



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.20**

**MALTRATO PSICOLÓGICO DE PAREJA ASOCIADO A DEPRESIÓN
EN LA MUJER GESTANTE DE LA UMF No.20**

T E S I S

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

PRESENTA:

DRA. ANALLELY TELLEZ CARRILLO

TUTORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

ASESOR METODOLOGICO:

DR. CARLOS JUAREZ VALDES



MEXICO, D. F. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TUTORA DE TESIS

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
UMF 20

ASESOR METODOLOGICO:

DR. CARLOS JUAREZ VALDES

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

UMF 20

Vo.Bo.

DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN LA SALUD
UMF 20

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

A mi hermano por ser mi motor y mi fuente de inspiración día a día, porque tu siempre fuiste mi mas grande motivación para iniciar este largo camino de la medicina.

A Mis amigos, familiares y a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño está tesis se las dedico a ustedes

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACION.....	11
HIPOTESIS.....	12
OBJETIVOS.....	13
METODOLOGIA.....	14
VARIABLES DE ESTUDIO.....	15
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	16
RESULTADOS.....	22
DISCUSION.....	27
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	30
ANEXOS.....	33

**“MALTRATO PSICOLÓGICO DE PAREJA ASOCIADO A DEPRESIÓN EN LA MUJER
GESTANTE DE LA UMF NO.20”**

Téllez Carrillo A.¹, Aguirre García M.C², Juárez Valdés C³.

RESUMEN

Introducción: El maltrato psicológico de pareja es un problema de primera magnitud en el ámbito internacional. Se considera a los conflictos conyugales como el principal factor de riesgo para sufrir depresión durante la gestación. **Objetivo:** Determinar la asociación del maltrato psicológico con depresión en la mujer gestante de la Unidad de Medicina Familiar No. 20. **Material y métodos:** Estudio de casos y controles de embarazadas que acudan a solicitar atención Durante el 2014. Previo consentimiento informado se aplicaran ficha de identificación que comprenda características de la pareja y familiares además de la escala CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) para depresión prenatal y test de maltrato psicológico validado en mexicanas. Estadística descriptiva e inferencial Chi² y OR (con IC al 95%). Considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$. **Resultados:** se encontró una edad media 26 años ± 6 ; en su mayoría estaban desempleadas en el 58.7% (n=169); vivían en unión libre el 54.5 % (n=157); con una escolaridad de nivel medio el 41% (n=118). La percepción de acuerdo a las dimensiones de la escala fue de maltrato bajo para los siguientes factores: *aislamiento* con un 89.2% (n=257); *reconocimiento* en el 97.6% (n=281); *abandono* en el 87.2 % (n=251); *culpa* en el 80.6 % (n=232); *economía* en el 70.5% (n=203); *sexual* en el 93.8% (n=270) Y se percibió maltrato medio en *autoestima* en el 60.1 % (n=173); *verbal* en el 96.5 (n=278); *celos infidelidad* en el 96.9% (n=279); y *perfil del agresor* en el 85% (n=245). La frecuencia de depresión se encontró en un 47.9 % (n=138). No encontrando asociación entre maltrato psicológico y depresión en las mujeres gestantes de la UMF 20. **Conclusiones:** Aun cuando los resultados de las investigaciones no son consistentes, se encontró al embarazo como un factor de riesgo para la violencia y su severidad.

Palabras claves: Maltrato psicológico, embarazo, depresión.

1. Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20
2. Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 20
3. Médico especialista de Medicina Familiar adscrito a la UMF 20.

**“MALTRATO PSICOLÓGICO DE PAREJA ASOCIADO A DEPRESIÓN EN LA MUJER
GESTANTE DE LA UMF No.20”**

INTRODUCCION

Cada vez se ha hecho más frecuente que los servicios de salud atiendan a mujeres embarazadas que experimentan violencia doméstica y comprueben su impacto sobre el bienestar fetal¹. El término violencia intrafamiliar o violencia doméstica, alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. Son todas aquellas conductas que por acción u omisión causan daño físico o psicológico, o ambos, a otro miembro de la familia, impidiendo su desarrollo armónico y su promoción social en todos los campos; lo cual viola sus más elementales derechos². Dentro de este panorama se circunscribe el fenómeno de violencia contra las mujeres, como un aspecto especial y llamativo por ser ellas sus principales víctimas.

La violencia doméstica es una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), definen la violencia durante el embarazo como: "Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada". Actualmente ya se cita a la violencia como una complicación del embarazo con más frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación como placenta previa, etc.³. Paradójicamente, la violencia intrafamiliar es el tipo de violencia menos conocido, pues se oculta en el espacio privado de lo doméstico, pero al parecer la razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Las razones que originan este estrés aún no están claras. Otra teoría es que el maltrato físico contra la mujer se expresa cotidianamente en el ámbito familiar como consecuencia de una lucha de poderes donde, histórica y culturalmente, ella se ubica en un plano inferior al del hombre.

Mundialmente la violencia en el hogar es un evento que domina la vida diaria de las comunidades⁴. La prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo muestra una variación de 14-17% de violencia física. También se reportan prevalencias tan altas del 65% de maltrato físico y psicológico. Además de los daños físicos ya mencionados, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida está en mayor riesgo de sufrir estrés y depresión⁵.

ANTECEDENTES

MALTRATO PSICOLOGICO DE PAREJA

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico y sexual. En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres⁶. En 1996, la OMS lo declaró prioridad en salud pública⁷. La violencia contra las mujeres tiene hondas raíces sociales y culturales y se basa en la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado. Está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a los indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos.

Habitualmente, coexisten diferentes tipos de violencia en una misma relación de pareja. En muchas ocasiones, el maltrato comienza con conductas de control y desvalorización de la mujer; más adelante, es frecuente el maltrato sexual y si no se logran los objetivos de obediencia y sumisión por parte de la mujer, suele pasarse al maltrato físico. Es decir, la violencia contra las mujeres no es un acto puntual, sino un proceso que se va instaurando con en el tiempo, por lo que es necesario detectarlo precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas⁸.

Cuando pensamos en la violencia contra las mujeres la limitamos a la violencia física grave (palizas, agresión con armas, muerte). Sin embargo, la violencia comprende también el maltrato psicológico, sexual, de aislamiento y control social, que suelen pasar mucho más desapercibidos.

En el contexto de la violencia de género, datos del Instituto de la Mujer de España (2002), señalan que el maltrato psicológico es la forma de maltrato más común entre la mujeres que se auto clasifican como maltratadas, seguido del maltrato sexual, estructural, físico y económico. A su vez, nos encontramos con que la violencia psicológica puede ser inherente a la violencia física, anteceder a la misma, o bien se puede dar al margen de estas agresiones⁹.

Podemos definir el maltrato psicológico como el abuso psicológico o emocional que involucra cualquier comportamiento, verbal o no verbal, que impacta negativamente sobre el bienestar emotivo o psicológico de otra persona de una persona a otra. Con el tiempo, este maltrato constante deteriora la autoestima de la víctima. Las consecuencias del abuso emocional son muy diversas. Pueden ir desde la depresión hasta conductas agresivas y/o adictivas, como el consumo de drogas o alcohol, el abuso y la agresión hacia otras personas como respuesta al abuso emocional que se padece, e incluso hasta conductas extremas como el suicidio¹⁰.

