

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES DERECHOHABIENTES DEL IMSS”

Tesis para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Connie Nohemí Jiménez Gutiérrez

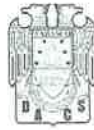
DIRECTOR (ES)

M. En C. María Evelin Martínez Cortes

Dra. Concepción López Ramón

VILLAHERMOSA, TABASCO

FEBRERO 2019



Of. No. 0067/DACS/JAEP
30 de enero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Connie Nohemi Jiménez Gutiérrez
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M. en C. Rosario Zapata Vázquez, Dra. Yanet Pérez Méndez, D.E.S. Laura Guillermina Tejero Pérez, M.AE. Carmen De la Cruz García y la Dra. CS. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, impresión de la tesis titulada: **"Violencia intrafamiliar y depresión posparto en adolescentes derechohabientes del IMSS"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis la Dra. Concepción López Ramón y la Dra. María Evelin Martínez Cortés.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dra. Concepción López Ramón.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra- María Evelin Martínez Cortes.- Director de Tesis
C.c.p.- M. en C. Rosario Zapata Vázquez.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Yanet Pérez Méndez.- Sinodal
C.c.p.- D.E.S. Laura Guillermina Tejero Pérez.- Sinodal
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MO/MACA/lkrd*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **08:30** horas del día **28** del mes de **enero** de **2019** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

"Violencia intrafamiliar y depresión posparto en adolescentes derechohabientes del IMSS"

Presentada por el alumno (a):

Jiménez	Gutiérrez	Connie Nohemi
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

1	6	1	E	5	0	0	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---


Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL


Dra. Concepción López Ramón
Dra. María Evelin Martínez Cortés
Directoras de Tesis


M. en C. Rosalvo Zapata Vázquez


Dra. Yanet Pérez Méndez


D.E. Laura Guillermina Tejero Pérez


M.A.E. Carmen De la Cruz García


Dra. Cs. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 15 del mes de Enero del año 2019, el que suscribe, **Connie Nohemi Jiménez Gutiérrez**, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50021 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Violencia intrafamiliar y depresión posparto en adolescentes derechohabientes del IMSS”**, bajo la Dirección de la Dra. Concepción López Ramón y Dra. María Evelin Martínez Cortés conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: dranoheми_jimenez@outlook.com, si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Connie Nohemi Jiménez Gutiérrez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

A mis maestros que se enfocan en cuidar los saberes del mundo y expandir a otros sus conocimientos, gracias.

A mi familia, sobre todo a mi madre por vivir también mi sueño junto a mí y confiar en mis expectativas y dejarme seguir mi camino para ser mejor ser humano y profesionalista.

A mis hermanas y a mi novio Felipe por su apoyo incondicional.

A Tabasco y a su gente por permitirme aprender y crecer como persona y médico.

Gracias.



DEDICATORIAS

A mis padres, por su apoyo constante y consejos
que guían mi vida.

Mis asesoras, por su orientación y tiempo brindado
en la realización del presente trabajo.

Al instituto Mexicano del Seguro Social, que me brindo y sirvió de guía durante
estos años.

A nuestros docentes que nos brindaron conocimientos
y experiencias que encaminaran nuestra vida profesional.



INDICE

TABLAS Y FIGURAS	VI
RESUMEN	VII
Abstract	VIII
GLOSARIO	IX
ABREVIATURAS	X
1.INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Generalidades de Adolescencia, embarazo precoz y salud sexual.	7
2.2 Panorama epidemiológico.....	7
2.1.2 Depresión postparto en adolescentes	9
2.1.3violencia intrafamiliar	12
2.3 Estudios relacionados.....	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN :	26
6. OBJETIVOS	27
6.1 General.....	27
6.2 Específicos	27
7. MATERIAL Y MÉTODOS	28
Población de Estudio:	28
7.1Tamaño de la Muestra:	28
7.2 Criterios de selección:	29
7.2.1 De Inclusión:	29
7.3 Procesamiento y análisis de información.	30
8. RESULTADOS:	33
8.1 Características sociodemográficas, clínicas y familiares en las púerperas adolescentes del HGZ 46	33
8.2 Prevalencia y niveles de Depresión en púerperas adolescentes, HGZ 46.	35



