



Comunicación Corta

Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19

Depression and spousal violence in Peruvians pregnant during the COVID-19 pandemic

Camila I. Medina Quispe^{1,a}; Yeimy N. Quispe Huamani^{2,b};
Angela Linares^{2,c}; Juan Huaccho-Rojas^{3,d}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1349>

RESUMEN

Introducción: Las medidas restrictivas que optaron para aminorar el contagio por COVID-19 pudieron mantener e incluso incrementar los altos niveles de depresión y violencia, poniendo en riesgo tanto al feto como la madre. **Objetivo:** Identificar la prevalencia y factores asociados a la depresión en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. **El estudio:** Estudio observacional-analítico, con 267 gestantes en su tercer trimestre de embarazo. Realizándose durante el mes de enero del 2021, aplicando la Escala de Edimburgo y la versión en español del Index of Spouse Abuse-19 (ISA-19). **Hallazgos:** El 62.17% de gestantes presentó depresión y el 17.6%, violencia conyugal durante el embarazo. La violencia conyugal, el antecedente de al menos un embarazo perdido y el embarazo planificado, se asociaron a la depresión. **Conclusiones:** La violencia conyugal aumenta la prevalencia de depresión durante el embarazo a diferencia de un embarazo planificado o el antecedente de al menos un embarazo perdido.

Palabras Clave: Depresión; Violencia doméstica; Mujeres embarazadas; COVID-19 (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Background: The restrictive measures chosen to reduce COVID-19 infection could maintain and even increase high levels of depression and violence, putting at risk both the fetus and the mother. **Objective:** To identify the prevalence and factors associated with depression in pregnant Peruvians during the COVID-19 pandemic. **The study:** Observational-analytical study, with 267 pregnant women in their third trimester of pregnancy. Conducted during the month of January 2021, applying the Edinburgh Scale and the Spanish version of the Index of Spouse Abuse-19 (ISA-19). **Findings:** 62.17% of pregnant women presented depression and 17.6% spousal violence during pregnancy. Spousal violence, the history of at least one lost pregnancy and planned pregnancy, were associated with depression. **Conclusions:** Spousal violence increases the prevalence of depression during pregnancy as opposed to a planned pregnancy or the history of at least one lost pregnancy.

Keywords: Depression; Domestic violence; Pregnant women; COVID-19. (Source: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho, Perú.
2. Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.
3. Carrera de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.
 - a. Estudiante de Medicina Humana.
 - b. Médico Cirujano.
 - c. Bachiller en Obstetricia.
 - d. Médico Cirujano, Msc. Investigación Clínica.

ORCID

1. Camila Ingrid Medina Quispe / [0000-0001-8392-8282](https://orcid.org/0000-0001-8392-8282)
2. Yeimy Naysha Quispe Huamani / [0000-0002-4165-0654](https://orcid.org/0000-0002-4165-0654)
3. Angela Linares Chumbile / [0000-0002-9579-3917](https://orcid.org/0000-0002-9579-3917)
4. Juan Jesús Huaccho Rojas / [0000-0002-3902-3520](https://orcid.org/0000-0002-3902-3520)

CORRESPONDENCIA

Camila I. Medina-Quispe
Dirección: Jr. Túpac Amaru 205, Ayacucho, Perú.
Teléfono: (+51) 917847457

EMAIL

camila.2468.2468@gmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés con respecto al presente estudio.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

C.I.M.Q.: Conceptualizó, diseñó la metodología, condujo la investigación, analizó los datos, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

Y.N.Q.: Conceptualizó, diseñó la metodología, condujo la investigación, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

A.L.: Conceptualizó, diseñó la metodología, condujo la investigación, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

J.H.R.: Conceptualizó, diseñó la metodología, condujo la investigación, redactó y revisó la versión final

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 08/03/2022
Aceptado: 23/12/2022