DEPRESION EN EL EMBARAZO

El trastorno depresivo parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un sentimiento de infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Conocida en sus inicios con el nombre de melancolía (del Griego clásico "negro", "bilis"). Aparece descrita en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad; el origen del término pertenece a Hipócrates, aunque no es hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión¹¹. Las investigaciones en torno al tema de la depresión han avanzado más en los últimos veinte años, se transita de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales de la OMS de 1980 CIE-9 a la CIE-Decima edición.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento o limitar la actividad vital habitual independientemente que su causa sea conocida o desconocida¹². Las alteraciones de los trastornos depresivos están unidas a problemas cognitivos, psicomotores, psico fisiológicos, interpersonales, alteración del funcionamiento familiar y social del paciente y los mismos de forma sostenida colorean toda la vida de este. El diagnóstico es clínico y su origen multifactorial¹³. No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no, en algunos casos sucede sin razón aparente y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, un hecho negativo o por secuencia de una serie de golpes psicológicos o traumas para el individuo^{14.15}.

Son muchos los factores que desempeñan un papel, incluidos la genética, el entorno, el estado de salud, los sucesos de la vida y determinados patrones del pensamiento que afectan las reacciones de las personas frente a los acontecimientos¹⁶.

De acuerdo con la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración¹⁷. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar de ellos y psicoterapia profesional.

La depresión puede desarrollarse en cualquier momento de la vida, pero cuando de manera concreta y característica acontece después del parto se denomina depresión puerperal o postparto. La depresión en el embarazo es poco estudiado a pesar de que algunos estudios demuestran que el inicio de la depresión se manifiesta en el embarazo en el 23% de los casos, que la mitad de las puérperas con depresión ya se encontraban deprimidas durante el embarazo y que más mujeres se situaron sobre el umbral de depresión entre las 18-32 semanas de gestación que entre la semana 32 y el parto, los síntomas y signos de depresión no son más comunes ni más intensos después del alumbramiento que durante el embarazo¹⁸.

Hasta mediados de la década de los 80's prevaleció la idea de que la maternidad se asociaba generalmente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se consideraba que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar y que las puérperas eran algo más vulnerables, pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía afecciones psíquicas. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim¹⁹, quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito prevaleciente hasta entonces, en un texto redactado en idioma inglés donde revela los trastornos psicológicos en el embarazo.

En los años siguientes a las ideas de Oppenheim, se mostró interés por determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en las gestantes y puérperas. En la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM- IV) la psiquiatría actual le dio cabida a esta asociación del posparto y los cambios del ánimo (la

depresión posparto no era reconocida oficialmente como una entidad propia en el ICD-10 ó en DSM-III-R). Desde la década de los 90's la depresión durante el embarazo ha progresado favorablemente.

El embarazo constituye un episodio esperado dentro de la vida de la mujer, el cual debe suceder dentro de un marco de completo bienestar, sin embargo existen múltiples factores externos que influyen en él; se ha evidenciado que en cada trimestre se presentan cambios psicológicos y de comportamiento específicos que aumentan la susceptibilidad de presentar episodios depresivos, haciendo que la prevalencia del episodio depresivo mayor en el embarazo varíe en cada trimestre²⁰.

Las mujeres embarazadas padecen depresión mayor durante la gestación de 2 - 21% y hasta 38% si se encuentran en un estrato socioeconómico bajo, y sintomatología depresiva, de 8 - 31%, y entre los menos favorecidos de 20 - 51%. En México los síntomas de depresión se observan entre 22 y 37% de las gestantes ²¹.

Cuando la mujer padece de algún trastorno mental durante el embarazo, como la depresión, su habilidad para responderá las demandas de la maternidad se ve disminuida. Bennett ²² concluye que la depresión conduce a malos hábitos de alimentación, falta de adherencia a los cuidados prenatales y conductas de riesgo como consumo de sustancias y tabaco, Todos estos padecimientos están asociados con partos prematuros y productos con bajo peso al nacer.

Los embarazos no deseados se asocian con el aumento de trastornos depresivos en la fase inicial del embarazo, pero se atribuyen a una salud mental previa deficiente de la madre. Sin embargo, el riesgo de suicidio durante el embarazo es muy bajo, la mitad del observado en la población general. La experiencia del nacimiento de un hijo constituye un riesgo, no desdeñable, para la salud mental de las mujeres, con un incremento estimado de cinco veces en la aparición de enfermedad mental en el año siguiente al nacimiento del niño. El embarazo por sí no está asociado con riesgo incrementado de padecer depresión aunque el riesgo sí aumenta durante el periodo posparto. Embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. El embarazo es un periodo especialmente crítico para la mujer por los cambios físicos, biológicos, fisiológicos y emocionales que conlleva. Igualmente el parto es un momento vulnerable que se ve complicado por cambios psicosociales y fisiológicos. No se puede identificar una causa

determinante y absoluta del trastorno. El factor de riesgo más significativo es una historia de trastornos del estado de ánimo, ya sea depresión o trastornos de angustia, incluidos episodios anteriores de trastorno del estado de ánimo posparto. Las mujeres con antecedentes de depresión tienen un riesgo hasta del 35% de depresión posparto y las que han presentado un episodio de depresión puerperal tienen una probabilidad de un segundo episodio posparto hasta del 70%. Algunas investigaciones sostienen que podría existir la predisposición genética que se encuentra en determinados componentes del ADN que tienen la tarea de regular la serotonina, estos genes podrían facilitar el riesgo o ser elementos protectores dependiendo de las interacciones hormonales. La tendencia más habitual encuadra las alteraciones del estado de ánimo en el período prenatal dentro de una situación de estrés y en relación con la falta de un adecuado apoyo social, historia previa de psicopatologías, la baja autoestima materna o problemas de pareja²³.

La mujer con depresión pierde la capacidad de experimentar placer, regular su autoestima y de mantener un funcionamiento adaptativo eficaz y se siente inundada por diferentes emociones negativas como angustia patológica, ira inapropiada o culpabilidad inmotivada. El llanto es constante, los cambios de humor bruscos y la capacidad de reaccionar casi inexistente. Las manifestaciones clínicas son las de una depresión clásica: humor deprimido, letargo, bajada en la actividad, declive de intereses o hobbies, descenso de la espontaneidad, indiferencia, ataques de llanto, preocupación, fatiga, dificultades sociales, trastornos del apetito, sueño perturbado o excesivo, dificultades para concentrarse y recordar, descenso del interés sexual, susceptibilidad a la enfermedad, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de desesperanza, abandono del cuidado personal y pensamientos de suicidio. La duración media de este padecimiento es de dos a seis meses aunque puede recurrir (30 – 41% de los casos recurre tras un siguiente embarazo) y/o cronificarse²⁴.

Entre los estudios realizados a escala mundial, destacan el de Lee et al²⁵, quienes muestran que más de la mitad (54%) de las mujeres tenían ansiedad prenatal y más de un tercio (37,1%) tenían síntomas depresivos, concluyendo que la ansiedad prenatal y la depresión son frecuentes y graves problemas durante la gestación. De igual manera, Marchesi, Bertoni y Maggini²⁶, evaluaron el momento de aparición, duración y el riesgo de depresión mayor y menor en las mujeres embarazadas que acudieron al control prenatal

de la ciudad de Parma, Italia, estableciendo que el riesgo de desarrollar depresión grave fue pronosticado al principio del embarazo por la presencia de episodios depresivos previos y conflictos con su esposo/pareja, mientras que el riesgo de desarrollar depresión menor fue pronosticado por ser ama de casa, presencia de episodios depresivos previos y embarazos no deseados.

