores encontraron que la presencia de la depresión posparto aumentó de 9.4% en 2010, a 19.3% en 2021, así mismo identificaron que en las mujeres hispanas, la problemática también incrementó, pasando de estar presente en un 8.9% en 2010, a un 22.0% en 2021. Por lo cual, la depresión posparto no solo es un tema presente, sino que también podría considerarse como una problemática cuya prevalencia está en aumento.

La depresión posparto al ser un trastorno que afecta, tal y como se menciona anteriormente, principalmente la salud mental de la madre y su capacidad de adaptación, sin embargo, puede influir negativamente en la relación entre la madre y el hijo, lo cual puede afectar el desarrollo del bebé, tanto a nivel cognitivo como a nivel social, debido al posible rechazo, indiferencia afectiva, falta de estimulación y poco contacto materno que se puede presentar por parte de la madre que padece el trastorno (Jadresic, 2010).

Durante la etapa posparto las mujeres que han dado a luz se encuentran en una etapa de vulnerabilidad, donde los cambios de estado de ánimo y la sensación de tristeza pueden ser frecuentes debido a la alteración emocional que puede

provocar los rápidos cambios hormonales, así mismo, factores como la responsabilidad ante el recién nacido, inseguridades personales y conflictos interpersonales pueden hacer que aumenten los niveles de estrés de la mujer puerpera (Johnson, 2011 citado en Martín, 2015-2016).

Ospina et al., (2012) explican que, cuando las mujeres no logran establecer un equilibrio entre las exigencias propias de la situación posparto y los recursos que tienen disponibles para afrontarlas, se ven expuestas a experimentar déficits a nivel cognitivo, emocional y motivacional, lo cual las puede llevar a conductas no adaptativas, tales como la depresión.

Dadas las condiciones en las que una mujer se encuentra en la etapa de post parto, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) brindó directrices para apoyar la salud física y mental de dicha población, entre los puntos que aborda, se destaca la necesidad de sistemas de apoyo a la mujer, dentro de ellos se involucra la participación de la pareja en el apoyo y cuidados, tanto de la mujer, como del recién nacido. Factores como eventos vitales estresantes en los últimos doce meses antes de la aparición de la depresión posparto, los conflictos conyugales, la falta de apoyo por parte del cónyuge (Rondón, 2005; Wilson et al., 1996).

Hung (2000; citado en Ospina et al., 2012) determinó que la exposición a altos niveles de estrés que influyen en el desarrollo de la depresión posparto, se relaciona más con eventos de la vida que con la tensión del periodo de ajuste, entre ellos se encuentra el apoyo social. Así mismo, Póof et al., (2008) al investigar los factores de riesgo asociados a la depresión posparto encontraron que, la mayoría son de carácter familiar, incluyendo las interacciones con la pareja, teniendo este factor la mayor repercusión en la afectividad de la mujer.

Acorde a los datos del Informe de Hechos, Estado y Situación de la Violencia contra las Mujeres, realizado por el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (2022), se estima que el 27.5% de las mujeres vivieron violencia intrafamiliar por parte de sus parejas o exparejas. Es de conocimiento general que la violencia genera un impacto negativo en la salud mental de la víctima, pero, un dato relevante encontrado en un estudio realizado Méndez et al., (2022) en México, es que, en su estudio

descubrieron que la reacción emocional que se presentó de manera más significativa ante la violencia de pareja fue la depresión.

Tanto la depresión posparto como la violencia de pareja son problemas que se podrían considerar frecuentes según lo expuesto anteriormente, por ello, es posible que, mujeres en la etapa de postparto que estén o que han estado expuestas a la violencia de pareja, vean comprometida su salud mental y posiblemente influya en el desarrollo de la depresión posparto. Silva et al., (2020) encontraron que mujeres gestantes con síntomas depresivos probablemente estén más expuestas a este tipo de violencia que las mujeres que no presentan dicha sintomatología.

Por lo tanto, es de interés crucial para esta investigación, estudiar cómo la violencia de pareja impacta la salud mental de las mujeres puérperas, específicamente en la influencia de la depresión posparto como un problema real y actual, que puede ser de interés para diversas disciplinas, pero principalmente para la Psicología Clínica. Con ello se pretende aportar no solo a una comprensión bibliográfica del problema, sino que, se espera que el conocimiento recolectado y el análisis realizado alumbren investigaciones e intervenciones que permitan la prevención y tratamiento de la problemática, potenciando así el bienestar materno.

La pregunta que dirigirá la investigación será: ¿Cómo la exposición a la violencia de pareja es un factor que influye en el desarrollo de la depresión posparto?

Delimitación de la investigación

La investigación se realizó en San Salvador, El Salvador, como parte de los requisitos de la Universidad Evangélica de El Salvador para optar al título de Licenciatura en Psicología. El trabajo se desarrolló de enero a mayo del año 2024, con una duración de 18 semanas y 70 horas.

El tema “Revisión del impacto de la exposición a la violencia de pareja en el desarrollo de la depresión post parto” se seleccionó debido a que involucra y relaciona dos situaciones de interés social y particularmente para el área clínica de la Psicología. La temática está enfocada no en el aspecto diagnóstico, sino en la descripción e identificación de un posible factor influyente en la aparición de una

psicopatología, y en las áreas que éste puede afectar en la salud mental de las mujeres púerperas.

En el trabajo se podrá observar una revisión bibliográfica del tema y un análisis sobre ello, que permitirá la comprensión del fenómeno según la documentación existente al respecto. Para ello se recopilará información de ambos fenómenos y de su relación, dándole importancia y visibilización al malestar que genera en la población afectada, brindando así, una línea para futuras investigaciones e intervenciones.

La investigación se centra en la comprensión del impacto de la violencia de pareja en el desarrollo de la depresión post parto, por ello, se explora como el problema social (la violencia de pareja) afecta en la manifestación de un problema de salud mental, específicamente clínico, analizando las consecuencias directas de la dinámica violenta en la expresión de la depresión post parto. Proporcionando una perspectiva contextual del problema que permite comprender las interacciones mencionadas, en un contexto social general.

Al tratarse de una revisión bibliográfica, se centra de manera general en mujeres y personas que han dado a luz y que se encuentran en la etapa púerpera, la variante relevante en este caso es la exposición a la violencia de pareja, no siendo indispensables otros factores como la edad, religión, estado civil, etc.

Justificación

La elección de investigar bibliográficamente el impacto de la exposición a la violencia de pareja en el desarrollo de la depresión post parto surge de la necesidad predominante de abordar una problemática de relevancia en el área de salud mental, específicamente de la salud materna, ya que, la maternidad por sí misma es un proceso complejo, y, la presencia de violencia de pareja durante la etapa puerperal puede actuar como un factor desencadenante de diversas problemáticas, incluyendo la depresión post parto.

Los trastornos del estado de ánimo durante el posparto, incluyendo la depresión, son un problema de salud pública, ya que un grupo significativo de

mujeres los padecen, también es relevante ya que genera malestar en la salud física y mental de la madre, pero también puede llegar a influir el vínculo de madre e hijo, afectando al recién nacido, así mismo puede afectar en la relación de pareja y en todo el medio de la mujer que lo padece (Medina, 2013)

En un estudio realizado por Chicas et al. (2013) en dos Unidades Comunitarias de Salud Familiar en los departamentos de La Unión y Usulután, encontraron que un 33% de las puérperas adultas evaluadas presentaban depresión posparto y un 27% de las adolescentes puérperas evaluadas también presentaban dicho trastorno. En otro estudio realizado en California por Connelly et al., (2013), se encontró que, de 1526 mujeres latinas tomadas en cuenta, el 20.4% dio positivo para síntomas depresivos durante el posparto, lo cual implica que 1 de 5 madres latinas podrían experimentar depresión posparto, también, se descubrió que de ese porcentaje un 3.5% reportó recurrente o reciente violencia por parte de su pareja íntima.

Un estudio realizado por Vallecampo (2021) en el Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil, se identificó que las mujeres que han estado expuestas a violencia intrafamiliar presentan mayor riesgo de desarrollar el trastorno en la etapa posparto, en el estudio realizado, esta población representó el 65% de las mujeres encuestadas. De igual manera, en la investigación realizada por Bacchus et al., (2018) en distintas bases de datos médicas, se identificó una asociación entre la violencia de pareja íntima con el desarrollo de síntomas depresivos y con el incremento de los síntomas de depresión posparto.

Maldonado (2011) sugiere en el documento “Salud Mental Perinatal” de la Organización Panamericana de la Salud [OPS], intervenciones psicosociales para la prevención, detección y tratamiento de la depresión posparto, incluyendo la psicoterapia, como parte de ello se menciona que todo profesional de la salud debe tener en cuenta el trastorno como una probabilidad debido a que se presenta frecuentemente, así mismo, como factor relevante para este estudio, mencionan que la falta de apoyo emocional por parte de la pareja y la exposición a maltrato son factores de riesgo para su aparición.

Al tratarse de una realidad a la que diversas mujeres están expuestas y que no se interviene proporcionalmente a su impacto, es de suma importancia investigarla con responsabilidad ética para comprender el sufrimiento materno ante este escenario. En términos de beneficios, este estudio aporta conocimiento profundo sobre las interrelaciones de los factores de la violencia de pareja y la depresión post parto, lo cual puede alumbrar la necesidad existente de más investigaciones que puedan dar paso a intervenciones ante el limitado abordaje del problema.

La relevancia de esta investigación radica también en su capacidad para alumbrar un aspecto crucial de la salud materna, abriendo la puerta a una comprensión más completa de los desafíos que enfrentan las mujeres en el período posparto y destacando posibles necesidades específicas de intervención, centradas en el apoyo emocional y la prevención de la violencia.

Es decir, el análisis puede contribuir respecto a los factores específicos de este tipo de violencia que contribuyen a vulnerar la salud mental de las mujeres puérperas, permitiendo así una identificación más precisa de los grupos de riesgo. El enfoque al ser detallado, puede dar pauta a la facilitación de programas de prevención e intervención relacionados con la problemática, tanto en el ámbito de salud pública como privada.

A nivel social, comprender los mecanismos involucrados en la temática planteada, puede favorecer la sensibilización y desestigmatización de la depresión postparto asociada a la violencia de pareja, darle visibilidad al fenómeno puede ser esencial para promover entornos de apoyo a las mujeres afectadas, así mismo, puede fomentar la búsqueda de ayuda temprana a través de programas, contribuyendo a la prevención del problema.

Al reconocer la correlación entre la violencia de pareja y la depresión post parto, se pueden desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas, dirigidas tanto a las mujeres, a sus parejas y entornos sociales. Esto no solo tiene el potencial de mejorar la salud y el bienestar de las madres, sino también de fortalecer la cohesión familiar y reducir el impacto negativo en el desarrollo infantil.

Desde la perspectiva de la psicología, el trabajo propuesto se involucra en un campo que se encuentra en constante evolución y que demanda conocimientos especializados. Aportar al entendimiento de los mecanismos subyacentes entre ambos factores puede enriquecer los conocimientos existentes, proporcionando así una base más sólida para futuras investigaciones, no solo en el campo de salud mental, sino también en áreas de interés social y público.

Por lo mencionado, la revisión de la relación entre la violencia de pareja y la depresión post parto se aborda como un tema de relevancia inexcusable, con la capacidad de potencialidad conocimientos y con ello la calidad de vida de las mujeres en la etapa post parto, contribuyendo al mismo tiempo, a una sociedad más consistente.

Objetivos

Objetivo general

- Comprender el impacto de la exposición a la violencia de pareja en el desarrollo de la depresión posparto.

Objetivos específicos

- Exponer la definición de depresión posparto, sus características y factores asociados.
- Presentar las definiciones de la violencia de pareja, sus características y sus posibles manifestaciones.
- Describir las posibles consecuencias que puede tener la violencia de pareja en la salud mental de una mujer puérpera.
- Analizar la influencia de la violencia de pareja en la aparición de la depresión posparto, destacando sus efectos en la mujer.

Capítulo 2. Fundamentación teórica

2.1. Antecedentes

Al revisar el reconocimiento de la Depresión Posparto dentro de los manuales diagnósticos, es posible identificar que no fue reconocida hasta la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV [DSM- IV], donde se menciona dentro de los criterios del Episodio Depresivo Mayor una lista de especificadores, incluyendo el inicio durante el posparto, dentro de las primeras cuatro semanas luego del parto (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Dentro de lo que se aborda, es importante tomar en cuenta que la Depresión Posparto es considerada la complicación más común asociada al parto, se estima que afecta desde 10% hasta 15% de las mujeres que han dado a luz, esto representa un problema de salud considerablemente significativo que afecta a mujeres y sus familias (Warner et al., 1996).

Se trata de una psicopatología que afecta a la madre y al recién nacido, que, si no es tratada apropiadamente puede tener efectos adversos a largo plazo. Para la madre puede significar un precursor de depresión crónica recurrente y para el/la hijo/a puede contribuir en la aparición de problemas en su desarrollo emocional, conductual y social (Jacobsen, 1999, citado en Stewart et al., 2003).

Estudios previos indican que la prevalencia de la Depresión Posparto a nivel mundial hasta el año 2017 tenía un rango de 9.5% en países de ingresos altos, de 20.8% en países de ingresos medios y de 25.8% en países de ingresos bajos (Fekadu et al., 2020, retomados en Agrawal et al., 2022).

Según un estudio realizado con 486 mujeres mexicanas en un hospital de Acapulco, que se encontraban en la parte inicial del período de posparto, se identificó que el 16% cumplían con los criterios de la Depresión Posparto. Así mismo, en otro estudio, realizado también en México, en cuatro hospitales donde tomaron en cuenta una muestra de 717 pacientes, descubrieron que la prevalencia de la Depresión

Posparto fue de 14.9%, lo cual representa prevalencias similares en ambas investigaciones (Genchi et al., 2021; Sanabria et al., 2023).

En El Salvador, acorde a una investigación realizada en tres Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Usulután y La Unión, se encontró que, de las puérperas evaluadas, el 33% de la población adulta y adolescentes un 27% presentaba Depresión Posparto (Chicas et al., 2013).

El Ministerio de Salud [MINSAL] (2019) en los Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio, explican que las mujeres que reciben debida atención psicosocial durante el embarazo tienen menores probabilidades de padecer Depresión Posparto; así mismo, señalan que este trastorno tiene efectos negativos en la madre, el recién nacido y la familia, cuyo impacto se puede reducir con el tratamiento adecuado.