COMO CITAR

Medina-Quispe CI, Quispe YN, Linares A, Huaccho-Rojas J. Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 14 de febrero de 2023 [citado 15 de abril de 2023];15(4). DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1349](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1349)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del COVID-19 se ha extendido rápidamente causando una gran mortalidad a nivel mundial, por lo que fue catalogado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾. En razón a ello, los países tomaron medidas de contención como el aislamiento domiciliario, físico y social, lo que trajo un gran impacto negativo en la salud mental de la población⁽²⁾, en especial en los grupos más vulnerables como son las gestantes, quienes pueden presentar múltiples afecciones como el trastorno depresivo, caracterizado por “sentimiento de tristeza, pérdida de interés y autoestima baja”^(3,4).

Según el reporte de la OMS, a nivel mundial, 350 millones de personas padecen de depresión⁽⁵⁾, y alrededor de un 20% a 40% de mujeres lo reportaron durante la gestación en países de vías de desarrollo⁽⁶⁾; en especial en América del Sur, lugar donde la prevalencia es aproximadamente del 29%⁽⁷⁾.

Por otra parte, se estima que a nivel mundial una de cada tres mujeres ha sufrido violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida⁽⁸⁾; teniendo en Perú, en el entorno provincial, una prevalencia de 62% y 47% de mujeres que reportaron haber sufrido violencia física y sexual respectivamente, siendo esta prevalencia una de las más altas reportadas en aquel estudio multipaís de la OMS⁽⁹⁾. Además, debido al confinamiento generado como medida ante la propagación de la COVID-19, las tasas de violencia doméstica en Latinoamérica han incrementado de manera preocupante⁽¹⁰⁾ pudiendo conllevar la violencia conyugal durante el embarazo, problema que genera múltiples consecuencias para la madre y el feto⁽⁸⁾. Por lo mencionado, en este contexto de confinamiento de la COVID-19, es probable que la presencia de violencia durante el embarazo en el entorno provincial del Perú, podría generar gran desorden en la salud mental de estas mujeres, además se encontró que la violencia psicológica y/o verbal, es mayor en mujeres quechua hablantes u otras lenguas nativas⁽¹¹⁾.

Por tal motivo se propone identificar la prevalencia y explorar los factores asociados a la depresión y, secundariamente a la violencia conyugal, en gestantes de una región alto andina del Perú durante la pandemia por la COVID-19.

EL ESTUDIO

Diseño y población de estudio

Se desarrolló un estudio observacional-analítico de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por alrededor de 800 gestantes que acudieron a consulta externa en dos centros de salud de categoría I-4, ubicadas en la ciudad de Huamanga, siendo el Centro de Salud “San Juan Bautista” y el Centro de Salud “Los Licenciados”. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, contando con 267 gestantes mayores de 18 años, encontradas en su tercer trimestre de embarazo y que convivían con el padre de la actual gestación; se excluyó a aquellas gestantes que no querían separarse de su acompañante al momento de la encuesta. La recolección de datos se aplicó presencialmente por los autores del estudio durante todo el mes de enero del 2021.

Cuestionario

Se empleó un instrumento virtual aplicado mediante la plataforma de Google Forms. Dicho instrumento se conformó de una ficha de recolección de datos conformada por 19 ítems englobados en cuatro dimensiones: 1) Datos socioeconómicos, 2) Datos ginecobstétricos, 3) Datos relacionados al COVID-19 y 4) Datos relacionados a la convivencia; además de dos cuestionarios: 1) Escala de Edimburgo y 2) Versión en español del Index of Spouse Abuse-19 (ISA-19).

Variable dependiente

Depresión durante el embarazo

Evaluada utilizando la Escala de Edimburgo, instrumento empleado para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto y episodios depresivos en el embarazo, mostrándose efectivo en los tres trimestres de la gestación. Ha sido usado en diferentes países y validada en Chile, teniendo un Alpha de Cronbach de 0.9; cuenta con un total de 10 ítems y utilizamos como punto de corte un puntaje de 12⁽¹²⁾.