Por otra parte, un estudio realizado por Jadresic²⁷ estableció que la depresión es un trastorno que afecta principalmente a mujeres fértiles y es la primera causa de discapacidad. Este autor encontró que una de cada diez embarazadas/puérperas estaba deprimida, además que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asoció con retraso en el desarrollo de sus hijos y a un riesgo de depresión 7 veces mayor en la adolescencia.

La depresión gestacional incrementa el riesgo de padecer depresión posparto, la cual tiene consecuencias graves sobre la madre y el infante. Uno de los primeros pasos para atender la depresión perinatal y reducir los riesgos de salud física y emocional asociados a ésta, es detectarla durante los primeros meses de gestación. Entre los instrumentos más utilizados para descubrir la depresión se encuentra la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés), que consiste en una escala de auto-reporte para encontrar sintomatología depresiva en la población general. Consta de 20 reactivos que se califican en una escala de 0 a 3, de acuerdo con su ocurrencia durante los últimos siete días. La sumatoria de los ítems se extiende de 0 a 60 y las puntuaciones ≥ 16 se consideran un indicador de síntomas de depresión. Su consistencia interna en comunidad es excelente ($\alpha=0.84-0.90$). Datos similares se informan en diversos países y en México también, se ha corroborado que su validez es muy adecuada: en la población rural se observa un coeficiente de 0.9213, y en indígenas de 0.9111, en este tipo de población femenina se incrementa el riesgo de padecer depresión posparto, la cual tiene consecuencias graves sobre la madre y el infante.

Los síntomas de depresión que se miden por medio de instrumentos como la CES-D no deben confundirse con el diagnóstico de depresión (mayor o menor). Este último método de diagnóstico se determina a partir de criterios establecidos sobre la base de una constelación de síntomas de cierta gravedad, que aparecen durante un tiempo determinado (dos semanas), en donde se descartan factores que puedan no ser parte del trastorno, como el duelo normal y los factores orgánicos. Por su parte, la presencia de

sintomatología depresiva por medio de escalas de auto-reporte (como la CES-D), se estipula a partir de la puntuación arriba del estándar (≥ 16), la cual se puede obtener a partir de distintas combinaciones de síntomas²³.

MALTRATO PSICOLOGICO Y DEPRESION EN EL EMBARAZO

La depresión, junto con el trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias psicológicas que con más frecuencia se han estudiado en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

Rojas et al ²⁸ reveló elevados porcentajes de embarazadas que presentaron síntomas depresivos en función a la ausencia de la pareja, insatisfacción sentida por la gestante hacia el apoyo social recibido y al estrato social al cual pertenecía.

De acuerdo con Zubizarreta²⁹, existen ciertas características asociadas con las situaciones de maltrato que se pueden considerar como excelentes predictores de la aparición de la depresión como, las humillaciones y desvalorizaciones constantes, las agresiones y castigos incongruentes, el refuerzo de conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo o el progresivo aislamiento social que sufren las víctimas de tales situaciones. Por su parte, Golding (1999)³⁰ llevó a cabo un meta-análisis en el que fueron revisados 18 estudios que evaluaban la presencia de depresión en mujeres maltratadas, encontrando tasas que van desde un 15 a un 83% de los casos, pudiendo ser explicada, en parte, esta gran variabilidad atendiendo a la distinta procedencia y características de las muestras evaluadas y a los diferentes instrumentos de medida empleados. Utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI), distintos estudios han encontrado que entre un 39% y 54% de mujeres víctimas de maltrato procedentes de centros o que solicitaron ayuda en centros de asistencia.

Por su parte, el texto Detección de Violencia Doméstica en Mujeres Embarazadas, investigación realizada por Estela Arcos, Irma Molina, Ángela Repossi, Myrna Uarac, Paola Ritter y Leonor Arias, en el año 2000, destaca que las mujeres embarazadas tienen un riesgo de maltrato más alto que aquellas que no lo están. La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la

sociedad. Incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico y sexual³¹.

La violencia durante el embarazo se define de la forma siguiente: "Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada". Una encuesta de hogares mostró que hay una probabilidad del 60.6% que una mujer embarazada sea agredida, que una mujer que no lo está³².

Progresivamente se ha hecho más frecuente que los servicios de salud atiendan a mujeres embarazadas que experimentan violencia doméstica y comprueben su impacto sobre el bienestar fetal. Actualmente ya es considerada la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación como placenta previa, etc³³.

Durante el embarazo, la violencia psicológica por parte de la pareja se relaciona de forma significativa con la depresión postparto, independientemente de que exista violencia física o sexual. Así lo apunta un estudio de la Universidad Federal de Pernambuco, (Recife, Brasil) que puede servir para determinar nuevas actuaciones en políticas sociales que hasta ahora se centraban, en su mayoría, en la prevención y tratamiento de la violencia física³⁴.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra la mujer en la pareja incluye, además de las lesiones físicas, otro tipo de maltrato como son el psicológico y el sexual. La violencia contra la mujer es un problema de primera magnitud en el ámbito internacional. Se considera a los conflictos conyugales como el principal factor de riesgo para sufrir depresión durante la gestación.

El embarazo constituye un episodio esperado dentro de la vida de la mujer, el cual debe suceder dentro de un marco de completo bienestar, sin embargo existen múltiples factores externos que influyen en él; se ha evidenciado que en cada trimestre se presentan cambios psicológicos y de comportamiento específicos que aumentan la susceptibilidad de presentar episodios depresivos, haciendo que la prevalencia del episodio depresivo mayor en el embarazo varíe en cada trimestre.

La relación maltrato psicológico y depresión merece un estudio particular porque una inadecuada atención de los elementos depresivos en las mujeres embarazadas puede originar situaciones de peligro como no aceptar al producto, desconocerlo, y en estados de depresión muy altos la mujer puede considerar que el producto es el culpable del maltrato que ella recibe y, en consecuencia, buscara abandonarlo.

Estudios similares se han referido a la prevalencia de la depresión en el embarazo así como los factores asociados al desarrollo de esta, sin embargo la presencia de un factor específico como el maltrato psicológico ha sido poco estudiado por lo cual en este estudio nos preguntamos si:

¿El maltrato psicológico de pareja se encuentra asociado a la

Depresión en la mujer gestante de la UMF No. 20?

JUSTIFICACION

El maltrato psicológico representa una realidad creciente de la vida cotidiana en México, el maltrato que se ejerce en las mujeres embarazadas no es la excepción y constituyen un sujeto vulnerable. Según fuentes estadísticas, una de cada seis mujeres embarazadas ha sido agredida durante su periodo de gestación. Los abusos psicológicos que se presentan durante el embarazo están siendo reconocidos como un problema de salud mundial y su magnitud se ha comparado con otras enfermedades como la eclampsia y placenta previa, entre otros padecimientos.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto. Los trastornos afectivos entre los que destaca la depresión están situados en segundo lugar a escala mundial; progresivamente se reconoce y atiende más la depresión en el embarazo como un problema de salud pública. En México se estima que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad; más del 20% de mujeres gestantes en promedio cursan con depresión, y la mayoría de estas no reciben diagnósticos y tratamiento.

El interés primordial de esta investigación es ofrecer elementos de análisis para posteriores investigaciones que pretendan identificar la forma en que los estados de depresión no son circunstancias individuales, sino resultado de factores externos como la relación con la pareja, la familia y el maltrato, particularmente el maltrato psicológico que no daña de forma física pero disminuye la autoestima, la entereza de la persona y en casos extremos hasta el deseo por dejar de vivir.

El objetivo de éste estudio es demostrar si el maltrato psicológico causado por la pareja puede generar depresión en mujeres gestantes, puesto que se ha observado un incremento importante en las prevalencias de depresión en mujeres gestantes y considerando la relación de pareja una de las causas que pueden desarrollar esta situación, se considera importante realizar un estudio en la UMF-20 para conocer esta relación.