9. DISCUSIÓN:	49
11.RECOMENDACIONES	52
12. ANEXOS:	53
Tabla de Variables:.....	53
12.1Instrumentos de recolección:	56

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Estados de la Republica donde se encuentran las Puérperas adolescentes	33
Tabla 2. Municipios de procedencia de las puérperas adolescentes	34
Tabla 3. Características sociodemográficas, familiares y clínicas en puérperas adolescentes	34
Tabla 4. Escala de Depresión posparto en puérperas adolescentes	35
Tabla 5. Nivel de depresión posparto en puérperas adolescentes	36
Tabla 6. Puérperas adolescentes que sufren violencia intrafamiliar	37
Tabla 7. Tipos de violencia que sufren las puérperas adolescentes	38
Tabla 8. Violencia sexual	39
Tabla 9. Violencia física	40
Tabla 10. Violencia psicosocial	41



RESUMEN

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES DERECHOHABIENTES DEL IMSS.

Connie Nohemi Jimenez Gutierrez¹, María Evelin Martínez Cortes ², Concepción López Ramon³, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, Profesor Investigador adscrito a HGZ46, Profesor Investigador, Doctorado en Ciencias

Introducción: Desde hace cinco años se han detectado que el 40% de las consultas son por embarazo dentro de los 14 y 16 años. Sabemos que la depresión que no se trata puede tener riesgos peligrosos tales como conductas agresivas de la madre y alteraciones en la dinámica familiar. **Objetivo:** Investigar la relación entre violencia intrafamiliar y depresión posparto en adolescentes.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico con $n=67$ puérperas de 15-19 años de edad. La medición para valorar los criterios de depresión y violencia intrafamiliar se hicieron con la escala de Edimburgo y Cienfuegos. Para la captura de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 24, para el análisis con X^2 . **Resultados:** De las puérperas adolescentes que presentaron depresión posparto fueron el 34.3 % y con violencia intrafamiliar el 23.9%, con dimensiones que mostraron violencia física el 26.9 % violencia económica 20.9 %, violencia sexual 19.4%, violencia psicosocial 19.4 %.

Conclusiones: se observó la relación entre la violencia intrafamiliar y depresión posparto, con un valor de $p= 0.007$, podemos afirmar que hay una probabilidad mayor al 99 % de que haya asociación entre las dos variables.

Palabras Claves: adolescentes, violencia intrafamiliar, depresión posparto.



Abstract

VIOLENCE INTRAFAMILIAR AND POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENTS DERECHOHABIENTES OF IMSS.

Connie Nohemi Jiménez Gutierrez¹, María Evelin Martínez Cortes ², Concepción López Ramon³ 1. Third Year Resident in Family Medicine2. Research Professor attached to HGZ46 . Research Professor, PhD in Sciences

In the Mexican Institute of Social Security for five years have been detected that 40% of consultations are for pregnancy within 14 and 16 years. We know that depression that is not treated can have dangerous risks such as aggressive behaviors of the mother and alterations in family dynamics. Objective: To investigate the relationship between intrafamily violence and postpartum depression in adolescents. Material and methods: An observational, transversal and analytical study was conducted with $n = 67$ puerperal women aged 15-19 years. The measurement to assess the criteria of depression and intrafamily violence was made with the Edinburgh and Cienfuegos scale. The SPSS statistical program version 24 was used to capture data for the X2 analysis. Results: Of the puerperal adolescents who presented postpartum depression were 34.3% and with intrafamily violence 23.9%, with dimensions that showed physical violence 26.9% economic violence 20.9%, sexual violence 19.4%, psychosocial violence 19.4%. Conclusions: the relationship between intrafamily violence and postpartum depression was observed, with a value of $p = 0.007$, we can affirm that there is a greater than 99% probability that there is an association between the two variables. Key words: adolescents, intrafamily violence, postpartum depression.



GLOSARIO

1. Adolescencia: La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta y comprende las edades de 10 -19 años.

2. Madre adolescente: Se considera a las mujeres menores 19 años y es madre saliendo embarazada en esta etapa de su vida.

3. La Violencia Intrafamiliar: Es el uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato.

Incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo y no es exclusiva de algún entorno socio económico, cultural o religioso

4. Depresión: Es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración.

5. Depresión postparto: Trastorno depresivo mayor de inicio en el peri parto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto.