Es importante mencionar que, en los resultados que se presentaron en la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2022, no se encuentra ningún dato asociado de manera específica y explícita respecto al periodo de embarazo, posparto- puerperio (MINSAL, 2023).

Respecto a la violencia de pareja, la revisión de Buvinic et al. (1999) sobre el problema de la violencia hacia la mujer en Latinoamérica y el Caribe, estimó que entre el 30% y el 75% de mujeres adultas pertenecientes a dicha región habían sufrido violencia por parte de sus parejas, específicamente violencia psicológica, y que entre el 10% y 30% experimentaba violencia física.

La Asociación Médica Estadounidense [AMA] (1992) en la década de los noventas consideraba que la violencia física y sexual dirigida a mujeres era un problema de salud pública, resaltando que en ese momento el problema había alcanzado proporciones epidémicas, consideraron la violencia de pareja un problema que pertenecía a la violencia doméstica, donde el abuso de poder, la dominación y la victimización son sus principales mecanismos de acción; así mismo, se menciona que

las mujeres son más propensas a ser víctimas de violencia por parte de una pareja íntima y que se relaciona con intentos de suicidio y con la necesidad de acceder a servicios psiquiátricos.

Unos años más tarde la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003) define la violencia de pareja como: “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación” (p.97).

En El Salvador, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer [ISDEMU] (2005) reveló que la violencia intrafamiliar representaba un 60% de todas las denuncias correspondientes a distintas formas de violencia; del total de esas denuncias, el 93% correspondía a casos donde las mujeres eran las víctimas. Según lo reportado, en el año 2005 hubo un aumento del 22% de estos casos en comparación con el año 2004.

Más adelante, en un estudio realizado en El Salvador por Sierra et al., (2009) sobre la violencia de pareja, se encontró que el 30% eran víctimas de abuso no físico (humillaciones, exigencias, violencia verbal, violencia económica, entre otras), y el 20% eran víctimas de abuso físico (golpes, arañazos, amenazas con armas, exigencia de relaciones sexuales, ente otras).

2.2. Depresión posparto

2.2.1. Definiciones y factores asociados

La Depresión Posparto (DPP) es un problema común y poco diagnosticado, el cual ha ido incrementando en los últimos años; esto probablemente se deba a modificaciones en los factores psicosociales y psicoculturales (Meléndez et al., 2017). Acorde a lo encontrado en el estudio de Barrera y Nichols (2015), las mujeres latinas podrían experimentar altos niveles de depresión durante el embarazo y después del parto, ya que una gran parte de las participantes del estudio reportaron experimentar tristeza durante ambas etapas y presentaron síntomas elevados de depresión.

Se trata de un problema de salud mental común, pero que en muchos casos no es diagnosticado ni tratado adecuadamente, principalmente por falta de conocimiento y sensibilización al respecto, donde los estigmas juegan un rol importante, ya que,

generan duda en las mujeres para acudir a servicios profesionales (Agrawal et al., 2022). Se estima estadísticamente, que entre el 10% y el 20% de madres se ven afectadas por la DPP, lo cual destaca la importancia de reconocerla como un problema significativo de salud (Upadhyay et al., 2017 citados en Saharoy et al., 2023).

El Instituto Nacional de Salud Mental [NIH] (2021) define el trastorno de la siguiente forma:

La depresión perinatal es aquella que ocurre durante o después del embarazo y sus síntomas pueden ir desde leves hasta graves. En casos excepcionales, los síntomas son suficientemente graves para poner en peligro la salud de la madre y del bebé. (p.2)

En la revisión realizada por González et al., (2019), afirman que:

Una de cada cinco mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos sufren de depresión posparto. Las consecuencias de esta sobre el funcionamiento materno, neurodesarrollo y desempeño conductual en los infantes, junto a las dificultades de los profesionales de la atención primaria de salud para detectarla, hacen de esta enfermedad un desafío para la salud pública. (Pp.775-776)

Maldonado (2011) en un documento de la Organización Panamericana de la Salud [OPS], la depresión durante la etapa posparto, solo se puede considerar un trastorno cuando es grave, frecuente y con repercusiones significativas en el funcionamiento psicosocial de la mujer; cuando la mujer se siente triste de manera intensa por un tiempo prolongado y con esto se presentan pensamientos de culpa, pesimismo y deseos de morir, se pueden considerar como elementos anormales que son parte de un trastorno depresivo.

La Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014) explica lo siguiente sobre la Depresión Posparto:

Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6 % de las mujeres experimentará el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50 % de los episodios de depresión mayor "posparto" comienza realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como la tristeza posparto (*baby blues*), aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto. (Pp.186, 187)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2023) menciona que:

La depresión posparto o posnatal es diferente de la melancolía que se siente después del parto. Suele aparecer entre dos y ocho semanas después de dar a luz, pero puede darse hasta un año después del nacimiento del bebé. Uno de los aspectos importantes de la depresión posparto es que no es solo un sentimiento de tristeza. (p.1)

Según el Servicio Andaluz de Salud (2013) la única diferencia entre la depresión fuera del periodo de posparto y dentro de dicho periodo, es que los síntomas inician durante los primeros tres a doce meses luego del parto, siendo más probable que inicie en el primer mes, aunque podría haber un inicio más tardío. Si la depresión inicia luego de un año de haber dado a luz, no se considera DPP.

2.2.2. Factores de riesgo que Influyen en su desarrollo

El inicio o aparición de la DPP tiene múltiples causas, los factores que influyen en ello pueden asociarse a la vulnerabilidad que la etapa implica y/o a factores externos a la mujer, por ello se han tomado en cuenta los principales factores de riesgo psicosociales. Un posible factor de riesgo identificado en estudios, es haber padecido

algún trastorno afectivo previo al parto, ya que aumenta las probabilidades de desarrollar depresión en el embarazo y posparto según la evidencia (Breeese et al., 2006; Kheirabadi et al., 2009; Lee et al., 2000).

La edad también puede ser un factor influyente en la aparición del trastorno. Según los resultados de investigaciones, se estima que mujeres menores de veinte años y mayores de treinta y cinco años se encuentran en mayor riesgo de padecer DPP, esto se asocia con las capacidades de ser madre y con complicaciones fisiológicas que pueden aumentar los niveles de estrés y ansiedad, favoreciendo las condiciones para que aparezca la DPP, sin embargo, es importante aclarar que este factor de riesgo puede variar según los mismos estudios (Evans et al., 2003; Figueiredo et al., 2007; Moreno et al., 2004; Muraca y Joseph, 2014).

En cuanto a los eventos vitales estresantes, se ha identificado que experimentarlos durante la etapa de embarazo y posparto pueden desencadenar naturalmente altos niveles de estrés, lo cual implica un significativo y principal factor de riesgo para el desarrollo de la DPP, algunos de esos eventos estresantes se asocian con problemas financieros, interpersonales, emocionales y relacionados con traumas, que generan sentimientos de tristeza y desesperanza (Bánovčinová y Škodová, 2022; Leonard et al., 2020; Qobadi et al., 2016).

En relación con lo mencionado en el párrafo anterior, un evento estresante que genera un gran impacto es el aislamiento social, cuando es favorecido por una mala relación de pareja puede dificultar la maternidad, por ello, experimentar falta de apoyo por parte de la pareja y/o violencia de género durante el embarazo y posparto significa un riesgo para el padecimiento de trastornos como la DPP durante el posparto (Bánovčinová y Škodová, 2022; Escobar et al., 2009).

Respecto a otros factores, Urdaneta et al., (2011) encontraron que situaciones como padecimientos médicos en el embarazo, enfermedades en el recién nacido, parto mediante cesárea, falta de apoyo de la pareja y de la familia, y tener un nivel educativo inferior al primario, aumentan el riesgo de que las mujeres puérperas padezcan DPP.

Así mismo, Agrawal et al., (2022) señalan en una revisión exhaustiva sobre los factores de riesgo asociados a la DPP, que hay factores biológicos, médicos, psicológicos y sociales que se pueden asociar con el inicio de la DPP, entre estos se encuentran, la inmigración, el apoyo social, la posición socioeconómica, la imagen corporal, la obesidad, haber tenido múltiples partos, las enfermedades crónicas, la edad de la madre, la diabetes gestacional, una experiencia de parto negativa, historia de abuso, entre otras situaciones que favorecen el desarrollo del trastorno durante la etapa posparto.

2.2.3. Sintomatología y criterios diagnósticos

La depresión posparto está relacionada con diversos síntomas psicológicos y con la modificación de factores biológicos, entre ellos se identifican principalmente estado de ánimo triste, cansancio, alteración del sueño, aumento del cortisol, ansiedad y otros, que comúnmente aparecen después del parto, aunque pueden tener inicio durante la gestación (González, 2019).

Los criterios diagnósticos de la depresión posparto se comparten con el trastorno depresivo mayor, según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [DSM-V]; pero en una mujer en posparto puede iniciar en los primeros doce meses posteriores al parto (Villegas et al., 2019).

Por lo tanto, los criterios diagnósticos planteados por la APA (2014) hacen referencia a presentar por dos semanas consecutivas cinco de los siguientes síntomas, y, que, por lo menos uno de esos sea el estado de ánimo deprimido por la mayor parte del tiempo, que se observable por otras personas, o la pérdida de interés-disfrute de actividades cotidianas la mayor parte del tiempo. Los otros síntomas que se pueden presentar se relacionan con:

- Pérdida de peso sin llevar a cabo dietas, aumento de peso o alteración del apetito por un tiempo considerable.
- Alteración del sueño, ya sea no poder dormir o dormir más tiempo de lo usual por varios días.

- Aumento o disminución considerables de la actividad motriz durante varios días, que va más allá de inquietud o lentitud, y que es observable por quienes le rodean.
- Pérdida de energía o cansancio por la mayor parte del tiempo.
- Sentimientos de culpa e inutilidad desproporcionados casi todos los días.
- Reducción de la capacidad de concentración, para pensar y de toma de decisiones durante varios días, que es observable por otros.
- Ideación suicida con o sin plan específico, intento de suicidio o pensar constantemente en la muerte.
- Además, estos síntomas, generan malestar que afecta el funcionamiento de la persona en distintos ámbitos de su vida, tales como lo laboral, lo social u otros.
- Y, el episodio no tiene relación con los efectos del consumo de sustancias o con los efectos de una condición médica o de otro trastorno como el trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y otro.
- También, es importante descartar el padecimiento previo de un episodio maníaco o hipomaníaco.

Así mismo el Servicio Andaluz de Salud (2013) menciona que las mujeres con DPP pueden sentirse de la siguiente manera o experimentar los siguientes síntomas:

- Deprimida, desanimada o desdichada todo el tiempo o una gran parte del tiempo.
- Irritable con su hijo/a, con otros niños/as y principalmente con su pareja por falta de comprensión por parte de él o ella.
- Cansada y con insomnio.
- Pérdida de apetito.
- Incapaz de disfrutar.
- Pérdida del deseo sexual.
- Incapaz de afrontar la maternidad.
- Culpable o inútil.

- Ansiosa y preocupada por el recién nacido y su bienestar. (Pp.5-6)

2.2.4. Características y necesidades en la etapa del posparto

El posparto puede entenderse como una etapa donde las creencias, significados y prácticas son fundamentales, es un periodo transitorio donde se pueden identificar riesgos y signos de alarma por parte de profesionales de la salud (Moreno et al., 2014). Según Bohórquez et al., (2009) esta etapa se caracteriza por el desconocimiento, el miedo y las dudas respecto a la evolución en la madre y en el desarrollo del recién nacido, también, por la vulnerabilidad ante diversos factores de riesgo que pueden conllevar a complicaciones en la salud y la vida de las madres.

Cuando las madres sufren a nivel psicológico en la etapa posparto, puede deberse a la vulnerabilidad que aumenta, ya sea por su historia afectiva, experiencias significativas o por antecedentes psicopatológicos. Así mismo, puede darse a partir de complicaciones del embarazo, por un parto traumático, por dificultades del recién nacido y también, por falta de apoyo, sobrepasando las capacidades que tiene la madre para adaptarse (González, 2006).

Este periodo es retador para las madres, ya que experimentan diversos cambios, físicamente hay modificaciones y también se enfrentan a la transición a la maternidad, lo cual implica nuevos roles y responsabilidades, lo cual puede hacerlas más propensas a la ansiedad y a la depresión (Gulseren et al., 2017).

El posparto, es una etapa difícil por sí misma, debido a las exigencias que demanda la crianza del recién nacido y el cumplimiento de la maternidad, todos los cambios físicos, emocionales, de intereses, de prioridades y relacionales pueden generar tensión en la madre, donde, también, las expectativas socioculturales y personales asociadas a ser una buena madre pueden favorecer al desarrollo de conflictos intrapersonales e interpersonales, desgaste físico y emocional, culpabilidad (Díaz, 2019).

Maldonado (2011) en un documento de la OPS, explica que las madres necesitan saber que los sentimientos de tristeza son comunes, por la pérdida que

implica dejar atrás el embarazo; así mismo, la vulnerabilidad natural de la etapa hace que se necesite apoyo, compañía y ayuda. Las madres con depresión o con tristeza se benefician del apoyo interpersonal, ya sea de familiares, amistades y de su pareja, es decir, de personas emocionalmente cercanas a ella.

Por ello, la relación con la pareja tiene un rol fundamental, pues puede ser una fuente de apoyo o una fuente de tensión para la madre. Cuando el padre se involucra en los cuidados, facilita el afrontamiento de los cambios que se producen en la relación, así mismo, es un estímulo favorable a nivel afectivo, esto como un escenario ideal, sin embargo, un problema existente es la ausencia de la figura paterna y de la pareja en el cuidado de los hijos, provocando frustración en la madre (Díaz, 2019).

Según el estudio realizado por Slomian et al., (2017), las necesidades principales reportadas durante el primer año luego del parto son: necesidad de información sobre la idealización social de la maternidad, la adaptación al rol de madre, la preparación para el posparto, los derechos maternos, entre otros; necesidad de apoyo psicológico ante el aislamiento, la falta de confianza en sus habilidades, la importancia de la participación de la familia y pareja, y la presencia de otras psicopatologías; necesidad de compartir la experiencia, para compararla y reafirmar sus habilidades, generando así una sensación de que experimentan algo normal, apoyo y acompañamiento; necesidad de apoyo práctico y material en las tareas del hogar, cotidianas y en los cuidados del recién nacido.

