



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF N #1**

**“LIC. IGNACIO GARCÍA TELLEZ”**

**TÍTULO**

**“VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO Y DEPRESIÓN:  
PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN EN MUJERES QUE ACUDEN A CONTROL  
PRENATAL EN EL HGR C/MF No 1”**

**Número de registro SIRELCIS R-2020-1702- 016**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**NURYA AKETZALLI BARRERA GARCÍA**

**ASESORES DE TESIS**

**PSIC. MARTHA LILIANA MÉNDEZ CASTAÑEDA.**

**D. EN C. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ.**

**CUERNAVACA, MORELOS.**

**SEPTIEMBRE 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1702.  
H GRAL ZONA -MF- NUM 5

Registro COFEPRIS 17 CI 17 031 050

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 17 CEI 001 20190121

FECHA Martes, 26 de mayo de 2020

Lic. martha liliana mendez castañeda

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Violencia de pareja durante el embarazo y depresión, prevalencia y asociación en mujeres que acuden a control prenatal en el HGR C/IMF No. 1** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2020-1702-016

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Juan Carlos Velázquez Olmos  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1702

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

**“VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO Y DEPRESIÓN:  
PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN EN MUJERES QUE ACUDEN A CONTROL  
PRENATAL EN EL HGR C/MF No 1”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**NURYA AKETZALLI BARRERA GARCÍA**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No 1

**A U T O R I Z A C I O N E S:**

---

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ**  
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

---

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.**  
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

---

**DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN.**  
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

---

**DRA. SARAHÍ RODRÍGUEZ ROJAS**  
ENCARGADO CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

---

**DRA. ROSALBA MORALES JAIMES.**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**ASESORES DE TESIS**

---

**PSIC. MARTHA LILIANA MÉNDEZ CASTAÑEDA.**

**TRABAJADORA SOCIAL 6.5, HGR C/MF NO 1 CUERNAVACA MORELOS.**

---

**D. en C. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ.**

**MÉDICO FAMILIAR, HGR C/MF NO 1 CUERNAVACA MORELOS**

**CUERNAVACA, MORELOS**

**SEPTIEMBRE 2022**

**“VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO Y DEPRESIÓN:  
PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN EN MUJERES QUE ACUDEN A CONTROL  
PRENATAL EN EL HGR C/MF No 1”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**NURYA AKETZALLI BARRERA GARCÍA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

---

PRESIDENTE DEL JURADO

**D. en C. LAURA ÁVILA JIMENEZ**

**COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

SECRETARIO DEL JURADO

**ANA EVER ANDRES ZAMORANO**

**M en C SALUD PÚBLICA**

---

VOCAL DEL JURADO

**PSIC. MARTHA LILIANA MÉNDEZ CASTAÑEDA.**

**TRABAJADORA SOCIAL 6.5, HGR C/MF NO 1 CUERNAVACA MORELOS.**

---

**D. en C. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ.**

**MÉDICO FAMILIAR, HGR C/MF NO 1 CUERNAVACA MORELOS**

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

*A mis padres Viole y Sergio, por creer en mí, por no soltarme nunca, por motivarme a ser mejor, por ser mi pilar fundamental y de apoyo en mi formación académica.*

*A mi abue Tina, por darme dosis sostenidas de amor a manos llenas y sentirse orgullosa de mí.*

*A mi directora de Tesis, Mtra. Lili Méndez por su entusiasmo de vida y asesoría incondicional.*

*A mi investigador asociado, Dr. Cid Albavera por su gran compromiso, paciencia y apoyo indiscutible.*

*A Dios por la oportunidad.*

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DELEGACIÓN MORELOS**

INDICE

<b>I</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>II</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
	INTRODUCCIÓN	9
	DEFINICIÓN	9
	VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y VIOLENCIA DE PAREJA	10
	EMBARAZO Y CONTROL PRENATAL	11
	EMBARAZO Y VIOLENCIA	11
	DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN	12
	EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	13
	EPIDEMIOLOGIA DE DEPRESIÓN Y VIOLENCIA DE PAREJA	14
	VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EMBARAZADAS	14
<b>III</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>16</b>
<b>IV</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>17</b>
<b>V</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>17</b>
<b>VI</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
	GENERAL	18
	ESPECÍFICO	18
<b>VII</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>18</b>
<b>VIII</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>19</b>
	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	19
	CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
	TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO	20
	RECOLECCIÓN DE DATOS	21
	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	23
<b>IX</b>	<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>29</b>
<b>X</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>29</b>
<b>XI</b>	<b>RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS</b>	<b>30</b>
<b>XII</b>	<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>31</b>
<b>XIII</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>XIV</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>39</b>
<b>XV</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>41</b>
<b>XVI</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>
<b>XVII</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>53</b>
<b>XVIII</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>54</b>

# **“VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO Y DEPRESIÓN: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN EN MUJERES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF No 1”**

**Nurya Aketzalli Barrera García, Martha Liliana Méndez Castañeda, Cidronio Albavera Hernández.**

## **RESUMEN**

**ANTECEDENTES:** Durante la gestación un factor de riesgo para depresión es la presencia de violencia de pareja y ante ello las mujeres presentan mayor probabilidad de suicidio, depresión pos parto, mal apego a la lactancia materna, vinculación desorganizada del infante.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de violencia de pareja y su asociación con depresión en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el HGR C/MF No. 1 de Cuernavaca, Morelos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Tipo de diseño, transversal analítico. Universo de estudio: Mujeres embarazadas de 18 años y más, que acudieron a control prenatal, del turno matutino y vespertino del HGR C/MF No 1. Quienes cumplieron con criterios de inclusión, que aceptaron participar en el estudio y que firmaron hoja de consentimiento informado se les aplicó tamizaje para detección depresión y entrevista clínica con la finalidad de obtener información sobre aspectos generales, violencia de pareja.

**RESULTADOS:** La prevalencia de Violencia de Pareja en el Embarazo fue de 62.78% y la prevalencia de Depresión en el embarazo fue de 91.12%. No se encontró una relevancia significativa entre violencia de pareja y depresión en el embarazo.

**CONCLUSIONES:** Se encontró que la prevalencia de violencia de pareja en pacientes embarazadas es de 62.78%, mientras que la prevalencia de depresión fue del 91.12% en las mismas pacientes. Dichas variables presentaron un incremento con respecto a años previos, sin embargo, no se encontró asociación entre ellas. Lo encontrado corresponde al panorama epidemiológico de la violencia en México particularmente en mujeres, la cual aumentó sin importar su estado de gravidez.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo, control prenatal, depresión, violencia de pareja.

## **“VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO Y DEPRESIÓN: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN EN MUJERES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN EL HGR C/MF No 1”**

### **MARCO TEÓRICO**

La depresión y la violencia de pareja son un problema de salud pública nacional e internacional, la prevalencia de la SD (síntomatología depresiva) en madres de menores de cinco años es de 19.91% (IC95%: 18.19-21.74), lo que indica que, a nivel nacional, más de dos millones de mujeres podrían padecer depresión moderada o grave. Esta cifra se traduce en que más de 4.6 millones de niñas y niños viven con madres con posibilidad de padecer depresión moderada o grave (2) y bajo las respectivas consecuencias que esto representa.

La violencia familiar se subdivide y la más frecuente es la de pareja. (5) La violencia de pareja es un evento con diversas manifestaciones, pero que afecta la salud física, mental, social y reproductiva de la mujer. El impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres ha sido ampliamente documentado. En México, al igual que otros países, se han realizado estudios sobre violencia familiar o de pareja, los cuales señalan que entre 28% y 72% de las mujeres la han padecido. (7)

La violencia y con ello depresión ocurrida durante el embarazo, lleva consigo afecciones en el producto de la gestación tales como un incremento en el riesgo de presentar bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas e incluso muerte neonatal, además, una vez culminado el embarazo, se propicia un vínculo desorganizado y/o caótico, así como dificultades en la lactancia y más complicaciones en el puerperio. (10)

La depresión y la violencia contra la mujer embarazada requiere identificación oportuna la cual se sugiere realizar apegado a una práctica clínica de calidad traducida en sensibilidad, empatía, profesionalismo, por todo el personal de salud que debe brindar apoyo con atención oportuna y considerar nuevas estrategias de investigación. (11)

El panorama de la depresión en el mundo y a nivel nacional es una problemática de salud pública. Durante los últimos años ha habido un incremento significativo en la consideración de la política de salud mental tanto en Europa como en el resto del mundo. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2001 estuvo dedicado por completo a la salud mental (WHO 2001). (18) En su lista de prioridades, el Banco Mundial ha hecho hincapié en mejorar la salud mental como parte de su estrategia para potenciar las economías desfavorecidas (18)

Los 52 Estados miembros de la región europea de la OMS, así como la Unión Europea (UE) y el Consejo de Europa aprobaron en 2005 una Declaración y un Plan de acción acerca de la salud mental (18)

La Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCyTU) genera un listado sobre los grupos más vulnerables en padecer un trastorno mental, resaltando la depresión entre ellos, las familias en situación de

pobreza, individuos desempleados, adultos en plenitud, víctimas de violencia y abuso, población rural. (4)

Por lo anterior, se reconoce que la salud mental, física y social está íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones. (5)

En cuanto a violencia de pareja, esta se manifiesta como “la gama de actos sexuales, psicológicos y físicos coercitivos, usados sobre las mujeres por su pareja” (5). La ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia la define como cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público. (15)

### *Violencia contra la mujer y violencia de pareja*

La violencia contra las mujeres representa una violación grave a los derechos humanos y ocurre en distintos ámbitos de interacción social en la vida de las mujeres, expresándose de múltiples formas. Es por ello que la mayoría experimenta más de un tipo de violencia en los diferentes espacios en los que se desenvuelve, lo que acarrea efectos importantes que limitan su pleno desarrollo y obstaculizan el logro de la igualdad (8)

La violencia de pareja es la forma más común de violencia que se da en la mujer, con una estimación global del 30% en mayores de 15 años. Incluye la física, sexual y emocional. Es por lo anterior que en el mes de agosto de 2015 fue decretada, a petición de la Secretaría de Gobernación, la alerta de género para 8 municipios del estado de Morelos (Cuernavaca, Emiliano Zapata, Yautepec, Temixco, Xochitepec, Jiutepec, Cuautla y Puente De Ixtla)

La alerta de violencia de género contra las mujeres es un mecanismo de protección de los derechos humanos de las mujeres único en el mundo, establecido en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y su trámite para emitirla o concederla lo describe el Reglamento de dicha Ley.

