

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Violencia obstétrica como factor de riesgo del desarrollo de depresión post parto: revisión sistemática

Área de Investigación:

Mortalidad Materna e Infantil

Autora:

Herrera Bermúdez Cinthya Jackeline

Jurado evaluador:

Presidente: Serrano Garcia Marco Orlando

Secretario: Egusquiza Gorritti Luis Carlos

Vocal: Canchucaya Bonarriba Lucia Victoria

Asesor:

Mesta Corcuera Félix Oswaldo.

Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-2466-1539>

Trujillo – Perú

2024

Fecha de sustentación: 13/08/2024

Violencia obstétrica como factor de riesgo del desarrollo de depresión post parto: revisión sistemática

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	0%	0%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	8%
----------	---	-----------

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 3%


DR. FELIX MESTA CORCUERA
GINECO - OBSTETRIA
C.M.P. N° 23105 RNE. 15/48

Declaración de originalidad

Yo, **Mesta Corcuera Félix Oswaldo**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Violencia obstétrica como factor de riesgo del desarrollo de depresión post parto: revisión sistemática”**, autora **Herrera Bermúdez Cinthya Jackeline**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud del 8%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el jueves 15 de agosto de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 15 de agosto de 2024.

ASESOR

Mesta Corcuera Félix Oswaldo
DNI: 17400158

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0008-2466-1539>

FIRMA:



DR. FELIX MESTA CORCUERA
GINECO - OBSTETRA
C.M.P. N° 29135 RNE 15148

AUTORA

Herrera Bermúdez Cinthya Jackeline
DNI: 74860267

FIRMA:



DEDICATORIA

A mi familia y a Gin por su inquebrantable apoyo emocional y sacrificio para que pudiera dedicarme por completo a este proyecto. Sin su apoyo incondicional y su entendimiento, no hubiera sido posible lograr todo lo conseguido.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mi asesor, el Dr. Mesta Corcuera, por su invaluable orientación y apoyo durante la elaboración de mi tesis.

También quiero expresar mi gratitud al Dr. Edward Chávez Cruzado, mi asesor en la parte metodológica, cuyo compromiso y vasta experiencia en el campo de la investigación enriquecieron significativamente mi proceso de aprendizaje. Su contribución fue esencial para el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica es un problema grave que afecta a muchas mujeres en el momento en que dan a luz. Se define como el maltrato físico y psicológico que ejerce el personal de salud a las mujeres durante el proceso de parto, debido a creencias o estereotipos relacionados con su sexualidad y reproducción. Esta forma de violencia puede tener graves consecuencias en la salud mental de las mujeres, incluyendo la aparición de depresión post parto.

Objetivo: Determinar la relación entre la violencia obstétrica y la depresión post parto en puérperas.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis, realizando una búsqueda exhaustiva de estudios en las bases de datos Pubmed, Scopus, Web of Science, Embase y Cochrane. Inicialmente, se encontraron 2375 resultados. Tras el proceso de tamizaje, se seleccionaron 12 artículos para una revisión a texto completo, de los cuales 5 fueron finalmente incluidos en la revisión sistemática.

Resultados: El risk ratio (RR) combinado fue de 1.55 (IC 95%: 1.31 a 1.84), con una heterogeneidad moderada ($I^2 = 50\%$). Los estudios transversales mostraron un RR de 1.65 (IC 95%: 1.39 a 1.96) con baja heterogeneidad ($I^2 = 38\%$), indicando una asociación significativa y consistente. En contraste, los estudios de cohorte presentaron un RR de 1.40 (IC 95%: 0.82 a 2.39) con baja heterogeneidad ($I^2 = 30\%$). Estos resultados sugieren que la VO, incluyendo violencia física, verbal y psicoafectiva, así como la falta de un acompañante y el contacto piel con piel durante el parto, contribuyen significativamente al riesgo de DPP.

Conclusiones: Los resultados de esta revisión sistemática sugieren que la violencia obstétrica (VO) está significativamente asociada con un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto (DPP).

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia institucional, depresión postparto, depresión puerperal, escala de Edimburgo.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a serious issue that affects many women during childbirth. It is defined as the physical and psychological mistreatment inflicted by healthcare personnel on women during the labor process, based on beliefs or stereotypes related to their sexuality and reproduction. This form of violence can have serious consequences on women's mental health, including the onset of postpartum depression.

Aim: Investigating the connection between obstetric violence and postpartum depression in postpartum women.

Materials and Methods: A systematic review and meta-analysis were conducted, performing an exhaustive search of studies in the databases Pubmed, Scopus, Web of Science, Embase, and Cochrane. Initially, 2375 results were found. After the screening process, 12 articles were selected for full-text review, of which 5 were finally included in the systematic review.

Results: The combined risk ratio (RR) was 1.55 (95% CI: 1.31 to 1.84), with moderate heterogeneity ($I^2 = 50\%$). Cross-sectional studies showed an RR of 1.65 (95% CI: 1.39 to 1.96) with low heterogeneity ($I^2 = 38\%$), indicating a significant and consistent association. In contrast, cohort studies presented an RR of 1.40 (95% CI: 0.82 to 2.39) with low heterogeneity ($I^2 = 30\%$). These results suggest that obstetric violence, including physical, verbal, and psycho-affective abuse, as well as the lack of a companion and skin-to-skin contact during childbirth, significantly contribute to the risk of postpartum depression.

Conclusion: The results of this systematic review suggest that obstetric violence (OV) is significantly associated with an increased risk of developing postpartum depression (PPD).

Key words: Obstetric violence, institutional violence, postpartum depression, puerperal depression, Edinburgh Scale.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
III. RESULTADOS	14
IV. DISCUSIÓN	21
V. CONCLUSIONES.....	25
VI. RECOMENDACIONES	26
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	32

I. INTRODUCCION

La violencia hacia las mujeres se ha mostrado como un problema presente en la sociedad a lo largo de la historia, siendo usada como mecanismo para situarlas en una posición de inferioridad, al igual que para limitar sus actividades, asignándoles roles de cuidado caracterizados por la sumisión y el sacrificio(1). Entre las diversas clases de violencia se encuentra la violencia obstétrica. Esta se define como las acciones agresivas como el trato indiferente e insensibilizado hacia las madres embarazadas, así como también, la medicación innecesaria en procesos naturales y ejecución de exámenes no requeridos, efectuados por médicos, enfermeras, técnicos, obstetras y técnicos, afectando negativamente en la salud de las mujeres(2). Esta mezcla de malos tratos y abusos crean una distancia psicológica entre la mujer y los sistemas sanitarios por el miedo de ser sometidas a las mismas experiencias (3).

Se ha reportado diferencias de violencia entre las pacientes que tuvieron parto vaginal y las que realizaron cesárea, siendo los porcentajes mayores en el primer grupo. Esto podría estar relacionado a que el personal de salud suele prestar mayor vigilancia y cuidado a las mujeres que están indicadas para el parto por cesárea, dado que, es más probable que para ellas se tome consentimiento informado estrictamente en comparación a las que realizaran que el parto vaginal (4).