HIPÓTESIS

Alternativa: La depresión durante el embarazo se encuentra asociada al maltrato psicológico de pareja en mujeres gestantes de la UMF 20.

Nula: La depresión durante el embarazo no se encuentra asociada al maltrato psicológico de pareja en la UMF 20.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre maltrato psicológico de pareja y la depresión en la mujer gestante de la UMF No. 20.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil socio demográfico de las mujeres gestantes
- Describir las características de vida conyugal (años de pareja y número de hijos)
- Identificar el maltrato psicológico en las mujeres gestantes pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.
- Mencionar la percepción del tipo de maltrato psicológico (verbal, autoestima, aislamiento, reconocimiento, abandono, culpa, economía, sexual, celos infidelidad, y perfil del agresor) en la mujer gestante.
- Detectar la presencia de depresión de las mujeres gestantes

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: Se realizo un estudio de casos y controles.

Casos: Mujeres en edad fértil (18 a 49 años), tiempo de vivir en pareja mayor a 6 meses, Diagnóstico afirmativo de Depresión en el embarazo, efectuado por profesional médico mediante la escala CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) para depresión prenatal.

Controles: Mujeres en edad fértil (18 a 49 años), tiempo de vivir en pareja mayor 6 meses, con Diagnóstico negativo de Depresión en el embarazo efectuado por el profesional médico, mediante la escala CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) para depresión prenatal.

POBLACION: Estuvo conformada por mujeres derecho-habientes que acudieron a solicitar control de embarazo a la UMF 20, y en las que se realizó el diagnostico de Depresión en el embarazo.

LUGAR: Se realizó en la zona norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 (UMF-20), ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero.

TIEMPO DE ESTUDIO: Se llevo a cabo en el periodo del 01 de noviembre del 2014 al 01 de Noviembre del 2016.

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO

Muestreo no probabilístico por casos consecutivos. El tamaño de la muestra se calculo mediante la fórmula general del tamaño total de la muestra, en este caso el valor obtenido en la tabla para P1 fue de 0.70 con una diferencia esperada de 0.15 por lo que estimamos una muestra de 120 casos y 120 controles más 20% dándonos un total de 288 mujeres gestantes.

VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACION	ESCALA DE MEDICIÓN
MALTRATO PSICOLOGICO	Comportamiento amenazante o intimidatorio de la pareja de la mujer manifestado a través de conductas, acciones u omisiones que van dirigidas a la mujer	Se obtendrá la información mediante la Escala de maltrato psicológico de pareja.	Cualitativa Ordinal
DEPRESION EN EL EMBARAZO	Es una patología que se presenta en mujeres embarazadas y se caracteriza por tristeza, irritabilidad, ansiedad, alteraciones del apetito y del sueño, sentimientos de culpa y apatía, entre otros.	Se obtendrá la información mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Cualitativa nominal
TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA	Años compartidos en pareja.	Se obtendrá mediante la ficha de identificación.	Cuantitativa continua
EDAD	Años que cumplió, el día del último cumpleaños.	Se obtendrá mediante la ficha de identificación.	Cuantitativa Continua
NIVEL EDUCATIVO	Escolaridad alcanzada	Se obtendrá mediante la ficha de identificación.	Cualitativa Ordinal
OCUPACION]Tipo de trabajo que desempeña y que le genera recursos económicos	Se obtendrá mediante la ficha de identificación.	Cualitativa Nominal
ESTADO CIVIL	Domicilio actual de la pareja	Se obtendrá mediante la ficha de identificación.	Cualitativa Nominal
No. DE HIJOS	Situación actual de la pareja	Se obtendrá mediante la ficha de identificación.	Cuantitativa De razón

DESCRIPCION GENERAL DE ESTUDIO

El presente estudio se realizo en 288 mujeres gestantes que acudieron de forma regular a control prenatal a la UMF 20 en las cuales previa autorización del consentimiento informado se les aplico los instrumentos de depresión en el embarazo y maltrato psicológico.

Se utilizaron dos instrumentos con validez y confiabilidad:

1. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D): Consiste en una escala de auto reporte para encontrar sintomatología depresiva en la población general. Consta de 20 reactivos que se califican en una escala de 0 a 3, de acuerdo a su ocurrencia los últimos siete días. La sumatoria de los ítems va de 0 a 60 y las puntuaciones ≥ 16 se consideran un indicador de síntomas de depresión

Se complementara el análisis con un cuestionario basado en la Escala de maltrato psicológico conformado por 20 reactivos que serán evaluados con base en 4 opciones (siempre, casi siempre, a veces, y, nunca) que se les asignaran un numero de valoración que va de 3 puntos a 0 cero.

La CES–D tiene una buena consistencia interna ($\alpha=0.8$). La CES–D mostró una excelente validez interna y de constructo en gestantes mexicanas y ser una herramienta adecuada para la detección de sintomatología depresiva.

2. Escala de Maltrato Psicológico: Es un instrumento para la medición de maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja. Se compone de 10 factores o sub escalas con diferente número de reactivos siendo 111 en total, 84 positivos (aquellos que se refieren a la presencia de maltrato) y 27 negativos (aquellos que se refieren a la ausencia de maltrato).

Para calificar cada pregunta se le pide a la paciente que conteste de la siguiente manera: mi pareja me permite que yo tenga amigas en escala tipo Likert que va de: siempre, casi siempre, a veces y nunca.

Las definiciones de cada uno de los factores y los reactivos que componen son:

FACTOR VERBAL (15 reactivos): Se refiere al daño o agresión que se externa en forma de palabras como: Insultos, ofensas, calumnias, maledicencias, gritos, malas palabras, amenazas, etc. (8,38,62,66,69,87,92,105,115,127, 137, 151,160,16).

FACTOR AUTOESTIMA (23 reactivos): Se refiere al daño que va dirigido a menoscabar la autoestima de la mujer, devaluándola como persona y disminuyendo sus capacidades como esposa, madre, amiga y compañera. Se expresa con acciones que lastiman su dignidad propia o actitudes y conductas que las hacen sentir un ser inferior o sin valor o importancia para otros. (5,11,19,20,24, 36,51,59,83,90,94,95,102, 118, 125, 129, 130, 134,140, 146, 153, 156).

FACTOR CULPA (6 Reactivos): Se refiere a acciones, actitudes y conductas que tienen el propósito de culpar a la mujer de cualquier situación negativa o vergonzosa que involucra a ambos miembros de la pareja o que no necesariamente se requiere algún culpable. (16, 25, 89,107,121,145).

FACTOR AISLAMIENTO (13 Reactivos): Se refiere a la actitud y conducta de impedir que la mujer se relacione socialmente con otros sean estos familiares amigos u otros con los que ella con los que ella pueda tener una relación de amistad, apoyo o compañía. (7,29,31,44,53,108, 112, 119,133,136,150,155,164).

FACTOR ABANDONO (15 reactivo) Se refiere actitudes de descuido y negligencia que la mujer recibe de su pareja en cuestiones básicas de la vida como el acercamiento afectivo. (32, 37, 47,57,72, 79,80,84,96,131,147,152,154, 168,171).

FACTOR RECONOCIMIENTO (10 Reactivos) Se refiere a la actitud indiferente de la pareja hacia los logros, éxitos, cualidades, habilidades y virtudes etc. De la mujer. (28, 35, 61, 71, 85, 91, 100, 116, 157,170).