Consiste en un conjunto de acciones gubernamentales de emergencia para enfrentar y erradicar la violencia feminicida y/o la existencia de un agravio comparado que impida el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres, en un territorio determinado (municipio o entidad federativa); la violencia contra las mujeres la pueden ejercer los individuos o la propia comunidad (6)

En la Guía de Práctica Clínica “Detección y atención de la violencia de pareja y de la violencia sexual en el primero y segundo niveles de atención” se establece que las mujeres que viven violencia en el embarazo tienen mayor probabilidad de estar deprimidas, suicidarse y presentar complicaciones durante el embarazo, tales como sangrado durante el 1º y 2º trimestre, baja ganancia de peso, anemia, infecciones, nacimientos pretérmino, retraso del crecimiento intrauterino y muerte perinatal (8)

### *Embarazo y Control prenatal*

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica, para la Organización Mundial de la Salud el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocisto a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación) entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo (15)

El control prenatal se define como un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido.

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud. La atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación

Numerosos factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser identificados durante la atención prenatal; muchos de ellos son prevenibles o modificables por medio de la supresión del riesgo o por aquellas acciones diagnósticas o terapéuticas que, de ser oportunas, modificarán los resultados indeseables en la salud materno-infantil.

### *Embarazo y violencia.*

Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex –pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo. Este fenómeno se ha descrito a nivel mundial entre el 1% y el 70%. Las mujeres señalan haber sido agredidas física, sexual o psicológicamente. Esto ocurre con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo.

En México, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2003, indica que el 5.3% de las mujeres fueron agredidas físicamente en algún momento de su vida, y de éstas, el 48.6% sufrieron maltrato antes y durante alguno de sus embarazos (16)

En general, se acepta que hay ciertos factores predictivos de este problema, como el antecedente de violencia familiar, sobre todo cuando ha ocurrido durante el año previo a la gestación. Asimismo, son factores la historia de maltrato a la mujer, la historia de maltrato durante la infancia y adolescencia, el consumo de alcohol o drogas (principalmente cocaína), niveles altos de estrés y problemas emocionales como baja autoestima, aislamiento, inseguridad y depresión.

Los efectos de la violencia ejercida contra las mujeres son variados; dependen del momento de gestación, el tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición. Es posible encontrar repercusiones en su salud física, mental, su conducta social y reproductiva.

Cuando la agresión ocurre antes del embarazo es probable que la gestación no sea deseada. Si ocurre durante el embarazo, puede haber ausencia o retraso de la vigilancia médica, así como depresión, ansiedad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.

La evolución del embarazo en estos casos, puede ser un aborto espontáneo, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, infecciones intraamnióticas, ruptura uterina, depresión prenatal, ideación suicida, conductas de riesgo por la falta de adherencia a la vigilancia prenatal, intento de suicidio en el embarazo y ante todas ellas incluso muerte materna y del feto o neonato. El panorama de prevalencia en cuanto a la SD es de 19.91%, detectando que la SD se asocia con violencia de pareja con un OR=2.34; IC95% 1.06-5.15. (2)

#### *Detección de La Depresión.*

Realizar el diagnóstico del trastorno depresivo puede describirse de forma sencilla a través de los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su edición número 5 (DSM-5), en el cual la persona para cumplir con el diagnóstico debe de presentar al menos un estado ánimo bajo o irritable, o pérdida de interés en la mayoría de las cosas, por dos semanas como tiempo mínimo, junto con otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito o peso, problemas del sueño (insomnio inicial, mixto, terminal), cambios en la actividad psicomotriz (aumento o disminución), anergia, sentimientos de minusvalía o culpabilidad, problemas en la concentración y pensamientos de muerte, ideación o plan suicida. (3)

La Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos comenta que las herramientas más utilizadas para la detección de la depresión (Escala de depresión de Goldberg, Zung, etc.) son igual de eficaces que formular al paciente estas dos preguntas:

- Durante las últimas dos semanas ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
- Durante las últimas dos semanas ¿ha perdido el interés por sus actividades habituales o el placer en hacer cosas con las que se solía disfrutar?

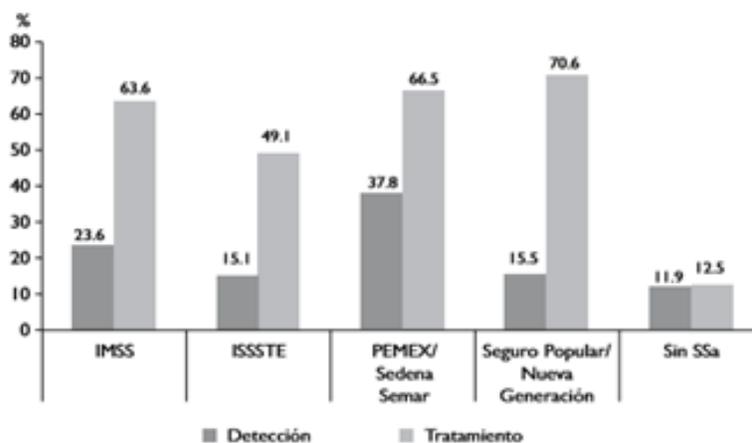
Por tanto, se puede utilizar una escala o esas preguntas como forma de exploración. Una detección positiva, incluso unida a factores de riesgo (como historia familiar de depresión, desempleo o estado civil) para posteriormente dar cita con psicología y realizar el diagnóstico por medio de la entrevista clínica y aplicación del test Beck versión adaptada del BDI II.

## EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Existen dos métodos principales para evaluar la depresión, uno es la entrevista y el otro la auto-aplicación de pruebas (Katz, Shaw, Wallis & Kaiser, 1995), disponiendo cada uno de ellos de numerosos instrumentos (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000). Obviamente, el clínico utiliza y combina los métodos e instrumentos de acuerdo con las condiciones del caso y los propósitos de la evaluación (por ejemplo, establecimiento de un diagnóstico, valoración del curso terapéutico, investigación científica). En relación con la investigación científica, que será el mayor interés aquí, dos son los instrumentos principalmente utilizados, uno de cada método de los señalados, a saber, la Escala de Hamilton (aplicada en una entrevista) y el Inventario de Beck (auto-aplicado). Estas y otras escalas e inventarios se describen en Comeche, Díaz y Vallejo (1995) (3)

Ambos instrumentos fueron desarrollados a principios de los años sesenta. La Escala de Hamilton consta de 21 ítems (aunque es frecuente el uso de una versión de 17), cada uno un síntoma de la depresión (humor, culpa, ideación suicida, insomnio, etc.), para responder de 0 a 2 o de 0 a 4. Una puntuación por encima de 29 (en la versión de 17 ítems) se considera una depresión severa.

Porcentaje de mujeres con sintomatología depresiva que han recibido diagnóstico de depresión y que han recibido algún tratamiento, de acuerdo con los servicios de salud. México, ensanut 2012.

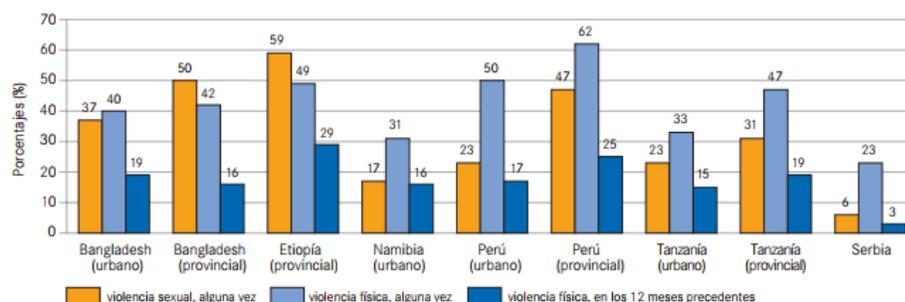


**FIGURA 1. PORCENTAJE DE MUJERES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE HAN RECIBIDO DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y QUE HAN RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO, DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS DE SALUD. MÉXICO, ENSANUT 2012**

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) (13): Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. La violencia

infligida por la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer e incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo.

Porcentaje de mujeres alguna vez en pareja que informaron sobre violencia física o sexual infligida por la pareja, por tipo de violencia y momento en que se perpetró, *Estudio multipaís de la OMS (3)*



Los factores sistemáticamente asociados con una mayor probabilidad de que una mujer sufra violencia a manos de su pareja incluyen los siguientes:

1. Bajo nivel de instrucción.
2. Exposición a violencia entre sus padres.
3. Haber sido víctima de abuso sexual en la niñez.
4. Aceptación de la violencia.
5. Exposición anterior a otras formas de maltrato.

En el Estudio multipaís de la OMS se encontró una prevalencia de violencia física de pareja durante el embarazo que oscilaba entre 1% en Japón urbano y 28% en Perú provincial, mientras que en la mayoría de los sitios la prevalencia variaba entre 4% y 12%. La violencia durante el embarazo se ha asociado con lo siguiente:

1. Aborto espontáneo.
2. Ingreso tardío en los servicios de atención prenatal.
3. Mortinatalidad.
4. Trabajo de parto y parto prematuros.
5. Traumatismo fetal.
6. Bajo peso al nacer.

#### *Violencia contra las mujeres embarazadas (1)*

El Dr. Roberto Castro en su estudio muestra que la violencia permanece igual tanto antes como durante el embarazo. La forma de violencia más común es la emocional (12.10%), seguida por la violencia física (5.98%) y después la sexual (4.28%). Al tomar las tres formas de violencia combinadas, encontramos que la prevalencia es de 22.36%. Casi un tercio de las pacientes que sufrían violencia antes del embarazo no la tuvieron durante el mismo, mientras que una proporción igual de las mujeres que no presentaban violencia antes del embarazo comenzaron a tenerla durante este periodo.

Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México (15). En este estudio se invitó a participar a 513 mujeres de las cuales aceptaron responder el cuestionario 392 (76,4%). De estas el 15,05% (59 casos) refirieron algún tipo de violencia de pareja. La edad promedio fue de 35 años, con un predominio en su estado civil de unión libre, con el 55,3%, y nivel socioeconómico medio (bajo y alto) del 54,2%; la escolaridad que predominó en la mujer fue la básica (primaria y secundaria), con el 55,9%, mientras que para la pareja fue la de técnico y profesional, con el 54,2%. Entre las mujeres que refirieron algún episodio de violencia, la psicológica predominó, con el 37,3%, y la menor fue la sexual, con el 5,1%.

En un estudio realizado por Alexander Tsai y colaboradores de 1238 mujeres embarazadas durante un ensayo aleatorizado por grupos de 3 años de una intervención de visitas domiciliarias en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, encontraron que la intensidad de la violencia de pareja tuvo una asociación estadísticamente significativa con la gravedad de los síntomas de depresión (coeficiente de regresión  $b = 1,04$ ; IC 95 %, 0,61–1,47). Las magnitudes de los coeficientes indicaron que un aumento de una desviación estándar en la intensidad de la violencia de pareja se asoció con un Aumento relativo del 12,3 % en la gravedad de los síntomas de depresión durante el mismo período de tiempo. (17)

## JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental, un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza (World-Bank-Group 2010) (3). La prevalencia en mujeres embarazadas es del 19% y su factor de riesgo es la violencia de pareja.

Por lo que estas problemáticas deben tener un abordaje multidisciplinario, no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde una perspectiva psicológica, legal, sociológica y política en la que la detección de los casos de depresión y violencia no sólo sirva para cuantificar la dimensión del problema, sino también para la alimentación de bases de datos que enriquezcan el panorama de este fenómeno y nos ayuden en la comprensión y elaboración de planes de acción.

Aún existe la sospecha, justificada, de que hay un subregistro en los casos de violencia contra la mujer, entre otras causas, por el temor de las mujeres encuestadas a responder de forma afirmativa cuando se interroga sobre si han sufrido o sufren algún tipo de violencia. El panorama de subregistro es equivalente en el diagnóstico de Depresión en el embarazo, el cual pasa sin su detección durante el control prenatal, debido al estereotipo que se tiene de esta etapa de la vida, el cual incrementa la negación de los síntomas clínicos por parte de la mujer embarazada, ante el miedo de recibir atención psicológica por el propio estigma del servicio.

En el ideal de la atención clínica se deberían tener las condiciones específicas en las que se deben implementar estos cuestionarios a fin de ayudar a estas mujeres en primera instancia y tener mayor certeza y confianza sobre los datos que de ellas obtenemos.

Por otro lado, la atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud. La atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo y el diagnóstico oportuno con una subsecuente atención de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación

Es por esto que la aplicación de encuestas para la detección oportuna de depresión como acción preventiva en las pacientes de control prenatal, le permitirán tener acceso a la información y ofrecer a la mujer soluciones que le permitan mejorar su condición actual y el posterior desarrollo de su embarazo.

Actualmente el área de atención materno-infantil desempeña acciones preventivas antes, durante y posterior a la resolución del embarazo, por lo que tenemos la oportunidad de aplicar en dicho espacio cuestionarios de detección de depresión, complementando así el trabajo que ya se realiza en la unidad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como ya lo hemos visto, la depresión en el embarazo es un problema de salud pública, específicamente en el estado de Morelos. Por ello, es de suma importancia que como prestadores de servicios en primer nivel de atención en salud tomemos en cuenta esta situación para darle un seguimiento pertinente, sobre todo en el HGR C/MF No 1, ya que funge como la principal unidad de referencia para los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Morelos.

Como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, una de las metas de la OMS consiste en reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. Es por esto que algunas de las acciones que como instituto debemos realizar para alcanzar dicha meta son la prevención y detección de depresión en el embarazo, evitando así la morbimortalidad materna. Así como las posibles complicaciones que puedan surgir de este cuadro en el binomio.

El problema de la depresión en las mujeres embarazadas no detectada en México es un problema frecuente, incluso entre las mujeres derechohabientes del IMSS. Por lo que es importante sensibilizar y actualizar al personal del primer nivel de atención sobre el tema, para que el equipo de salud pueda realizar las actividades de detección oportuna y proporcione a la mujer la información, atención y referencia adecuada, para el manejo y resolución de esta. Por la anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de violencia de pareja y su asociación con depresión en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos?

## **OBJETIVOS**

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de violencia de pareja y su asociación con depresión en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos.

Objetivos específicos:

- Identificar el principal tipo de violencia ejercida contra las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal.
- Determinar el grupo de edad en el que más se presenta violencia contra la mujer embarazada.

## **HIPÓTESIS**

La Prevalencia de la Depresión y Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que acuden a control prenatal en el HGR C/MF No. 1 es mayor de 22.36% como la reportada en las estadísticas nacionales. Existe una asociación entre la violencia de pareja y la depresión en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el HGR C/MF No. 1.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional, analítico.
- Tipo de estudio: Transversal.
- Temporalidad: Retrospectivo
- Universo del estudio: Pacientes embarazadas en control prenatal de los turnos matutino y vespertino del HGR C/MF No. 1 Cuernavaca, Morelos.
  
- Criterios de inclusión:
  1. Mujeres mayores de 18 años, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritas al HGR C/MF No. 1 con MF de Cuernavaca, Morelos en los turnos matutino y vespertino que acudan a control prenatal y se encuentren cursando el segundo o tercer trimestre del embarazo.
  2. Mujeres con prueba inmunológica de embarazo en sangre positiva y/o ultrasonido con evidencia de embarazo al momento de la encuesta.
  3. Mujeres embarazadas que acepten participar en este estudio con previa firma de consentimiento informado.
  
- Criterios de no inclusión:
  1. Mujeres derechohabientes con evidencia de embarazo con prueba inmunológica de embarazo en sangre positiva y/o ultrasonido, pero este fuera producto de una violación, con toxicomanías a drogas ilícitas previas a la gestación, con diagnóstico confirmado de depresión o enfermedades psiquiátricas.
  
- Criterios de eliminación:
  1. Mujeres embarazadas que tengan pérdida de Derechohabiencia y/o cambio de domicilio.

## TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO:

Calculo de tamaño de muestra.

Para su cálculo se empleó la fórmula de proporciones en población finita.

$$n = \frac{N (Z_{\infty})^2 (p)(q)}{(i)^2 \cdot (N-1) + (Z_{\infty})^2 p \times q}$$

**n= 160 mujeres embarazadas**

Estimador		
$Z_{\infty}^2$	Nivel de confianza o seguridad del estudio	95 %
<b>p</b>	Proporción esperada Probabilidad de que ocurra el evento estudiado	25 % (0.25)
<b>q</b>	$1 - p$ Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado	0.75
<b>d<sup>2</sup></b>	precisión del estudio	6%
<b>n</b>	Tamaño de muestra requerido para este estudio	160
<b>N</b>	Población total de mujeres embarazadas en el HGR C/MF No 1	778

### Técnica de muestreo:

La selección de los participantes fue a través de un muestreo no probabilístico por cuota. Se asistió de Agosto 2021 a Noviembre 2021 a la consulta externa de medicina familiar de ambos turnos y a las pacientes embarazadas mayores de 18 años que se encontraron cursando el segundo y tercer trimestre del embarazo, se les invitó a participar en dicho estudio cumpliendo con los criterios de inclusión.

## RECOLECCIÓN DE DATOS

Se invitó a participar a todas las pacientes que acudieron a control prenatal, mayores de edad que se encontraron en la sala de espera del área de la consulta externa de medicina familiar, ambos turnos, del HGR C/MF No 1 Cuernavaca, Morelos.

En los casos donde no se contó con evidencia clínica de embarazo, se solicitó a las pacientes mostrar estudios de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo) o reporte de ultrasonido, si no se contaba con ello se buscó 430200 con diagnóstico de embarazo donde se corroboró el estado de gravidez.

Para la recolección de datos se procuró buscar un área especial, lo más cómoda posible para garantizar la confidencialidad de los participantes y la obtención de los datos para colocar el diagnóstico de depresión. Se recabó información únicamente en aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar de manera libre y voluntaria mediante autorización por escrito con su firma en la carta de consentimiento informado, la cual fue leída y explicada a fin de que el sujeto de estudio manifestara haber entendido a cabalidad las implicaciones de su participación en el estudio y plasmó su firma o huella.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una herramienta de detección de depresión, violencia y datos sociodemográficos. El tiempo aproximado del llenado de los cuestionarios fue de 10 a 15 minutos. Y de la entrevista de 30 minutos.

El Inventario de Depresión de Beck II es un instrumento validado en población mexicana, el cual tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.88, una sensibilidad de 87.5% y especificidad de 98.2%. Consta de 21 ítems, cada uno representa un síntoma (humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etc.), para responder de 0 a 3. Una puntuación por encima de 63 se considera una depresión severa.

Por otro lado, se aplicó en el ámbito y encuadre la entrevista clínica DISOMA (Datos de Identificación sociodemográficos de la madre). DISOMA es una entrevista clínica que al ser llevada a cabo por personal médico está diseñada para detectar Violencia de Pareja, así como trastornos psiquiátricos tales como Depresión, Estrés Postraumático y Ansiedad en el embarazo. Consta de una entrevista clínica y una encuesta clínica dirigida a la percepción del embarazo y entorno de la paciente. La entrevista clínica aborda la ficha de identificación, antecedentes ginecobstétricos y factores institucionales.

La encuesta contiene 24 ítems enfocados a la salud mental y percepción del embarazo en la paciente, en donde del ítem 1 al 6 corresponde a identificar violencia en el embarazo, del ítem 7 al 13 corresponde a Ansiedad, del ítem 14 al 20 identifica Depresión y del ítem 21 al 24 identifica Trastorno de Estrés Postraumático, respondiendo a cada una de las preguntas del 0 al 4 donde el 0 es muy positivo, 1 es positivo, 2 es indiferente, 3 negativo, 4 muy negativo.

De esta manera, llevando a cabo la entrevista clínica y el instrumento aplicado, en conjunto pudimos determinar el diagnóstico de depresión en el embarazo, así como estratificar el tipo de violencia en caso de presentarse.