6. Violencia: Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte.



ABREVIATURAS

1. **ENADID:** Encuesta Nacional Dinámica Demográfica
2. **DPP:** Depresión posparto
3. **VP:** Violencia de la pareja
4. **OMS:** Organización Mundial de la Salud
5. **UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas
6. **(CES-D):** Escala para depresión del centro epidemiológico
7. **(EPDS):** Escala de Edimburgo para depresión posparto
8. **(UDIORA):** Unidad de Desarrollo Integral y Orientación Reproductiva del Adolescente.
9. **(INP):** Instituto Nacional de Perinatología
10. **DSM IV:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

1.INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más complejos que actualmente confrontan la reproducción humana es justamente en la adolescencia, el embarazo en la adolescencia por lo general no planeado ni deseado, es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva a una disfunción familiar, así como a un incremento en las tasas de mortalidad y morbilidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

Se estima una prevalencia de violencia intrafamiliar de 17% en embarazadas, cuyas consecuencias son problemas físicos, emocionales y sociales que dificultan la atención de la mujer.

Los profesionales de la salud deben de estar alerta ante síntomas de depresión y violencia intrafamiliar; dar la oportunidad de denunciar la violencia, proporcionar un ambiente donde las pacientes se sientan seguras y en caso necesario referirlas a centros de apoyo emocional. Por lo mismo esta problemática se ha encontrado asociada a otros factores como la depresión posparto.

La (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica) ENADID 2014 reporta que en Tabasco hay un aumento en la Tasa Global de Fecundidad de 2.15 a 2.26% y que los niveles de fecundidad adolescente pasaron de 69.57 a 73.87%. El mayor porcentaje de embarazos no planeado o no deseados se encuentra entre las mujeres de 15 a 19 años con el 40.6%.

La literatura reporta que las adolescentes presentan con mayor frecuencia trastornos del estado de ánimo, pudiendo presentarlo durante la gestación y el posparto, los cuales son momentos de relevancia para su desarrollo debido a los cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes. En los últimos años esto se considera un problema de salud pública y existe un especial interés en



realizar una detección precoz del trastorno con el fin de lograr un diagnóstico oportuno y otorgar un tratamiento integral.

Con base en estas consideraciones, se realizó un estudio observacional, analítico, transversal en 67 puérperas adolescentes, con el objetivo de analizar la relación que existe entre violencia intrafamiliar y la depresión posparto en adolescentes derechohabientes del Hospital General de Zona 46. Lo que permitirá al médico familiar contar con las herramientas específicas para el abordaje oportuno en las derechohabientes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades de Adolescencia, embarazo precoz y salud sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 años y 19 años de edad. La maduración física y sexual son experiencias que incluyen en la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto, asumir funciones adultas o la capacidad de razonamiento abstracto.¹

2.2 Panorama epidemiológico

En 2015, la Encuesta Intercensal mostró, que de la población total de jóvenes corresponde al 35.1% del cual son adolescentes (15 a 19 años). Considerando la población total de cada entidad, Quintana Roo cuenta con la mayor proporción de población joven de 15 a 29 años (28.5%), seguida por Querétaro (27.3%), Aguascalientes (26.9%), Guanajuato (26.8%) Jalisco (26.2%), Tabasco (26.0%). Respecto de los adolescentes de 15 a 19 años, 52.8% reportan escolaridad de nivel básico: 9% con primaria (6.7% completa y 2.3% incompleta), mientras que el 43.7% tienen al menos un grado de secundaria. Los jóvenes de 20 a 24 años, el porcentaje con educación superior es de 27.5% y para el grupo de 25 a 29 años el porcentaje es de 27.8 por ciento.²

Durante los últimos veinticinco años las conductas sexuales de hombres y mujeres se ha modificado como resultante de los cambios socioculturales, entre los cuales destaca la tendencia progresiva a la disminución de la edad de la primera relación sexual coital en adolescentes; cambios conductuales que constituyen una problemática de salud pública, ya que los exponen a riesgos tales como las enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y aborto. El embarazo



adolescente representa un importante problema de salud pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar a cabalidad las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo.³

En México el consejo nacional de población instrumentó la estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes, la cual destaca la promoción de la salud sexual y reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos, el aseguramiento de que los jóvenes finalicen los niveles de la educación obligatoria, el fortalecimiento de acciones de prevención y atención a la violencia y el abuso sexual, especialmente en sectores vulnerables, y la atención especial en salud a las mujeres pertenecientes a este grupo de edad.⁴