Por otra parte, las alteraciones depresivas son un dilema en el sector de la salud con un gran aumento en los últimos años, afectando mundialmente alrededor de 300 millones de personas, siendo las mujeres las más

susceptibles. La depresión posparto es la patología más común durante la gestación y después del parto. En países en desarrollo, entre 20 a 40 mujeres desarrollan depresión después del parto(5) y una de cada 20 mujeres puérperas padecen de depresión no diagnosticada(6).

La crianza y cuidado de un recién nacido suele ser una tarea exigente, y cualquier condición física o la discapacidad mental en la madre puede tener consecuencias negativas en la salud del niño. Los trastornos mentales maternos se han relacionado con futuros problemas infantiles como el bajo peso al nacer, desarrollo de desnutrición infantil, cese temprano de la lactancia materna(7).

La depresión posparto (DPP) suele definirse como el decaimiento emocional de las mujeres embarazadas después del parto; se suele caracterizar por lamento, sollozo, desaliento, sensación de inaptitud para asumir el papel de madre; dónde el tiempo de duración puede cambiar entre seis a ocho semanas, o extenderse a doce meses(8).

Respecto al período de aparición de la alteración emocional, el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) considera que tiene “inicio durante el peri parto” haciendo referencia a que comienza en el transcurso de la gestación, así como también, durante el mes posterior al parto(9); mientras que, de acuerdo a la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) considera como “trastorno mental asociado al puerperio”, indicando que comienza mes y medio después al parto(10).

La Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) es aceptada como herramienta de detección. En ésta se encuentra descritos problemas relacionados con la maternidad temprana; consta de 10 ítems diseñados con el

propósito de valorar la sintomatología depresiva en el periodo posterior al parto. Este instrumento surge ante la ausencia de una escala especializada en identificar la depresión presente en las madres tras el parto, debido a que, con una escala convencional de depresión podrían verse alterados los resultados(11).

Un resultado de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto (12), por lo cual, en el contexto nacional la proporción de DPP fue mayor a 13 en dos estudios, en uno de ellos fueron representados en un 34% en Lima, mientras que, en otro centro de salud representados en un 31,4%(13).

Freitas M. y colaboradores en Brasil realizaron una investigación entre la relación entre el maltrato a la mujer gestante y la depresión postparto; el estudio fue de diseño cohortes y se usó la Escala de Edimburgo (EPDS); se evaluaron a 3065 mujeres durante la gestación y después de 12 semanas de la misma. Mencionaron que, las experiencias de violencia obstétrica incluyeron abuso físico, abuso verbal, negación de atención y procedimientos no deseados. Los resultados incluyeron puntuaciones de EPDS ≥ 13 y ≥ 15 , lo cual indica la frecuencia de depresión moderada fue 9.4% y la depresión grave fue de 5.7%. El 18% de las puérperas afirmo percibir desconsideración y maltrato durante su estadía(14).

Junqueira de Souza K. y colaboradores en Brasil realizaron un estudio sobre la forma en que, la violencia institucional y la calidad del servicio en obstetricia se asocian con depresión postparto. Se realizó un estudio transversal, donde participaron 432 mujeres después de tres meses del parto. Encontraron un nexo entre los factores de violencia obstétrica y depresión posparto, dónde los factores sociodemográficos que influían más tanto en

violencia física como verbal fueron la raza y edad, obteniendo como resultado la prevalencia entre mujeres no blancas y mujeres adolescentes(15).

Huarino-Suca S. realizó un estudio sobre el maltrato obstétrico percibido por las mujeres gestantes que acudieron a un hospital en Tacna. Participaron 250 mujeres después del parto con edades entre 18 a 45 años, las cuales fueron evaluadas mediante un cuestionario de Violencia Obstétrica (CVO). Como resultados obtuvieron que, las formas de maltrato que recibieron durante la atención obstétrica fueron que no recibieron información (34,8 %), no hubo una autorización para llevar prácticas obstétricas (73,6 %); no recibieron explicación sobre tacto vaginal (34,8 %), quiebre de membranas internas (48,8 %), episiotomía (30,8 %), o exploración del útero (57,6 %) y el 17,6% percibió maltrato verbal(16).

Zhanga S. y asociados a través de un metaanálisis de estudio de cohortes evaluaron el riesgo de asociación entre las distintas experiencias de violencia materna con la depresión posparto (PPD), para esto se usaron búsquedas de Google académico, bibliotecas Cochrane, Pubmed y bases de datos orientales. De manera general se comprobó que las pacientes que notaron acontecimientos de maltrato obstétrico en contraste con el grupo que no lo denotó, presentaban una probabilidad mayor de presentar depresión postparto, con un nivel de confianza del 95%(17).

Burgut F y asociados identificaron la depresión posparto de pacientes que acudieron a centro de salud en Turquía. Participaron 1 379 mujeres después de seis meses del parto, evaluadas mediante EPDS. Mostraron que, la frecuencia de DPP entre las puérperas fue del 17,6%, asimismo, el componente vinculado al desarrollo de la patología fue la edad, dado que, las

madres menores de 25 años y mayores de 35 años fueron más susceptibles a desarrollar DPP, en comparación a las madres que tenían entre 25 a 35 años(18).

Meléndez y asociados llevaron a cabo una indagación en Venezuela con la finalidad de identificar la DPP y las variables de riesgo asociado. Participaron 592 pacientes que asistieron al hospital José María Vargas evaluadas mediante dos instrumentos enfocados en el estado socioeconómico y la escala de depresión (EPDS). La edad más frecuente con depresión postparto fue entre 13 – 20 años con un 16.8%, seguido de los adultos jóvenes entre 21 – 30 años con un 12.1%. Las madres multíparas fueron más susceptibles en presentar PPD (21.1%), en comparación con las madres primíparas (12.3%). Asimismo, evidenciaron que el factor de riesgo predominante fue el desempleo tanto para las madres adolescentes como para las madres adultas representadas en un 92% y 76.9% respectivamente(19).

Rodríguez efectuó un estudio en Ecuador focalizado en identificar las principales características de depresión postparto por las madres que asistieron al Hospital General lees. Participaron 156 mujeres con una edad frecuente entre 20 a 24 años (33.9%), mayoritariamente casadas (45.5%), que residían en zonas urbanas (71.8%), con raza mestiza (92.3%) y con instrucción secundaria (38.4%). Como resultados obtuvo que, la depresión postparto fue predominante con un 51.2%, con una escala moderada (81.2%). Las características asociadas al desarrollo de DPP estuvieron vinculadas a las madres multíparas (28.2%) que presentaron parto vaginal (27%) y la mayoría no habían planificado su embarazo (57%)(20).