Para organizar la muestra obtenida, se realizó una base de datos en programa Excel y el análisis de los datos se realizó utilizando el programa STATA versión 11.0.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUNCION	TIPO DE ESCALA DE MEDICION	FUNCION
Depresión	<p>Criterios del DSMV</p> <p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) o (2).</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades.</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía.</p>	Dependiente	Cualitativa Ordinal politémica	<p>0 = No tiene</p> <p>1 = Depresión Leve</p> <p>2= Depresión Moderada</p> <p>3= Depresión Severa</p>

	<p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes.</p>			
Violencia de pareja	La violencia de pareja se refiere a los comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.	Independiente	Cualitativa Ordinal politómica	<p>0=Sin violencia de pareja</p> <p>1= Violencia de pareja Leve</p> <p>2= Violencia de Pareja Moderada</p> <p>3= Violencia de Pareja Severa</p>
Violencia sexual	Acto de naturaleza sexual que se comete sin el consentimiento de una mujer y que le genera daños o sufrimiento.	Independiente	Cualitativa, dicotómica nominal.	<p>1=si</p> <p>2=no</p>

Violencia Física	Es toda acción que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento a la mujer, tales como: lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.	Independiente	Cualitativa, dicotómica nominal.	1=si 2=no
Violencia psicológica	Es toda conducta activa u omisiva ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal de la mujer.	Independiente	Cualitativa, dicotómica nominal.	1=si 2=no
Escolaridad	Tiempo durante el que el alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	Co-variable	Cualitativa/ Continua	1=Analfabeta 2 =primaria 3=secundaria 4 =preparatoria 5=licenciatura 6= otro
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Co-variable	Cualitativa/ nominal	1=soltera 2=casada 3= unión libre 4=otro
Ocupación		Co-variable		

	Hace referencia a lo que ella se dedica: trabajo, empleo, actividad o profesión.		Cualitativa/ordinal	1=ama de casa 2=estudiante 3=empleada 4=otro
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Co-variable	Cuantitativa/continua	Edad en años.
Número de gesta	Número de embarazos que ya tenido el paciente, independientemente si termino con parto, aborto, o cesárea.	Co-variable	Cuantitativa/discreta	Expresado en número.
Rol en la familia	El rol se refiere a las expectativas y normas que un grupo social (en este caso la familia) tiene con respecto a la conducta de la persona que ocupa una posición particular.	Co-variable	Cualitativa/ordinal	0=Dependiente económico 1=Aportador de apoyo 2=Aportador principal
Dinámica en la familia de origen	Es el conjunto de todos aquellos aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros están ligados a los demás por lazos de parentesco,	Co-variable	Cualitativa, politómica nominal.	1=disfuncional 2=semi funcional 3=funcional

	relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros			
Antecedentes Familiares Psiquiátricos	Es el registro de las relaciones entre los miembros de una familia con las enfermedades actuales y pasadas. En el rubro de los padecimientos mentales.	Co-variable	Cualitativa, dicotómica nominal.	1=si 2=no
Prácticas sexuales	Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.	Co-variable	Cualitativa nominal Politómica	0=Heterosexual 1=Bisexual 2= Homosexual 2=Poliamor
Consulta Preconcepcional	Es el conjunto de acciones que realiza el médico con la participación, de la pareja encaminadas a conocer las condiciones de salud e identificar el momento ideal para embarazarte.	Co-variable	Cualitativa Nominal Dicotómica	0 =No 1 = Si

Semanas de gestación	Período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento medido en semanas a partir de la fecha de última regla.	Co-variable	Cuantitativa/continua	Expresado en número.
Embarazo	Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero.	Co-variable	Cualitativa Nominal Dicotómica	0= Embarazo saludable 1= Embarazo con alteraciones psicosociales

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó la recolección de datos y se registró en una hoja de cálculo de Excel. Para variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central y de dispersión; para variables cualitativas frecuencias y porcentajes, se realizó un análisis bivariado utilizando estadísticos de prueba adecuados de acuerdo al tipo de variable y distribución, cálculo de Regresión Logística para determinar la asociación de violencia de pareja y depresión en mujeres embarazadas.

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

El manejo de los datos obtenidos de los pacientes en el Hospital General Regional con Medicina Familiar #1 cumplió en su manejo los tres principios básicos descritos en el tratado de Belmont, respetando la autonomía de las personas, procurando su bienestar sin hacer daño y con sentido de justicia. A su vez se siguieron los principios de la declaración de Helsinki, la recolección de datos fue en completa confidencialidad y se protegió la privacidad de las pacientes. Por último, el estudio se realizó de acuerdo con la ley general de salud artículo 77, bis 37 fracción IX.

Previo a la realización de la encuesta se informó a las pacientes que los resultados obtenidos fueron absolutamente confidenciales. Al término de la misma, en los casos en los que se obtuvieron resultados positivos, se orientó e informó a las pacientes sobre su envío de referencia con psicología, médico familiar, trabajo social y psiquiatría según fue el caso.

El resguardo de los cuestionarios está a cargo de los investigadores y no se utilizará la información contenida en ellos para otros fines más que los aquí asentados.

## **RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS**

### **Recursos humanos**

Se requirió del investigador principal y de los investigadores asociados.

### **Recursos materiales**

Test Beck

Entrevistas DISOMA

Computadora personal del investigador

Hojas blancas, bolígrafos, impresora.

Espacio físico para entrevista

### **Recursos económicos**

Fueron aportados por el IMSS en conjunto con el investigador principal y asociados en su totalidad.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: 2020-2022

Actividades	Marzo-junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020-Julio 2021	Agosto 2021-Noviembre 2021	Diciembre 2021-Enero 2022	Junio 2022	Julio-Septiembre 2022
Selección del tema de investigación	X						
Revisión bibliográfica	X						
Elaboración del marco teórico	X						
Elaboración de hipótesis y objetivos	X						
Establecimiento de la metodología	X						
Exposición en sesión académica	X	X	X	X	X	X	
Solicitud de registro ante comité de investigación		X					
Recolección de datos				X			
Análisis de resultados					X		
Término de investigación, presentación de resultados y defensa de tesis.							X

## RESULTADOS

Con la información obtenida encontramos los siguientes resultados:

Del total de pacientes entrevistadas, el promedio de edad fue de 27.2 años (DE 5.48), el 50% cursaba el segundo trimestre del embarazo. Con respecto a la escolaridad, 62 pacientes cursaron hasta la preparatoria (34.44% de la muestra), seguido de licenciatura con 59 pacientes lo que corresponde al 32.78%.

Continuando con las variables cualitativas, el rol económico de 75 pacientes (41.67% de la muestra) fue Dependiente económico, siguiendo con el rol de Aportador de apoyo en 71 pacientes correspondiendo al 39.44%.

Para visualizar la información completa ver tabla 1.

**Tabla 1. Variables sociodemográficas de las mujeres embarazadas del HGR C/MF No. 1**

<b>Edad</b>	27.26111 (DE 5.489822)
<b>Casada</b>	41.11%
<b>Soltera</b>	16.11%
<b>Unión libre</b>	42.78%
<b>Licenciatura</b>	32.78%
<b>Preparatoria</b>	34.44%
<b>Secundaria</b>	31.11%
<b>Primaria</b>	1.67%
<b>Dependiente económico</b>	41.67%
<b>Aportador de apoyo</b>	39.44%
<b>Aportador principal</b>	18.89%

Con respecto a las características clínicas, se obtuvieron los siguientes datos: El 42.78% de las pacientes, sus embarazos fueron producto de su segunda gesta, mientras que el 35.56% fueron producto de su primera gesta. El 80% (n= 144) de las pacientes negó la presencia de abortos previos. En cuanto al uso de consulta preconcepcional el 50.56% de las pacientes sí acudió y todas aceptaron llevar control prenatal. El 57.22% de las pacientes presentó Violencia de Pareja Leve,

mientras que el 37.22% no se estadificó ningún grado de Violencia de Pareja. En cuanto a la Depresión, el 47.78% de las pacientes se estadificó como Depresión Leve, mientras que el 40.56% se estadificó como Depresión Moderada.

Después de realizar el análisis descriptivo con las características de la muestra, se procesó para el análisis de violencia de pareja, y, al estar cursando al momento del muestreo la pandemia por SARS COV- 2 se tomaron en cuenta sintomatología de ansiedad, trastorno de estrés postraumático a la que denominamos y medimos bajo la variable “Embarazo con alteraciones psicosociales” y cuando no estaban presentes estas alteraciones se le denominó “Embarazo saludable” (tabla 2).

**Tabla 2. Características clínicas de las mujeres embarazadas del HGR C/MF No. 1**

<b>Primera gesta</b>	35.56%
<b>Segunda gesta</b>	42.78%
<b>Tercera gesta</b>	15.00%
<b>Cuarta gesta</b>	5.56%
<b>Quinta gesta</b>	0
<b>Sexta gesta</b>	1.11%
<b>Antecedentes de aborto</b>	20.%
<b>Sin abortos previos</b>	80%
<b>Consulta preconcepcional</b>	50.56%
<b>Sin consulta preconcepcional</b>	49.44%
<b>Sin violencia de Pareja</b>	37.22%
<b>Violencia de Pareja Leve</b>	57.22%
<b>Violencia de pareja Moderada</b>	3.89%
<b>Violencia de pareja severa</b>	1.67%
<b>Depresión Leve</b>	47.78%
<b>Depresión Moderada</b>	40.56%
<b>Depresión Severa</b>	2.78%
<b>No Respondieron</b>	8.89%
<b>Embarazo saludable</b>	41.11%
<b>Embarazo con alteraciones psicosociales</b>	58.89%

Como parte del análisis estratificado se obtuvo que el 58.14% de las pacientes que presentaban depresión leve se encontraban cursando el segundo trimestre del embarazo, mientras que el 57.53% de las pacientes que presentaban depresión moderada se encontraban cursando el tercer trimestre del embarazo. (tabla 3)

**Tabla 3. Depresión y trimestre del embarazo en pacientes adscritas al HGR C/MF No.1**

TRIMESTRE DEL EMBARAZO	BECK				TOTAL
	SIN DEPRESIÓN n (%)	DEPRESIÓN LEVE n (%)	DEPRESIÓN MODERADA n (%)	DEPRESIÓN GRAVE n (%)	
SEGUNDO TRIMESTRE	5 (31.25%)	50 (58.14%)	31 (42.47%)	4 (80%)	90
TERCER TRIMESTRE	11 (68.75%)	36 (41.86%)	42 (57.53%)	1 (20%)	90
<b>TOTAL</b>	16	86	73	5	180