En 2015 en Colombia se realizó un estudio en jóvenes, entre los 14 y los 19 años de edad, se destaca una buena información de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, pero en un ejercicio de autonomía, especialmente sobre métodos de prevención del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual se evaluó que al final del estudio los aspectos problemáticos alrededor de las relaciones familiares y sociales, es el bajo impacto de la educación sobre la salud sexual y reproductiva y una pésima percepción sobre las políticas, programas y niveles de atención a la adolescencia desde las instituciones públicas, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales se ubicó en los 15 años, y máxima de 19 años de edad y el número promedio de parejas sexuales fue de 2.86 % entre aquellos que sí han iniciado relaciones con un rango de variación entre 1 y 25 parejas. Entre todos los adolescentes, independientemente si dan informes de haber iniciado relaciones sexuales, el 27.9% informa utilizar algún método de planificación de manera constante y el 21% ha empleado métodos de emergencia para evitar un embarazo.⁵



2.1.2 Depresión postparto en adolescentes

La depresión es un trastorno depresivo mayor en el periparto, en el cual se considera el desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del posparto y el periodo de riesgo se puede aplicar a los tres meses del parto. Su prevalencia mundial de la depresión posparto fluctúa entre 10 y 20 % observándose, mayores valores en las madres adolescentes y en los niveles socioeconómicos bajos. Los desenlaces más temidos incluyen el suicidio e infanticidio, que habitualmente están más asociados a la ausencia de tratamiento, DPP severa y psicosis postparto.⁶

Los hijos de adolescentes con DPP pueden establecer relaciones de “apego ansioso” con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres no deprimidas, y exhibir una mayor probabilidad de trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil. También se ha observado que la sintomatología depresiva persistente de la mujer en el postnatal interfiere con el bienestar de la familia e, incluso, aumentaría la probabilidad de depresión en su pareja ante la presencia de otros factores como: baja escolaridad, pobre apoyo psicosocial, y violencia en la relación marital.⁷

Para ello, se han utilizado varias escalas, siendo la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D) y la escala de Edimburgo para depresión posparto (EPDS), las más conocidas y usadas para la detección de la DPP, el cual es un instrumento de evaluación que se emplea, la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual es un instrumento de auto reporte de 10 ítems, que ha sido validada en múltiples países, demostrando tener un alto poder diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión postparto, cada ítems tiene cuatro opciones de respuesta con un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de



los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, con sentimiento de resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos: (a) sin riesgo de depresión posparto (< 10 puntos), (b) puntaje límite para riesgo de depresión (10-12 puntos), y (c) puntaje indicador de probable depresión (≥ 13 puntos). Se recomienda incluir dentro de la evaluación posnatal la aplicación de la Escala de Edimburgo, con la finalidad de detectar oportunamente síntomas depresivos y diagnosticar oportunamente esta patología, para evitar sus consecuencias en la madre como y los recién nacidos.⁸

De igual manera en Chile se realizó un estudio donde refieren que los factores desencadenantes para este trastorno del estado de ánimo en el puerperio han descrito como patologías psiquiátricas previas (depresión familiar, psicológicos), la relación con la pareja, factores psicológicos (relación con la pareja y la imagen de la madre ideal), factores psicosociales (apoyo recibido en la relación a las tareas domésticas y el cambio de domicilio o estado), factores sociodemográficos(edad, estado civil y nivel de estudios) y por ultimo factores de morbilidad (enfermedades crónicas en la madre, alguna anomalía genética, y complicaciones médicas en el embarazo).⁹

Se ha detectado que en aproximado el 27.6 % de puérperas se ha relacionado con la percepción del apoyo social, funcionalidad familiar y la percepción con la pareja y la madre. Hay variables biosociales y obstétricas que por lo general no se asocian para desencadenar depresión posparto, en conclusión, los factores protectores de la depresión materna identificados son: el apoyo social percibido, el funcionamiento familiar y aspectos relacionales con la pareja y la madre.¹⁰