Así mismo, Lambermon et al., (2020) explican que las necesidades maternas en los primeros días de posparto pueden ir más allá de la salud física de las madres, es decir, se extiende al bienestar emocional, el cuidado durante el posparto suele centrarse en el físico, sin embargo, es importante enfocarse en el cuidado emocional frente al riesgo de negligencia que se puede dar ante las necesidades de autocuidado.

2.2.5. Efectos de la depresión posparto

La DPP y sus consecuencias tienen un gran impacto a nivel personal, social y médico, lo cual denota según autores la necesidad de generar medios precisos de

detección de los factores de riesgo y como se relacionan con el trastorno (Meléndez et al., 2007). Su padecimiento aumenta la dificultad al afrontar el periodo posparto y simultáneamente puede causar daños duraderos, no solo para la madre, sino que, también para las/os hijas/os, por ello se detallan algunos de los principales efectos de la DPP (Da Silva et al., 2021).

La DPP se considera una preocupación seria dentro de la salud pública, ya que es una causa común de discapacidad y se asocia con el riesgo de mortalidad por suicido (Shitu et al, 2019). Así mismo, las madres que padecen el trastorno, frecuentemente experimentan sentimientos de culpa, de insuficiencia y dudan de sus habilidades para ser madres, esto implica una percepción negativa de sí mismas y afecta su auto confianza, lo cual conlleva constantes cuestionamientos, miedos y barreras para comprometerse con el cuidado apropiado de su hijo/a (Corrigan et al., 2015).

Dos factores dominantes que se encuentran asociados a la DPP, son sentirse poco preparadas e incapaces para la maternidad, esto conlleva a que las madres se sientan como un fracaso o como incompetentes en el rol que están iniciando a desarrollar, sienten que no encajan con ello, lo cual llega a influir en la vida social, financiera y profesional de la madre (Pinho y Silva, 2019).

Mugahl et al., (2022) explican que la DPP puede afectar a la madre llevándola a episodios crónicos depresivos si no se trata a tiempo, para el padre y/o la familia puede significar un evento estresante, en cuanto al hijo o la hija de una madre que no se ha tratado la DPP, puede desarrollar problemas emocionales y de conducta, que se reflejan mayormente en el desarrollo del lenguaje, así mismo, pueden sufrir de problemas de sueño, de alimentación, llanto excesivo y déficit de atención y/o hiperactividad.

La DPP se asocia con la ruptura del vínculo de apego entre la madre y el bebé, incrementando así el riesgo de tener dificultades de salud mental, también, se relaciona con resultados desfavorables en el desarrollo cognitivo y emocional (Izett et al., 2020; Karlen et al., 2017). Esto está vinculado con los cambios que la DPP genera

en la respuesta de la madre a las reacciones del recién nacido, ya que las madres que padecen este trastorno encuentran retador reconocer y responder apropiadamente a las necesidades de su hija/o, lo cual conlleva a retrasos o inconsistencias al confortar, alimentar e interactuar (Oberlander, 2005).

También, cuando las madres pueden experimentar auto crítica como un efecto de la DPP, cuando esto se da en niveles altos, existe la probabilidad de que su hijo/a desarrolle apego inseguro (Gravener et al., 2011). Las dificultades asociadas al apego pueden tener implicaciones a largo plazo para los hijos/as, el área que puede verse mayormente comprometida es la socioemocional, ya que, el desarrollo de apego inseguro se relaciona con ambivalencia, evitación o resistencia a interacciones con la madre, impactando el desarrollo del niño/a (Saharoy et al., 2023).

2.3. Violencia de pareja

2.3.1. Definiciones y factores asociados

La OMS (2014) define la violencia de pareja íntima de la siguiente manera: “se refiere al comportamiento de una pareja íntima o ex pareja, que genera daño físico, sexual o psicológico. Puede ocurrir entre parejas heterosexuales o del mismo sexo”. (p.1). Así mismo, estima que entre el 15% y 68% de las mujeres de la región del Pacífico Occidental han experimentado algún tipo de violencia por su pareja. Así mismo, la OMS (2013) un año antes destacaba que la violencia por parte de un compañero íntimo es una forma bastante común de violencia contra la mujer.

Breiding et al., (2015) aportan lo siguiente al concepto de violencia de pareja: “La violencia de pareja incluye violencia física, violencia sexual, acoso y agresión psicológica (incluidas tácticas coercitivas) por parte de una pareja íntima actual o anterior (es decir, cónyuge, novio/novia, pareja o pareja sexual actual)”. (p.11).

También, la OMS (2021) asocia su definición a conductas, siempre por parte de la pareja actual o una expareja, que generan daños no solo a nivel físico, sino que también a nivel sexual y mental, abarca dentro del concepto, agresiones físicas, sexuales, psicológicas y asociadas a control. Así mismo, estima que un cuarto de las

mujeres entre 15 y 49 años han tenido una relación de pareja donde han sido objeto de violencia, explicando que en las Américas la prevalencia de violencia de pareja es de un 25%.

La agencia de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC] (2022) define el problema de la siguiente manera:

La violencia de pareja íntima es el abuso o la agresión que ocurre en una relación romántica, haciendo referencia a cónyuges, parejas de novios actuales y anteriores. La violencia de pareja puede variar en cuanto a la frecuencia con la que ocurre y su gravedad. Puede ser desde un episodio de violencia que podría tener un impacto duradero hasta episodios crónicos y graves que duran varios años. (p.1)

Es posible observar que, las definiciones hacen énfasis en patrones de conducta abusivos y coercitivos, que no solo se limitan a un solo tipo de manifestación de violencia y tampoco a involucrar únicamente a los miembros actuales de una relación, sino que, también puede darse por parte de exparejas, así mismo, no se restringe a un solo grupo etario, ya que puede darse en adolescentes y adultos (Chamberlain y Levenson, 2010).

Un punto fundamental es conocer cuales personas se encuentran en mayor riesgo de ser víctimas de violencia de pareja, según la información encontrada son las mujeres, personas jóvenes, minorías étnicas, mujeres inmigrantes, personas con bajos ingresos, personas cuyas parejas o exparejas abusan de alcohol y drogas, mujeres embarazadas y personas cuyas parejas demuestran niveles excesivos de celos o posesión (Alpert, 2015).

A pesar de que la violencia de pareja puede afectar a cualquier género, las mujeres son con más frecuencia víctimas de ello, por ello, la violencia de pareja se ve desde la perspectiva de la violencia contra las mujeres. Existe la tendencia a atribuir personalmente factores de vulnerabilidad y de riesgo; sin embargo, estar en riesgo de sufrir violencia de pareja se asocia más a la interacción de factores sistemáticos y

sociales, que a factores individuales (Asociación Americana de Psicología [APA], 2002).

2.3.2. Tipos de violencia involucrados

La violencia es una problemática que puede manifestarse de diferentes formas, siendo las principales la violencia física, psicológica, sexual y económica, las cuales serán definidas más adelante; sin embargo, cabe destacar los hallazgos de Jaen Cortés et al. (2015), quienes en su investigación identificaron que tres de cada diez mujeres mexicanas han experimentado episodios de violencia física en mayor porcentaje, seguido de violencia económica y sexual en menor medida, mientras que, la OMS (2021, citado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2023) estima que de las mujeres que se encuentran entre los 15 y 49 años, alrededor del 31% de ellas han sido víctimas de violencia de pareja y violencia sexual.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2012, citado por Aiquipia, 2015) informa que el 66.3% de mujeres que han mantenido relaciones afectivas y/o conyugales han sufrido de violencia por parte de su pareja, especificándose de la siguiente manera: el 37.2% experimentó violencia física y sexual, en la cual hubo amenazas en contra de su vida a mano armada y actos sexuales no consentidos; el 21.7% sufrió de violencia verbal, y el 19.9% de amenazas de abandono, de alejar a sus hijos o de retirar la ayuda económica.

Respecto a la violencia de pareja como un problema actual Ruiz et al., (2005) mencionan que:

La representación mental que solemos tener del concepto de malos tratos, casi siempre corresponde a una violencia física de gran intensidad, que tiene efectos graves en la salud, que puede incluso producir la muerte. Así, por ejemplo, golpes que causan traumatismos o que necesitan de asistencia médica o ingreso hospitalario. Las imágenes y noticias de los medios de comunicación y las campañas de sensibilización han transmitido este estereotipo. Sin embargo, el maltrato que sufren la mayoría de las mujeres no es físico. Por tanto, cuando

hablamos de malos tratos, nos referimos también a los malos tratos psíquicos, emocionales, sexuales, mucho más frecuentes en la vida cotidiana de las mujeres. (p.40)

Teniendo esto en cuenta, se describen a continuación los diferentes tipos de violencia involucrados en la violencia de pareja:

- **Violencia física:** se caracteriza por marcar el cuerpo de la víctima con efectos a corto y/o largo plazo; siendo ejercida por medio de puñetazos, patadas, bofetadas, empujones, mordiscos e intentos de estrangulamiento, incluyendo situaciones de omisión en las cuales se priva a la persona de alimento, bebida o medicamento, así como el encierro en un lugar con malas condiciones, impidiendo la libertad de movilizarse (Rosales et al., 2017; Torres, 2001, citado por Ocampo y Amar, 2011).
- **Violencia psicológica:** a diferencia de la violencia física, los daños no suelen ser visibles ante terceras personas; ésta pretende causar temor, intimidar, degradar o controlar los comportamientos y decisiones de la pareja, ocasionándole daños a su estado emocional y psiquis tras haber experimentado situaciones de insultos, gritos, sarcasmos, engaños, manipulación, desprecio y/o ridiculización, amenazas, injurias y calumnias; manifestándose mayormente con sensaciones o malestares tales como: confusión, incertidumbre, humillación, burla, ofensa, dudas sobre las propias capacidades, etc. Pudiendo desarrollar baja autoestima y alteraciones físicas relacionadas a la alimentación, sueño, enfermedades de la piel, entre otras (Ministerio de Justicia y Derecho Colombiana, 2012, retomado por Gómez et al., 2019; Torres, 2001, citado por Ocampo y Amar, 2011).
- **Violencia sexual:** hace referencia a actos sexuales que no son consentidos y que son forzados, entre ellos se encuentran, besos, tocamientos, violación y coerción sexual, este último punto se relaciona con el sabotaje al acceso a métodos anticonceptivos, exponer a la pareja de manera intencional a Infecciones de Transmisión Sexual, controlar la decisión de continuar o

terminar un embarazo, o forzar la esterilización (Chamberlain y Levenson, 2010).

- **Violencia económica:** está relacionada a la disposición efectiva y manejo de recursos materiales propios y de la pareja, transgrediendo los derechos de su semejante. Esta se ve a través de comportamientos tales como: arrebatos del salario de la pareja para gastarlo en beneficio propio o de su familia, negar el acceso al dinero para gastos del hogar o intentos de independizarse, impedimento en la toma de decisiones financieras, prohibición del estudio o trabajo fuera del hogar, etc. (Rosales et al., 2017; Torres, 2001, citado por Ocampo y Amar, 2011; Instituto Universitario de Análisis Económico y Social [IAES], 2020).
- **Otras:** Banchs (1996, retomado por Gómez et al., 2019) plantea la *violencia subterránea* en la pareja, definida como la discriminación hacia los componentes de un género que privilegian los intereses, oportunidades y derechos del otro.

2.3.3. Características de la violencia de pareja

La violencia de pareja es una problemática con múltiples repercusiones a nivel social que puede expresarse en diversas formas en los espacios de convivencia públicos y privados, resultando en daños a corto y largo plazo en las víctimas. Dentro de esta, se debe considerar la cultura de cada país, sociedad o comunidad, pues es dependiendo de esta la manera en la cual se caracteriza la violencia de género, la cual suele tener inicios durante el noviazgo, continuando y acentuándose en la vida matrimonial, e incluso presentándose tras la separación por medio de agresiones hacia la ex pareja (Instituto Nacional de las Mujeres, 2008).

Heise y Ellsberg (1999) mencionan que la violencia por parte de la pareja se puede dar en cualquier entorno y grupo social, económico, religioso y cultural, la mayoría de los casos de este tipo de violencia son sobrellevados por mujeres, porque, si bien, las mujeres pueden ejercer violencia dentro de una relación, los agresores más

comunes son compañeros o excompañeros íntimos pertenecientes al sexo masculino, cuando una mujer ejerce violencia a un hombre suele ser en defensa propia.

Alberdi y Matas (2002, citado por Ruiz et al., 2004) afirman que la violencia no es el resultado de casos inexplicables de conductas patológicas o desviadas, sino que es una práctica aprendida de manera consciente y orientada que ha sido fomentada por el orden social que dictamina una desigualdad evidente entre hombres y mujeres; en este planteamiento también debe considerarse la masculinidad hegemónica presente en las sociedades, pues se comprende que la violencia es una forma de mantener los ideales patriarcales de dominio.

Diversos autores han señalado que, dentro de una relación en la cual se vulneran los derechos e integridad de la pareja, el factor común entre los diferentes tipos de violencia es el abuso psicológico, sin embargo, es posible identificar otros comportamientos y actitudes que caracterizan este fenómeno social, entre los cuales se pueden destacar los mencionados a continuación (Rey, 2009, Montoya, Cruz y Leottau, 2013, citados por Vivas et al., 2020; Echeburúa, Fernández & Corral, 2007, retomados por Betancourt y Delgado, 2012; y Torres, 2014):

- Es un acto intencional, sistemático y basado en una relación asimétrica de poder.
- Puede producirse en un contexto de relación íntima actual o pasada.
- El mayor porcentaje de agresores pertenecen a un estrato socioeconómico bajo o medio-bajo.
- La víctima suele tener menor edad que el agresor, y posee condiciones pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo.
- Las víctimas tienden a mantener la relación con su agresor con la finalidad de proteger a sus hijos.
- Aislamiento social, control, restricción o vigilancia de los movimientos de la pareja.

- Manipulación, desvalorización, denigración, humillación o la búsqueda de generar una mala percepción y/o sentimiento sobre su autoconcepto y autoestima.
- Obligar a la pareja a actuar en contra de la ley, sus creencias morales y religiosas.
- Destruir la confianza en sí mismo/a y en su pareja.
- Intimidación, amenazas de muerte o abandono.
- Conductas destructivas y acoso presente durante y posterior a la relación.

2.3.4. La violencia de pareja en El Salvador

Es fundamental conocer la situación del problema de violencia de pareja en el contexto salvadoreño, por ello se presentan registros de distintos años que evidencian la presencia del problema. Se ha evidenciado que las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja muestran mayor sintomatología de depresión grave que mujeres que no han sufrido este tipo de violencia, esto se basa en un estudio realizado con 344 mujeres residentes de San Salvador, El Salvador (Barrientos, 2006).