En cuanto a la consulta preconcepcional, el 51.16% de las pacientes que presentaron depresión leve no acudieron a consulta preconcepcional, mientras que el 52.05% de las pacientes que presentaron depresión moderada sí acudieron a consulta preconcepcional. (tabla 4)

**Tabla 4. Depresión y consulta preconcepcional en pacientes embarazadas adscritas al HGR C/MF No.1**

CONSULTA PRECONCEPCIONAL	BECK				TOTAL
	SIN DEPRESIÓN n (%)	DEPRESIÓN LEVE n (%)	DEPRESIÓN MODERADA n (%)	DEPRESIÓN SEVERA n (%)	
NO	8 (50%)	44 (51.16%)	35 (47.95%)	2 (40%)	89
SI	8 (50%)	42 (48.8%)	38 (52.05%)	3 (60%)	91
<b>TOTAL</b>	16	86	73	5	180

Con respecto al turno en el que se encuentran adscritas las pacientes a la unidad, se obtuvo que el 53.42% de las pacientes que presentaron depresión moderada se encontraban adscritas al turno matutino, mientras que el 53.49% de las pacientes que presentaron depresión leve se encontraban adscritas al turno vespertino. (tabla 5)

**Tabla 5. Depresión en el embarazo y turno en el que se encuentran pacientes adscritas al HGR C/MF No.1**

TURNO	BECK					TOTAL
	SIN DEPRESION n (%)	DEPRESION LEVE n (%)	DEPRESION MODERADA n (%)	DEPRESION SEVERA n (%)		
MATUTINO	7 (43.75%)	40 (46.51%)	39 (53.42%)	4 (80%)		90
VESPERTINO	9 (56.25%)	46 (53.49%)	34 (46.58%)	1 (20%)		90
<b>TOTAL</b>	16	86	73	5		180

Con relación al estado civil de las pacientes, se obtuvo que el 45.35% de las pacientes con depresión leve estaban casadas, el 25% de las pacientes sin depresión estaban solteras y el 42.47% de las pacientes con depresión moderada se encontraba viviendo en unión libre. (tabla 6)

**Tabla 6. Depresión en el embarazo y estado civil en pacientes adscritas al HGR C/MF No.1**

ESTADO CIVIL	BECK					TOTAL
	SIN DEPRESION n (%)	DEPRESION LEVE n (%)	DEPRESION MODERADA n (%)	DEPRESION SEVERA n (%)		
CASADA	2 (12.5%)	39 (45.35%)	31 (42.47%)	2 (40%)		74
SOLTERA	4 (25%)	13 (15.12%)	11 (15.07%)	1 (20%)		29
UNION LIBRE	10 (62.50%)	34 (39.53%)	31 (42.47%)	2 (40%)		77
<b>TOTAL</b>	16	86	73	5		180

En cuanto a la escolaridad, se obtuvo que el 34.88% de las pacientes con depresión leve su grado máximo de estudios era licenciatura, el 33.73% de las pacientes con depresión moderada su grado máximo de estudios era preparatoria, 2.74% de las pacientes con depresión moderada cursó hasta la primaria y por último el 37.5% de las pacientes estadificadas sin depresión cursaron hasta la secundaria. (tabla 7)

**Tabla 7. Depresión en el embarazo y escolaridad en pacientes adscritas al HGR C/MF No.1**

ESCOLARIDAD	BECK				TOTAL
	SIN DEPRESION n (%)	DEPRESION LEVE n (%)	DEPRESION MODERADA n (%)	DEPRESION SEVERA n (%)	
LICENCIATURA	7 (43.75%)	30 (34.88%)	19 (26.03%)	3 (60%)	59
PREPARATORIA	3 (18.75%)	29 (33.72%)	29 (33.73%)	1 (20%)	62
PRIMARIA	0	1 (1.16%)	2 (2.74%)	0	3
SECUNDARIA	6 (37.5%)	26 (30.23%)	23 (31.51%)	1 (20%)	56
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>86</b>	<b>73</b>	<b>5</b>	<b>180</b>

Con respecto al grado de depresión y el grado de violencia durante el embarazo se encontró que el 50.49% de las pacientes que presentaron violencia leve se encontraban con depresión leve; el 14.29% de las pacientes que presentaron violencia moderada se encontraban con depresión severa; el 66.67% de las pacientes que presentaron violencia grave se encontraban con depresión leve.

**Tabla 8. Grado de Depresión y grado de Violencia en el embarazo en pacientes adscritas al HGR C/MF No.1**

		VIOLENCIA EN EL EMBARAZO				TOTAL
		SIN VIOLENCIA n (%)	VIOLENCIA LEVE n (%)	VIOLENCIA MODERADA n (%)	VIOLENCIA GRAVE n (%)	
<b>BECK</b>	SIN DEPRESIÓN	6 (8.96%)	8 (7.77%)	2 (28.57%)	0	16
	DEPRESIÓN LEVE	30 (44.78%)	52 (50.49%)	2 (28.57%)	2 (66.67%)	86
	DEPRESIÓN MODERADA	28 (41.79%)	42 (40.78%)	2 (28.57%)	1 (33.33%)	73
	DEPRESIÓN GRAVE	3 (4.48%)	1 (0.97%)	1 (14.29%)	0	5
	<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>103</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>180</b>

Se realizó análisis bivariado para identificar posibles diferencias entre las variables usando la prueba estadística Chi2, encontrando que no hay relación entre violencia de pareja y depresión en el embarazo (tabla 9).

**Tabla 9. Violencia de Pareja y Depresión en el embarazo en pacientes adscritas al HGR C/ MF No. 1**

		VIOLENCIA EN EL EMBARAZO			Valor de P
		NO n (%)	SI n (%)	TOTAL	
<b>BECK</b>	SIN DEPRESIÓN	36 (53.73%)	66 (58.41%)	102 (56.67%)	<b>0.541</b>
	CON DEPRESIÓN	31 (46.27%)	47 (41.59%)	78 (43.33%)	
	<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>113</b>	<b>180</b>	

Pearson chi2(1) = 0.3745 Pr = 0.541

Se realizó un modelo de regresión logística simple y ajustado no encontrando relevancia estadística en las variables estudiadas (tabla 10).

**Tabla 10. Regresión logística. Violencia de Pareja y Depresión en el embarazo en pacientes adscritas al HGR C/MF No. 1**

<b>BECK</b>	<b>ODDS RATIO</b>	<b>VALOR DE P</b>	<b>IC 95%</b>
<b>VIOLENCIA DE PAREJA</b>	.8269795	0.541	0.4499073 1.52008

## DISCUSIÓN

En este estudio se presentan los resultados de la aplicación de la encuesta de DISOMA (Datos de identificación sociodemográficos de la madre) a una población de 180 pacientes embarazadas en control prenatal en el servicio de medicina familiar del HGR C/MF No.1 y en una segunda entrevista telefónica la aplicación del test Beck- II. Ambas aplicaciones durante la pandemia por COVID-19. Lo cual consideramos un factor importante para que se incrementará la prevalencia de violencia y depresión en la población mexicana de manera global.

La prevalencia de Violencia de Pareja en el Embarazo fue de 62.78% y la prevalencia de Depresión en el embarazo fue de 91.12%. Con respecto a su asociación, no se encontró una relevancia significativa entre violencia de pareja y depresión en el embarazo.

En 2004 Roberto Castro y colaboradores realizaron un estudio con datos del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelos (población de Cuautla y Cuernavaca), donde se reportó que 22.36% de las pacientes embarazadas sufrían violencia por parte de su pareja, siendo la psicológica la más común con el 12.10%, seguida por la violencia física con 5.98% y después por la sexual con 4.28%.

En el 2016, en un estudio realizado por Alexander Tsai y colaboradores de 1238 mujeres embarazadas durante un ensayo aleatorizado por grupos de 3 años de una intervención de visitas domiciliarias en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, encontraron que la intensidad de la violencia de pareja tuvo una asociación estadísticamente significativa con la gravedad de los síntomas de depresión (coeficiente de regresión  $b = 1,04$ ; IC 95 %, 0,61–1,47). Las magnitudes de los coeficientes indicaron que un aumento de una desviación estándar en la intensidad de la violencia de pareja se asoció con un Aumento relativo del 12,3 % en la gravedad de los síntomas de depresión durante el mismo período de tiempo.

En el 2019 Román Velázquez y colaboradores observó un incremento de 6% ubicando a la población estudiada con un 28.3% de violencia en mujeres embarazadas derechohabientes del IMSS. Dicho estudio tuvo como principal finalidad observar si existían variaciones en la prevalencia de violencia y el nivel socioeconómico y de escolaridad.

Para el 2020 el presente estudio, de corte transversal, tuvo como objetivo principal establecer la prevalencia de violencia y depresión en mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF01 de Cuernavaca Morelos. Viendo que para ese año durante la pandemia por COVID-19 hubo un incremento de violencia del 34.48 % en el año 2020, cifra que corresponde a la media nacional.

Fue así como se encontró que el 62.78% de las mujeres gestantes estudiadas padecía violencia de pareja. La dependencia de esta variable con depresión no fue estadísticamente significativa.

#### Fortalezas:

Contamos con una población de pacientes que acude a consulta de medicina familiar para control de embarazo en intervalos regulares. Adicionalmente dichas pacientes se presentan en los diferentes servicios de primer nivel para la realización de intervenciones preventivas.

Nuestro marco normativo implica la NOM-046-SSA2-2005 para responder oportunamente cuando se esté ante un caso de violencia, con el ejercicio de ella se pretende apoyar a las pacientes hasta la recuperación de su salud mental. Bajo el criterio multidisciplinario.

En estos servicios se busca sensibilizar a las pacientes por parte del personal institucional en cuanto a la realización de actividades preventivas o aplicación de tratamientos para evitar que las pacientes sufran complicaciones por falta de ellos. En particular la unidad de medicina familiar número uno cuenta con plantilla de psicología clínica que puede atender la población de mujeres gestantes que así lo requiera con la ventaja de abordar en los casos incipientes dolencia emocional leve así evitando las complicaciones propias del cuadro a tratar.