Según la UNAM en 2013 comenta que es la complicación más común del postparto, afectando un 10-15 %. La prevalencia es mayor en madres adolescentes con un 26 % de aparición. El cuadro inicia entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses postparto y presenta una duración de semanas a meses. La clínica en la depresión posparto presenta síntomas de llanto, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, trastornos del sueño, pérdida de la concentración, memoria e irritabilidad. Para hacer el diagnóstico se deben cumplir criterios mayores del DSMIV, los síntomas deben persistir más de 2 semanas e interferir con las funciones de la madre. Los síntomas de depresión posparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de esta etapa de la vida, sin embargo, presenta mayor agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general. Las adolescentes con depresión posparto constituyen un grupo muy heterogéneo ya que se puede presentar en madres que presentan una distimia crónica, una depresión pre parto no diagnosticado y depresión bipolar. ¹¹

Es tan importante como cualquier otra patología la depresión posparto y constituye una cuarta parte de discapacidad en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde, aproximadamente 121 millones de personas se ven afectadas y es responsable de al menos 850 mil muertes cada año, principalmente suicidios.¹²

Es importante recalcar que la depresión posparto durante el embarazo puede ser ocasionado por múltiples factores, no solo se atribuye algún tipo de violencia entre ellos: el bajo ingreso económico, el desempleo, el antecedente genético, experiencias de la infancia de abuso sexual, rasgos de la personalidad, bajo autoestima y personalidad neurótica, trastornos de ansiedad o patologías psiquiátricas, sobre todo el apoyo social deficiente, si tuvo abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante su embarazo y sobre todo conflictos con la pareja. ¹³



2.1.3 violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.¹⁴

Según INEGI en el año 2017, de los 46.5 millones de mujeres de 15 años y más en el país de México el 66.1% que estamos hablando de 30.7 millones de ellas, ha enfrentado violencia de cualquier tipo y de cualquier agresor, alguna vez en su vida. Se ha enfrentado que el 43.9% a tenido agresiones por su esposo o la pareja actual o la última a lo largo de su relación y el 53.1% ha sufrido violencia por parte de algún agresor distinto a la pareja. Las entidades que presentan mayor tasa de violencia entre el 2014 y 2016 son los estados de: Baja California, Colima, Chihuahua, Edo. de México, Oaxaca, Tamaulipas y Zacatecas.^{14,15}

La violencia infligida por la pareja es una de las formas más comunes de violencia intrafamiliar. Incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo. Es importante mencionar que existe la violencia durante el embarazo infringida por la pareja, la OMS dice que la violencia física oscila entre 1% en Japón y el 28% en la República del Perú provincial mientras que en la mayoría de los sitios incluyendo el país de México la prevalencia es variable entre el 4% y el 12%.¹⁶

La violencia durante el embarazo se asocia con lo siguiente:

- 1) Aborto espontaneo
- 2) Trabajo de parto y parto prematuro
- 3) Violencia de pareja



Investigaciones recientes indican que con mucha frecuencia coexisten diferentes formas de violencia, la violencia física de la pareja va acompañada de abuso sexual y generalmente de maltrato emocional. Se encontró que entre 23% y 56 % de las mujeres que alguna vez habían sufrido violencia física o sexual de parte de sus parejas. En análisis comparativos de encuestas de demografía y salud en América Latina y el Caribe se observó que entre un 61 % a 93 % de mujeres que sufrieron violencia física de pareja en los 12 meses precedentes también padecieron violencia de tipo emocional.¹⁷

La mujer violentada desarrolla un cuadro de estrés asociado con depresión y sentimientos de aislamiento. El riesgo de violencia doméstica aumenta con el embarazo, siendo una etapa de estrés para el cónyuge, que agobiado por la responsabilidad futura o la presencia de resentimiento con la mujer debido a que le presenta menos atención. Independientemente de las causas, los profesionales que atienden a estas pacientes deben saber que las puérperas corren mayor riesgo de ser maltratadas y que su vida y la de su hijo pueden estar en peligro.^{16,17}

El maltrato hacia las mujeres conlleva a padecer mayor depresión, ansiedad y fobias que las mujeres no maltratadas. Los registros en el estudio (OMS) registraron mayor sufrimiento emocional, ideas suicidas e intentos de suicidios entre aquellas mujeres que alguna vez han sido víctimas de maltrato físico o sexual que entre quienes no lo fueron.¹²