Variable independiente

Datos socioeconómicos

Se indagó sobre edad, estado civil (soltera o casada), nivel educativo (primaria, secundaria o superior), condición laboral (estudiante, ama de casa, desempleada o empleada). Datos ginecobstétricos.

Se indagó sobre embarazos previos (primigesta o multigesta), embarazos perdidos (sí o no), hijos vivos (Ninguno, menores de 5 años o mayores de 5 años), embarazo planificado (sí o no) y número de controles Prenatales.

Datos relacionados al COVID-19

Se indagó sobre el resultado de la prueba de COVID 19 en la gestante (no se realizó la prueba, negativo o positivo). Datos relacionados a la convivencia.

Se indagó sobre el tiempo de convivencia, percepción de la relación con su pareja (mala, regular o buena) y percepción de la situación financiera (Sin/con problemas financieros). Violencia conyugal.

Violencia conyugal durante el embarazo. Evaluada mediante la versión en español del ISA-19. Dicha escala de autoinforme es utilizada para evaluar la intensidad de violencia de pareja, contando con 19 ítems y una escala de respuesta tipo Likert que va desde 1 (nunca) a 5 (la mayor parte del tiempo), contando con un Alpha de Cronbach de 0,93 y 0,89 para la dimensión de maltrato no físico y físico respectivamente⁽¹³⁾. Se utilizó el puntaje de 8 como punto de corte en la dimensión del maltrato físico; y un puntaje de 13, en el de maltrato no físico. Consideramos presencia de violencia conyugal durante el embarazo al participante que sea positivo en al menos una de las dos dimensiones evaluadas. Además, se indagó sobre el conocimiento de mecanismo de denuncia de violencia (sí o no) y percepción de violencia antes del embarazo (sí o no).

Aspectos éticos

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la XXXXXXXXXXXXXXXX ”; gestionando con ello el permiso para

ingresar a los centros de salud, asimismo los entrevistadores informaron e invitaron a participar del estudio a las gestantes, reiterando el carácter anónimo y voluntario de este, mediante el uso del consentimiento informado. Cabe resaltar que no se entregó los resultados a los participantes. Análisis estadístico.

Se filtró los datos recolectados en una hoja de Microsoft Excel; posteriormente, se exportó la base al programa estadístico STATA v.16. Primero se analizó descriptivamente las variables obtenidas mediante medidas de dispersión y frecuencias según la naturaleza de cada variable.

Para la estadística inferencial bivariado se empleó Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher dependiendo de las variables. Los resultados fueron considerados estadísticamente significativos si el valor p era $< 0,05$. Se empleó la regresión de Poisson con varianza robusta para calcular razones de prevalencia (RP) con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Para el análisis multivariado se

consideró solo aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado.

HALLAZGOS

Se encuestó a 267 gestantes con una mediana para la edad de 26 años (22 a 32 años de rango intercuartílico), de las que 176 (65,92%) eran amas de casa, 35 (13,11%) se encontraban empleadas, 31 (11,61%) eran estudiantes y solo 25 (9,36%) se encontraban desempleadas. También se encontró que solo 84 (31,46%) habían recibido de 6 controles a más al momento de la encuesta y que 171 (64,04%) gestantes no se realizaron alguna prueba de descartar para la COVID-19, 55 (20,6%) gestantes obtuvieron un resultado negativo en alguna prueba y 41 (15,36%) resultaron positivos. Con relación a la convivencia, 120 (46,69%) gestantes llevaban conviviendo menos de 3 años con su pareja, 90 (35,02%) convivieron entre 4 a 7 años y solo 47 (18,29%) tenían una convivencia de 8 años a más. Con relación a la violencia conyugal, 157 (58,8%) gestantes reportaron no conocer los mecanismos de denuncia

Tabla 1. Descripción y análisis de la Depresión y violencia durante el embarazo en mujeres durante el tercer trimestre de embarazo, Ayacucho - Perú 2021.