Young realizó una investigación en Lima con la finalidad de exponer las variables vinculadas a la depresión postparto en féminas que asistieron al hospital Arzobispo Loayza. Participaron 209 puérperas, de las cuales, el 26.3% presentaron DPP. El tiempo más frecuente de DPP después de un día del puerperio (33.3%), seguido de cuatro días a más del puerperio (30%). Mayoritariamente fueron convivientes (31.07%) con un grado de instrucción de secundaria (24.7%), no eran madres primerizas (31.4%), presentaron entre 2 a más abortos previos (57.1%) y no efectuaron psicoprofilaxis (28.5%). Asimismo, la frecuencia de depresión previo a su embarazo fue mínimo (7%) y algunas afirmaron presentar ideas suicidas (12.1%) (21).

Villanueva ejecutó un estudio en Lima focalizado en determinar el riesgo del desarrollo de depresión postparto en mujeres que se atendían por consulta virtual en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Participaron 184 mujeres con edades entre 17 a 37 años, evaluadas mediante el instrumento EPDS. Como resultados obtuvo que, la mayoría eran madres jóvenes (54.9%), convivientes (68.5%), eran amas de casa (68.5%), primíparas (39.7%), sin presentar abortos (60.9%) y sin abortos recurrentes (86.4%). El 45.7% de ellas presentaban complicaciones obstétricas y el 7.6% evidenciaron violencia familiar. Del total de puérperas evaluadas, el 29.9% presentaba riesgo de DPP, de las cuales, solo el 11.4% tenía un antecedente previo de depresión. (22)

Vallecampo efectuó un estudio enfocado en los componentes vinculados a la depresión post parto en El Salvador. Participaron 180 mujeres con edad entre 15 a 46 años. De las cuales, el 54.4% eran mamás primerizas, provenientes de zonas urbanas (57.2%) y el 58.9% se dedicaban a ser amas de casa. Como resultados exhibió que, el 44.4% manifestaron riesgo de DPP,

tras la valoración con la escala específica. Este riesgo estuvo predominantemente en mujeres solteras (63.7%), provenientes de zonas rurales (60%), mujeres que han presentado violencia en casa (65%), con percepción de culpabilidad por la gestación (63.7%), sin planificación familiar (50%) y sin planificar su embarazo reciente (70%)(23).

González y colaboradores ejecutaron una investigación orientada en determinar los agentes vinculados a depresión postparto en Cuba. Evaluaron a 139 mujeres después del parto, de las cuales, el 12.3% presentaron DPP. Entre los agentes vinculados a la presencia de DPP, fueron las mujeres solteras (82.3%), con una edad entre 20 a 29 años (52.9%), que tenían 2 hijos previamente a su gestación (64.7%), con antecedentes de depresión no desarrollada durante la gestación actual (64.7%), con abortos previos (76.4%), con antecedentes de violencia durante la gestación actual (41.1%) y la gran mayoría de ellas tenían pensamientos suicidas (61.9%)(24).

Con todos los antecedentes presentados se exhibe que, existe la violencia obstétrica ejercida en las pacientes, sobre todo en el desarrollo del daño físico y mental, como es la depresión postparto. Por lo cual, se plantea desarrollar el presente estudio con la finalidad encontrar el vínculo entre la violencia obstétrica y la depresión post parto.

A nivel teórico, el estudio mostrará los resultados de diferentes artículos en base al nexo entre la violencia que presentan las mujeres embarazadas y el desarrollo de depresión post parto, exponiendo los datos porcentuales, con lo cual, podrá ser comparado con otras revisiones sistemáticas.

A nivel metodológico, los resultados contarán con un valor significativo, dado que, permitirá que los diferentes centros de salud puedan generar

capacitaciones para el personal de salud con el propósito de optimizar el trato con el que se dirigen hacia las puérperas sin tomar en consideración su edad y creencias. Permitiendo que las mismas puedan tener confianza y autonomía durante sus consultas médicas y los procedimientos que se le realizarán.

1.1. Enunciado del problema

¿Existe una asociación entre la violencia obstétrica y la depresión post parto en puérperas?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la violencia obstétrica y la depresión post parto en puérperas.

Objetivos específicos

- Describir las principales características de los estudios de investigación que valoraron el tipo de violencia obstétrica que percibieron las puérperas, que sean incluidos en la revisión sistemática.
- Describir el nivel de depresión post parto desarrollado a partir de la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud en las investigaciones incluidas en la revisión sistemática.

1.3. Hipótesis

Hipótesis alterna (H₁):

La violencia obstétrica se relaciona en el desarrollo de depresión posparto en puérperas.

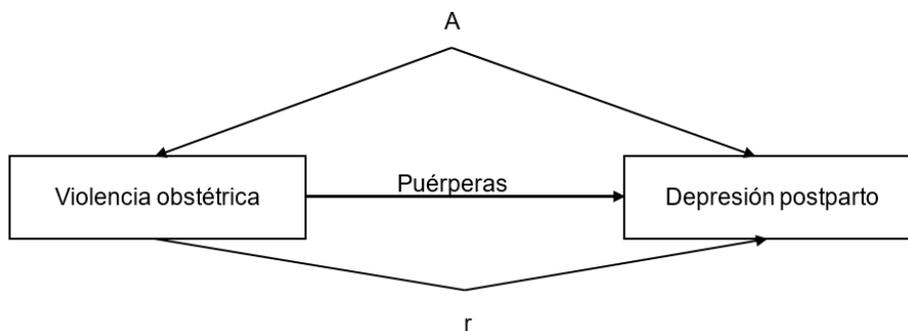
Hipótesis nula (H₀):

La violencia obstétrica no se relaciona en el desarrollo de depresión posparto en puérperas.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio: Este estudio consiste en una revisión sistemática destinada a sintetizar la evidencia disponible. Para la elaboración del informe de esta revisión se siguieron los criterios establecidos en PRISMA 2020. Además, el protocolo de la revisión sistemática fue enviado a PROSPERO para su registro.

Esquema de diseño: DAG (Directed Acyclic Graphs)



Donde:

O1: violencia obstétrica (Exposición)

O2: depresión postparto (Desenlace)

r: relación

A: variables intervinientes: edad, estado civil, ocupación.

2.2. Unidad de análisis

Población, muestra, muestreo

Esta investigación se realizó como un estudio secundario mediante una revisión sistemática, utilizando estudios originales y primarios extraídos de las bases de datos PubMed, Scopus, Embase, Web of Science y Cochrane. Los estudios incluidos debían validar la relación entre la violencia obstétrica y la

depresión posparto, cumpliendo además con los criterios de selección establecidos.

Tamaño de la muestra: no precisa el empleo de una fórmula para la obtención del tamaño de muestra, debido a que, es un estudio secundario.

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en este estudio todos los trabajos que cumplan los criterios: Estudios transversales, cohortes, casos y controles y/o ensayos clínicos aleatorizados, sin limitación de idioma, que hayan sido publicados entre el 2019 y el 2024; y que estén orientados en la variable de exposición y la variable de desenlace.
- **Criterios de exclusión:** Se excluyeron de este estudio los resúmenes de congresos, las revisiones sistemáticas y narrativas, los reportes y las series de casos, las cartas al editor y los capítulos de libros. Además, se omitieron los estudios primarios que abordaban otros tipos de violencia ejercida sobre las mujeres embarazadas, como la violencia familiar o doméstica, entre otras.