#### Limitaciones:

Durante la recolección de datos teóricos y estadísticos se encontró en el manual de diagnósticos del CIE 11 y 10 la ausencia de una clave para “Embarazo con depresión” por lo que se tomó el diagnóstico de “Embarazo con alteraciones psicoemocionales” Lo cual altera la cifra real de la depresión en esta etapa de la vida. Contribuyendo al tema tabú de las dolencias emocionales y con ello la falta de políticas públicas que respondan al problema real.

Además, debido a lo cambiante de los semáforos epidemiológicos durante la pandemia por COVID-19 el cronograma de actividades se vio aplazado durante varios meses, retomando actividades de muestreo en semáforos amarillos y verdes.

Nuestro estudio obtuvo un resultado donde no se presentó una relevancia estadísticamente significativa, consideramos que ha sido debido al tamaño de muestra empleado, el cual puede ser determinado como pequeño.

Finalmente, el comportamiento de la muestra estudiada nos da un parámetro de la población que estamos atendiendo, ya que solo una paciente aceptó ser usuaria del servicio de tanatología por una pérdida durante la infancia, el resto de la muestra negó antecedentes psiquiátricos y duelo, pese a tener antecedentes de aborto y cuando se detectaba depresión y/o violencia todas rechazaron acudir al servicio de psicología. Mostrándose aún una cultura estigmatizada por padecer alteraciones de tipo emocionales y la falta de educación en el cuidado de la salud mental.

## **CONCLUSIONES**

En el presente estudio se encontró que la prevalencia de violencia de pareja en pacientes embarazadas es de 62.78%, mientras que la prevalencia de depresión fue del 91.12% en las mismas pacientes. Dichas variables presentaron un incremento con respecto a años previos, sin embargo, no se encontró asociación entre ellas.

Lo encontrado corresponde al panorama epidemiológico de la violencia en México particularmente en mujeres, la cual aumentó en los últimos dos años sin importar su estado de gravidez.

La violencia contra las mujeres, específicamente las embarazadas, es un importante problema de salud pública al igual que la depresión materna que como muestran parámetros de vida del futuro neonato y los cuidados de este.

## **Recomendaciones**

Los resultados obtenidos, nos hacen un llamado a un adecuado abordaje de nuestras pacientes, basados en los antecedentes asentados en la historia clínica, en la correcta anamnesis y la derivación a los servicios de apoyo correspondientes, evitando con ello importantes complicaciones en la salud de las mujeres gestantes, sus hijos y su familia.

## **Línea de investigación**

La presente investigación nos brinda un área de oportunidad a otros estudios en donde se tipifique la violencia de pareja en el embarazo. De igual manera, en donde la medición sea menos alterada por un factor interviniente como lo fue la pandemia por COVID-19, además de las medidas sanitarias, principalmente la “sana distancia”.

**ANEXOS**

DISOMA

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA  
FAMILIAR NO. 1  
(HGR C/MF NO.1)

Aplica prueba

“DISOMA”

Datos de Identificación y sociodemográficos de la madre

Con previa autorización del autor intelectual para el programa

“Violencia de pareja durante el embarazo y depresión:  
prevalencia y asociación en mujeres que acuden a  
control prenatal en el HGR C/MF No.1”

## GUIA EVOLUTIVA DE ENCUESTA NOTAS DE CALIFICACIÓN I. CONCEPCIÓN

3.- Planificación del embarazo: Se refiere a las intenciones propias de la madre, no a las intenciones acordadas con la pareja.

0= El embarazo fue muy deseado, por ejemplo, después de un periodo de infertilidad.

1=El embarazo fue planeado

2= El embarazo no fue planeado, pero fue bien recibido

3=El embarazo no fue planeado, y la reacción de la madre es de indiferencia o ambivalencia.

4=El embarazo no fue planeado, y le resulta inconveniente o inoportuno

5= El embarazo se asoció con vergüenza o censura

4.-Embarazo no reconocido

0=No hay negación

1=Embarazo inadvertido (ej. En una madre obesa o con menopausia)

2=Ocultación de embarazo

3=Negociación del embarazo (desconocimiento personal de un embarazo obvio)

5.-Reacción de la madre ante la concepción

0=Muy positiva (alegría, éxtasis)

1=Positiva (complacida)

2=Ecuánime, indiferencia o ambivalencia

3=Negativa (decepción, enojo)

4=Muy negativa (Pánico, desesperación, ira)

6.-Reacción del padre del bebé ante el embarazo

0=Muy positiva (alegre, éxtasis)

1=Positiva (complacido)

2=Ecuánime, indiferente o ambivalente

3=Negativa (desagrado, reproche o crítica)

4=Muy negativa (condena, castigo o deserción)

7.-Respuesta a su embarazo de otra persona importante para usted

Especifique la persona.

Esta calificación puede estar duplicada, si hay más de una persona importante

0=Muy positiva (alegre, entusiasmada)

1=Positiva (complacido/a)

2=Ecuánime, indiferente o ambivalente

3=Negativa (desagrado, reproche o crítica)

4=Muy negativa (condena, castigo o deserción)

8.-ideas sobre el aborto

0=El aborto fue considerado

1=La madre recibió presión de los demás para abortar, pero se negó

2=La madre hubiera preferido abortar, pero tenía objeciones éticas o miedos (incluir aquí el deseo secreto de sufrir un aborto involuntario)

3=El aborto era la opción preferida, pero fue rechazado por los médicos u otras personas se opusieron (especificar)

4=El aborto estaba previsto, pero la madre cambió de opinión

5=Intento de provocarse un aborto involuntario o aborto fracasado

## RESPUESTAS A LA CONCEPCIÓN

¿Fue este embarazo planeado?

En caso afirmativo.

¿En qué medida deseaba quedarse embarazada?

¿Cuánto tiempo estuvo tratando de quedarse embarazada?

En caso negativo

¿Deseó no haberse quedado embarazada?

¿Qué método anticonceptivo estaba usando?

Anotar las evidencias de la planificación.

¿Cuándo se dio cuenta de que estaba embarazada?

¿Cuál fue su primera reacción al darse cuenta que estaba embarazada?

¿Qué medidas tomó (pruebas de embarazo, visita al médico)?

¿A quién se lo dijo y cómo reaccionaron?  
(Su familia, la familia del padre, otros hijos, amigos)

Anote las reacciones inmediatas al embarazo

Si la madre estuvo ambivalente, anotar detalles de los sentimientos enfrentados

Pregunte: ¿Trató de ocultar el embarazo?

Si hay evidencia de falta de reconocimiento de la gestación, anotar los detalles completos, incluyendo la duración y la profundidad o consistencia de esta negación.

Pregunte: ¿Qué explicación dio a sus signos de embarazo?

¿Ha deseado en algún momento no estar embarazada o ha tenido la esperanza de abortar espontáneamente?

Si hay evidencia de una reacción negativa por parte de la madre o cualquier otra persona; preguntar:

¿Ha tomado alguna medida para inducir un aborto involuntario?

¿La interrupción del embarazo fue una consideración tuya o de cualquier otra persona?

¿Cuál fue la actitud de su familia o del padre del bebé ante la idea de abortar?

¿Consideró la adopción?

Anotar las explicaciones de la madre sobre su adaptación ante el embarazo no deseado.

\_\_\_3 PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO

\_\_\_4 EMBARAZO NO RECONOCIDO

\_\_\_5 REACCIÓN DE LA MADRE ANTE LA CONCEPCIÓN

\_\_\_6 RESPUESTA DEL PADRE DEL BEBÉ ANTE LA CONCEPCIÓN

\_\_\_7 RESPUESTA DE OTRA PERSONA IMPORTANTE ANTE LA CONCEPCIÓN

\_\_\_8 IDEAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

NOTAS DE CALIFICACIÓN II.  
RELACIÓN PREPARTO /PRENATAL

CON EL MARIDO (PAREJA) O PADRE DEL BEBÉ

16.-Relación con el padre del bebé antes del embarazo

Si la relación ya ha terminado, utilice calificación

0=La pareja se muestra enamorada y son muy buenos amigos

1=La relación tiene sus altos y bajos, pero es armoniosa

2=Hay peleas frecuentes

3=Importantes fricciones, con amenazas de rupturas

4=Los periodos de separación o violencia de pareja ya se han producido

17.- Relación con el padre del bebé durante el embarazo

Si el esposo o pareja de hecho no es el padre, se debe completar dos veces esta calificación

-para el marido y el padre del niño

0=El embarazo ha mejorado la relación

1=Sin cambios

2=La relación se ha deteriorado

3= La relación se ha deteriorado gravemente, lo que desemboca en violencia o amenazas de ruptura

4=La relación se ha acabado desde el principio del embarazo

18.-Apoyo mostrado por el padre del bebé durante el embarazo

Si el esposo o pareja de hecho no es el padre, se debe completar dos veces esta calificación

-para el marido y el padre del niño

0=Más apoyo del habitual

1=Sin cambios

2=Menor o insuficiente apoyo

3=Sin apoyo

21.-Violencia física o sexual durante el embarazo en la pareja

0=Ninguna

1=Ambiente de crítica, humillación, control o menosprecio, con comentarios hirientes

2=Amenazas de violencia

3=Al menos un incidente de violencia física  
4=Abuso grave (recurrente o dirigido hacia la barriga)

#### RESPUESTAS A RELACIÓN PREPARTO /PRENATAL CON EL MARIDO (PAREJA) O PADRE DEL BEBÉ

Si el padre del bebé no es el marido o pareja, se deben calificar las reacciones de los dos

¿Cómo iban las cosas con tu marido (pareja, novio) antes del embarazo?  
¿Qué efecto tuvo el embarazo en nuestra relación?  
Si ha habido un deterioro, preguntar ¿por qué?  
(Por ejemplo, a causa del embarazo o debido a los síntomas de la madre)  
¿Te dio suficiente apoyo durante este embarazo?