En cuanto a datos asociados a este tipo de violencia, Navarro (2009) realizó un estudio sobre las mujeres maltratadas por sus parejas en El Salvador, del análisis realizado a 144 mujeres que habían sufrido es tipo de violencia se encontraron los siguientes hallazgos:

Las edades iban desde los 19 a los 74 años, y la mayoría de ellas se encontraba entre los 27 y 43 años; se encontró diversidad en el estado civil, aunque, la mayoría estaban en unión libre, casadas o solteras; la mayor parte ellas tenían hijos; tenían diversos niveles de estudio, pero la mayoría tenían bachillerato o noveno grado; la mayoría dependía de ingresos propios o de sus parejas; una gran parte tenía residía en un pueblo grande o en periferia marginal; y el tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico con un 58%. (Pp.188-194)

Así mismo, Paz et al., (2009) desarrollaron una investigación donde compararon la salud mental de las mujeres maltratadas y no maltratadas en El Salvador, los tipos

de violencia que experimentaron fue violencia física, psicológica y sexual, así mismo, encontraron diferencias estadísticamente significativas en las mujeres que habían sufrido violencia, si bien, el estudio se centró en el Estrés Postraumático, identificaron mayor sintomatología depresiva, disfunción social, sintomatología somática, inseguridad y menor apoyo social en ellas.

En el Informe sobre los feminicidios o los asesinatos de mujeres por razón de género, publicado por el Gobierno de El Salvador (2019) se destacan los siguientes datos:

Entre el año 2016 y 2019, se reportaron 64 mujeres asesinadas por su pareja íntima; en 2018, 14 mujeres fueron víctimas de suicidio feminicida, donde el victimario indujo o ayudó a la víctima a cometerlo, la mayoría de ellas se encontraba entre los 15 y 19 años; y, entre el año 2018 y 2019 ingresaron 11,577 casos de violencia por razón de género, incluyendo, feminicidios, intentos de feminicidio, violencia sexual, física y patrimonial. (Pp.3-5)

En un estudio realizado en Santa Ana, El Salvador, con mujeres que eran víctimas de violencia de pareja, es posible observar que la depresión es una variable predominante en dicha población, así mismo, se ven afectadas áreas como el ajuste psicosocial, el humor (que tiende a ser más irritable), los niveles de ansiedad y de autoestima. También, destacaron los principales factores de riesgo encontrados para el inicio y mantenimiento de la violencia de pareja, estos hacen referencia al desarrollo de inteligencia emocional, percepciones irracionales y condiciones psicosociales, tales como estereotipos de género, nivel educativo, estado económico, etc (Chávez et al., 2020).

Unos datos más actuales son los del año 2022, que, según el Informe de Hechos, Estado y Situación de la Violencia contra las Mujeres se identificaron los siguientes datos (Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, 2022):

- 71 mujeres fueron víctimas de homicidios (18) y feminicidios (53), en el 60.9% de los casos el victimario fueron los esposos o compañeros de las víctimas,

más de la mitad de ellas eran amas de casa y residían en la zona rural. (Pp. 31, 33,35,37)

- Se registraron 5,792 casos de violencia sexual, de ellos el 91.7% de las víctimas fueron mujeres. (P.44)
- Referente a la violencia física se reportaron 6,241 casos donde las mujeres fueron las víctimas, y enfatizan en que las personas victimarias suelen ser las parejas. (Pp. 57,59)
- En cuanto a la violencia patrimonial se menciona que un total de 7,699 fueron víctimas de ello y señalan que existe una relación con la violencia de pareja. (P. 67)
- En relación con la violencia psicológica y emocional/ intrafamiliar se registraron 877 casos donde las mujeres fueron las víctimas, específicamente de la violencia intrafamiliar se reportaron 10,515 víctimas mujeres, y explican que los hombres recurren a esto para establecer o recuperar el poder que tienen sobre sus parejas y establecer poder que les genera cierta ventaja. (Pp. 77, 82, 85)
- Asociado a la violencia económica, hubo 24,580 personas demandadas por la obligación de alimentos, un 98.0% de las demandantes fueron mujeres. Según la Procuraduría General de la República, de las 1,514 atenciones que brindó por violencia económica, un 18.5% de mujeres reportó que sus parejas cargaban sus deudas en ellas, un 14.9% que sus parejas les quitaba dinero, un 14.1% que su pareja le prohibía trabajar fuera de casa y a un 10.6% le controlaban sus ingresos. (Pp. 95, 97)

2.3.5. Efectos de la violencia de pareja en la salud mental

Teniendo en cuenta los diferentes tipos y formas de violencia en la pareja, es pertinente hacer énfasis en las consecuencias en la Salud Mental de la víctima, puesto que, las acciones de agresión dirigidas hacia ésta podrían aumentar la posibilidad del desarrollo de trastornos mentales y otro tipo de afecciones psicoemocionales si no son atendidas adecuadamente.

Algunas situaciones que las personas víctimas de este tipo de violencia pueden experimentar como consecuencia de ello, y que no son necesariamente psicopatologías, pero que se relacionan con la parte psico-emocional son, el miedo a que el abusador amenace con lastimar o lastime a la víctima, a sus hijos/as o a personas cercanas; aislamiento social, lo cual puede generar que el agresor sea la única fuente de apoyo; sentimientos de fracaso, por creer que provocaron su propia situación de violencia, lo cual se ve reforzado por mensajes sociales y culturales al respecto; y vergüenza de vivir o de haber vivido una situación de violencia (Alpert, 2015).

La OMS (2021) plantea que, la convivencia con un hombre que somete y/o ejerce la violencia en su pareja puede tener repercusiones significativas en la salud, en el bienestar psicológico y en las conductas de una mujer a corto y largo plazo; entre estas consecuencias psicoemocionales se mencionan: mayor riesgo de padecer depresión e intentar suicidarse, consumo excesivo de alcohol y otras sustancias, posibilidad de desarrollar fobias, baja autoestima, y trastornos psicosomáticos, trastorno de estrés postraumático, problemas de conducta alimentaria u otros que inciden en su bienestar general.

Ante esto, INEGI (2017, mencionado por Méndez et al., 2022) muestra en sus reportes que, dentro de las consecuencias psicoemocionales directas ocasionadas por violencia se encuentran: problemas de alimentación, nervios, sueño, angustia, y principalmente tristeza, aflicción y depresión, cuyos episodios derivan mayormente a intentos de suicidio tras haber experimentado abusos físicos y sexuales.

Aportando, Torres (2014) retoma el conocimiento de Ehrensaft et al. (2006) y García et al. (2010) quienes afirman que las mujeres que han sido expuestas a violencia de pareja, además de tener mayor incidencia de los trastornos mencionados anteriormente, también pueden padecer de ansiedad generalizada y dependencia de sustancias. Incluyendo, además, efectos negativos en el estado emocional, dificultades en el afrontamiento de la situación, en donde predomina la evitación y la ausencia de respuesta emocional ante la violencia, y disminución de la asertividad; alteraciones en la personalidad, autoconcepto y el estilo de relación con las personas

que le rodean, generando sentimientos de ambivalencia con el agresor, desconfianza y distanciamiento de terceros.

Además, Betancourt y Delgado (2012) mencionan los aportes de Rincón et al. (2004), añadiendo que las mujeres víctimas de sus cónyuges son constantemente revictimizadas por la presencia de la experiencia traumática dentro del hogar, el cual debería suponer un lugar seguro para cada miembro, resultando en altos niveles de hiper-activación fisiológica manifestados ante el temor de vivir episodios de maltrato repentinos.

Por su parte, Bott y colaboradores (2014, citados por Aiquipa, 2015) mencionan que las mujeres que han sufrido esta violencia de parte de su esposo o pareja no solo han resultado heridas o con lesiones físicas graves, sino también se han manifestado consecuencias emocionales o de salud mental en las que se distinguen el temor, depresión, pensamientos suicidas, ansiedad y un nivel de angustia suficiente para impedir el adecuado desenvolvimiento en su trabajo o actividades diarias.

Entre los efectos mencionados, también se hace énfasis a la dependencia emocional a la pareja agresora, mostrando patrones de pensamientos, sentimientos y comportamientos relativamente estables, incluyendo la sumisión y subordinación al hombre, necesidad de acceso al mismo, así como miedo a que su relación termine, por ende se prioriza a la pareja por encima de otras necesidades; esto último también puede ser comprendido como la presencia de sentimientos contradictorios de aproximación-rechazo debido a los cambios repentinos en el trato de su pareja, pudiendo resultar en la justificación de parte de la mujer hacia las infidelidades y agresiones de su compañero, o manteniendo un patrón similar en el establecimiento de nuevas relaciones afectivas (Amor y Echeburúa, 2010;Castello, 2005, retomados por Aiquipa, 2015)

A manera de resumen, se podría decir que las respuestas emocionales o complicaciones de salud mental presentes en mujeres víctimas de violencia de pareja están relacionadas a: la depresión, acompañada de valoraciones negativas de autoestima, sentimientos de culpa y desesperanza; ansiedad, somatizada por medio

de sensaciones de ahogo y sofoco, sudoración, presión en el pecho, y nudos en la garganta; así como el ajuste psicosocial, referido al desempeño o desenvolvimiento social, lúdico y cotidiano de la víctima, quien suele estar aislada, con sentimientos de soledad y con restricciones impuestas por la pareja, y con un estado de humor irritable (Soler y colaboradoras, 2005; Llosa y Canetti, 2019; Lara et al., 2019; Raymondi, 2019; Muñiz y Monreal, 2017; Cuesta, 2017; y Curdis et al., 2020; citados todos por Méndez et al., 2022).

2.4. Violencia de pareja y depresión posparto

Tal y como se ha presentado en los apartados anteriores, la Depresión Posparto y la Violencia de Pareja son dos problemas presentes en las sociedades actuales. Por ello se presentan los hallazgos de estudios de diversos países que evidencian la relación existente entre ambos problemas y sobre posibles factores relevantes involucrados en ello.

El desarrollo de la DPP puede verse influenciado por factores como haber padecido depresión previamente y haber tenido malas experiencias durante el embarazo (Ortigosa et al., 2022). Por ello, es importante mencionar que tal y como plantean Lafaurie et al., (2015) y Lima et al., (2020), los actos violentos, principalmente los psicológicos por su predominancia, son un factor influyente en la aparición de la Depresión durante el embarazo si se compara con las gestantes que no han vivido violencia por parte de sus parejas; Así mismo, se destaca que experimentar violencia de pareja y depresión en el embarazo aumenta el riesgo de desarrollar DPP, las principales manifestaciones de malestar son ansiedad, ideación suicida, baja autoestima, síntomas depresivos, miedo, inseguridad, vergüenza y *baby blues*.

Las mujeres que han sido expuestas frecuentemente a violencia por parte de su pareja íntima se ven más vulnerables ante el padecimiento de DPP, ya que se trata de un factor fuerte y dominante en ese proceso, ya sea violencia psicológica, física o sexual, se estima que las puérperas vietnamitas que han experimentado violencia sexual o física tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de presentar síntomas de DPP que quienes no han sido víctimas de esos tipos de violencia, a esto se le pueden

sumar factores sociales que son influyentes como el empleo, la edad, la educación y el apoyo social (Nhi et al., 2018).

En un estudio en Indonesia, donde participaron 232 madres con hijos menores de dos años, se identificó que la violencia física doméstica se relaciona significativamente con la depresión posparto, ya que, según sus resultados, la exposición a este tipo de violencia hace un 1.7 más probable la aparición de la DPP, del mismo modo; la violencia psicológica también es un factor influyente en la DPP, en este caso las probabilidades de padecer el trastorno son de un 1.9 en comparación con las mujeres que no viven violencia psicológica; por su parte, la violencia sexual doméstica puede aumentar la probabilidad de padecer DPP a 2.0 (Sandy et al., 2020).

En Etiopia, Necho et al., (2020) realizaron una investigación en cuatro centros de salud de Dessie con mujeres que se encontraban en la cuarta semana después del parto, más de la mitad (61.9%) de ellas estaba casada y un poco menos de la mitad (44.2%) tenía ingresos de entre 89.4 dólares a 178.6 dólares; en cuanto a características de sus parejas, 14.8% de ellas recibían poco apoyo por sus esposos, el 26.7% reportaron alcoholismo en sus esposos, el 23.8% de las participantes reportó vivir violencia de pareja, principalmente psicológica; el 27% de las participantes tenía DPP, y encontraron que las mujeres que tienen historial de violencia de pareja tienen 6.5 más probabilidades de padecer DPP.

En Perú, en un estudio con una muestra de 150 adolescentes en el periodo posparto que experimentaban algún tipo de violencia intrafamiliar, se detectó que 61 de ellas presentaba DPP, que, en este caso igualmente representa casi la mitad de las participantes, además, un poco más de la mitad de ellas vivía con su pareja y el tipo de violencia más frecuente fue de nuevo la violencia psicológica, que tuvo mayor relación, al igual que la violencia física y violación con síntomas graves de depresión, que con moderados y leves (Sulca, 2015).

En la misma línea, en el Hospital KwaZulu Natal de Sudáfrica analizaron la relación entre la DPP y la violencia de pareja íntima, para ello se incluyeron madres adolescentes que se encontraban entre la sexta y novena semana del posparto.

Algunos de los hallazgos encontrados fue que, el 40% de ellas vivió violencia de pareja durante el embarazo, se encontró que ellas tenían 1.62 más probabilidades de desarrollar síntomas de DPP que las que no han sido víctimas de violencia (Gebrekristos et al., 2023).

En un estudio realizado en Rochester, Estados Unidos, donde una gran parte de las mujeres que fueron tomadas en cuenta para explorar la DPP y la violencia de pareja fueron negras (49%) y latinas (27%), encontraron que un 47.7% de ellas eran víctimas de violencia por parte de su pareja íntima, los tipos de violencia más frecuente fueron la física y psicológica. La prevalencia de DPP fue de 58%, 49% de las mujeres que experimentaban violencia de pareja severa tenían DPP, lo cual representa poco menos de la mitad (Trabold et al., 2013).

Según datos de estudios estadounidenses (donde la mayoría de participantes son afrodescendientes e hispanas), la exposición a violencia de pareja en una sola ocasión no tiene asocia significativamente con niveles más altos de DPP, pero, por otra parte, cuando los episodios de violencia son dos o más, existen más probabilidades de desarrollar el trastorno, esto parece relacionarse con los altos niveles de estrés que la violencia provoca en ellas (Velonis et al., 2017).