Variables	TOTAL	Violencia durante el embarazo		p valor	Depresión		p valor
		Sin violencia	Con violencia		Sin depresión	Con depresión	
Estado civil							
Soltera	234 (87,64%)	195(88,64%)	39(82,98%)	0,29	94 (40,17%)	140 (59,83%)	0,04
Casada	33 (12,36%)	25 (11,36%)	8 (17,02%)		7 (21,21%)	26 (78,79%)	
Nivel educativo							
Primaria	21 (7,87%)	19 (8,64%)	2(4,26%)	0,02	4 (19,05%)	17 (80,95%)	0,06
Secundaria	168 (62,92%)	130(59,09%)	38(80,85%)		61 (36,31%)	107 (63,69%)	
Superior	78 (29,21%)	71(32,27%)	7(14,89%)		36 (46,15%)	42 (53,85%)	
Embarazos previos							
Primigesta	136 (50,94%)	106(48,18%)	30(63,83%)	0,05	43 (31,62%)	93 (68,38%)	0,03
Multigesta	131 (49,06%)	114(51,82%)	17(36,17%)		58 (44,27%)	73 (55,73%)	
Embarazos perdidos							
Ninguno	220 (82,4%)	175(79,55%)	45(95,74%)	< 0,01	72 (32,73%)	148 (67,27%)	< 0,01
Al menos uno	47 (17,6%)	45(20,45%)	2(4,26%)		29 (61,7%)	18 (38,3%)	
Hijos vivos							
Ninguno	143 (53,56%)	113(51,36%)	30(63,83%)	0,24	48 (33,57%)	95 (66,43%)	< 0,01
Menores de 5 años	76 (28,46%)	67(30,45%)	9(19,15%)		40 (52,63%)	36 (47,37%)	
Mayores de 5 años	48 (17,98%)	40(18,18%)	8(17,02%)		13 (27,08%)	35 (72,92%)	
Embarazo planificado							
No	156 (58,43%)	115(52,27%)	41(87,23%)	< 0,01	42 (26,92%)	114 (73,08%)	< 0,01
Si	111 (41,57%)	105(47,73%)	6(12,77%)		59 (53,15%)	52 (46,85%)	
Percepción de la relación con su pareja							
Mala / regular	122 (45,69%)	80(36,36%)	42(89,36%)	< 0,01	28 (22,95%)	94 (77,05%)	< 0,01
Buena	145 (54,31%)	140(63,64%)	5(10,64%)		73 (50,34%)	72 (49,66%)	
Percepción de la situación financiera durante el embarazo							
Sin problemas financieros	139 (52,06%)	120(54,55%)	19(40,43%)	0,08	65 (46,76%)	74 (53,24%)	< 0,01
Con problemas financieros	128 (47,94%)	100(45,45%)	28(59,57%)		36 (28,13%)	92 (71,88%)	
Conocimiento sobre mecanismos de denuncia de violencia familiar							
No	157 (58,8)	125(56,82%)	32(68,09%)	0,15	50 (31,85%)	107 (68,15%)	0,02
Si	110 (41,2)	95(43,18%)	15(31,91%)		51 (46,36%)	59 (53,64%)	
Percepción de violencia antes del embarazo							
No	196 (73,41)	176(80,00%)	20(42,55%)	< 0,01	86 (43,88%)	110 (56,12%)	< 0,01
Si	71 (26,59)	44(20,00%)	27(57,45%)		15 (21,13%)	56 (78,87%)	
Violencia durante el embarazo							
No	220 (82,4)			< 0,01	99 (45%)	121 (55%)	< 0,01
Si	47 (17,6)				2 (4,26%)	45 (95,74%)	
Depresión durante el embarazo							
Sin depresión	101 (37,83)	99(45%)	2(4,26%)	< 0,01			< 0,01
Con depresión	166 (62,17)	121(55%)	45(95,74%)				

(*)Prueba exacta de Fisher

de violencia familiar, 71 (26,59%) reportaron percibir violencia conyugal antes del presente embarazo y 47 (17,6%) resultaron positivos para violencia durante el embarazo. Finalmente, 166 (62,17%) gestantes resultaron positivos para depresión durante el embarazo (Tabla 1).