\_\_\_ 16 RELACIÓN con el PADRE DEL BEBÉ ANTES DEL EMBARAZO

\_\_\_ 17 RELACIÓN con el PADRE DEL BEBÉ DURANTE EL EMBARAZO

\_\_\_ 18 APOYO proporcionado por el PADRE DEL BEBÉ

¿Cómo se vieron afectadas las relaciones sexuales?  
¿Pudieron confiar el uno en el otro?  
Desde que está embarazada ¿Su marido (pareja) la ha sometido a malos tratos psicológicos, la ha atacado o forzado a mantener relaciones sexuales que no deseaba?  
Anotar respuestas

\_\_\_ 21 VIOLENCIA DE PAREJA durante el EMBARAZO  
NOTAS DE CALIFICACIÓN III.  
CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

29.-Sacrificios de la madre a causa de este embarazo  
0=No hay sacrificios significativos  
1=Ha hecho algunos sacrificios aceptables en su carrera, la vida social o las actividades de ocio  
2=Ha tenido que hacer grandes sacrificios, de lo que se lamenta

30.-Acontecimientos adversos durante el embarazo  
0=No hay acontecimientos adversos vitales  
1=Al menos un acontecimiento adverso  
2=Más de un acontecimiento adverso, o al menos una pérdida severa (ej. La muerte de un ser querido)

31.-Dificultades durante el embarazo  
Se refiere a la vivienda y a los problemas financieros, también a los inmigrantes ilegales, los refugiados o solicitantes de asilo (codificado 3)  
0=No dificultades  
1=Algunos problemas financieros  
2=Indigencia, sin techo o pobreza extrema

#### RESPUESTAS A CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

¿Qué cambios tuvo que hacer (cosas a las que tuvo que renunciar) durante el embarazo?  
Si la madre es trabajadora:  
Preguntar acerca de los detalles del permiso por maternidad  
¿El embarazo ha afectado a su trayectoria laboral, a su carrera, a las actitudes hacia usted de los demás en el trabajo?

¿Sucedió algo que le molestara durante el embarazo?  
¿Ha vivido durante embarazo confortable o bajo circunstancias difíciles?  
Anotar aquí aquellas madres cuya situación en el país es irregular, inmigrantes, refugiadas, solicitantes de asilo.

Anotar las declaraciones de la madre acerca de los efectos sobre el empleo, los sacrificios, los eventos adversos y las dificultades durante el embarazo

\_\_\_ 29 SACRIFICIOS DE LA MADRE a causa de este EMBARAZO

\_\_\_ 30 ACONTECIMIENTOS ADVERSOS durante el EMBARAZO

\_\_\_ 31 DIFICULTADES durante el EMBARAZO

Anotar las circunstancias

#### NOTAS DE CLASIFICACIÓN IV. BIENESTAR FETAL

34.-Preocupaciones médicas hacia el bebé nonato

Si las preocupaciones no tienen base médica (tal vez tras una pérdida fetal anterior), utilizar las calificaciones no.43 o 44.

0=El estado del feto no presenta problemas

1=Pruebas o problemas médicos preocupantes durante el embarazo

2=Conocimiento de anormalidad en el nonato

35.-Preocupación social sobre el bebé neonato

0=Ninguna preocupación sobre la condición social del bebé no nacido

1=Puede haber preocupación por la seguridad del bebé

2= Los servicios sociales o agencias de protección del menor ya están involucrados

36.-Actitud ante el sexo del bebé

0=El sexo del bebé no es un problema

1=la madre está preocupada por el nacimiento de un bebé de sexo no deseado

2=si naciera un bebé de sexo no deseado, la madre lo rechazaría emocionalmente

37.-Interacción con el feto (“afiliación”, “vínculo prenatal”)

0=Madre incluye a otros miembros de la familia en la interacción

1=Habla, lee o canta al bebé

2=Interacción mínima

3=Se ignora el embarazo

8=El comportamiento es inaceptable para su cultura

Para las reacciones negativas, utilice clasificación n°40

38.-Preparativos prácticos para el recién nacido

Anotar si la falta de preparación fue debida a un nacimiento prematuro, o por la práctica habitual

0=La madre está ocupada en los preparativos de forma intensiva

1=La madre es plenamente consciente del cambio que se avecina en su vida, y ha hecho todos los preparativos prácticos necesarios

2=Los preparativos prácticos son insuficientes

3=No se han realizado los preparativos prácticos necesarios

8=Este comportamiento es inaceptable para su cultura

39.-Preparación mental y emocional

Tome nota si la falta de preparación fue debido a un parto prematuro o cuestiones de tipo cultural

0=La madre piensa y fantasea continuamente sobre su bebé

1=La madre espera con ilusión la llegada del bebé

2=La madre no piensa en el bebé

3=La madre piensa en el bebé con temor u otras emociones negativas

40.-Abuso fetal

Es importante distinguir la agresividad de los pensamientos obsesivos (ítem n°52)

0=No abuso fetal

1=La madre no toma precauciones para proteger al feto, por ejemplo, mediante consumo de nicotina o alcohol

2=La madre está molesta por los movimientos fetales

3=La madre tiene impulsos de dañar al feto

4=Se ha producido abuso fetal  
Los intentos de inducir un aborto involuntario en el embarazo temprano deberían haber sido clasificados en el ítem nº8 (código 5)

#### RESPUESTAS A BIENESTAR FETAL

¿Tiene preocupaciones respecto a su bebé aún no nacido?

(Por ejemplo, su estado de salud, la intervención de los servicios sociales, sobre el género del bebé)

Si existen dudas acerca del sexo, especificar el sexo deseado y evaluar la gravedad de la preocupación

\_\_\_ 34 PREOCUPACIÓN MÉDICA sobre el FETO

\_\_\_ 35 PREOCUPACIÓN SOCIAL sobre el FETO

\_\_\_ 36 ACTITUD acerca del SEXO del FETO

¿Cuándo sintió por primera vez los movimientos fetales?

¿Cuándo fue la primera vez que vio a su bebé en una ecografía?

¿Cómo respondió al sentir al bebé dentro suyo?

¿Ha hablado con su bebé, o interactuado de alguna forma?

¿Qué cosas le decía?

¿Participaron el padre del bebé o los otros hijos/as?

¿Qué preparativos realizó para el bebé (compra de equipos, la confección de ropa, etc.)?

¿Pasaba mucho tiempo imaginando cómo sería cuando naciera su bebé?

Anotar el relato de la madre acerca de la interacción con el feto y los preparativos para el recién nacido

\_\_\_ 37 INTERACCION con el FETO

\_\_\_ 38 PREPARATIVOS PRÁCTICOS para el RECIÉN NACIDO

\_\_\_ 39 PREPARACIÓN MENTAL y EMOCIONAL

Si la madre tiene una reacción negativa o indiferente al feto, preguntar.

¿Tuvo impulsos de hacerle daño?

¿Qué cosas hizo?

Anotar cualquier impulso o acción hostil hacia el feto

\_\_\_ 40 ABUSO FETAL

## NOTAS DE CALIFICACIÓN VI. ESTADO MENTAL DURANTE EL EMBARAZO

### 79.- Trastornos psiquiátricos durante el parto

Hay ciertos síntomas agudos que son infrecuentes desde que la anestesia y la obstetricia moderna redujeron la terrible experiencia del parto; pero aun así pueden ocurrir en ciertas circunstancias.

0=Ninguno

1=Angustia marcada e inusual

2=Pánico o rumiaciones temerosas de desastre

3=Confusión o alteración de la conciencia

4=Agotamiento o postración después del parto

5=Psicosis

Si la pérdida del conocimiento se debe a la eclampsia, clasificarla aquí teniendo en cuenta la presencia de convulsiones

### 80.-Experiencia dolorosa o preocupante del parto

0=Parto fácil

1=El parto fue doloroso, pero la madre tenía sensación de control, y no se angustió mucho

2=El dolor fue intenso o prolongado, y el parto resultó ser una experiencia angustiante

3=Extremo dolor y angustia, por ejemplo, miedo a su propia muerte

### 81.-Trastorno de estrés postraumático (TEPT) después del parto

La Posttraumatic Diagnostic Scale examina estos síntomas en más detalle

0=No hay evidencia

1=TEPT leve, con alguna evidencia de recuerdos intrusivos, pesadillas, hiperexcitación o evitación específica, pero la madre es capaz de controlar los síntomas de TEPT

2=TEPT moderado, con evidencia de varios de los síntomas antes mencionados, con deterioro en funcionamiento

3=TEPT severo, incapacitante para las actividades diarias. Si por esta razón, la madre está decidida a no dar a luz otra vez, utilizar también la clasificación n° 184

### 82.-Reacción de insatisfacción y queja sobre los eventos del parto

0=La madre está plenamente satisfecha y opinión muy positiva con los cuidados obstétricos

1=La madre está satisfecha con los cuidados obstétricos

2=Muestra alguna insatisfacción, pero está quejosa

3=sentimientos de ira que producen una grave preocupación

4=Fantasías de venganza o litigio

## RESPUESTAS ESTADO MENTAL DURANTE EL EMBARAZO

¿Reaccionó al parto de alguna manera inusual, por ejemplo, con ira, mucho pánico y confusión?

Si angustiada o temerosa, especificar el motivo

¿Tiene una memoria clara de los acontecimientos sucedidos durante el parto?

¿Cómo se sintió después del nacimiento?

\_\_\_ 79 TRASTORNO PSIQUIATRICO durante EL EMBARAZO

¿Sufrió mucho?

¿Experimentó una pérdida de control preocupante?

¿Hubo otras circunstancias que hicieron del parto una experiencia angustiante?

\_\_\_ 80 EXPERIENCIA DOLOROSA o ANGUSTIANTE en el EMBARAZO Especifique la causa de la angustia

Si el parto fue excesivamente doloroso o estresante, preguntar:

¿Estos eventos tuvieron tanto impacto en su mente que los revivió de nuevo?

¿Tuvo sueños o pesadillas sobre el parto?  
¿Sintió que su vida estaba amenazada?  
¿Se encontró evitando todo lo que le recordara a esta experiencia?  
¿Estuvo en un estado anormalmente vigilante/alarmada durante algún tiempo después de los hechos?  
Anotar las declaraciones de la madre sobre la experiencia del parto y el trastorno de estrés postraumático, así como la frecuencia de los síntomas.