Beydoun et al., (2010) en la revisión que realizaron en una base de datos canadiense donde se representaron los casos 76,508 casos de mujeres canadienses, en ellas, la prevalencia de la DPP fue de 7.5%. Un total de 4,324 de madres reportaron haber vivido violencia de pareja en los últimos dos años, más de la mitad reportó que las manifestaciones de la violencia fueron físicas y no tanto las sexuales, el 84.3% de las madres victimizadas vivieron episodios de violencia antes del embarazo y pocas reportaron que aumentó durante o después del embarazo. De las mujeres que sufrieron violencia de pareja en los últimos dos años, el 18% sufría de DPP, así mismo, se encontró que la DPP fue entre 4 a 6 veces más frecuente en mujeres que no tenían ningún o poco apoyo social luego del parto.

Acorde a la exploración que llevaron a cabo Mella et al., (2021) en Santiago, Chile, observaron que mujeres embarazadas y puérperas que viven violencia de pareja

se enfrentan a situaciones como dificultad para resolver discusiones, a control económico por sus parejas, a verse forzadas a trabajar en exceso, a percibir la relación como estresantes, a miedo a humillaciones, a que discusiones terminen en abusos físicos y a tener relaciones sexuales forzadas para evitar conflictos.

En una investigación realizada en Lima, Perú con 100 mujeres en la etapa posparto, de ellas el 51% manifestó haber experimentado tristeza durante dicho periodo, pero, solo el 17% del total desarrolló depresión posparto, de la muestra total, más de la mitad de mujeres había sido víctima de violencia de género, principalmente por parte de sus parejas, se identificó que las mujeres víctimas de violencia tienen un mayor riesgo de desarrollar DPP en comparación con las que no lo son, el riesgo aumenta con la violencia psicológica y con la violencia durante el embarazo, aunque la violencia física y sexual tienen menor presencia, pueden influenciar significativamente en el desarrollo del trastorno (Escobar et al., 2009).

En Colombia, según los resultados de un estudio con 81 mujeres en la etapa posparto, de ellas el 32% presentó sintomatología depresiva, se identifica que la mayoría de las participantes se encontraban casadas o en unión libre, ante ello, los autores aclaran que contar con una pareja estable no garantiza que la mujer no pueda ser víctima de violencia por parte de su pareja, un punto esencial que se destaca es que, si bien el 79% de las mujeres se sintieron apoyadas por sus parejas, el 54% evidenciaban haber vivido violencia por parte de los mismos, por lo tanto, recibir apoyo no implica que no se presente violencia. También, concluyeron que sí existe una relación significativa entre la exposición a violencia de pareja y el desarrollo de la depresión posparto, las dimensiones que se ven afectadas por ello son ansiedad, sueño, alimentación, estabilidad emocional, confusión mental, culpa, vergüenza e ideación suicida (Ramírez, 2012).

En Arequipa Perú, se estableció relación entre la violencia física y no física por parte de la pareja y el riesgo significativo de padecer DPP, un descubrimiento significativo de esta exploración es que, casi la mitad de las puérperas que participaron sufría algún tipo de violencia, lo cual podría brindar una aproximación a la cantidad de mujeres que se encuentran en la etapa posparto y expuestas a violencia por parte de

sus parejas, el tipo de violencia con mayor incidencia fue la psicológica (Zeballos, 2018). Otro estudio realizado en el mismo país con 295 puérperas en un hospital de San Juan Miraflores, arrojó los siguientes datos: el 44% de las evaluadas tenía DPP, el 35% del total de mujeres fueron agredidas psicológica y emocionalmente (se identificó como el tipo de violencia más frecuente), y el 40% de ellas fueron agredidas por su pareja, sin embargo, esto no significa que la violencia física y sexual no estén presentes y que no tengan un impacto significativo (Flores y Zumaeta, 2017).

En Brasil, se exploraron ambos factores en un grupo de 330 mujeres que eran usuarias del Hospital Público de Maternidad Cariacica, 121 tenían DPP, el 52.1% vivían con su esposo, el 45.4% reportó haber sido víctimas de violencia de pareja en algún momento de su vida y el 12% durante el embarazo. El estudio concluyó que se identifica una prevalencia más alta de los síntomas de DPP entre las participantes que habían vivido alguna situación de violencia (Santos et al., 2021).

En El Salvador, el MINSAL (2018) publicó un documento con lineamientos para abordar la salud mental de adolescentes y jóvenes embarazadas, dentro de éste, se reconoce que la violencia de género influenciada por el machismo es una de las causas del desarrollo de trastornos depresivos en mujeres, incluyendo aquellas que se encuentran en las etapas de embarazo, parto y posparto, esto se identificó como un problema, pues en 2013 y 2014 el 16.66% y 13.33% de las muertes maternas fue por suicidios.

Así mismo, en el país, según una investigación realizada con 180 mujeres puérperas en el Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández”, donde se buscaba identificar los factores de riesgo para el desarrollo de la DPP, se identificó que las víctimas de violencia intrafamiliar durante el embarazo y las mujeres que no cuentan con redes de apoyo (incluyendo falta de apoyo de la pareja) son más propensas a padecer DPP (Vallecampo, 2021).

Capítulo 3. Metodología

El enfoque del presente estudio es cualitativo, ya que se centró en la recolección de datos existentes sobre el tema que se investigó, a partir de diversas fuentes de información, lo cual posibilita el análisis de los datos que aportan, este enfoque se focaliza en la comprensión de fenómenos, para analizarlos desde el punto de vista de quienes lo viven en relación con su medio, éste se seleccionó debido a que busca comprender y analizar sucesos complejos de la realidad y construir, a partir de eso, conceptos (Guerrero, 2016).

El alcance de la investigación es descriptivo, pues se limita a la recolección y presentación de información para describir los elementos abordados en el tema, especificando las propiedades importantes del fenómeno que se somete a análisis, para lograrlo, la información que se selecciona debe ser verídica, precisa y sistemática, evitado inferencias en torno al fenómeno, pues, se centra en las características observables y verificables (Guevara et al., 2020).

Su diseño, es documental, ya que se realizó un proceso donde se accedió a fuentes documentales científicas que permiten analizar los principales elementos del tema, para ello se organizaron, se clasificaron, se sintetizaron y se presentaron los elementos más relevantes de conocimientos ya existentes, que facilitaron el análisis y las conclusiones del tema, su objetivo principal es dirigir la investigación desde los datos existentes provenientes de diversos documentos, hasta proporcionar una visión más amplia y sistemática de un solo fenómeno que se elabora en diferentes fuentes (Barraza, 2018 retomado en Reyes y Carmona, 2020).

Para lograrlo, se realizaron entrevistas con profesionales para mayor comprensión del tema a abordar y se revisaron 99 documentos publicados entre el año 1994 y el año 2023, esto, con el fin de presentar de manera descriptiva y de analizar los principales elementos del tema y sus elementos más importantes. Para ello se recolectó información de artículos científicos, de investigaciones académicas y de organizaciones internacionales, tales como, Scielo, Redalyc, Dialnet, ScienceDirect, Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Salud Mental,

entre otras bases de datos que brindaron publicaciones asociadas al tema de interés. Se tomó en cuenta la relevancia académica y científica en los puntos a describir.

El principal criterio de inclusión para los documentos fue, que aportaran información relevante y científica respecto al tema, ya sea en el idioma español o inglés, por ello, no se tomaron en cuenta documentos que no contaban con datos completos sobre los autores, que no tenían relación con la temática y que no tenían vínculo alguno con la parte psicológica (ver anexo 1).

Las unidades de análisis de primer nivel son la depresión y la violencia, las unidades de análisis de segundo nivel son la depresión posparto y la violencia de pareja. Debido a la naturaleza de dichas categorías, el estudio no se centra en describir y analizar una teoría, sino que busca, tal y como se menciona anteriormente, recopilar información dispersa que permita un análisis integral del problema.

Los pasos que se siguieron para realizar la monografía, en base al diseño documental del estudio son la selección del tema, la recolección de fuentes de información, la organización de los datos, el análisis de los datos, la redacción de la monografía y finalmente la presentación oral de la investigación (Morales, 2001 retomado en Espinoza y Rincón, 2006).

Capítulo 4. Discusión

La búsqueda y revisión de la información que se realizó para desarrollar el presente trabajo, ha permitido constatar una idea de cómo se encuentra el problema en la actualidad. Si bien el tema central del estudio aborda dentro de sí dos problemáticas principales, la depresión posparto y la violencia de pareja, tiene el fin de analizar el posible impacto que surge de la interacción de los factores de ambos problemas.

Inicialmente, se encontró que, tanto la depresión posparto, como la violencia de pareja son problemas reales, presentes y significativos dentro de distintas sociedades, no se trata de situaciones que han surgido recientemente. La DPP se consideraba desde años atrás como la complicación más frecuente asociada al puerperio (Warren et al., 1996). Así mismo, se identifica que, desde antes de iniciar el siglo XXI, la violencia de pareja era un problema concurrente, específicamente en Latinoamérica y el Caribe, zona en la que se ubica El Salvador (Buvinic et al., 1999).

La DPP comparte según el DSM-V los mismos criterios diagnósticos que el trastorno depresivo mayor, la diferencia más significativa es que el inicio es en los primeros doce meses después del parto, esto quiere decir que no cuenta con una categoría, sino que se presenta como parte de las características y notas de los trastornos depresivos (APA, 2014).

La poca información específica y la escasa divulgación respecto al trastorno en un documento que es utilizado frecuentemente por profesionales de la salud mental, podría indicar la relevancia con la que se aborda la DPP y la posible necesidad de difundir de mejor manera los elementos particulares que engloban el trastorno, tomando en cuenta que se trata de una situación frecuente entre las mujeres puérperas.

La DPP no se trata de solo experimentar tristeza, este trastorno se caracteriza por malestares significativos que atentan a corto y largo plazo contra el bienestar de la madre, el pleno desarrollo del recién nacido e incluso de las personas que conforman el medio de la madre. Esto se debe, a que las madres suelen experimentar culpa, miedos, ansiedad, cuestionamiento sobre sus capacidades ante

el rol de madre, aislamiento, sentimientos de fracaso, irritabilidad, falta de respuesta a las reacciones y necesidades del hijo/a, entre otros. Esto denota, la importancia de abordar la DPP como un problema de salud mental serio, que su impacto puede ir más allá de la madre que lo experimenta.

A pesar de que la DPP es un problema común, parece que no se diagnostica en todas las mujeres que la presentan, lo cual significa de entrada una dificultad significativa para obtener datos claros al respecto. Esto se asocia con la falta de educación al respecto y con los estigmas presentes a nivel social, que limitan el acceso a servicios profesionales ante el malestar que la DPP genera. Un dato relevante, es que las mujeres latinoamericanas, según lo identificado, parece que son bastante propensas a experimentar no solo tristeza, sino que, síntomas depresivos posterior al parto.

Si bien, su inicio puede tener múltiples causas, es importante para este estudio recalcar que la etapa de posparto naturalmente implica vulnerabilidad y necesidades específicas más allá de lo físico, debido a todos los cambios bio-psico-sociales a los que se enfrenta la mujer en dicho periodo, esto quiere decir, que no solo son más susceptibles a padecer DPP por los factores biológicos por sí mismos, sino que, situaciones estresantes en su medio pueden afectar directamente en el bienestar de la madre.

Lo cual, señala la necesidad de que se fortalezcan los recursos que las madres tienen para adaptarse al puerperio a nivel cognitivo, emocional y motivacional, para evitar el desarrollo de psicopatologías como la DPP y garantizar su bienestar. Así mismo, es importante mencionar que el embarazo y dar a luz, no se observan, en ningún documento, como factores que protejan a la mujer de la violencia de pareja a pesar de que exista la noción de que podría serlo debido a las necesidades que tiene una mujer en dicha etapa.

Se considera, que los eventos estresantes pueden ser un factor principal de riesgo en el desarrollo del trastorno, dentro de ellos se encuentran la mala relación con la pareja, la falta de apoyo de la pareja y la violencia de pareja durante el embarazo y posparto. Pues, en esos casos, no solo se evidencia falta de atención y

cuidado a las necesidades que la madre experimenta en esta etapa, sino que, también se trata de la vulneración de sus derechos en el caso de violencia.

La violencia de pareja hace referencia a distintas manifestaciones violentas que generan daño físico, psicológico y sexual, que ocurre entre parejas heterosexuales y homosexuales, también, puede ejercerla una ex pareja. Un punto importante respecto a la violencia de pareja, es que, suelen ejercerla de manera más frecuente, hombres contra mujeres. Según la OMS (2021) un cuarto de las mujeres entre 15 y 49 años han tenido una relación donde han sido víctimas de violencia, indicando que no solo un grupo etario se ve afectado por el problema.

Como se menciona, su manifestación no se limita solamente a un tipo de violencia, esta puede ser psicológica, verbal, física, sexual y económica. Además, las personas con mayor riesgo a ser víctimas de ello son las mujeres, jóvenes, minorías étnicas, mujeres inmigrantes, personas con bajos ingresos, mujeres embarazadas y personas con parejas que expresan niveles altos de celos o posesión, y que consumen alcohol y drogas en exceso, esto, alumbra sobre la vulnerabilidad que tienen las mujeres, pero en este caso, las mujeres embarazadas ante el problema, así mismo, se identifican posibles características de los violentadores.

La violencia de pareja se puede dar en cualquier contexto, pues, su práctica se favorece a nivel social, gracias a las culturas que establecen diferencias entre hombres y mujeres, donde la mujer se convierte en un “objeto a servicio” de las supuestas necesidades del hombre, lo cual se basa en las masculinidades hegemónicas que están presentes en las culturas latinoamericanas, incluyendo la de El Salvador.

Según los datos, El Salvador es un país donde la violencia de pareja es un problema que ha estado presente desde tiempo atrás, aunque éste parece haber disminuido, este tipo de violencia se sigue ejerciendo de distintas maneras, hasta el punto en que gran parte de los feminicidios son ejecutados por parte de las parejas íntimas de las víctimas, por lo tanto, se trata de un problema con alta incidencia, y por ello no puede ignorarse, ya que, al revisar la información, parece que la mayoría de mujeres del país son propensas a vivirlo, y si bien, no hay una cifra específica de

víctimas embarazadas o en la etapa de puerperio, por las cifras existentes, es posible deducir que hay mujeres en esas etapas expuestas a ello.