2.3. Procedimientos y técnicas

- a. **Fuentes de datos:** Se recopilaron e identificaron los estudios primarios utilizando una estrategia de búsqueda electrónica basada en la pregunta PICO (Anexo 01). Esta estrategia se aplicó en varias bases de datos de literatura médica, incluyendo PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane y Embase, con una restricción temporal de publicaciones entre los años 2019 y 2024, sin limitaciones de idioma. Se diseñó un plan de búsqueda específico para cada base de datos (Anexo 02).

b. **Selección de los estudios:** Para el estudio se empleó el programa Rayyan QCRI, con el cual se agruparon todos los estudios recopilados en una única base de datos. Después de la búsqueda, se eliminaron las entradas duplicadas y se descargaron todos los títulos y resúmenes encontrados para revisarlos individualmente, determinando su inclusión o exclusión en la investigación.

Posteriormente, los textos completos de los ensayos seleccionados fueron revisados de manera independiente. Durante esta revisión, se identificaron los estudios para su inclusión y se registraron los motivos de exclusión. Los resultados y cualquier discrepancia fueron consultados con un tercer investigador (EC). Se siguieron las recomendaciones del diagrama PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas y meta análisis. (25).

c. **Extracción y manejo de datos:** Se extrajeron los datos de cada estudio seleccionado de manera individual. Para el registro de estos datos, se utilizó el programa Microsoft Excel 2016, donde se consignaron los datos relevantes según las variables seleccionadas. Los parámetros registrados incluyeron: nombre del primer autor, año de publicación, país donde se desarrolló el estudio, diseño del estudio, tamaño de la muestra, instrumentos utilizados para medir ambas variables, descripción de los resultados (manifestaciones de violencia obstétrica predominantes y resultados de la escala de Edimburgo en cada investigación) y la presencia de asociación entre dichas variables. Toda la información extraída debía cumplir con los criterios de selección previamente descritos.

- d. **Análisis de riesgo de sesgo:** Se usó la escala Newcastle-Ottawa (NOS) para los estudios de cohorte y transversales, donde los parámetros a evaluación fueron la selección, comparabilidad y desenlaces(26). En caso de discrepancias, estas se consultaron con el asesor. Los resultados del NOS, por dominio y estudio, se clasificaron en riesgo de sesgo bajo, moderado o alto, según la cantidad de estrellas obtenidas.
- e. **Evaluación de heterogeneidad:** La heterogeneidad de los estudios se estimará utilizando el Q-Test o el estadístico I², además de una inspección visual de los funnel plots. Si el Q-Test muestra un valor de $p \leq 0.1$ y el I² presenta valores $>30\%$, se considerará que existe heterogeneidad.
- f. **Síntesis de datos:** Para los datos dicotómicos, se calcularon los Risk Ratios (RR) con intervalos de confianza del 95%. El análisis primario se realizó utilizando un modelo de efectos aleatorios. Los datos continuos se analizaron empleando la media aritmética y la desviación estándar (SD) con intervalos de confianza del 95%, ajustándose a las diferentes escalas de medición utilizadas.
- g. **Evaluación GRADE:** Se utilizó la técnica GRADE para evaluar el grado de recomendación de la intervención en relación con todos los resultados y la certeza de la evidencia. GRADE se basa en varios dominios, incluyendo riesgo de sesgo, inconsistencia, indirecta, imprecisión y sesgo de publicación. Los resultados y su descripción en las tablas de resumen de resultados (Summary of Findings - SoF),

elaboradas mediante la herramienta en línea "GRADEpro GDT",
determinarán la certeza de la evidencia.(27)

2.4. Aspectos éticos: La presente investigación será una revisión sistemática, por ende, no habrá alguna población en la cual se realice alguna posible alteración. Consecuentemente, el comité de Ética e Investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego aprobó la investigación. Además, se asegura la confiabilidad y reproducibilidad de este estudio al ser inscrito a PROSPERO contando con numero de CRD42024562487.

2.5. Definición operacional de variables

Tabla 1: Definición operacional de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE	Situaciones donde el personal de salud muestre comportamientos y actitudes adversas frente a las puérperas sean mediante frases no apropiadas o acciones no permitidas por las mismas.	Se evaluará en base: Presentó violencia obstétrica No presentó violencia obstétrica	Cualitativa	Nominal
Violencia obstétrica				
DEPENDIENTE	Situación en que las puérperas presentan síntomas de desánimo, tristeza e infelicidad después de haber dado a luz.	Se evaluará en consideración en base a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS): Severa Moderada Leve	Cualitativa	Ordinal
Depresión postparto				
INTERVINIENTES	Cantidad en años de las puérperas.	Años	Cuantitativa	Discreta
Edad				
Estado civil	Situación familiar en la que se encuentran las puérperas.	Soltera Casada Viuda Divorciada	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Empleo efectuado por las puérperas.	Profesión o técnico	Cualitativa	Nominal

III. RESULTADOS

- a. **Selección de estudios y características de los estudios:** Utilizamos el diagrama de flujo PRISMA para la selección de artículos. Se desarrolló la búsqueda de los estudios en cada base de datos PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane y Embase con la estrategia de búsqueda, encontrándose un total de 2375 artículos. (Figura 1)
- Se excluyeron un total de 312 artículos duplicados, y de los 2063 restantes se eliminaron 2051 por título, resumen y palabras claves. De los 12 artículos restantes que se analizaron a texto completo se eliminaron 7 artículos, cuyas características se encuentran en el Anexo N° 4. Finalmente se obtuvieron 5 artículos seleccionados e incluidos en la revisión sistemática. (Anexo N°3)