Cienfuegos y Díaz Loving en 2004, en la Ciudad de México, incorporaron una escala para violencia intrafamiliar y refieren que la violencia que se perpetra en el contexto de una relación de pareja, comprende cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar, herir o controlar a la persona con la que se tiene o se tuvo un vínculo íntimo. Ésta se clasifica en violencia física, psicológica, sexual, patrimonial o económica y suele ocurrir dentro del matrimonio, en las relaciones íntimas de corta o larga duración, e incluso, puede perpetrarse



por la pareja anterior. En sus resultados se estimó que una de cada tres mujeres, reportaron eventos de violencia que es perpetrada por su pareja. Por tipología, la prevalencia de violencia psicológica fue de 32%, la violencia física se cuantificó en 19%, la violencia económica ocupó el tercer lugar con 14%, y, en menor proporción, se reportó la violencia sexual, con 8.5%.¹⁸

Se encontró que las mujeres con más de diez años de escolaridad, tienen una incidencia menor de presentar episodios de violencia de pareja, mientras que las mujeres que tuvieron experiencias de violencia durante la infancia, tienen una incidencia 1.4 veces mayor de presentar eventos de violencia de pareja. Respecto a la tipología de violencia de pareja, se encontró que tres de cada diez mujeres, presentaron violencia psicológica y dos de cada diez participantes, reportaron episodios de violencia física, y en menores proporciones, se presentaron la violencia económica y la sexual. Esta escala se modificó con la escala de pozos Gutierrez (2006) y Cienfuegos-Martínez (2004), donde se mostraron altos índices de validez y confiabilidad tanto en población abierta como en algunas instituciones especializadas en víctimas con violencia. A través de un muestreo no probabilístico, intencional, la muestra estuvo conformada por 373 pacientes, 111 hombres y 262 mujeres, se trabajó con una escala de Likert de 5 puntos de evaluación. Evaluaron las frecuencias de los actos violentos realizados por hombres y mujeres. Para ambas escalas realizaron un análisis de discriminación de reactivos, ya que al final de los resultados de observo más prevalencia en los hombres como perpetradores así que la escala como recepción de violencia tiende a ser aplicada únicamente a mujeres, la escala tiene 27 ítems donde se evalúa la violencia económica, psicosocial, sexual y física.¹⁹



2.3 Estudios relacionados

A continuación, se exponen diversos artículos sobre el tema tanto en el ámbito nacional como en el ámbito internacional.

En 2018 Mejía C, Delgado M, Mostto F, Torres R, Realizaron una investigación en Lima, Perú sobre; " Maltrato durante el embarazo adolescente", se trató de un estudio descriptivo en gestantes que se atendieron en un Hospital público de Lima, donde incluyeron 375 pacientes, siendo la edad promedio de 17 años de edad. Tan solo con un 34.5 % de las adolescentes no han padecido algún tipo de violencia. El 76.3% tuvo solo secundaria completa, solo el 9.2% había cursado estudios universitarios y el 92,5% menciona que trabajaba. El tipo de violencia más frecuente fue de tipo físico, sexual y psicológico. Los principales agresores psicológicos y físicos, fueron la pareja y la familia nuclear, la frecuencia de la violencia en las adolescentes es elevada. De los tres tipos de violencia analizados en este estudio el más elevado fue el psicológico y los principales agresores son los hombres, sobre todo la pareja sentimental. En conclusión: el embarazo adolescente es un problema en nuestra sociedad, por lo que se debe ser estudiado a profundidad e incluir intervenciones oportunas para la búsqueda de una mejora.²²

En 2018 Adamu A, Adinew realizaron una investigación en Etiopia sobre; La violencia doméstica como un factor de riesgo para la depresión posparto entre las mujeres etíopes, se trató de un estudio transversal basado en la instalación de 618 mujeres en un período de posparto, transversal basado en la instalación de 618 mujeres en su período de posparto. La técnica de muestreo aleatorio simple se utilizó para seleccionar tres de cada diez ciudades secundarias en Addis Abeba. Luego, nueve centros de salud fueron seleccionados por el método de lotería de las tres ciudades.