Es importante considerar, que la violencia de pareja, son actos que generan definitivamente un impacto negativo en la persona que lo recibe, más allá de los daños que el cuerpo puede recibir, el impacto emocional también es significativo, ya que, en muchos casos, las víctimas son manipuladas, aisladas, restringidas, controladas, desvalorizadas, denigradas, humilladas y no cuentan con apoyo ante dicha situación, provocando efectos como falta de confianza, sentimientos de fracaso, depresión, sentimientos de tristeza, intentos de suicidio, consumo de sustancias, trastornos psicósomáticos, angustia, alteración el sueño, entre otros efectos que generan malestar psicoemocional.

Ahora bien, al conocer cómo se manifiestan ambos problemas, se llega al punto de analizar concretamente la interacción que hay entre ambos y el impacto que la violencia de pareja tiene en la DPP. Para iniciar es necesario tener claro que sí existe una relación directa entre ambos factores, la violencia de pareja podría considerarse fundamental en el desarrollo de la psicopatología en cuestión. Tener una pareja “estable”, estar embarazada y/o haber dado a luz, no son factores que aseguren que una mujer no esté en riesgo de vivir violencia de pareja

Vivir violencia de pareja, por sí misma, es una experiencia aversiva y estresante, que ha demostrado relacionarse con la aparición de depresión en cualquier etapa de la vida. Ante esta relación, es de suma importancia mantener presente que la mujer puérpera se encuentra en un estado de suma vulnerabilidad donde requiere apoyo en distintas áreas, probablemente mayor que en otras etapas de la vida, y ante estos escenarios de violencia de pareja, no solo se le niegan los cuidados y atenciones que requiere ante las necesidades propias del proceso de posparto, sino que, se le suma una vulneración intencionada de su integridad, bienestar y derechos.

Hay suficiente evidencia para afirmar que los actos violentos influyen en la aparición de depresión en el embarazo y posparto, se identifica que existe una diferencia entre las mujeres que sufren violencia en el embarazo y en las que no en

cuanto al desarrollo de DPP. Esto no es un problema que se dé únicamente en un solo país o región.

Así mismo, se puede identificar que los tipos de violencia mayormente relacionados con la DPP son la violencia psicológica, física y sexual. Si bien, la violencia psicológica se da con mayor frecuencia, probablemente debido a la “facilidad” con la que se ejerce, la violencia física y sexual pueden generar un impacto similar o mayor respecto al desarrollo del trastorno.

También, se observa, que hay factores sociales directamente asociados con el problema, en base a lo revisado, las puérperas con ingresos bajos, con parejas que consumen alcohol y con niveles bajos de escolaridad son más propensas a desarrollar DPP por exposición a violencia de pareja, esto no quiere decir, que puérperas que viven en otras condiciones sociales están exentas de vivir eso.

La etnia también puede ser un factor de riesgo para vivir violencia de pareja como un factor determinante en el desarrollo de la DPP, pues, las mujeres negras y latinoamericanas tienen un riesgo mayor de vivirlo, por lo menos en el continente americano y el caribe.

Según lo identificado, en Latinoamérica el panorama alumbró que una gran cantidad de las mujeres que desarrollan DPP han estado expuestas a violencia de pareja. Muchas de ellas se ven expuestas al control económico de sus parejas, a humillaciones, a abusos físicos y a relaciones sexuales forzadas, ya que, socialmente se tiene la idea de que la mujer debe satisfacer las “necesidades” del hombre, ya que es vista como un objeto y no como una persona que enfrenta un proceso donde, como se menciona anteriormente, requiere de cuidados y apoyo.

Si bien, en El Salvador no hay datos públicos y exactos sobre la relación de ambos factores, se entiende que la violencia de pareja es un problema sumamente presente dentro de la sociedad salvadoreña y también, que, según los pocos estudios encontrados, podría haber una población significativa de madres con depresión posparto, de ellas, algunas podían haberse enfrentado o se enfrentan al problema de violencia mencionado.

Esto se ve reflejado en que, el Ministerio de Salud (2018) admite que la violencia de género es un problema que influye en la salud mental de las mujeres embarazadas y puérperas, con énfasis en adolescentes y en el desarrollo de trastornos como la depresión, que conlleva a que una parte significativa de las madres cometiera suicidio a causa de ello.

Además, Vallecampo (2021) identificó en un hospital del país, que la violencia intrafamiliar, incluyendo la que es ejecutada por parte de la pareja, sí es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de a DPP. Esto, permite tener una perspectiva de cómo puede darse el problema a nivel nacional, lo cual refleja, que las mujeres embarazadas o puérperas no exentas de vivir violencia por parte de su pareja íntima, pues dichos estados no son factores protectores en contra de ello, por lo tanto, están en riesgo de padecer depresión posparto.

La poca información pública encontrada sobre el problema a nivel nacional puede indicar el nivel de interés que hay al respecto por parte de entidades gubernamentales y por parte de la sociedad en general. Hay pocos lineamientos para abordar el problema de la DPP y solamente en uno se identifica la violencia de pareja como un factor esencial a tomar en cuenta, en otros documentos, la DPP solamente es mencionada de manera superficial.

Ante ello, es de suma importancia mencionar que no se refleja la existencia de programas o intervenciones articulados de manera integral en la base de datos de acceso público del MINSAL y acorde al acercamiento a una profesional en ginecología que ha trabajado en el sistema público de salud; no se identifican programas que garanticen que las madres que están expuestas al problema logren superarlo, es decir, que puedan salir de la situación de violencia y alcanzar un nivel de salud mental favorable para ella y el recién nacido.

Esto requeriría la coordinación de distintas entidades gubernamentales, que faciliten el proceso, ya que, dichas mujeres se encuentran a cargo del cuidado de un recién nacido, y no todas cuentan con una red de apoyo sólida para poder realizar y atender todos los trámites para lograr lo mencionado.

Entonces, la violencia de género y la depresión posparto, son dos problemas que tienen una presencia significativa a nivel general, que impactan de manera negativa la salud mental y el bienestar de las mujeres que lo enfrentan y posiblemente de quienes les rodean, además, son problemas que pueden tener una relación causal y presentarse simultáneamente, afectando la salud mental materna e infantil, a corto y a largo plazo. Esto, puede verse influenciado por diversos factores sociales y personales propios o ajenos a la mujer que lo enfrenta, pero, sin lugar a dudas, es una situación que debería abordarse con mayor interés a nivel nacional dado los riesgos que implica.

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

En cuanto al análisis desarrollado a lo largo del trabajo, se concluye que el objetivo general se cumplió satisfactoriamente, pues se logró comprender que la violencia de pareja es un factor fundamental que influye en el desarrollo de la depresión posparto, la exposición a ese tipo de violencia se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno, principalmente cuando las mujeres se ven expuestas a ello durante el embarazo y en el puerperio, lo cual claramente afecta la salud mental de la madre, pero, también de su hijo/a e incluso de quienes le rodean.

En cuanto a la depresión posparto, se comprende, que es la depresión, valga la redundancia, que se da en la etapa del puerperio, que puede tener inicio durante los primeros doce meses posteriores al parto, que comparte síntomas con el trastorno depresivo mayor, no se trata solamente de tristeza, melancolía o de los cambios normales a nivel endocrino propios de la etapa, su desarrollo puede verse influenciado por factores biológicos, médicos y sociales.

Es una psicopatología que se considera común, debido a su frecuencia, pues, una parte significativa de las mujeres puérperas lo experimentan, sin embargo, ésta no siempre es diagnosticada apropiadamente debido a los estigmas presentes al respecto. Aun así, se trata de una condición con consecuencias graves, que ponen en riesgo el bienestar psicosocial principalmente de la madre y del recién nacido, pues, al estar deprimidas, se ve afectado el rol de madre y el proceso de crianza, afectando el desarrollo del/la niño/a en distintas áreas.

Por otra parte, la violencia de pareja, es el tipo de violencia que se da por parte de una pareja íntima o por parte de la pareja actual, la cual puede manifestarse a través de violencia física, sexual, psicológica y/o económica, ésta puede ocurrir dentro de relaciones heterosexuales como homosexuales, sin embargo, la violencia de pareja impacta mayormente a mujeres por parte de violentadores hombres.

Se trata de un problema frecuente en distintos países, incluyendo El Salvador, donde tal y como se menciona anteriormente, la mayoría de víctimas son mujeres,

así mismo, las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo a ser víctimas de ello, no tanto por factores personales, sino que se asocia más a factores sociales.

La violencia de pareja es un problema que tiene consecuencias a corto y largo plazo en quienes la experimentan, pues enfrentarse a distintos tipos de abusos genera un impacto no solo a nivel físico, sino que, también a nivel mental, entre las principales consecuencias a nivel mental se encuentran el aislamiento social, baja autoestima, sentimientos de fracaso, depresión, intentos de suicidio, suicidio, consumo excesivo de sustancias, fobias, trastornos psicosomáticos, alteración del sueño y de la ingesta de alimentos, trastorno de estrés postraumático, ansiedad y sentimientos de angustia.

Acorde a lo presentado, es posible afirmar que la violencia de pareja influye en el desarrollo de la depresión posparto, se considera un factor fundamental para el inicio de la psicopatología, este problema se ve reflejado en estudios de países de distintos continentes, donde la violencia psicológica tiene mayor impacto en el desarrollo de la DPP, probablemente se deba a que se ejecuta con mayor facilidad, aun así, la violencia física y sexual tienen un gran impacto en el problema mencionado.

Las mujeres en la etapa posparto se encuentran vulnerables y al exponerse a violencia de pareja, son más propensas a presentar sintomatología grave asociada a la DPP, así mismo, otros factores que se pueden presentar al mismo tiempo que la violencia de pareja y que influyen simultáneamente al desarrollo de la psicopatología son tener bajos ingresos, tener una pareja que padece alcoholismo, ser forzada a trabajar en exceso y falta de apoyo.

Según los datos públicos de El Salvador, no se refleja que la violencia de pareja como un factor determinante en el desarrollo de la DPP se aborde con el interés debido basado en sus consecuencias, a pesar de que ya se ha documentado (brevemente) como una situación de riesgo que debe ser atendida adecuadamente.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a profesionales de la salud mental y a entidades gubernamentales, investigar y documentar el problema con mayor profundidad en el contexto salvadoreño, para poder reconocer los signos y efectos particulares de esta problemática en la población salvadoreña, para dar paso a la formulación de pautas, programas e intervenciones que se centren en prevenir y atender las complicaciones a corto y largo plazo que el problema puede generar, garantizando procesos amigables con las condiciones de las madres, que promuevan el bienestar de ellas y el pleno desarrollo infantil.
- Así mismo, es ideal que la violencia de pareja se aborde por parte de las instituciones de salud y por el personal de salud que atienden a mujeres embarazadas o puérperas, como un factor que requiere intervención inmediata e integral, lo cual requiere que se integren evaluaciones sistemáticas de signos de violencia dentro de los servicios rutinarios que se brindan a las mujeres en las etapas mencionadas, ofreciendo ambientes seguros para la expresión de las experiencias a las que se pueden enfrentar y facilitando el acceso a otros servicios de apoyo necesarios según cada caso, tales como, consejería, psicoterapia, refugios temporales, líneas directas de ayuda, procesos judiciales, entre otros.
- Además, es de suma importancia que las instituciones gubernamentales, implementen políticas y programas que aborden la prevención y sensibilización respecto a la violencia de pareja a nivel general, pero principalmente en los establecimientos de salud, que permitan a las personas más vulnerables a ser víctimas de ello, incluyendo a las mujeres embarazadas y puérperas, identificar signos de alerta y pautas de acción ante dichos signos, estableciendo sistemas de seguimiento y evaluación que garanticen la efectividad de dichos procesos. Esto implicaría asignar recursos en la formación del personal de salud, en la sensibilización pública y en el fortalecimiento de los servicios de apoyo a víctimas de violencia.
- También, es importante, que se fortalezcan los servicios de atención, prevención y tratamiento de la depresión posparto como un problema de salud

mental real y frecuente, cuyas consecuencias pueden ser graves.

Garantizando que se brinden procesos psicoterapéuticos gratuitos, continuos y basados en evidencia científica, que permitan a las mujeres tener herramientas adecuadas para alcanzar un nivel óptimo de bienestar psicoemocional, lo cual implicaría, invertir en suficiente personal de salud mental para atender adecuadamente estos procesos y darle seguimiento a cada caso para asegurar el éxito del mismo, tomando en cuenta las necesidades y condiciones que las madres pueden atravesar durante el puerperio.

- A la sociedad en general, se le recomienda reconocer la gravedad del impacto de la violencia de pareja en la salud mental y en el bienestar de las víctimas. Así mismo, es importante que, la sociedad, fomente una cultura de respeto y de equidad de género, que vele por las poblaciones más vulnerables (incluyendo las madres puérperas y recién nacidos), que promueva el apoyo a víctimas y que busque crear espacios más seguros que mitiguen la ocurrencia y los efectos de la violencia de pareja y sus efectos en la salud mental.