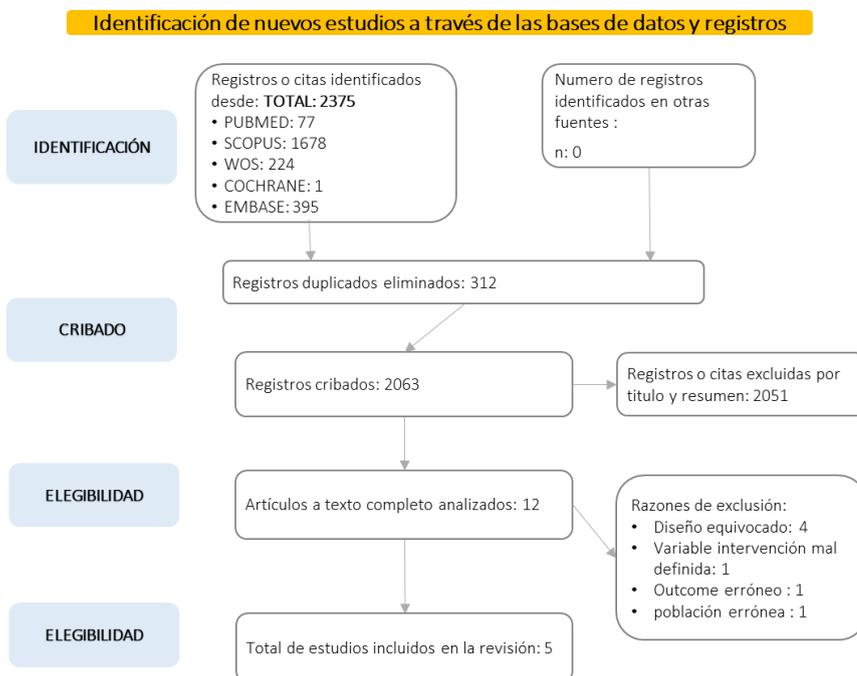


Figura 1: Diagrama PRISMA

- b. **Características de los estudios incluidos:** En la presente revisión sistemática, 3 corresponden a estudios transversales y 2 a tipo cohorte. Los estudios transversales son el estudio de Paiz C. et al (28), Martínez-Vázquez S. et al (29) y el de Oelhafen et al (30). Los estudios cohortes son Waller R. et al (31) y Leavy E. et al (32).
- Lo característico en estos estudios es que los cuestionarios realizados en las puérperas fueron realizados en un promedio de 0 a 12 meses posparto y al no existir un cuestionario establecido para evaluar la violencia obstétrica según la OMS, los ítems de cada cuestionario coinciden en los distintos estudios. Para la evaluación de la depresión posparto se usó la escala de Edinburgo para depresión posparto (EPDS)(33), donde los puntos de corte para establecer como diagnóstico de depresión posparto varían en cada estudio. (Anexo N°3)
- c. **Características de los estudios excluidos:** Después de seleccionar los artículos para la lectura completa, se excluyeron 7 estudios. Principalmente, cuatro de ellos no cumplían con los criterios de inclusión en cuanto al diseño, mientras que los otros tres presentaban una población no acorde a los criterios, un desenlace distinto al objetivo de la investigación y, en el último caso, la variable de intervención no estaba bien definida. (Anexo N°4)
- d. **Evaluación de sesgo:** Para la evaluación del riesgo de sesgo se empleó la escala de New Castle Ottawa (NOS) (34) para estudios observacionales tipo Cohortes y Transversales. Se analizaron 2 artículos de cohorte y 3 artículos de casos y controles. En el grupo de cohorte, ambos artículos obtuvieron un riesgo de sesgo bajo con una puntuación

de 9 estrellas. En el grupo de casos y controles, los 3 artículos evaluados también presentaron un riesgo de sesgo bajo, con puntuaciones de 7, 8 y 8 estrellas, respectivamente (Tablas 2 y 3). Posteriormente, se empleó Revman 5.4.1 para realizar el análisis y los gráficos del riesgo de sesgo (Figuras 02 y 03). El gráfico muestra la evaluación del riesgo de sesgo de los 5 artículos: ninguno presentó sesgo de selección, uno mostró sesgo de comparabilidad y ninguno tuvo sesgo de desenlace. En conclusión, los artículos evaluados son de buena calidad.

Tabla 2: Evaluación del riesgo de sesgo new Castle Ottawa para estudios transversales.

		Palz, 2022	Martinez,2022	Gelhafen, 2021	
SELECCIÓN (4)	Representatividad de la muestra:	a) (*)	(*)	(*)	
		b) (*)			
		c)			
		d)			
	Tamaño de la muestra:	a) (*)	(*)	(*)	(*)
		b)			
		c)			
		d)			
	No encuestados:	a) (*)		(*)	(*)
		b) (*)	(*)		
		c)			
		d)			
Evaluación de la exposición (variable independiente):	a) (*)				
	b) (*)	(*)	(*)	(*)	
	c)				
	d)				
COMPARABILIDAD (1)	Se controla por variables confusoras.	a) (*)		(*)	(*)
		b) (*)	(*)	(*)	(*)
		c)			
DESENLACE (3)	Evaluación del desenlace (variable dependiente):	a) (*)			
		b) (*)	(*)	(*)	(*)
		c)			
	Cegamiento de los evaluadores del desenlace:	a) (*)			
		b)			
		c)			
Prueba estadística:	a) (*)	(*)	(*)	(*)	
	b)				
Resumen	Selección	****	****	****	
	Comparabilidad	*	**	**	
	Desenlace	**	**	**	
		7	8	8	

Tabla 3: Evaluación del riesgo de sesgo new Castle Ottawa para cohortes.

		Waller, 2022	Leavy, 2023
Selección	1. Representatividad del grupo expuesto (intervención)	a (★)	•
		b (★)	
		c	
		d	
	2. Selección del grupo no expuesto (control)	a (★)	•
		b	
		c	
		d	
	3. Fuente de comprobación de la exposición/intervención	a (★)	
		b (★)	•
		c	
		d	
4. Demostración de que el desenlace no estuvo presente al inicio del estudio	a (★)	•	
	b	•	
Comparabilidad	1. Comparabilidad entre las cohortes basada en el diseño o el análisis controlando variables intervinientes	a (★)	•
		b (★)	•
		c	
Desenlace	1. Evaluación del desenlace	a (★)	•
		b (★)	
		c	
		d	
	2. Tiempo de seguimiento suficiente para que ocurra el desenlace	a (★)	•
		b	
	3. Tiempo de seguimiento adecuado para las cohortes	a (★)	•
		b (★)	
c			
d			
Resumen	Selección	★★★★	★★★★
	Comparabilidad	★★	★★
	Desenlace	★★★	★★★
		9	9

e. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Figura 02: Gráfico de barras del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

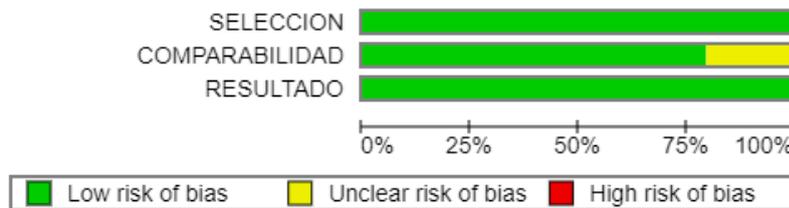
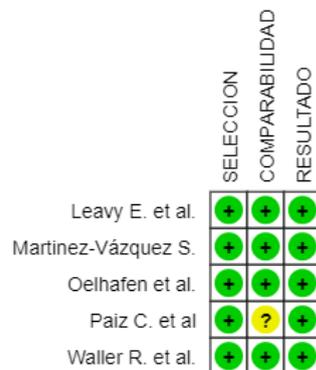


Figura 03: Resumen del riesgo de sesgo de los estudios incluidos



f. Asociación de violencia obstétrica y el desarrollo de depresión posparto

En el forest plot los estudios individuales están representados por cuadrados, cuyo tamaño es proporcional al peso de cada estudio en el metaanálisis. Las líneas horizontales a través de los cuadrados indican los intervalos de confianza del 95%.

En el análisis de estudios de cohortes (1.2.1), el efecto combinado estimado es un RR de 1.40 con un intervalo de confianza del 95% de 0.82 a 2.39. La heterogeneidad entre estos estudios es baja, con un I^2 de 30%. El test de efecto global no es estadísticamente significativo ($Z = 1.25$, $P = 0.21$), lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la violencia obstétrica y las variables evaluadas en estos estudios.