FACTOR ECONOMIA (9 Reactivos) Se refiere al maltrato que recibe la mujer en cuanto al manejo del dinero y los bienes materiales. (4, 14, 17, 52, 67, 142, 148, 166,173).

FACTOR SEXUAL (8 Reactivos) Se refiere al maltrato que recibe la mujer al no tomarse en cuenta sus necesidades afectivo-sexuales, así como forzarla a tener relaciones sexuales no deseadas o de una manera incomoda o vergonzosa. (39, 98, 103, 128, 158, 162, 178,177).

FACTOR CELOS – INFIDELIDAD (4 Reactivos) Se refiere a conductas o actitudes de la pareja que insinúan el engaño de su mujer con otros hombres así como a las maneras de ella para engañarla o compararla con otras mujeres. (33, 45, 114,175).

FACTOR PERFIL AGRESOR (8 Reactivos) Son algunas características o hábitos de personalidad que se encontraron comunes en el hombre que maltrata a la mujer como: ser inestable, impredecible, atento con otros y la familia. (3, 6, 30, 34, 56, 81, 93,139).

Después de un análisis factorial por cada una de las dimensiones sugeridas, se obtuvieron los coeficientes Alfa de Cronbach para cada uno de los diez factores rescatados, siendo estos valores mayores a 0.80).

La Escala de Maltrato Psicológico es un instrumento que fue desarrollado con el fin de obtener un índice válido y confiable que permitiera medir el maltrato psicológico que la mujer percibe de su pareja con la cual vive sin importar su estado civil. Esta escala fue el objetivo de investigación para el desarrollo de la Tesis de Maestría en psicología clínica de la Lic. Karmina Elena Rojas Carrasco. La escala se validó a partir de la aplicación de un primer instrumento de 178 reactivos a 454 mujeres siendo esta 200 que presentaban una relación de pareja abusiva.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó en dos etapas, la primera etapa se basa en un análisis bivariado aplicando la prueba chi-cuadrada (χ^2) de asociación entre el maltrato psicológico y la depresión en el embarazo, luego se aplicó el modelo de regresión logística para determinar la correlación entre el maltrato psicológico y la depresión en la gestante.

El análisis se realizó de manera computarizada, a través del paquete estadístico SPSS v18, las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación ($p < 0,05$). y luego se estableció el grado de asociación con el Odds Ratio (OR).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujer gestante atendida en la UMF 20, turno matutino y vespertino.
- Mujeres con diagnóstico positivo Depresión en el embarazo
- Mujeres con diagnóstico negativo de Depresión en el embarazo
- Mujeres de 18 a 49 años.
- Mujeres cuyo tiempo de vivir en pareja sea mayor de 6 meses.
- Mujer que curse con embarazo normal (feto sin malformaciones).
- Mujer que curse con gestación única (un solo feto).
- Mujeres que acepten participar en el estudio (Consentimiento informado firmado).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres embarazadas con pareja de menos de 6 meses de convivencia
- Mujeres con antecedentes de depresión previa al embarazo
- Mujeres que se nieguen a participar en el estudio
- Mujeres embarazadas menores de edad.
- Mujeres con tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.
- Mujeres con enfermedades agudas o crónicas.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente estudio no comprometió la integridad ni puso en riesgo la vida; no atenta contra los valores universales.

Respeto las normas de Helsinki de acuerdo a los artículos 13 Av, 14 Av y 23 Av de la Ley General de Salud.

Se emplearon dos escalas validadas y con gran confiabilidad, útiles en múltiples investigaciones, las cuales no contienen riesgo alguno en la integridad física y mental, de la vida privada de las mujeres que participaron.

Los resultados que se obtuvieron en estas escalas, fueron manejados de manera confidencial y únicamente fueron empleados con fines y objetivos determinados en la investigación.

Se utilizó la carta de consentimiento informado tomando en cuenta la confidencialidad, participación voluntaria y capacidad de abandonar el estudio libremente si así lo deseaban.

El estudio cumplió las normas del Reglamento para la Salud, México; publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 198, en los artículos: título primero, capítulo único, artículo 3° y 7°.

Título sexto, capítulo único artículo 113°, 114°, 115° y 116°.

El informe Belmont presenta los Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación.

RECURSOS

Físicos: Lápiz, goma, sacapuntas, cuestionarios, plumas, computador, instalaciones de la UMF 20.

Humanos: Investigador, asesores especialistas en medicina familiar, mujeres gestantes adscritas a la UMF 20.

FINANCIEROS: Fueron aportados por el investigador.

RESULTADOS

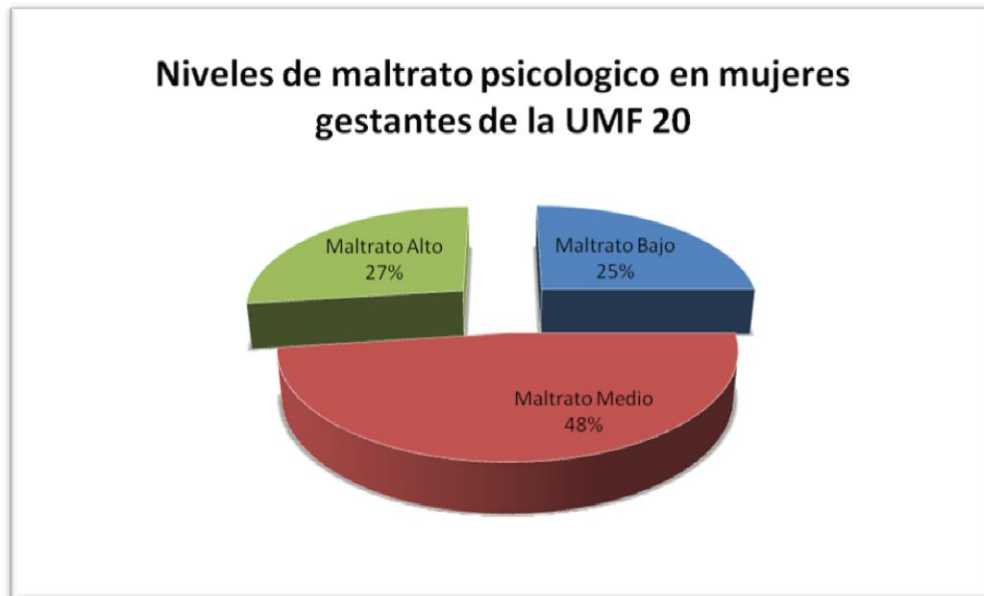
Tras realizar el análisis del perfil sociodemográfico de las 288 mujeres gestantes de la población adscrita a la UMF 20 incluidas en el estudio, se encontró una edad media 26 años ± 6 ; siendo el intervalo de edad más frecuente encontrado entre 18 a 28 años (62.8 %, n = 181); en su mayoría estaban desempleadas en el 58.7% (n=169); vivían en unión libre el 54.5 % (n=157); con una escolaridad de nivel medio el 41% (n=118) **(Cuadro 1)**

Cuadro 1. Perfil socio demográfico de las mujeres gestantes de la UMF 20.

	N	%
EDAD		
18-28 años	181	62.8
29-39 años	99	34.4
Mayor de 40 años	8	2.8
OCUPACION		
Empleada	119	41.3
Desempleada	169	58.7
	157	54.5
ESCOLARIDAD		
Nivel básico	62	21.5
Nivel medio	118	41
Nivel superior	108	37.5
TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA		
6 meses-4 años	163	56.6
5 años -10 años	81	28.1
Más de 10 años	44	15.3
NUMERO DE HIJOS		
Primigestas	138	47.9
2-4 hijos	134	46.5
Más de 4 hijos	16	5.6

La intensidad de maltrato psicológico más frecuentemente encontrado fue bajo en el 47.9 % (n=138) (véase gráfico 1.)