La escala de depresión posnatal de Edimburgo se utilizó en un punto de cohorte > 13 para detectar la depresión. Se realizaron estadísticas descriptivas. El análisis bivariante y multivariado también se llevó a cabo para identificar predictores de depresión posparto. Porción significativa 144 (23.3%) de las mujeres tenían el síntoma de depresión posparto. Encuestadas que fueron víctimas de violencia doméstica AOR 3.1, que se informa que han sido diagnosticadas con depresión posparto AOR 4.41 e insatisfechos con su matrimonio AOR 2.9% tuvieron mayores probabilidades de informar que han sido diagnosticadas con depresión posparto. La conclusión de ellos fue que la depresión posparto es un problema común de salud mental durante el período posnatal. La violencia doméstica se asoció positiva y significativa con el síntoma de depresión posparto. Los servicios de maternidad deberán considerar un sector que brinden atención médica a las mujeres que se afrentan a la violencia y desarrollan síntomas de depresión posparto.²³

En 2017 Mbawa A, Widmar J, Chingwarun C, realizaron una investigación en Malasia, sobre; Depresión posparto en madres adolescentes, se trató de un estudio transversal. Este estudio ha mostrado evidencia de una prevalencia significativa de depresión posparto (PPD) entre madres adolescentes (13.0%) que entre madres adultas (7.2%) donde se mostró una asociación significativa como el abandono de un compañero, malas relaciones entre familiares, inseguridad social, embarazo no deseado, falta de la anticoncepción, algún tipo de violencia, falta de un integrante de la familia. La depresión materna es un aspecto que incluye depresión prenatal, depresión posparto y psicosis posparto, se reconoce cada vez más como un problema de salud pública mundial que impacta negativamente en la vida de una mujer con efectos negativos de largo alcance en su capacidad para trabajar, el bienestar de su familia, la salud y el desarrollo de su bebé. La depresión posparto se caracteriza por tristeza, fatiga, irritabilidad y desinterés por los acontecimientos de la vida. Además, las mujeres que padecen de depresión posparto también pueden tener ideas suicidas.²⁵



En 2017 Noor A, Slim U, Rosman A, Mojamed M, Chan Ying Y, realizaron una investigación en Malasia sobre; “La depresión posparto y la violencia infligida por la pareja: un estudio transversal a nivel nacional en Malasia”, se trató de un estudio transversal a nivel nacional utilizando un diseño de muestreo por conglomerados, donde se evaluó depresión posparto mediante la escala de Edimburgo , donde salió positivo para la autolesión con más de 12 puntos, para los perfiles demográficos y de violencia infligida por la pareja utilizaron un cuestionario de salud validada por la OMS, se estudio una población de 6699 pacientes, 5727 fueron encuestadas con éxito con una tasa de respuesta del 85.9%. La depresión posnatal probable fue de 4.49%, la prevalencia general, y la prevalencia de violencia fue del 4.9%. Entre las mujeres de este grupo 3.7%, tienen violencia emocional, sexual y física. El análisis de regresión logística reveló que las mujeres que estuvieron expuesta a violencia tenían 2.3 veces el riesgo de padecer depresión posparto. La conclusión de este estudio fue que la exposición de violencia infligida por la pareja se asoció significativamente con depresión posnatal, se identificó que había más tendencia con las parejas alcohólicas, drogadictos y de bajos ingresos.²⁶

En 2017 Lara y Patiño realizaron una investigación en la Ciudad de México sobre; Asociación entre síntomas depresivos y factores psicosociales y percepción de la autoeficacia materna en madres adolescentes, se trató de un estudio tipo transversal , donde aplicaron la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos y el cuestionario de eficacia materna en una población de 120 pacientes adolescentes de 15 años 19 años durante el primero trimestre del posparto , para el análisis de datos utilizaron líneas bivariadas y análisis de regresión lineal, como instrumentos utilizaron el cuestionario de eficacia materna que incluye 10 preguntas que exploran la efectividad la madre , los síntomas de depresión se evaluaron utilizando el Centro para la Depresión de Estudios Epidemiológicos (CES-D) esta escala consta de 20 preguntas con respecto a los síntomas experimentados durante el semana pasada, que se responden en un rango de 0 (rara vez o nunca) a 3 (la mayoría de las veces), una puntuación ≥ 16



indica un alto riesgo de depresión la escala fue validada en adolescentes mexicanas en donde los resultados fueron de la media los síntomas de depresión fue de 13.8 (\pm 9.27), mientras que el 33.3% mostró síntomas depresivos (CES-D \geq 16) y la media en la escala de autoeficacia materna fue 30.22 (\pm 4.38) y 20.8% se clasificaron como con PME baja (\geq 26).²⁶