Referencias bibliográficas

- Agrawal, I., Mehendale, A., y Malhorta, R. (2022). Risk factors of postpartum depression. *Cureus*, 14(10), 1-8.
https://www.researchgate.net/publication/364979336_Risk_Factors_of_Postpartum_Depression
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 411-437.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200007
- Asociación Médica Estadounidense. (1992). Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. National Library of Medicine.
<https://www.nlm.nih.gov/exhibition/confrontingviolence/materials/OB11102.pdf>
- Alpert, E. (2015). *Intimate Partner Violence* (6ª ed.). Massachusetts Medical Society Committee on Violence Intervention and Prevention.
[https://www.massmed.org/Patient-Care/Health-Topics/Violence-Intervention-and-Prevention/Intimate-Partner-Violence-\(pdf\)/](https://www.massmed.org/Patient-Care/Health-Topics/Violence-Intervention-and-Prevention/Intimate-Partner-Violence-(pdf)/)
- Asociación Americana de Psicología. (2002). *Intimate partner Abuse and Relationship Violence*. American Psychological Association.
<https://www.apa.org/about/division/activities/partner-abuse.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.)(DSM.IV).
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (5ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
<https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

- Bánovčinová, L., y Škodová, Z. (2022). The effects of perceived stress and postpartum partner support on postpartum depression. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 13(3), 684-690. <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2022/03/07.pdf>
- Bacchus, L., Ranganathan, M., Watts, C., y Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BJM Open*, 8(7), 1-20. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/7/e019995.full.pdf>
- Barrera, A., y Nichols, A. (2015). Depression help seeking attitudes and behaviors among an Internet based sample of Spanish speaking perinatal women. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3), 148-153. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9237/v37n3a04.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrientos, S. (2006). *Violencia de Género: impacto sobre la mujer maltratada por su pareja* [Investigación académica, Universidad Tecnológica de El Salvador]. https://www.utec.edu.sv/vips/uploads/investigaciones/violencia_genero_intervencion_igualdad.pdf
- Betancourt, D., y Delgado, C. (2012). *Impacto de la violencia conyugal en la salud mental de la mujer* [Tesis de Pregrado, Universidad Tecnológica de Bolívar]. <https://hdl.handle.net/20.500.12585/3069>
- Beydoun, H., Al-Sahab, B., Beydoun, M., & Tamim, H. (2010). Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. *Annals of epidemiology*, 20(8), 575-583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4179881/>
- Bohórquez, O., Santana, A., Pérez, L., y Munévar, R. (2009). Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances en Enfermería*, 27(2), 139-149. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000200014

- Breese, S., Beal, M., Miller, S., Payton, M., y Watson, G. (2006). Risk Factors for Postpartum Depression: A retrospective investigation at 4 weeks Postnatal and a Review of the Literature. *J Am Osteopath Association*, 106 (4), 193.198. https://www.researchgate.net/publication/7152394_Risk_factors_for_postpartum_depression_A_retrospective_investigation_at_4-weeks_postnatal_and_a_review_of_the_literature/link/63fc7bfe0d98a97717c00ae1/download
- Breiding, M., Basile, K., Smith, S., Black, M., y Mahendra, R. (2015). Intimate partner violence surveillance uniform definitions and recommended data elements. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf>
- Buvinic, M., Morrison, A., y Shifter, M. (1999). *Violence in Latin America and the Caribbean: A Framework for Action*. Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/Violence-in-Latin-America-and-the-Caribbean-A-Framework-for-Action.pdf>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2022). *Intimate partner violence: fast facts*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>
- Chamberlain, L., y Levenson, R. (2010). *Reproductive health and partner violence Guidelines: An integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion*. Family Violence Prevention Fund. https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf
- Chávez, D., López, K., Peña, W., y Ramírez, Y. (2020). *Estudio de los componentes psicológicos en la violencia de pareja experimentada por usuarias, atendidas en grupos de autoayuda de la Procuraduría General de la República (PGR) e Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) del departamento*

de Santa Ana de Febrero a septiembre del 2019 [Tesis de grado, Universidad de El Salvador].
<https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/21682/1/ESTUDIO%20DE%20LOS%20COMPONENTES%20PSICOL%C3%93GICOS%20EN%20LA%20VIOLENCIA%20DE%20PAREJA%20EXPERIMENTADA%20POR%20USUARIAS%2C%20ATENDIDAS%20EN%20GRUPOS%20DE%20AUTOAYUDA%20DE%20LA%20PROCURADUR%C3%8DA%20GENERAL%20DE%20LA%20REP%C3%9ABLICA%20%28PGR%29%20E%20INSTITUTO%20SALVADORE%C3%91O%20PARA%20EL%20DESARROL.pdf>

Chicas, E., Martínez, L., y Ortiz, H. (2013). *Incidencia de Depresión Posparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de la Unión; periodo de septiembre a noviembre de 2013* [Tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador].
<https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/7180/1/50108034.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2023). *Violencia feminicida en cifras América Latina y el Caribe. La prevención de los feminicidios: obligación de los Estados y reto persistente en la región*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/taxonomy/term/8400>

Connelly, C., Hazen, A., Baker, M., Landsverk, J., y McCue, S. (2013). Is Screening for Depression in the Perinatal Period Enough? The Co-Occurrence of Depression, Substance Abuse, and Intimate Partner Violence in Culturally Diverse Pregnant Women. *J Womens Health*, 22(10), 844-852.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3787578/>

Corrigan, C., Kwasky, A., y Groh, C. (2015). Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *Journal of Perinatal Education*, 24(1), 48-60.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720860/>

- Da Silva, B., Fernandes, K., da Silva, T., Lopes, J., Mendes, L. (2021). Causas de depressão pós-parto em mulheres: fatores de risco. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 27,535-27,542. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/41186/pdf/103095>
- Díaz, S. (2006). El periodo posparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/el_periodo_postparto.pdf
- Escobar, J., Pacora, P., Custodio, N., y Villar, W. (2009). Depresión posparto ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(2), 115-118. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000200006&script=sci_abstract
- Espinoza, N., & Rincón, A. (2006). Instrucciones para la elaboración y presentación de monografías.: La visión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. *Acta Odontológica Venezolana*, 44(3), 406-412. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000300019&lng=es&tlng=es.
- Evans, G., Vicuña, M., y Marín, R. (2003). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(6), 491-494. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600006
- Figueiredo, B., Pacheco, A., y Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Womens Mental Health*, 10, 103-109. https://core.ac.uk/reader/55607621?utm_source=linkout
- Flores, J., y Zumaeta, J. (2017). *Violencia basada en género y depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2017* [Tesis de pre grado, Universidad Nobert Wiener].

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/1024/TITULO%20-%20Zumaeta%20Tuesta%2c%20Joshelin%20Kattherine.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023). *¿Qué es la depresión posparto? Aprende cuales son las señales y como encontrar apoyo*. UNICEF. <https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/que-es-la-depresion-posparto>

Gebrekristos, L., Groves, A., McNaughton, L., Moodley, D., Beksinska, M., & Maman, S. (2023). Intimate partner violence victimization during pregnancy increases risk of postpartum depression among urban adolescent mothers in South Africa. *Reproductive health*, 20(1), 68. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-023-01605-z>

Genchi, F., Paredes, S., Solano, N., Ríos, C., Paredes, S., y Andersson, N. (2021). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarios de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(12), 927-936. <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v89n12/0300-9041-gom-89-12-927.pdf>

Getahun, D., Oyelese, Y., Peltier, M., Yeh, M., Chiu, V., Takhar, H., Khadka, N., Mensah, N., Avila, C., Fassett, M. (2023). Trends in Postpartum Depression by Race/Ethnicity and Pre-pregnancy Body Mass Index. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228 (15), 122-123. <https://www.ajog.org/article/S0002-9378%2822%2901132-2/fulltext>

Gobierno de El Salvador. (2019). *Informe sobre los Femicidios o los Asesinatos de Mujeres por razón de Género*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/El_Salvador.pdf

Gómez, L., Moreno, J., y Roa, J.. (2019). *Violencia en las relaciones de pareja: un análisis desde la perspectiva del hombre* [Tesis de Grado, Universidad Autónoma de Bucaramanga].

https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/11647/2019_Tesis_Laura_Jessica_Gomez_Hernandez.pdf?sequence=1

- González, A. (2006). Estados emocionales en el posparto. *Medicina Naturista*, 10, 5-9. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1985554.pdf>
- González, A., Casado, P., Molero, M., Santos, R., y López, I. (2019). Factores asociados a la depresión posparto. *Archivo Médico de Camaguey*, 23(6),
- Gravener, J., Rogosch, F., Oshri, A., Narrayan, A., Cicchetti, D., y Toth, S. (2011). The Relations among Maternal Depressive Disorder, Maternal Expressed Emotion, and Toddler Behavior Problems and Attachment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 803-813. https://www.researchgate.net/publication/51857680_The_Relations_among_Maternal_Depressive_Disorder_Maternal_Expressed_Emotion_and_Toddler_Behavior_Problems_and_Attachment
- Guerrero, M. (2016). La Investigación Cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 1(2), 1-9. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5920538.pdf>
- Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7591592.pdf>
- Gulseren, D., Bilgic, D., y Aydin, S. (2017). Depression, anxiety and quality of life of mothers un the early postpartum period. *International Journal of Behavioral Sciences*, 11(4), 152-159. https://www.behavsci.ir/article_70585_9cc9d423c7a42451a190320e5c5342b3.pdf
- Heise, L., y Ellsberg, M. (1999). Ending violence against women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 1-4.

https://www.researchgate.net/publication/306257623_Ending_violence_against_women

Instituto Nacional de las Mujeres. (2008). *Violencia en las relaciones de pareja. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006*. Instituto Nacional de las Mujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100924.pdf

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. (2005). *La salud de las mujeres en El Salvador: Morbimortalidad*. Gobierno de El Salvador. <http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=784>

Instituto Universitario de Análisis Económico y Social. (2020). La violencia económica en el ámbito de la pareja: otra forma de violencia que perpetúa la desigualdad de género en España. *IAES Headlines*, (1). <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/52794>

Izett, E., Rooney, R., Prescott, S., Palma, M., McDevitt, M. (2020). Prevention of mental health difficulties for children aged 0-3 years old. *Frontiers in Psychology*, 11, 500361. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.500361>

Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>

Jaen, C., Rivera, S., Amorin, E., y Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2224-2239. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322015000302224

Kheirabadi, G., Maracy, M., Barekatin, M., Salehi, M., Sadri, G., Kelishadi, M., y Cassy, P. (2009). Risk Factors of Postpartum Depression in Rural Areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iranian Med*, 12(5), 461-467.

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=b969b33ecd e25f599ffb5aedc8c4e3d6aab4ec09>

Lafaurie, M., Cuadros, L., García, P., Hernández, I., Pulido, J., Reynales, L., Rodríguez, A., Sánchez, P., Siatoya, L., y Torres, M. (2015). Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(2), 100-116. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5434595.pdf>

Lambermon, F., Vandenbussche, F., Dedding, C., y Duijnoven, N. (2020). Maternal self-care in the early postpartum period: An integrative review. *Midwifery*, 90. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613820301716>

Lee, D., Yip, A., Leung, T., y Chung, T. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *HKMJ*, 6(4), 349-354. <https://www.hkmj.org/system/files/hkm0012p349.pdf>

Leonard, K., Blair, M., Kjerulff, K., y Symons, D. (2020). Postpartum perceived stress explains the association between perceived social support and depressive symptoms. *Womens Health Issues*, 30(4), 231-239. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7347443/>

Lima, L., Amaral, T., Brito, C., y Cunha, J. (2020). Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enfermería Global*, 19(60), 1-45. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.408841>

Lyons, K., Todd, J., Von, K., Tammien, T., Emde, R., Fitzgerald, H., Paul, C., Keren, M., Berg, A., Foley, M., y Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental health and emotional disorder: report of the task force of the world association for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 695-705. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.21674>

Maldonado, J. (2011). *Salud Mental Perinatal*. Organización Panamericana de la Salud.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martín, R. (2015-2016). *Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio*. [Trabajo de fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid].

Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_r_aqueltfg.pdf

Medina, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&tlng=es

Mella, M., Binfa, L., Carrasco, A., Cornejo, C., Cavada, G., & Pantoja, L. (2021). Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 149(4), 543-553. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400543>

Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corino J. (2017). Depresión posparto y los factores de riesgo. *SALSUS*, 21(3), 7-12.

<https://www.redalyc.org/journal/3759/375955679003/html/>

Méndez, M., Barragán, A., Peñaloza, R., y García, M. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. *Psicumex*, 12(1), 1-20.

<https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/400>

Ministerio de Justicia y Seguridad Pública. (2022). *Informe de Hechos, Estado y Situación de la Violencia Contra las Mujeres*. Sistema Nacional de Datos, Estadísticas e Información de Violencia Contra las Mujeres. <https://observatoriodeviolenciaormusa.org/descargar/168/publicaciones/1C7GmHIU31tF3riTS2d7QjLVdqITk9ADp/Informe%20de%20Hechos%20de%20Violencia%20contra%20la%20Mujer%202022.pdf>

- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo*. Viceministerio de Políticas de Salud.
<https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/275908/download>
- Ministerio de Salud. (2019). *Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio*. Viceministerio de Políticas de Salud.
<https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/300050/download>
- Ministerio de Salud. (2023). *ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2022*. Instituto Nacional de Salud de El Salvador.
<https://fosalud.gob.sv/download/primera-encuesta-nacional-de-salud-mental/?wpdmdl=5039&refresh=65f0be16043f21710276118>
- Moreno, A., Domingues, L., y Farca, P. (2004). Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(3), 209-213.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300005
- Moreno, C., Villa, T., Arenas, Y., Sierra, D., Cano, A., y Cárdenas, D. (2014). La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 5(2), 739-747.
<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/86/214>
- Mughal, S., Azhar, Y., y Siddiqui, W. (2022). *Postpartum Depression*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>

Muraca, G., y Joseph, K. (2014). The association between maternal age and depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(9), 803-810. [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30482-5/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30482-5/fulltext)

Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). *Depresión Perinatal*. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depression-perinatal/depression-perinatal.pdf>

Navarro, L. (2009). Mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador: características sociodemográficas y de salud [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. https://www.researchgate.net/publication/46591331_Mujeres_maltratadas_por_su_pareja_en_El_Salvador_caracteristicas_sociodemograficas_y_de_salud

Necho, M., Belete, A., y Zenebe, Y. (2020). The association of intimate partner violence with postpartum depression in women during the first month period of giving delivery in health centers at Dessie town, 2019. *Annals of General Psychiatry*, 19(59), 1-12. <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-020-00310-6>

Nhi, T., Hanh, N., Hinh, N., Van, N., Gammeltoft, T., Rasch, V., & Meyrowitsch, D. W. (2019). Intimate partner violence among pregnant women and postpartum depression in Vietnam: a longitudinal study. *BioMed research international*, 1-9. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=78f7b725-7cac-4813-83b2-879d2df46082%40redis>

Oberlander, T. (2005). Postpartum depression and infant crying behaviour. *Encyclopedia on early childhood development*, 59, 449-459. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c2a5e042e28a842fe69460b3e7249778250cc701>

Ocampo, L., y Amar, J. (2011). Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. *Salud Uninorte*, 27(1), 108-123. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81722530013.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres, violencia infligida por la pareja*. Observatorio de Igualdad de Género. https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciapareja.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Intimate Partner Violence. World Health Organization Western Pacific Region. https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/wpro---pdf-infographics/violence/intimate-partner-violence---infographic.pdf?sfvrsn=6822306_2
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto*. <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- Ortigosa, M. A., Narváez, N. M., Floriano, J. C. C., & de la Torre, F. J. M. (2022). Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería cuidándote*, 5(3), 19-29. <https://enfermeriacuidandote.com/article/download/4645/4950>
- Ospina, A., Muñoz, L., y Ruiz, C. (2012). Coping and adpatation process during puerperium. *Colombia Médica*, 43(2), 167-174. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4001938/#B25>