\_\_\_ 81 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO durante EL EMBARAZO

¿Quedó satisfecha con la atención obstétrica?  
Si no está satisfecha  
¿Cree usted que alguien tiene la culpa de que esta experiencia le resultara desagradable?  
¿Su queja fue atendida satisfactoriamente?  
¿Tuvo, o ha tenido, intención de tomar alguna medida posterior?  
Si hay evidencia de una reacción de queja  
Preguntar sobre amenazas y deseos de venganza  
Anotar cualquier evidencia de reacción querulante o de queja

\_\_\_ 82 REACCIÓN QUERULANTE y de QUEJA

CUESTIONARIO ENTREVISTA DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y  
SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE (DISOMA)  
GUIA ENTREVISTADOR

Previo llenaremos datos solicitados en hoja de respuestas. (hoja 2)

Buen día señora \_\_\_\_\_, le pediré que respire, se relaje y escuche las preguntas que le daré. En la hoja de respuesta rellenará los cuadritos que usted considere; donde el marcado con: el 0 es muy positivo, 1 es positivo, 2 es indiferente, 3 negativo, 4 muy negativo (si el entrevistado no contesta se considera como evasión y seguiremos con el desarrollo de entrevista.

3. ¿Fue este embarazo planeado?
4. ¿Cuándo se dio cuenta que estaba embarazada?
5. ¿Cuál fue su primera reacción al darse cuenta que estaba embarazada?
6. ¿Tomó medidas como visita al médico o pruebas médicas?
7. ¿Cuándo lo compartió con su esposo y familia, lo tomaron de forma?
8. ¿Ha deseado en algún momento no estar embarazada o ha tenido la esperanza de abortar espontáneamente?
16. ¿Cómo describe la relación con su pareja antes del embarazo?
17. ¿Cómo describe la relación con su pareja durante el embarazo?
18. ¿Cómo consideras que se ha involucrado y participado en el embarazo?
21. ¿Has vivido durante este periodo de embarazo afectaciones en relaciones sexuales, confianza y seguridad, comunicación confusa o agresiva con tu pareja?
29. ¿Tuvo que hacer cambios, restricciones debido al embarazo?
30. ¿Ha pasado por algún evento desagradable o molesto, en entornos ajenos a la familia o esposo?
31. ¿Ha vivido circunstancias difíciles durante el embarazo?
34. ¿Tiene alguna preocupación en tema a su embarazo, bebé o desarrollo de gestación?
35. ¿Cómo describe el sentir, la primera vez de movimientos de su bebé?
36. ¿Cómo describe el sentir su bebé dentro moviéndose y creciendo?
37. ¿Cómo describe el sentir, cuando se comunica o interactúa con su bebé?
38. ¿Tiene los preparativos hechos para recibir a su bebé?
39. ¿Cómo describe el sentir al imaginar cómo será su bebé al nacer?
40. ¿Sigue indicaciones dadas para una gestación libre y sana?
79. ¿Cuál es su sentir con la idea del parto?
80. ¿Considera que ha sufrido en este embarazo?
81. ¿Considera que ha tenido pesadillas o se siente en peligro?
82. ¿Quedó satisfecha con la atención prenatal dada?

Durante todo el desarrollo, anotar si se observa alguna incongruencia con sus actos y respuestas

Hacer evaluación con hoja calificación (hoja 3) y darle devolución considerando (ansiedad, depresión, estrés postraumático, violencia en embarazo)

Muchas gracias por su aporte señora \_\_\_\_\_ espero verla próximamente, hasta luego

## ANEXOS

### Test BECK

Instrucciones: De acuerdo con las frases que verás a continuación según los sentimientos de estas dos últimas semanas, incluido el día de hoy coloca tu respuesta en la rejilla de abajo según aplique a tu persona.

1. No siento que haya esperanza para mi futuro, creo que sólo puede empeorar

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

2. No siento que haya esperanza para mi futuro, creo que sólo puede empeorar

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

3. Me siento culpable todo el tiempo

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

4. Veo muchos fracasos en mi pasado y en mi presente

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

5. Siento muy poco placer de las cosas que antes solía disfrutar

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

6. No me gusto a mí mismo/a, ni física ni psicológicamente

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

7. No me critico ni me culpo más de lo habitual

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

8. No tengo ningún pensamiento de matarme ni ideas relacionadas con hacerme daño

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

9. Siento unas ganas de llorar incontrolables

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

10. Estoy tan inquieto/a que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

11.No he perdido el interés en otras actividades o personas

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

12.Me siento menos valioso/a cuando me comparo con los demás

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

13.No tengo energía suficiente para hacer nada, me siento cansado/a todo el rato

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

14.No he notado ningún cambio en mis hábitos de sueño

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

15.Estoy irritable todo el tiempo y me enfado con mucha facilidad

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

16.No he experimentado ningún cambio en mi apetito

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

17.A veces me parece imposible mantener la atención en algo

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

18.Estoy demasiado fatigado/a o cansado/a para mantener el estilo de vida que solía llevar

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

19.He perdido completamente el interés en el sexo

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

20.Siento que estoy siendo castigado por todo el mundo

<b>MUCHAS VECES</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
---------------------	----------------	--------------

**Gracias por su tiempo**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Violencia de pareja durante el embarazo y depresión, prevalencia y asociación en mujeres que acuden a control prenatal en el HGR C/MF No. 1
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	CUERNAVACA, MORELOS A 24 de MARZO 2020
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Somos personal de IMSS que estamos realizando un estudio para conocer si existe violencia de pareja y depresión en mujeres embarazadas que acuden a control de su embarazo en este hospital, con la finalidad de identificar si existen casos y darles atención de forma oportuna con la especialidad que lo requiera.
Procedimientos:	La invitamos a participar en el presente estudio que consta de aplicación de una entrevista y aplicación de unos cuestionarios que nos permita identificar si existe depresión en las mujeres embarazadas de este hospital, la duración aproximada es de 30 minutos
Posibles riesgos y molestias:	Se necesitan aprox. 10 minutos para la aplicación de la primer encuesta, mismo que no le va a generar molestias, le pedimos que conteste con la mayor veracidad posible.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se ofrecerá cita con el especialista en caso de requerir y-o información relacionada al tema del estudio.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Detección y tratamiento oportuno en caso de tener depresión, los resultados que obtengamos nos ayudará a detectar la depresión y la violencia en mujeres embarazadas y con ello diagnosticarlo de forma oportuna y brindarles el apoyo necesario, los resultados son confidenciales y se le entregaran de forma personal.
Participación o retiro:	En cualquier momento usted puede suspender las encuestas y no participar en el estudio, su participación es libre y voluntaria sin que ello afecte la calidad de la atención en el IMSS por los servicios y especialidades que requiera.
Privacidad y confidencialidad:	No se solicitarán datos personales ni se informará a personas ajenas del resultado de las mismas. La información que obtengamos se le entregará de forma personal confidencial y en caso de detectar depresión y-o violencia de pareja se le brindará apoyo por especialistas, psicología, psiquiatría y recibirá apoyo de trabajo social.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Ninguno.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Psic. Martha Liliana Méndez Castañeda, amazona.tep@hotmail.com Telcel 7775649688

Colaboradores:

Dr. Cidronio Albavera Hernández cidalbavera@gmail.com, tel 7771611896

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud 1701-8 del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 con dirección: Avenida Plan de Ayala, esquina con Av. Central, número 1201, colonia Flores mAgón, CP. 62540, Cuernavaca, Morelos. Teléfono 7773155000 extensión 51315.

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

## BIBLIOGRAFIA

1. Castro, R. *Violencia Contra Las Mujeres Embarazadas*. 1ra. ed. Cuernavaca, Morelos: UNAM Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 2004. Consultado 10 de Octubre 2017. Disponible en <https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/Violencia%20contra%20mujeres%20embarazadas.pdf>
2. De Castro F, Place J, Villalobos A, Allen B. *Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo*. Salud Pública de México. 2015;57:144-54.
3. Elkin I, Shea T, Watkins JT, *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program General Effectiveness of Treatments*, Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):971-982. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110013002
4. Foro-Consultivo-Científico-y-Tecnológico, *Salud Mental en México*,, INCyTU Oficina de información Científica y tecnológica para el Congreso de la Unión, Enero 2018, número 007, disponible en: <https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU18-007.pdf>
5. Gómez N. *Prevalencia de Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que acuden a control prenatal en el HGR C/MF No. 1*, 2020.
6. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. *Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011*. México: INEGI. 2012 (consultado 18 de agosto 2017) obtenido de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017\\_08.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf)
7. Instituto Nacional de Salud Pública. *Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México*. INSP; 2003 (consultado 01/10/2019) Disponible en <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antecedentes-2010/648-violencia-contra-las-mujeres.html>
8. Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos. *Diagnostico regional de la zona conurbada de Cuernavaca, sobre la situación de la violencia contra las mujeres en sus diferentes tipos y modalidades que señala la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Morelos* IMEM 15 de Diciembre de 2015 Obtenido de <http://imem.morelos.gob.mx/contenido/diagnostico-regional-de-la-zona-conurbada-de-cuernavaca-sobre-la-situacion-de-la-violencia>

9. Jadresic M E. *Depresión en el embarazo y el puerperio*. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010;48:269-78.
10. Lartigue, T, González I, Saucedo J. *Depresión en la etapa perinatal*. Perinatol Reprod Hum. 2008; Vol 22.
11. Marín D, Carmona FJ, Peñacoba C. *Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women*. Anales de Psicología. 2014;30:908-15.
12. Martínez J, Jácome N. *Depresión en el embarazo*. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2017;48.
13. Mdspd. E,. *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento*, Posparto y AaTSM, 2014:30.
14. Rodríguez A, Carrillo M, Rosado L. *Revalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud*. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2017;25(3):181-8. 2017.
15. Secretaría de Gobernación. *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*. Diario Oficial de la Federación. 1 de Febrero 2007 . Disponible en [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4961209&fecha=01/02/2007)
16. Organización Mundial de la Salud. *Mortalidad materna OMS*. 1 de Septiembre de 2016 (Consultado 10 de octubre 2017) Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
17. Tsai A., Tomlinson M., Comulada W., Rotheram-Borus M., *Intimate Partner Violence and Depression Symptom Severity among South African Women during Pregnancy and Postpartum: Population-Based Prospective Cohort Study*. PLOS Medicine, January 19, 2016. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26784110/>
18. Valdez R., Híjar M. Salgado N. *Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas*. INSP, 2006 (Consultado 01 de octubre de 2019) Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31378.pdf>
19. World Health O. *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries : report of the meeting*, Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.