En los estudios transversales (1.2.2), el RR combinado es de 1.65 (IC 95%: 1.39 a 1.96), indicando una asociación significativa con la violencia obstétrica. La heterogeneidad es también baja ($I^2 = 38\%$) y el test de efecto global es estadísticamente significativo ($Z = 5.64$, $P < 0.00001$).

Al combinar todos los estudios (1.2.3), el RR total es de 1.55 (IC 95%: 1.31 a 1.84), con una heterogeneidad moderada ($I^2 = 50\%$). El test de efecto global muestra una asociación significativa ($Z = 5.13$, $P < 0.00001$).

Estos resultados sugieren que la violencia obstétrica está asociada significativamente con un mayor riesgo de eventos adversos, especialmente en los estudios transversales. La heterogeneidad moderada indica que los estudios tienen cierta variabilidad en sus

resultados, pero el efecto combinado es consistente y significativo.

(Figura 04)

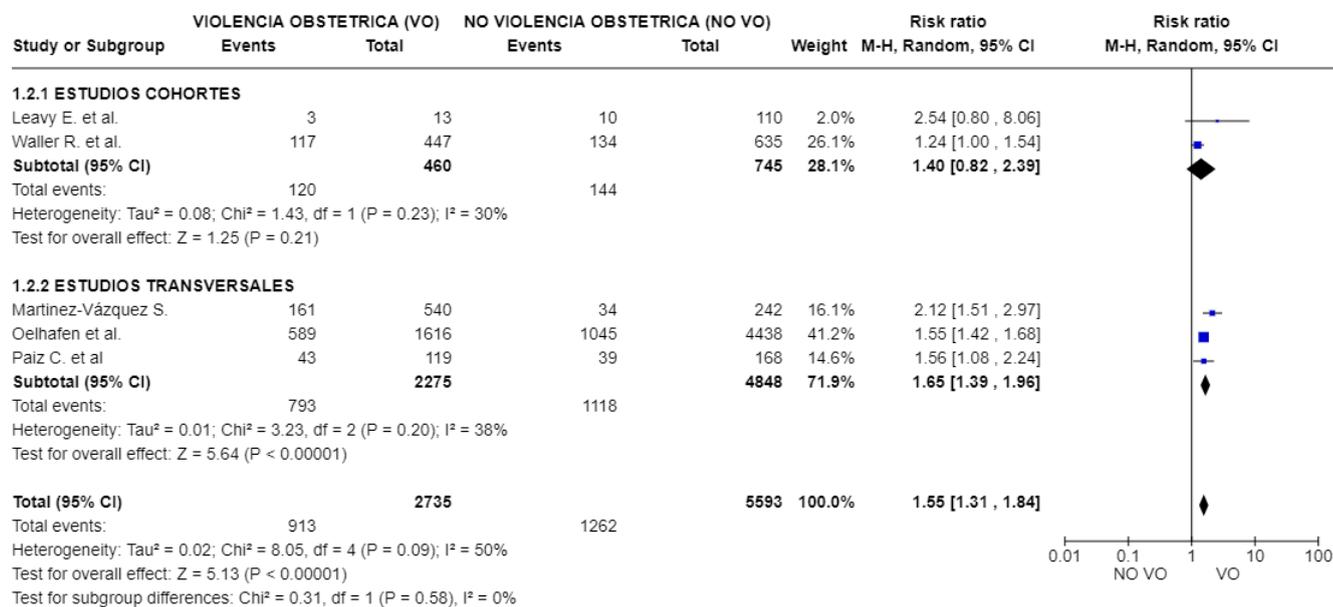


Figura 04: Forest plot para la evaluación de la violencia obstétrica y el desarrollo de depresión posparto

g. Certeza de evidencia GRADE

La intervención mostró tener una alta certeza de evidencia y grado de recomendación, por lo que los resultados sugieren una asociación significativa entre la violencia obstétrica y un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto, especialmente notable en los estudios transversales. Esto apoya la hipótesis de que la violencia obstétrica contribuye negativamente a la salud mental materna durante el posparto.

(Figura 05)

Figura 05: Tabla SoF (Summary of Findings)

Resumen de los resultados :

VO comparado con NO VO para DEPRESIÓN POSPARTO

Paciente o población : DEPRESIÓN POSPARTO

Configuración:

Intervención: VO

Comparación: NO VO

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Comentarios
	Riesgo con NO VO	Riesgo con VO				
DEPRESIÓN POSPARTO - TRANSVERSALES (DPP)	23 por 100	38 por 100 (32 a 45)	RR 1.65 (1.39 a 1.96)	7123 (3 estudios observacionales)	⊕⊕⊕⊕ Alta	
DEPRESIÓN POSPARTO - COHORTES (DPP)	19 por 100	27 por 100 (16 a 46)	RR 1.40 (0.82 a 2.39)	1205 (2 estudios observacionales)	⊕⊕⊕⊕ Alta	

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

CI: Intervalo de confianza ; RR: Razón de riesgo

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

IV. DISCUSIÓN

Según los estudios revisados, la definición de VO puede establecerse como una falla en los derechos de las mujeres durante la atención de salud en el trabajo de parto y el nacimiento. La VO puede manifestarse como falta de respeto, limitación de la autonomía de la mujer o coerción, desinformación, falta de privacidad, abuso físico, sexual o verbal, abusos psicoafectivos, discriminación, negligencia en el cuidado del niño y prohibición de la interacción madre-recién nacido, asociado con expectativas insatisfechas de las mujeres (35–37).

La depresión posparto (DPP) constituye un componente crucial dentro del espectro de trastornos del estado de ánimo que afectan a las mujeres durante el período posparto. Esta condición tiene el potencial de predisponer a la madre a cuadros de depresión crónica o recurrente, y puede ejercer un impacto significativo en la relación madre-hijo, así como en el desarrollo y crecimiento del infante. Investigaciones anteriores han revelado que cerca del 50% de las madres primerizas pueden manifestar síntomas depresivos en algún momento dentro del primer año tras el nacimiento de su hijo.(38)