En el análisis bivariado se encontró que en aquellos que presentaron depresión durante la gestación fueron más frecuentemente casadas ($p=0,04$), primigestas ($p=0,03$), sin antecedentes de pérdida de embarazo ($p< 0,01$), sin planificación del actual embarazo ($p< 0,01$), aquellas que concebían una mala/regular relación con su pareja ($p< 0,01$), aquellas que percibían problemas financieros ($p< 0,01$), aquellas que no conocían los mecanismos de denuncia ante la violencia familiar ($p=0,02$) y que había percibido violencia antes ($p<0,01$) y durante el embarazo ($p<0,01$). Adicionalmente se encontró que las que presentaron violencia durante la gestación fueron más frecuentemente

aquellas con un nivel educativo de secundaria ($p=0,02$), sin antecedentes de pérdida de embarazo ($p< 0,01$), sin planificación del actual embarazo ($p< 0,01$), aquellas que concebían una mala/regular relación con su pareja ($p< 0,01$) y que había percibido violencia antes de actual embarazo ($p<0,01$) (Tabla 1).

En relación a las asociaciones estadísticamente significativas del análisis multivariado se encontró que el haber perdido al menos un embarazo previamente (RPa: 0.65, IC 95% 0.45 - 0.94) y haber planificado la presente gestación (RPa: 0.76, IC 95%: 0.6 - 0.95) se asoció a una menor prevalencia de depresión; sin embargo, la prevalencia de depresión durante el embarazo en aquellas mujeres con presencia de violencia conyugal durante el embarazo fue 21% mayor respecto a aquellas embarazadas sin presencia de violencia conyugal (RPa: 1.21, IC 95% 1.04 - 1.41) (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de regresión de los factores asociados a la depresión en mujeres durante el tercer trimestre de embarazo, Ayacucho - Perú 2021. (N = 267).

Variables	Depresión durante el embarazo			
	RP crudo	IC 95%	RP ajustado	IC 95%
Estado civil				
Soltera	Referencia		Referencia	
Casada	1,32	(1,07 - 1,62)	1,23	(0,99 - 1,52)
Embarazos previos				
Primigesta	Referencia		Referencia	
Multigesta	0,81	(0,67 - 0,99)	0,84	(0,23 - 3,04)
Embarazos perdidos				
Ninguno	Referencia		Referencia	
Al menos uno	0,57	(0,39 - 0,83)	0,65	(0,45 - 0,94)
Hijos vivos				
Ninguno	Referencia		Referencia	
Menores de 5 años	0,71	(0,55 - 0,93)	0,99	(0,28 - 3,58)
Mayores de 5 años	1,1	(0,89 - 1,35)	1,42	(0,39 - 5,12)
Embarazo planificado				
No	Referencia		Referencia	
Sí	0,64	(0,51 - 0,80)	0,76	(0,6 - 0,95)
Percepción de la relación con su pareja				
Mala / regular	Referencia		Referencia	
Buena	0,64	(0,53 - 0,78)	0,84	(0,68 - 1,04)
Percepción de la situación financiera durante el embarazo				
Sin problemas financieros	Referencia		Referencia	
Con problemas financieros	1,35	(1,12 - 1,63)	1,09	(0,90 - 1,33)
Conocimiento sobre mecanismos de denuncia de violencia familiar				
No	Referencia		Referencia	
Sí	0,79	(0,64 - 0,97)	0,88	(0,73 - 1,07)
Percepción de violencia antes del embarazo				
No	Referencia		Referencia	
Sí	1,41	(1,18 - 1,67)	1,18	(0,99 - 1,41)
Violencia durante el embarazo				
No	Referencia		Referencia	
Sí	1,74	(1,52 - 1,99)	1,21	(1,04 - 1,41)