Gráfico 1. Niveles de Maltrato Psicológico



La percepción de acuerdo a las dimensiones de la escala fue de **maltrato bajo** para los siguientes factores: **aislamiento** con un 89.2% (n=257); **reconocimiento** en el 97.6% (n=281); **abandono** en el 87.2 % (n=251); **culpa** en el 80.6 % (n=232); **economía** en el 70.5% (n=203); **sexual** en el 93.8% (n=270)

Y se percibió **maltrato medio** en **autoestima** en el 60.1 % (n=173); **verbal** en el 96.5 (n=278); **celos infidelidad** en el 96.9% (n=279); y **perfil del agresor** en el 85% (n=245). (Ver cuadro 2).

Cuadro 2. Percepción de los factores en la escala de maltrato psicológico.

FACTOR	N	%
AUTOESTIMA		
Nivel bajo de Maltrato	109	37.8
Nivel medio de Maltrato	173	60.1
Nivel alto de Maltrato	6	2.1
VERBAL		
Nivel bajo de maltrato	1	.3
Nivel medio de maltrato	278	96.5
Nivel alto de maltrato	9	3.1
AISLAMIENTO		
Nivel bajo de maltrato	257	89.2
Nivel medio de maltrato	31	10.8
ABANDONO		
Nivel bajo de maltrato	251	87.2
Nivel medio de maltrato	37	12.8
RECONOCIMIENTO		
Nivel bajo de maltrato	281	97.6
Nivel medio de maltrato	7	2.4
CULPA		
Nivel bajo de maltrato	232	80.6
Nivel medio de maltrato	44	15.3
Nivel alto de maltrato	12	4.2
ECONOMIA		
Nivel bajo de maltrato	203	70.5
Nivel medio de maltrato	74	25.7
Nivel alto de maltrato	11	3.8
CELOS-INFIDELIDAD		
Nivel medio de maltrato	279	96.9
Nivel alto de maltrato	9	3.1
SEXUAL		
Nivel bajo de maltrato	270	93.8
Nivel medio de maltrato	18	6.3
PERFIL AGRESOR		
Nivel medio de maltrato	245	85.1
Nivel alto del maltrato	43	14.9

La frecuencia de depresión se determinó mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para depresión prenatal encontrándose en un 47.9 % (n=138). (Ver Cuadro 3.)

Cuadro 3. Frecuencia de depresión en las mujeres gestantes de la UMF 20.

	N	%
Mujeres gestantes con depresión	138	47.9
Mujeres gestantes sin depresión	150	52.1

Al realizar el análisis de las variables para determinar la asociación entre depresión y maltrato psicológico se encontró que de las 138 pacientes deprimidas, 27.5 % (n=38) tenían maltrato bajo, 44.2% (n=61) maltrato medio y 28.3 % (n=39) maltrato alto. De las 150 pacientes sin depresión 22.7% (n=34) tenían maltrato bajo, 51.3% (n=77) maltrato medio y 26% (n=39) maltrato alto. (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Asociación de maltrato psicológico y depresión.

	CON DEPRESION	SIN DEPRESION
MALTRATO BAJO	27.5% n=38	22.7% n=34
MALTRATO MEDIO	44.2% n=61	51.3 % n=77
MALTRATO ALTO	28.3% n=39	26% n=39

Cuadro 5. Asociación de depresión y maltrato psicológico de acuerdo a cada factor.

	CON DEPRESION		SIN DEPRESION	
FACTOR AUTOESTIMA				
Nivel bajo de Maltrato	18.8%	54	19.1%	55
Nivel medio de Maltrato	27.4%	79	32.6%	94
Nivel alto de Maltrato	1.7%	5	0.3%	1
FACTOR VERBAL				
Nivel bajo de maltrato	0.3%	1	0.0%	0
Nivel medio de maltrato	45.5%	131	51.0%	147
Nivel alto de maltrato	2.1%	6	1.0%	3
FACTOR AISLAMIENTO				
Nivel bajo de maltrato	43.1%	124	46.2%	133
Nivel medio de maltrato	4.9%	14	5.9%	17
FACTOR ABANDONO				
Nivel bajo de maltrato	41.0%	118	46.2%	133
Nivel medio de maltrato	6.9%	20	5.9%	17
FACTOR RECONOCIMIENTO				
Nivel bajo de maltrato	46.5%	134	51%	147
Nivel medio de maltrato	1.4%	4	1.0%	3
FACTOR CULPA				
Nivel bajo de maltrato	36.8%	106	43.8%	126
Nivel medio de maltrato	8.7%	25	6.6%	19
Nivel alto de maltrato	2.4%	7	1.7%	5
FACTOR ECONOMIA				
Nivel bajo de maltrato	34.4%	99	36.1%	104
Nivel medio de maltrato	11.5%	33	14.2%	41
Nivel alto de maltrato	2.1%	6	1.7%	5
F. CELOS-INFIDELIDAD				
Nivel medio de maltrato	45.8%	132	51 %	147
Nivel alto de maltrato	2.1%	6	1.0%	3
FACTOR SEXUAL				
Nivel bajo de maltrato	44.8%	129	49%	141
Nivel medio de maltrato	3.1%	9	3.1%	9
PERFIL AGRESOR				
Nivel medio de maltrato	39.9%	115	45.1%	130
Nivel alto del maltrato	8.0%	23	6.9%	20

DISCUSIÓN

El presente estudio demostró que entre las mujeres gestantes de la UMF 20 existe una frecuencia de depresión de un 47.9 % (n=138), tras realizar el análisis en relación al maltrato psicológico se encontró que de ellas, 27.5 % (n=38) tenían maltrato bajo, 44.2% (n=61) maltrato medio y 28.3 % (n=39) maltrato alto. Contrastando con las mujeres gestantes sin depresión, de las cuales 22.7% (n=34) tenían maltrato bajo, 51.3% (n=77) maltrato medio y 26% (n=39) maltrato alto.

Analizando los resultados se encuentra que no existió asociación de la depresión en el embarazo y el maltrato psicológico de pareja, por lo que considero que la etiología de la depresión es multifactorial. El embarazo conlleva a diversos cambios, tanto fisiológicos como psicológicos, en este último el más frecuente es la depresión y la baja autoestima, lo anterior probablemente relacionado con los diferentes cambios que sufre la adolescente durante el embarazo, tanto físicos como sociales y personales.

Valdez Santiago et al, en un estudio denominado Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México, pone en evidencia la estrecha asociación que existe entre el malestar emocional generalizado y la violencia de pareja, y que se comprueba al ser ésta el predictor más importante para el malestar emocional. Lo anterior concuerda con los hallazgos en la literatura nacional e internacional, donde se notifica haber encontrado que las principales consecuencias emocionales de sufrir cualquier tipo de maltrato son una autopercepción de vulnerabilidad e indefensión, que se manifiesta en síntomas depresivos como una expresión del malestar cotidiano al que están expuestas las mujeres que sufren de maltrato por parte de la pareja.

La violencia es un fenómeno complejo cuyo estudio exige la inspección cuidadosa de sus diversos componentes. Ha quedado claro que es la violencia emocional durante el embarazo predomina por encima de la violencia física y sexual.