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la violencia obstétrica y el desarrollo de depresión posparto. Se incluyeron un total de cinco estudios observacionales: dos estudios de cohorte y tres estudios transversales. Los resultados del metaanálisis revelaron una asociación significativa entre la violencia obstétrica y un mayor riesgo de depresión posparto, especialmente notable en los estudios transversales. El risk ratio (RR) combinado fue de 1.55 (IC 95%: 1.31 a 1.84), con una heterogeneidad moderada ($I^2 = 50\%$) sugiriendo que las mujeres que experimentan violencia

obstétrica tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión posparto en comparación con aquellas que no la experimentan. Los resultados de los estudios transversales mostraron un RR de 1.65 (IC 95%: 1.39 a 1.96), indicando una asociación significativa con la violencia obstétrica. La heterogeneidad fue baja ($I^2 = 38\%$), lo que sugiere una consistencia en los hallazgos a pesar de las diferencias en los estudios individuales. En contraste, los estudios de cohorte presentaron un RR de 1.40 (IC 95%: 0.82 a 2.39), con una heterogeneidad también baja ($I^2=30\%$). Aunque el RR no alcanzó significancia estadística en los estudios de cohorte, la tendencia observada apoya la hipótesis de que la violencia obstétrica contribuye negativamente a la salud mental materna.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con investigaciones previas que han reportado efectos adversos similares asociados con la violencia obstétrica. En el estudio de Silva-Fernández et al (39), una revisión sistemática que se basó en la declaración PRISMA 2020 y exploró artículos originales publicados entre 2012 y 2022. Se incluyeron un total de 21 artículos en el análisis y se estudia el efecto de la violencia obstétrica (VO) en el desarrollo de depresión posparto (DPP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), pero nos centraremos en los resultados de VO y su influencia en DPP. Su resultado fue positivo donde la violencia física tiene un aOR de 5.83, la violencia por negligencia un aOR de 7.66 y la violencia verbal un aOR de 5.93 en relación con el riesgo de DPP. Además, el descontento con la atención del recién nacido presenta un OR de 2.91. Este estudio recomienda cambios en las políticas de atención materna, como la asistencia sanitaria individualizada, los protocolos de embarazo humanizados y el seguimiento de la salud mental de

las mujeres, así como mejoras en la calidad metodológica de las investigaciones futuras.

En la revisión sistemática de Conceição H.N. et al(40) se seleccionaron siete artículos para esta revisión, donde el estudio muestra una fuerte asociación entre la falta de respeto y abuso durante el parto y la probabilidad de desarrollar depresión posparto, subrayando la necesidad de implementar medidas para prevenir estas prácticas y mejorar el apoyo durante el parto y el posparto. Las mujeres que reportaron al menos un tipo de VO fueron 1.6 veces más propensas a tener DPP, mientras que aquellas que experimentaron tres o más tipos de VO fueron casi 3 a 4 veces más propensas a desarrollar síntomas de DPP. Las mujeres que sufrieron violencia por negligencia durante el parto tenían un riesgo siete veces mayor de desarrollar DPP (OR = 7.0). La violencia física y verbal también se asoció con una mayor probabilidad de desarrollar DPP, con OR de 2.3 y 1.6, respectivamente, especialmente en mujeres menores de 20 años y no blancas. No tener un acompañante durante el parto aumentó el riesgo de desarrollar DPP (OR = 3.8) y la falta de contacto piel con piel con el recién nacido también se asoció con un aumento en la prevalencia de DPP (OR = 1.6).

Finalmente, a pesar de que el resultado muestra una fuerte influencia de la intervención sobre el desenlace, es importante reconocer las limitaciones de esta revisión sistemática y metaanálisis. Las principales limitaciones de esta revisión sistemática incluyen la diversidad de instrumentos utilizados para evaluar la VO, lo que puede haber afectado la consistencia de los resultados. Además, la evaluación de la depresión posparto y la VO se basó en auto-reportes de las participantes, introduciendo un posible sesgo de memoria. La

falta de una definición estandarizada para la VO también dificulta la estimación precisa de la prevalencia y la comparación de resultados entre estudios. Estas limitaciones resaltan la necesidad de investigaciones adicionales con instrumentos estandarizados y métodos robustos para evaluar el impacto de la VO en la depresión postparto.

V. CONCLUSIONES

- Esta revisión sistemática y metaanálisis demuestran una asociación significativa entre la violencia obstétrica y un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto, con un riesgo combinado (RR) de 1.55.
- Los estudios transversales mostraron una asociación particularmente fuerte y significativa (RR = 1.65), con baja heterogeneidad, lo que indica consistencia en los hallazgos a pesar de las diferencias entre los estudios individuales. Aunque los estudios de cohorte no alcanzaron significancia estadística (RR = 1.40), la tendencia observada sugiere que la violencia obstétrica tiene un impacto negativo en la salud mental materna.
- Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que la VO contribuye negativamente a la salud mental materna durante el posparto. Específicamente, las mujeres que experimentaron violencia física, verbal y psicoafectiva durante el parto fueron más propensas a desarrollar DPP. La falta de un acompañante durante el parto y la falta de contacto piel con piel con el recién nacido también se identificaron como factores de riesgo significativos.

VI. RECOMENDACIONES

- Los resultados destacan la importancia de abordar la violencia obstétrica como una prioridad en la atención materna para mejorar los resultados de salud mental en el posparto. La implementación de políticas y prácticas de parto respetuosas y libres de violencia es esencial para mitigar los efectos negativos de la violencia obstétrica y apoyar la salud mental y el bienestar de las mujeres durante y después del parto.
- También es crucial desarrollar y validar cuestionarios estandarizados específicos para la evaluación de la violencia obstétrica, alineados con las directrices de la OMS, para mejorar la consistencia y comparabilidad de los estudios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serie Informe Defensorial - Informe N° 179 [Internet]. [citado 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/defensoria/informes-publicaciones/1040890-informe-defensorial-n-179>
2. UNFPA Perú [Internet]. 2021 [citado 12 de mayo de 2024]. Violencia obstétrica en el Perú. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/violencia-obst%C3%A9trica-en-el-per%C3%BA>
3. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review - PubMed [Internet]. [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28323860/>
4. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 18 de septiembre de 2019;12(1):600.
5. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. abril de 2017;82(2):152-62.
6. Patel HL, Ganjiwale JD, Nimbalkar AS, Vani SN, Vasa R, Nimbalkar SM. Characteristics of Postpartum Depression in Anand District, Gujarat, India. *J Trop Pediatr*. octubre de 2015;61(5):364-9.
7. Prevalence of Common Mental Disorders and its Association with Life Events and Social Support in Mothers Attending a Well-Child Clinic: Findings from Mombasa, Kenya - Nusrat Husain, Ipshita Mukherjee, Amber Notiar, Zahir Alavi, Barbara Tomenson, Florence Hawa, Abid Malik, Aabid Ahmed, Nasim Chaudhry, 2016 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244016677324>
8. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WL. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Revista Medica Herediana*. octubre de 2018;29(4):226-31.
9. Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health*. abril de 2014;17(2):171-3.
10. Organization WH. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [Internet].