- Paz, M., Matud, M., y Buela, G. (2009). Salud Mental de las Mujeres Maltratadas por su Pareja en El Salvador. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 51-59. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016317005.pdf>
- Pinho, C., y Silva, A. (2019). Depressao pos-parto. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, 16(44), 82-95. <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/download/1169/u2019V16n44e1169>
- Póof, A., Espejo, C., Godoy, C., Gualda, M., Hernández, T., & Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(1), 44-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100006>
- Qobadi, M., Collier, C., y Zhang, L. (2016). The effect of stressful life events on postpartum depression: findings from the 2009-2011 Mississippi pregnancy risk assessment monitoring system. *Matern Child Health J*, 20(1), 164-172. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5290058/>
- Ramírez, E. (2012). *Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el posparto* [Tesis de Posgrado, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/11473/539374.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reyes, L., y Carmona, F. (2020). *La investigación documental para la comprensión ontológica del objeto de estudio*. Universidad Simón Bolívar. <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/6630/La%20investigaci%C3%B3n%20documental%20para%20la%20comprensi%C3%B3n%20ontol%C3%B3gica%20del%20objeto%20de%20estudio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rondón, M. (2005). Trastornos depresivos en el embarazo y puerperio. *Acta Médica Peruana*, 22(1), 15-18. <https://www.redalyc.org/pdf/966/96620425004.pdf>
- Rosales, M., Flórez, L., y Fernández, T. (2017). La violencia de pareja: análisis en una población universitaria de Santo Domingo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 174- 182. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255774004.pdf>
- Ruiz, C., Millán, R., Domingo, P., y Nogueiras, B. (2005). *La violencia contra las mujeres, prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. (2ª ed.). Diaz de Santos. <http://historico.juridicas.unam.mx/inst/evacad/eventos/2012/0302/doc/20120727-5.pdf>
- Ruiz, I., Blanco, P., y Vives, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 4-12. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13061990>
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., y Taksanade, A. (2023). Postpartum depression and maternal Care: exploring the complex effects on mothers and infants. *Cureus*, 15(7). 10.7759/cureus.41381
- Sanabria, L., Ibarra, P., Rendón, M., Treviño, P., Islas, D., Porras, G., y Tienhoven, X. (2023). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Ginecología y obstetricia de México* 91(4), 227-240. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000400002
- Sandy, W., Dasuki, D., Hayati, E., & Suhariyanto, S. (2020). Domestic Violence and Postpartum Depression. *Jurnal Ners*, 15 (2). 135-141. doi:<http://dx.doi.org/10.20473/jn.v15i2.16930>
- Santos, D., Silva, R., Tavares, F., Primo, C., Maciel, P., Souza, R., & Leite, F. (2021). Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil,

2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e20201064.
<https://www.scielosp.org/pdf/ress/2021.v30n4/e20201064/en>
- Servicio Andaluz de Salud. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Confederación Salud Mental España.
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-postparto.pdf>
- Sharma, V., y Sarma, P. (2012). Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(5), 436-442.
[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35240-9/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35240-9/pdf)
- Shitu, S., Geda, B., y Dheresa, M. (2019). Postpartum depression and associated factors among mothers who have gave birth in the las twelve months. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(435), 1-9.
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2594-y#citeas>
- Sierra, J., Ortega, V., Gutiérrez, J., Bermúdez, M., & Buela, G. (2009). Violencia de Pareja en Mujeres Salvadoreñas: Prevalencia y factores sociodemográficos de riesgo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII(2), 115-123.
- Silva, L., Amaral, T., Souza, C., y da Cunha, J. (2020). Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enfermería Global*, 19(60), 1-45. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400001
- Slomian, J., Emonts, P., Vigneron, L., Acconcia, A., Glowacz, F., Reginster, J., Oumourgh, M., y Bruyère, O. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(213), 1-13.
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1398-1>

- Stewart, D., Robertson, E., Dennys, C., Grace, S., y Wallington, T. (2003). Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions. University Health Network Women's Health Program. <https://poliklinika-harni.hr/images/uploads/380/who-postpartalna-depresija.pdf>
- Sulca, K. (2015). *Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión posparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo del 2014* [Tesis de pre grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4057/Sulca_k.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Torres, A. (2014). *Violencia de pareja: detección, personalidad y bloqueo de la huida* [Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/313041#page=1>
- Trabold, N., Waldrop, D., Nochajski, T., y Cerulli, C. (2013). An Exploratory Analysis of Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in an Impoverished Urban Population. *Social Work in Health Care*, 52(4), 332-350. https://www.researchgate.net/publication/236198250_An_Exploratory_Analysis_of_Intimate_Partner_Violence_and_Postpartum_Depression_in_an_Impoverished_Urban_Population
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., y Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76(2), 102-113. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007
- Vallecampo, A. (2021). Relación entre riesgo y factores asociados a depresión posparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Revista Científica Crea Ciencia* 14(1), 12-21. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/627/6273530015/6273530015.pdf>

- Velonis, A., O'Campo, P., Kaufman, V., Kenny, K., Schafer, P., Vance, M., Dunkel, C., Hillermeier, M., Lanzi, R., & Chinchilli, V. (2017). The impact of prenatal and postpartum partner violence on maternal mental health: Results from the community child health network multisite study. *Journal of Women's Health, 26*(10), 1053-1061. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651957/>
- Villegas, N., Paniagua, A., y Vargas, J. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia, 4*(7), e61-e61. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms197c.pdf>
- Vivas, S.G., Camaño, O., y Bordón, C. (2020). Características de la violencia psicológica en la relación de noviazgo. Consideración de aspectos preventivos. *Anuario de Investigaciones: IV Congreso Internacional de Psicología "CIENCIA Y PROFESIÓN": Desafíos para la construcción de una psicología regional, 5*(3), 121-134. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31279>
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., y Faragher, B. (1996). Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science 168*(5):607-611. https://www.researchgate.net/publication/14468314_Demographic_and_Obstetric_Risk_Factors_for_Postnatal_Psychiatric_Morbidity
- Wilson, L., Reid, A., Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J., y Stewart, D. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal, 154*(6), 785-799. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487795/pdf/cmaj00090-0043.pdf>
- Zeballos, E. (2018). *Relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión posparto en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, enero-febrero 2018* [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Santa María].

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6d3d78d7-77de-4734-bc3b-3639c965a811/content>

Anexos

Anexo 1. Cuadro bibliográfico

Tabla 1

Cuadro bibliográfico

| Cuadro bibliográfico | | | | |
|--|--|------------------------|--|--|
| Recursos principales | | | | |
| Autor y año | Título | Tipo de recurso | Resultados | Relevancia o hallazgos |
| Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). | Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. | Libro. | La DPP comparte síntomas con el trastorno depresivo mayor. | Entre el 3% y 6% de las mujeres experimentará el inicio de depresión en el posparto. El 50% de los episodios depresivos mayores en el posparto suelen iniciar antes del posparto. Cambios de ánimo, ansiedad en el embarazo y tristeza posparto aumentan el riesgo de padecer DPP. |

| | | | | |
|--|---|---------------------------|---|--|
| Chicas, E., Martínez, L., y Ortiz, H. (2013). | Incidencia de Depresión Posparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de la Unión; periodo de septiembre a noviembre de 2013. | Tesis de licenciatura. | Las puérperas de Unidades de Salud Familiar de La Unión y Usulután, presentan depresión posparto. | 33% de la población adulta presentó DPP y de la población adolescente un 27%. |
| Chávez, D., López, K., Peña, W., y Ramírez, Y. (2020). | Estudio de los componentes psicológicos en la violencia de pareja experimentada | Tesis de grado. | En Santa Ana se descubrió que existe una relación entre la violencia de pareja y el | Ser víctima de violencia de pareja y desarrollar depresión son variables |

| | | | | |
|--|--|---------------------------|---|---|
| | <p>por usuarias, atendidas en grupos de autoayuda de la Procuraduría General de la República (PGR) e Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) del departamento de Santa Ana de Febrero a septiembre del 2019.</p> | | <p>desarrollo de depresión.</p> | <p>predominantes en mujeres de Santa Ana, afectando también, el área social el estado de ánimo y la autoestima de las víctimas.</p> |
| <p>Flores, J., y Zumaeta, J. (2017).</p> | <p>Violencia basada en género y depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital María</p> | <p>Tesis de pregrado.</p> | <p>En Perú, se identificó que la violencia física y no física por parte de la pareja implica un riesgo importante en el desarrollo de la DPP.</p> | <p>Hasta la mitad de las puérperas era víctima de algún tipo de violencia.</p> |

| | | | | |
|---|---|----------------------|---|---|
| Auxiliadora 2017. | | | | |
| Heise, L., y Ellsberg, M. (1999). | Ending violence against women. | Revista de Salud. | La violencia de pareja se puede dar en cualquier grupo social independientemen te de sus características. | Las mujeres son más propensas a ser víctimas de la violencia de pareja por parte de sus parejas masculinas. Este tipo de violencia no discrimina religión, nivel económico, ni grupo cultural. |
| Maldonado, J. (2011). | Salud Mental Perinatal. | Libro. | Las intervenciones psicosociales para la prevención, detección y tratamiento de la depresión posparto son esenciales para abordar el problema. | Los profesionales de la salud deben abordar la DPP como una probabilidad debido a su frecuencia. Se hace énfasis en la falta de apoyo emocional por parte de la pareja y la |

| | | | | |
|---|---|------------------------|--|---|
| | | | | exposición a maltrato como factores de riesgo para el desarrollo del trastorno. |
| Ministerio de Justicia y Seguridad Pública. (2022). | Informe de Hechos, Estado y Situación de la Violencia Contra las Mujeres. | Informe gubernamental. | La violencia de pareja es un problema presente en la sociedad salvadoreña que se manifiesta en distintos tipos de violencia. | El 60% de los victimarios de las mujeres que fueron víctimas de homicidios y feminicidios eran sus esposos o compañeros. Las personas victimarias en casos de violencia física suelen ser la pareja de las mujeres. Existe relación entre la violencia de pareja y la violencia patrimonial. En casos violencia |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|--|---|
| | | | | psicológica e intrafamiliar, los hombres lo abordan como una forma de establecer poder sobre su pareja. Económicamente, las mujeres fueron la mayor parte de demandantes, principalmente por carga de deudas, control de ingresos y de trabajo. |
| Ministerio de Salud [MINSAL] (2018). | Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres | Documento gubernamental. | Se admite que la violencia de género es un problema que influye en la salud mental de embarazadas y puérperas. | El desarrollo de trastornos como la depresión durante el posparto se ve influenciado por la violencia de género, y conllevó a que una parte de ellas cometiera suicidio. |

| | | | | |
|--|--|--------------------------|--|---|
| | jóvenes con énfasis en el embarazo. | | | |
| Ministerio de Salud [MINSAL] (2019). | Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio. | Documento gubernamental. | La atención psicosocial durante el embarazo reduce el riesgo de padecer DPP. | La DPP tiene efectos negativos en la madre, en el recién nacido y en la familia, por ello es importante el abordaje adecuado, ya que con ello se puede reducir el impacto del problema. |
| Ruiz, C., Millán, R., Domingo, P., y Nogueiras, B. (2005). | La violencia contra las mujeres, prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, | Libro. | La violencia de pareja suele concebirse como violencia física de gran intensidad que genera efectos tan graves como la muerte, pero, una gran cantidad de mujeres no recibe maltrato físico. | Los medios de comunicación generan un estereotipo sobre la violencia de pareja, pero esta abarca los malos tratos psíquicos, emocionales y sexuales de |

| | | | | |
|---|--|-------------------|--|--|
| | solidarias y gozosas. | | | manera más frecuente. |
| Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). | Intimate Partner Violence. World Health Organization Western Pacific Region. | Hoja informativa. | Define la violencia de pareja. | Se refiere al comportamiento de una pareja íntima o ex pareja, que genera daño físico, sexual o psicológico. Puede ocurrir entre parejas heterosexuales o del mismo sexo. |
| Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). | Violencia contra la mujer. | Nota descriptiva. | Convivir con un hombre que ejerce violencia de pareja tiene repercusiones significativas en la salud física y mental de una mujer a corto y largo plazo. | Los efectos psicoemocionales más frecuentes son depresión, suicidio, desarrollo de fobias, baja autoestima, trastornos psicossomáticos, trastorno de estrés postraumático, |

| | | | | |
|---|---|----------------------|---|--|
| | | | | trastornos de la conducta alimentaria, entre otros. |
| Santos, D., Silva, R., Tavares, F., Primo, C., Maciel, P., Souza, R., & Leite, F. (2021). | Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil, 2017. | Artículo de revista. | En un hospital de Brasil, se encontró relación entre la violencia de pareja y el desarrollo de síntomas de la DPP. | De 330 mujeres, 121 tenían DPP, de ellas el 45.4% reportó haber sido víctimas de violencia de pareja. |
| Trabold, N., Waldrop, D., Nochajski, T., y Cerulli, C. (2013). | An Exploratory Analysis of Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in an Impoverished Urban Population. | Artículo de revista. | En un estudio realizado Estados Unidos, se identificó que casi la mitad de las mujeres negras y latinas eran víctimas de violencia de pareja y casi la mitad de ellas presentaba DPP. | 49% de las mujeres tomadas en cuenta eran negras y 27% latinas, de ellas 47.7% eran víctimas de violencia de pareja. 49% de las que experimentaba violencia de |

| | | | | |
|--|--|----------------------|---|--|
| | | | | pareja severa presentó DPP. |
| Vallecampo, A. (2021). | Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. | Artículo de revista. | Según un estudio realizado en un hospital de El Salvador, la violencia intrafamiliar y la falta de apoyo de la pareja son factores de riesgo para la DPP. | Se estudió a 180 mujeres salvadoreñas puérperas, de ellas el 65% era víctima de violencia intrafamiliar y presentaban mayor riesgo de padecer DPP. |
| Velonis, A., O'Campo, P., Kaufman, V., Kenny, K., Schafer, P., Vance, M., Dunkel, C., Hillermeier, M., Lanzi, R., & Chinchilli, V. (2017). | The impact of prenatal and postpartum partner violence on maternal mental health: Results from the community child health network multisite study. | Artículo de revista. | La violencia de pareja influye en el riesgo de padecer DPP. | En Estados Unidos identificaron que, vivir más de un episodio de violencia de pareja se asocia con niveles más altos de DPP. |

Nota: El cuadro incluye las fuentes bibliográficas más significativas del estudio, es decir, que engloban de manera puntual una perspectiva general de los factores abordados.