RP: Razón de prevalencia

(*) Se incluyeron las variables que obtuvieron un $p<0,05$ en análisis bivariado

(**) Se resaltaron solo aquellas estadísticamente significativas en el análisis multivariado

DISCUSIÓN

La alta prevalencia encontrada en este estudio de la depresión en gestantes alto andinas peruanas durante el primer año de la pandemia coincide con un estudio realizado en nuestro país⁽¹⁴⁾, esto puede deberse a las medidas nacionales estrictas dadas por el estado, conllevando a cambios bruscos y repentinos en la salud mental de la gestantes, pero no coincide con China y Canadá⁽¹⁵⁾, siendo muy alta la información que se obtuvo en nuestro estudio, probablemente es porque en nuestro país la poca información, el miedo y la preocupación por la transmisión vertical de madre a feto era mayor a comparación de estos países.

Dentro de los factores asociados a la depresión encontrados en nuestro estudio, el haber perdido por lo menos un embarazo se asoció a una menor prevalencia de depresión, esto puede deberse a que después de un periodo de pérdidas, el hecho de quedarse embarazada le genera felicidad por tener un hijo prontamente⁽¹⁶⁾.

Por otro lado, el haber planificado la actual gestación se asoció a menor prevalencia de depresión, considerándose como un factor protector para la futura madre, dato que se relaciona a un estudio realizado en gestantes del Perú, donde se evidencia que el deseo de tener un embarazo planeado disminuye el riesgo de padecer síntomas depresivos a lo largo de la gestación⁽¹⁷⁾.

El aumento de prevalencia de depresión asociado a la violencia conyugal coincide con estudios realizados en gestantes de Brasil⁽¹⁸⁾ y Paraguay⁽¹⁹⁾, esto deja entender que las mujeres son un grupo de población vulnerable y que además el estado gestacional no es un factor protector de algún tipo de violencia de parte de su pareja, conllevando a afectar en su salud mental, asimismo, estos problemas incrementan su prevalencia, más aun en tiempos de pandemia, ya que las mujeres están expuestas a vivir con el agresor por el confinamiento; sin embargo, en Japón⁽⁹⁾ la violencia durante el embarazo, se mostró mayor a nuestros resultados con una diferencia de 16,6%; esto podría deberse a que Japón siendo uno de los países más desarrollados de Asia, su propia cultura y educación permite que las mujeres en dicho país sean más independientes económicamente⁽²⁰⁾. Por otro lado, nuestro resultado es inferior frente al de África⁽²¹⁾ y esto también podría deberse a la economía, considerándose uno de los continentes más pobres del mundo, conllevando a que las gestantes dependan de su pareja económicamente y permitiendo ser víctimas de algún tipo de violencia de pareja con mayor frecuencia y severidad, al mismo tiempo que tienen menos recursos y acceso limitado a servicios que les provean protección personal⁽²²⁾.

Preocupantemente, se encontró que más de la mitad las gestantes ayacuchanas (58,8%) durante la pandemia por la COVID-19 desconocen cuáles son los mecanismos para realizar una denuncia por algún tipo de violencia, información que no hay estudios previos respecto a este problema, pero en un estudio realizado en Colombia⁽²³⁾ demuestra que más del 90% de las gestantes no realizaron denuncia a su agresor, según este estudio se infiere que las gestantes no tienen interés respecto a los procedimientos,

además por el miedo o temor a la represión de su marido a que reciba algún tipo de violencia otra vez, y un poco más del 1% desconocían a que instituciones debían acudir. Por otro lado los mecanismos que existen para realizar algún tipo de denuncia en nuestro país presentan algunas dificultades como es la privacidad por parte de la víctima para poder denunciar o pedir ayuda (denuncia policial, Línea 100 y Chat 100) conllevando al temor a ser descubierta y a las represalias que puede genera; otra dificultad puede ser los horarios de funcionamiento como chat 100; ya que los horarios son de lunes a viernes de 8am a 10pm y que además para poder acceder al chat se requiere de un smartphone o laptop, y de conexión a internet, lo que limita su uso; como también la saber el manejo adecuado de la tecnología⁽²⁴⁾.