- Editorial Médica Panamericana; 2000 [citado 13 de mayo de 2024].
Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42326>
11. Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitors' and midwives' perspectives - An exploratory qualitative study. *Midwifery*. septiembre de 2021; 100:103017.
 12. PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO Y APOYO AL TRATAMIENTO [Internet]. [citado 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
 13. Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. *Revista Medica Herediana*. octubre de 2018;29(4):207-10.
 14. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord*. 1 de septiembre de 2019;256:441-7.
 15. Souza KJ de, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*. 20 de julio de 2017;51:69.
 16. Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público | *Revista Médica Basadrina* [Internet]. [citado 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1151>
 17. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *EUROPEAN PSYCHIATRY*. enero de 2019;55:90-101.
 18. Burgut FT, Bener A, Ghuloum S, Sheikh J. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. junio de 2013;34(2):90-7.
 19. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabaña A, Casas J, Castrillo M, et al. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*. 2017;21(3):7-12.
 20. Diego David RT. "Raracterización de la depresión postparto en madres de 20 a 40 años Riobamba 2019" [Internet] [bachelorThesis]. Universidad

- Nacional de Chimborazo; 2020 [citado 13 de mayo de 2024]. Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6792>
21. Dspace [Internet]. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/680d5d44-a19b-44c3-b12f-7c3aaf3b2471>
 22. Villanueva Basilio AJ. Factores asociados al riesgo de depresión postparto valorada por la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en púerperas adultas atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2020. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2022 [citado 13 de mayo de 2024]; Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5289>
 23. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. *Revista científica Crea Ciencia*. 2021;14(1):12-24.
 24. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *Archivo Médico Camagüey*. 24 de noviembre de 2019;23(6):769-78.
 25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 1 de septiembre de 2021;74(9):790-9.
 26. Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. [citado 21 de junio de 2024]. Disponible en:
https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
 27. GRADEpro GDT | Cochrane GRADEing [Internet]. [citado 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://methods.cochrane.org/gradeing/grade-pro-gdt>
 28. Paiz JC, de Jesus Castro SM, Giugliani ERJ, Dos Santos Ahne SM, Aqua CBD, Giugliani C. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 de agosto de 2022;22(1):664.
 29. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano J. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *MIDWIFERY*. mayo de 2022;108.

30. Oelhafen S, Trachsel M, Monteverde S, Raio L, Cignacco E. Informal coercion during childbirth: risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey of women in Switzerland. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 de mayo de 2021;21(1):369.
31. Waller R, Kornfield SL, White LK, Chaiyachati BH, Barzilay R, Njoroge W, et al. Clinician-reported childbirth outcomes, patient-reported childbirth trauma, and risk for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. octubre de 2022;25(5):985-93.
32. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. *BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH*. 12 de abril de 2023;23(1).
33. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburg para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. diciembre de 2007;58(4):277-83.
34. Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. [citado 21 de junio de 2024]. Disponible en:
https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
35. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*. mayo de 2022;108:103297.
36. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Rubio-Álvarez A, Martínez-Galiano JM. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1-5 years following birth. *Women Birth*. marzo de 2020;33(2):e129-35.
37. Leite TH, Pereira APE, Leal M do C, da Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord*. 1 de agosto de 2020;273:391-401.
38. Dennis CL, Merry L, Gagnon AJ. Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and

- Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 de abril de 2017;52(4):411-22.
39. Silva-Fernandez C, de la Calle M, Arribas S, Garrosa E, Ramiro-Cortijo D. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *NURSING REPORTS.* diciembre de 2023;13(4):1553-76.
40. Conceição HN da, Gonçalves CFG, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Madeiro AP. Disrespect and abuse during childbirth and postpartum depression: a scoping review. *Cad Saude Publica.* 2023;39(5):e00236922.

ANEXOS

Anexo N° 01 Pregunta PICO

P	Puérperas
I	Violencia obstétrica
C	----
O	Depresión posparto

Anexo N° 02 Estrategias de búsqueda de datos de literatura médica

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA	RESULTADOS
PUBMED	((("Depression, Postpartum"[Mesh]) AND "Violence"[Mesh]))	77
WOS	(((((ALL=(obstetric violence)) OR ALL=(institutional violence)))) AND (((ALL=(postpartum depression)) OR ALL=(EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE)) OR ALL=(Puerperal Depression))))	224
SCOPUS	(ALL (obstetric AND violence) OR ALL (institutional AND violence) AND ALL (postpartum AND depression) OR ALL (puerperal AND depression) OR ALL (edinburgh AND postnatal AND depression AND scale)) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2024	1678
EMBASE	('puerperium'/exp OR 'puerperium') AND ('depression'/exp OR 'depression') AND ('violence'/exp OR 'violence')	395
COCHRANE	('puerperium'/exp OR 'puerperium') AND ('depression'/exp OR 'depression') AND ('violence'/exp OR 'violence')	1

Anexo N° 03: Características de los estudios incluidos

CUADRO RESUMEN ESTUDIOS COHORTES									
N°	Autores	Año	País	Diseño de estudio	Población		DPP (+)	DPP (-)	TOTAL
1	Waller R. et al	2022	Austria	Cohorte	1082 mujeres seguidas desde el embarazo hasta 12 semanas postparto	VO (+)	117	322	439
						VO (-)	134	509	643
						TOTAL	251	831	1082
2	Leavy E. et al	2023	Francia	Cohorte	123 mujeres seguidas desde el parto hasta 2 meses postparto		DPP (+)	DPP (-)	TOTAL
						VO (+)	3	10	13
						VO (-)	10	100	110
						TOTAL	13	110	123

CUADRO RESUMEN ESTUDIOS TRANSVERSALES									
N°	Autores	Año	País	Diseño de estudio	Población		DPP (+)	DPP (-)	TOTAL
1	Paiz C. et al	2022	Brasil	transversal	287 perperas, entre los 31 y 37 días postparto	VO (+)	43	69	120
						VO (-)	39	136	167
						TOTAL	82	205	287
2	Martinez et al	2022	España	transversal	782 puerperas, desde los 0 a los 12 meses postparto		DPP (+)	DPP (-)	TOTAL
						VO (+)	161	379	540
						VO (-)	34	208	242
TOTAL	199	583	782						
3	Oelhafen et al.	2021	Suiza	transversal	6054 puerperas, desde los 0 a los 12 meses postparto		DPP (+)	DPP (-)	TOTAL
						VO (+)	589	1027	1616
						VO (-)	1045	3393	4438
TOTAL	1634	4420	6054						

Anexo N° 04: Características de los estudios excluidos

N°	Autores	Año	País	Diseño de estudio	ARTICULO	RAZON DE EXCLUSION
1	Yakupova V. et al	2021	Rusia	transversal	Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia	población no se encuentra en los criterios de inclusión
2	Freitas Silveira et al	2019	Brazil	?	The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study	diseño de estudio no se encuentra en los criterios de inclusión
3	Abali S. et al	2022	Turquia	transversal	Obstetric violence in southwestern Turkey: Risk factors and its relationship to postpartum depression	La variable intervención no se encuentra bien definida
4	Guure C. et al	2023	ghana	?	Mistreatment of women during childbirth and postpartum depression: secondary analysis of WHO community survey across four countries	diseño de estudio no se encuentra en los criterios de inclusión
5	Egid Sanga N. et al	2023	Tanzania	transversal	Intrapartum violence during facility-based childbirth and its determinants: A cross-sectional study among postnatal women in Tanzania	outcome no concuerda con la pregunta PICO del estudio
6	Leimweber J. et al	2021	Alemania	revisión	Disrespect and abuse in childbirth – consequences for maternal perinatal mental health	diseño de estudio no se encuentra en los criterios de inclusión
7	Leite et al.	2020	Brazil	Longitudinal	Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study	diseño de estudio no se encuentra en los criterios de inclusión