Cuando se analizaron los niveles de maltrato en relación con la depresión, se encontró que en los factores autoestima, verbal, abandono, culpa, economía, infidelidad y perfil agresor, si existía mayor frecuencia de depresión en las mujeres gestantes, concordando con Galicia Moyeda et al, en donde refiere que los puntajes de depresión se correlacionaron con un nivel alto de violencia.

El presente estudio presenta varias limitaciones. Dado que se entrevistó una sola vez a las mujeres, puede haber sesgos de memoria. Finalmente, si bien se ofrecieron todas las garantías de confidencialidad y confort para la entrevista, las mujeres pueden minimizar el abuso que sufren ellas.

CONCLUSIONES

El embarazo no es un impedimento para el abusador, en algunos casos la violencia viene desde antes de la gestación y en otros casos puede ser un motivo de maltrato.

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.

Hasta la fecha no hay ninguna prueba concluyente de que el embarazo en sí puede provocar mayor violencia contra la mujer. Sin embargo, en un análisis de los datos disponibles en 1998, se señalaron ciertas indicaciones de que el predominio del abuso físico y sexual es mayor y más grave entre las mujeres embarazadas que entre otras mujeres. Aun cuando los resultados de las investigaciones no son consistentes, se encontró al embarazo como un factor de riesgo para la violencia y su severidad. Se ha mostrado que la violencia no se detiene con el embarazo.

Una razón de la disparidad en los resultados antes citados pudiera encontrarse en los diversos instrumentos empleados para detectar la depresión en las investigaciones, detalle que pudiera analizarse en próximos estudios. Pero no hay que pasar por alto que también existen otros factores que pueden influir de manera diferencial en los estados depresivos durante el embarazo

La violencia que causa daño a la salud física y que provoca la muerte, o la que demanda atención médica, se considera como problema de salud y corresponde a dicho sector afrontarlo; la violencia intrafamiliar a niños y mujeres pareciera equivocadamente ser de exclusiva responsabilidad de los movimientos feministas o de organismos estatales pro defensa de los derechos del niño o de las mujeres. Cuando el maltrato se practica a una mujer embarazada se daña no solo a ella si no al producto de la gestante la violencia física o emocional contribuye en gran medida al estado de ánimo, de la persona. En la vida de la mujer, el embarazo constituye una etapa de intensa actividad emocional, que nada tiene que ver, con la idea de unos meses de espera pasiva y más o menos feliz.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Nearly 10 percent of Teenage Mothers Experience Violence while Pregnant", Family Planning Perspectives, 31:1999
2. Quiroz M, Restrepo V, Restrepo C, Suarez J. Prevención y atención de la violencia intrafamiliar. Medellín: Microformas. 1995; 136: 1-65
3. La violencia doméstica durante el embarazo Gen salud. Hoja informativa del programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS (OMS) [http://paho.org/genero salud](http://paho.org/genero_salud).
4. United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva, 20 de December de 1993.
5. Marwick C. Domestic violence recognized as world problem. JAMA. 1998; 274 (19): 1.510.
6. World Health Assembly. Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution). Sixth plenary meeting, Committee B fourth report. 3rd Ed. 25 de mayo de 1996.
7. World Report on violence and health. Violence by intimate partners. Geneva: WHO, 2002; p. 89-121.
8. ENDIREH 2011 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía Panorama de violencia contra las mujeres en México INEGI, c2013.
9. Mariana Barrancos. Información Clave para Comprender el Abuso Emocional, 2008.
10. Jackson, Stanley W. Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna. Ediciones, Tunner, Madrid. ISBN 84-7506-257-1.
11. Aldo Conti Nolberto. Historia de la depresión .La Melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX. Editorial Polemos, Buenos Aires .ISBN 978-987-9165-81-2.
12. Ayudo Gutiérrez, J. L. Trastornos afectivos. Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos.
13. Vara Horna, Arístides A. Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. Asociación por la Defensa de las minorías, Lima.
14. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2004.

15. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico / Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor, D.L. (2001).
16. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/topics/depression/es/> 2013.
17. López M.J. Depresión durante el embarazo, Enfermería integral, Colegio oficial de Valencia, España.2008.
18. Oppenheim G. Psychological disorders in pregnancy. En: Priest R, editor. Psychological disorders in obstetrics and gynaecology.London: Butterworths, 1985.
19. Beltrán Mera N.A, Archila Santamaría D.C, Cuadros Mendoza C.A. Depresión en embarazo en una paciente con múltiples comorbilidades. MÉD. UIS. 2008; 21:20110.
20. Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. Matern Child Health J 2009;13(4):567–576.
21. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G ET AL. Depression during Pregnancy: Overview of Clinical Factors. Clin Drug Invest 2004;24(3): 157–179.
22. García Vega Montserrat, Trastornos del estado de ánimo en el Puerperio: factores psicosociales predisponentes. Universidad complutense de Madrid, Facultad de medicina Departamento de Ginecología y Obstetricia, España.2008.
23. Leonetti L, Martins M. Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. Rev Latino–Americana Enfermagem 2007; 15(4):677-83.
24. Lee A, Lam S, Siu K, Sze S, Chong C, Chui H, Fong D. Prevalence, Course and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. Obstet Gynecol 2007; 110(5):1102-12
25. Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. Major and minor depression in pregnancy. Obstet Gynecol 2009: 113(6):1292-8.
26. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Artículo de revisión. RevChilNeuro-Psiquiatría 2010; 48(4):269-78.

27. Ma. Asunción Lara, Laura Navarrete. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D Salud Ment vol.35 no.1 México ene./feb.2012, 35:57-62
28. Rojas J, Albano C, Llanos M, Decanio M, Trías L. Inventario de apoyo social para embarazadas. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela. Acta Científica Estudiantil 2009; 7(3):173-179.
29. Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.), Personalidades violentas, 1994. pp. 129-152. Madrid: Pirámide.
30. Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
31. Estela Arcos, Irma Molina, AngelaRepossi, Myrna Uarac, Paola Ritter y Leonor Arias, , Detección de Violencia Doméstica en Mujeres Embarazadas, Instituto Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile,2000
32. Instituto de la Mujer. La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta.III Parte. Disponible en <http://www.mtas.es/mujer/violencia> 2006.
33. Walker, L.E. Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 1999. 54, 21-29.
34. Ludemir Ana Bernarda, Lewis Glyn. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, Volume 376, Issue 9744, Pages 903 - 910, 11 September 2010

ANEXOS

CEDULA DE IDENTIFICACION

Nombre:

Edad:

Ocupación: Empleada () Desempleada ()

Estado Civil: 1.Casado () 2.Unión libre ()

Tiempo de vivir en pareja:

No. De Hijos:

Escolaridad:

1. Nivel básico () 2. Nivel medio () 3. Nivel superior ()



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	MALTRATO PSICOLÓGICO DE PAREJA ASOCIADO A DEPRESIÓN EN LA MUJER GESTANTE DE LA UMF NO. 20
Lugar y fecha:	El estudio se realizará en la UMF No. 20, IMSS Vallap Distrito Federal, a _____ del mes de _____, 2014.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: El maltrato psicológico de pareja es un problema de primera magnitud en el ámbito internacional. Se considera a los conflictos conjugales como el principal factor de riesgo para sufrir depresión durante la gestación. El interés primordial de esta investigación es ofrecer elementos de análisis para posteriores investigaciones que pretendan identificar la forma en que los estados de depresión no son atribuibles a las individuales sino resultado de factores externos como la relación con la pareja, la familia y el maltrato, particularmente el maltrato psicológico. Objetivo: demostrar si el maltrato psicológico causado por la pareja puede generar depresión en mujeres gestantes de la UMF-20 para conocer esta relación.
Procedimientos:	Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de una encuesta para obtener datos personales, se aplicarán escala CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) para depresión prenatal y test de maltrato psicológico validado en mexicanas. El investigador responsable se ha comprometido a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).
Posibles riesgos y molestias:	El estudio no produce ningún riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Esta información servirá para buscar al maltrato psicológico como factor asociado a depresión en el embarazo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se ha comprometido a proporcionar me la información actualizada que se obtenga durante el estudio, para todo trabajador que lo solicite.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autoriza que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Beneficio al término del estudio:	La información obtenida es con fines educativos e informativos y será útil para buscar estrategias que permitan mejorar las condiciones laborales de los trabajadores.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Dra. María Del Carmen Aguirre García 1 055 9337 UMF 20 TEL 5 557 442 2 EXT 13 365 Dr. Carlos Juárez Valdez 9924 0924 UMF 20 TEL 5 557 442 2 EXT 13 365
Colaboradores:	Anelisy Téllez Carrillo 953 506 20
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "E" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 55 21 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision@cia@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Tabla CES-D. Escala de depresión adaptada a mujeres embarazadas

Numero de cedula _____

Fecha _____

Nombre _____

DESDE HACE UNA SEMANA	Raramente (Menos de 1 día)	Alguna vez (1-2 días)	Ocasionalment e (3-4 días)	La mayor parte del tiempo (5-7 días)	No se	No contesto
1) Me molestaron cosas que usualmente no me molestan						
2) No me sentía con ganas de comer						
3) Sentía que no podía quitarme la tristeza de encima aun con ayuda de familia y amigos.						
4) Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona						
5) Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo						
6) Me sentía deprimido						
7) Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo						
8) Me sentía optimista sobre el futuro						
9) Pensé que mi vida había sido un fracaso						
10) Me sentía con miedo						
11) Mi sueño era inquieto						
12) Estaba contento						
13) Hablé menos de lo usual						
14) Me sentí solo						
15) La gente no era amistosa						
16) Disfruté de la vida						
17) Pasé ratos llorando						
18) Me sentí triste						
19) Sentía que no le caía bien a la gente						
20) No tenía ganas de hacer nada						

ESCALA DE MALTRATO PSICOLÓGICO

Numero de cedula _____

Fecha _____

Nombre _____

	Concepto	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1.	Mi pareja solo con los extraños es amable, cortés y cálido				
2.	Mi pareja se queja de que no me alcanza el dinero que me da				
3.	El hace bromas que me hace sentir mal				
4.	El es egoísta				
5.	Mi pareja me permite tener amistades				
6.	El me critica negativamente				
7.	El hace cosas que me hacen sentir mal				
8.	Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta				
9.	Cuando a él le sucede algo desagradable dice que es mi culpa				
10.	Mi pareja cumple con sus obligaciones económicas				
11.	Se compara y compete conmigo de manera que me hace sentir mal				
12.	Mi pareja me hace escándalos en lugares públicos				
13.	El me ridiculiza ante los demás				
14.	El me culpa de los problemas de nuestros hijos				
15.	Haga lo que haga, aunque sea muy bueno o grandioso es poco para él				
16.	A mi pareja le agrada que mi familia nos visite				
17.	Utiliza a nuestros hijos para lograr sus propósitos				
18.	Mi pareja me permite cumplir con mis compromisos				

19.	Le disgusta acompañarme a cuestiones que competen a ambos				
20.	Demuestra su interés por otra (s) mujer (es).				
21.	El es impredecible, no se sabe como reaccionara.				
22.	Mi pareja reconoce mis éxitos académicos				
23.	El me pide hacer cosas que me incomodan				
24.	Cuando necesito a mi pareja, él está presente				
25.	Mi pareja me insulta				
26.	El es cariñoso conmigo				
27.	Mi pareja obstaculiza el que yo participe en actividades recreativas				
28.	El dice que yo lo engaño con otro (s)				
29.	Mi pareja me ignora				
30.	El me hace sentir que soy menos que él				
31.	El me chantajea con su dinero				
32.	Mi pareja me desanima a asistir a alguna cita				
33.	El dedica demasiado tiempo a sus cosas personales				
34.	Mi pareja me da dinero para comprar mis cosas personales				
35.	El me ridiculiza cuando estamos solos				
36.	Mi pareja reconoce mis éxitos laborales				
37.	Me dice tonta o estúpida				
38.	El dice que otros me mal aconsejan				
39.	El utiliza su dinero para tener control sobre mi				
40.	El habla mal de mi madre				
41.	El reconoce mis atenciones hacia el				
42.	A mi pareja le soy indiferente				
43.	A él le gusta divertirse en familia				

44.	El se muestra frio conmigo				
45.	Mi pareja comparte las tareas del hogar				
46.	Recibo calumnias de mi pareja				
47.	El me culpa del mal funcionamiento del hogar				
48.	El me hace sentir poca cosa				
49.	Mi pareja reconoce que soy una madre responsable				
50.	El habla mal de mis hermanos y otros familiares				
51.	El es inestable emocionalmente (cambia de repente)				
52.	Mi pareja me humilla en frente de otros				
53.	El me hace sentir sin valor				
54.	Lo siento cercano a mi				
55.	Mi pareja es consciente al tener relaciones sexuales				
56.	El reconoce mis logros				
57.	Mi vida está manipulada por sus deseos				
58.	Soy físicamente atractiva para mi pareja				
59.	El acostumbra mentirme				
60.	Mi pareja dice que soy culpable de lo que suceda a nuestros hijos				
61.	Solo quiere que este encerrada en la casa				
62.	El me deja visitar a otros familiares				
63.	Sus celos me impiden ir a donde yo quiero				
64.	Mi pareja me grita sin motivo				
65.	El reconoce mis lados positivos				
66.	El me desprecia				
67.	El degrada o devalúa todo lo que digo				
68.	El se preocupa por mi persona				
69.	El me deja visitar a mis amigas (os)				

70.	El me hace sentir como su "objeto"				
71.	El me deja divertirme				
72.	Mi pareja es sarcástico al dirigirse a mi				
73.	El parece ausente, solo piensa en lo suyo				
74.	El me rechaza				
75.	El dice que administro bien el dinero				
76.	Si ocurre un suceso desagradable el me hace sentir culpable				
77.	El hace que me sienta como si yo fuera una mala persona				
78.	El comparte diversiones o pasatiempos conmigo				
79.	Cuando no tenemos dinero él me tranquiliza				
80.	El se enoja si converso con alguien que a él le disgusta				
81.	El dice maldiciones contra mí				
82.	A él le gusta divertirse con mi familia				
83.	El hace que me sienta como si yo fuera lo peor				
84.	El comparte sus decisiones conmigo				
85.	Mi pareja se enoja si cumplo con mis compromisos				
86.	Desprecia mi arreglo personal				
87.	El comparte con alegría mis premios				
88.	El me hace sentir deseada				
89.	El me hace llorar con sus palabras				
90.	El es sexualmente complaciente conmigo				
91.	El desea que yo tenga oportunidades de contacto social				
92.	Mi pareja administra sus bienes sin tomarme en cuenta				
93.	El sólo hace críticas negativas sobre mi persona				

94.	El me comparte sus experiencias diarias				
95.	Recibo amenazas de su parte				
96.	Mi pareja comprende mis sentimientos				
97.	Le importa lo que me suceda				
98.	Le molesta que yo gaste mi dinero propio				
99.	Mi pareja me dice que le gusta (n) otra (s) mujer (es)				
100.	Estoy sexualmente atractiva para mi pareja				
101.	El respeta mi cuerpo				