En otro aspecto, presumimos que las gestantes de las zonas rurales, la sierra y etnias nativas no suelen presentar controles prenatales de buena calidad por su déficit de recursos humanos e infraestructura; es por eso que en los países latinoamericanos, el porcentaje de asistir al menos a un control prenatal llega a ser el 73%⁽²⁵⁾, motivo por el cual se presume que la cantidad de controles prenatales durante la pandemia de la COVID-19, se haya reducido, como se encontró en nuestro estudio, donde solo el 31,46% de las gestantes llegaron a presentar el mínimo son 6 controles prenatales⁽²⁶⁾, esta baja prevalencia pudo haberse generado por el temor a contagiarse de la COVID-19, también por la ausencia de protocolos de atención en gestantes al momento de la ejecución del estudio.

LIMITACIONES

Una limitación del estudio fue su naturaleza transversal, que nos permite obtener asociaciones más no relaciones causales; sin embargo, el resultado es esperable según estudios previos. Además, el tipo de muestreo por conveniencia podría comprometer la extrapolación de nuestros resultados, pero a pesar de ello se encontró una potencia aceptable para la asociación de antecedente de embarazo perdido (> 94%), planificación del actual embarazo (>99%) y violencia durante el embarazo (> 99%). Finalmente, la aplicación de la encuesta por parte de los autores y colaboradores pudo haber generado un sub registro de la prevalencia buscada, pero se intentó disminuirlo al reiterar el anonimato, encuestarlas en un lugar apartado a su acompañante y que las entrevistadoras eran mujeres.

CONCLUSIÓN

El reporte de un 62,17% de depresión en gestantes en nuestro estudio pone en manifiesto una realidad propia de un país en vías de desarrollo, siendo la violencia durante el embarazo, un factor que aumenta su prevalencia, un hito importante en el que se debe incidir a modificar en nuestra población. Adicionalmente, a pesar de a ver encontrado 17,6% de violencia durante el embarazo, debido a las limitaciones propias del estudio, se sospecha una alta prevalencia subestimada la cual es necesaria reconocer y manejar de manera correcta para prevenir complicaciones a futuro, tanto en la madre como en la familia y posteriormente, en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Ginebra: OMS, 2020 [citado 2022 enero 14].

- Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
2. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2020 [citado 2022 enero 14]; 37(2). DOI: [10.17843/rpmesp.2020.372.5419](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419).
 3. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 2022 enero 14]; 33(2):e100213. DOI: [10.1136/gpsych-2020-100213](https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213).
 4. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Washington D. C.: OPS, 2017 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmli/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.
 5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Ginebra: OMS, 2021 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
 6. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington D. C.: OPS, 2017 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es.
 7. Martínez Paredes JF, Jácome Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2019 [citado 2022 enero 14]; 48(19):58-65. DOI: [10.1016/j.rcp.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003).
 8. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Ginebra: OMS, 2020 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
 9. Organización Mundial de la Salud. Violencia infligida por la pareja. Ginebra: OMS, 2013 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12_36_spa.pdf?ua=1.
 10. Aponte C, Araoz R, Medrano P, Ponce F, Taboada R, Velásquez C, et al. Satisfacción conyugal y riesgo de violencia en parejas durante la cuarentena por la pandemia del COVID-19 en Bolivia. *Ajayu* [Internet]. 2020 [citado 2022 enero 14]; 18(2):416-457. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612020000200005&script=sci_arttext.
 11. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Cuidando la salud mental de las mujeres en situación de violencia. Nueva York: UNFPA, 2021 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/salud-mental-de-las-mujeres-en-situación-de-violencia>.
 12. Alvarado V, Guajardo V, Rojas G, Jadresic R, Jorquera M, Sandoval M. Informe final validación de la escala de Edimburgo para embarazadas [Internet]. Chile. 2012 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDSembarazadasV2.pdf>.
 13. Sierra JC, Monge FS, Santos Iglesias P, Bermúdez MP, Bermudez MP, Salinas JM. Validation of a reduced Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2011 [citado 2022 enero 14]; 11(2):363-383. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-384.pdf.
 14. Marchand J, Alvarado V, Perez A. Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima-2020. *Ágora Rev* [Internet]. 2020 [citado 2022 enero 14]; 7(2):94-100. DOI: [10.21679/arc.v7i2.174](https://doi.org/10.21679/arc.v7i2.174).
 15. Parasi C. Una Revisión de la Salud Mental Materna en Tiempos de Covid-19. *Rev Psicológica Hered* [Internet]. 2021 [citado 2022 enero 14]; 13(2):56-61. DOI: [10.20453/rph.v13i2.3903](https://doi.org/10.20453/rph.v13i2.3903).
 16. Armstrong D, Hutti M, Myers J. The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2009 [citado 2022 enero 14]; 38(6):654-666. DOI: [10.1111/j.1552-6909.2009.01069.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01069.x).
 17. Luna ML, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 [citado 2022 enero 14]; 26:310-314. DOI: [10.1590/s1020-49892009001000004](https://doi.org/10.1590/s1020-49892009001000004).
 18. Silva L, Amaral T, Brito C, da Cunha JL. Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enferm glob* [Internet]. 2020 [citado 2022 enero 14]; 19:1-45. DOI: [10.6018/eglobal.408841](https://doi.org/10.6018/eglobal.408841).
 19. Arrom CH, Ruoti M, Samudio M, Orué E, Arrom CM. Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual. *Mem Inst Investig Cienc Salud* [Internet]. 2015 [citado 2022 enero 14]; 13(3):82-87. DOI: [10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)82-087](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)82-087).
 20. Nishijima S. Desarrollo económico y política industrial de Japón: Implicaciones para países en desarrollo. *RIBE* [Internet]. 2009 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: <https://www.rieb.kobe-u.ac.jp/academic/ra/dp/English/dp246.pdf>.
 21. Teshome A, Gudu W, Bekele D, Asfaw M, Enyew R, Compton SD. Intimate partner violence among prenatal care attendees amidst the COVID-19 crisis: The incidence in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2021 [citado 2022 enero 14]; 153:45-50. DOI: [10.1002/ijgo.13566](https://doi.org/10.1002/ijgo.13566).
 22. Georgieva D, Sales L, Hadjimitova S, Scaricabarozzi R, Altobelli R, Alvarez G et al. La independencia económica de las mujeres, una salida a la violencia: Kit de herramientas para profesionales de servicios de atención a mujeres en situaciones de violencia. *Women Econ Growth Oppor* [Internet]. 2017 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: http://www.wegoproject.eu/sites/default/files/media/TOOLKIT_E_S.pdf.
 23. Rodríguez AJ, Galeano MA, Hernández RL, Olaya NS. Factores asociados a la violencia de género en gestantes del Municipio de Yopal 2017. *Rev Ciencias Salud UNISANGIL* [Internet]. 2017 [citado 2022 enero 14]. Disponible en: <http://ojs.unisangil.edu.co/index.php/revistauniversidad/article/view/113>.
 24. El COVID-19 y la violencia familiar en el Perú: en cuarentena con el agresor [Internet]. *Propuestapais.pe*. [citado el 19 de enero de 2022]. Disponible en: <https://propuestapais.pe/noticia/el-covid-19-y-la-violencia-familiar-en-el-peru-en-cuarentena-con-el-agresor/>.
 25. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2009 [citado 2022 enero]; 60:165-170. DOI: [10.18597/rcog.342](https://doi.org/10.18597/rcog.342).
 26. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud. Atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. Lima: MINSAL, 2019. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091076-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-y-diferenciada-de-la-gestante-adolescente-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio>.