En 2017, Rodríguez A, May L, Carrillo M, en Yucatán, elaboraron un estudio transversal y analítico en 258 pacientes, su objetivo su fue estimar la prevalencia y los factores asociados de depresión posnatal en pacientes de la institución de salud en Mérida, Yucatán, las escalas que emplearon fueron la escala de Edimburgo y el cuestionario de factores asociados a depresión en el embarazo “sucesos vitales de Holmes y rahe”. Sus resultados fueron que se obtuvo la prevalencia de depresión prenatal del 16,6%. La edad adolescente OR 3.351, las dificultades de la pareja RO 4,552, la falta de apoyo emocional RO 2.791, vivir en unión libre RO 2.980, y eventos adversos como la separación RO 8.952, dificultades sexuales RO 6.2 y los cambios alimenticios RO 2.063 así que concluyeron que se identificó una prevalencia de depresión en elevada en las mujeres embarazadas lo cual podría vincularse a diferentes factores de riesgo.²⁴

En 2015 Arrom y Routi realizaron una investigación en Paraguay, sobre sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual, se trató de un estudio de tipo descriptivo, transversal, en una muestra de embarazadas víctimas de abuso sexual que acudieron a control prenatal en Centros de Atención de Alto Paraná. Hicieron un muestreo consecutivo de 1049 mujeres de cuatro hospitales públicos. Como instrumento se utilizó un cuestionario anónimo que incluyó la Escala de Tácticas de Conflicto de Gelles y Strauss, completado por 20 estudiantes de la Carrera de Psicología. Además, se incluyó un listado de síntomas del estudio Salud Mental y Hábitos Tóxicos en Paraguay (1991) asociados al síndrome depresivo y el documento de OPS para detección de casos en Atención Primaria en Salud. Se aplicó estadística descriptiva y analítica a un nivel de significancia de 0,05 (chi-cuadrado). Un 54,5% (570) de la población en



estudio tenía menos de 24 años; 42,6% (447) primaria completa, incompleta y sin educación formal; 83,2% casada y conviviendo, 15,3% (160) solteras, 1,5% (16) separadas. Un 59,6% (625) era ama de casa y sólo 20,6% (216) tenía actividades remunerativas. La depresión se asoció a violencia psicológica ($p < 0,001$) y a violencia física ($p < 0,001$). La actividad laboral fue factor protector contra la depresión ($p = 0,0099$). Se encontró una tendencia a la asociación ($p < 0,07$) entre inactividad laboral de la pareja y depresión. ²⁷

En 2015, Ramírez-Meza y Cruz-Bello et al, En la Ciudad de México hicieron una revisión sobre la depresión postparto en madres adolescentes es un estudio retrospectivo donde el objetivo es analizar las investigaciones más recientes y actuales que hay sobre la depresión postparto en la adolescencia. De acuerdo con estadísticas, en México, 18.4% (uno de cada 5 niños) que nacieron en 2011 son hijos de madres adolescentes. Una de las entidades con mayor concentración de adolescentes en condiciones de maternidad es el Estado de México. Las madres adolescentes son susceptibles a presentar depresión postparto, la cual afecta 47% de adolescentes en comparación del 13% que afecta a mujeres adultas. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiatría a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio. La depresión postparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 al 25%; en México, el Instituto Nacional de Perinatología (INP) reportó, en 2001, una prevalencia del 21.7% de depresión postparto. Ellos tomaron como medida de prevención a cada uno de los factores, nos servirá para que el porcentaje de incidencia no siga en aumento y para que el personal de salud o los familiares o padres de una adolescente actúen o intervenga mediante pláticas y la adolescente no llegue a presentar depresión. Obtuvieron respuestas poco claras en el apartado que intentaba explicar las ventajas; a diferencia de las explicaciones acerca de las desventajas de ser madre a corta edad que son varias. Tratando de encontrar cuáles son los factores que



influyen para que se presente la depresión, se han hecho estudios de acuerdo al origen de la madre, ya que éste se considera un factor. Existen diversos test que son útiles para tratar de identificar si las adolescentes presentan depresión, pero el más usado es la Escala de Edimburgo, el cual es corto y de fácil comprensión. La depresión postparto no sólo es perjudicial para la madre, sino que tiene un gran impacto en la salud de los hijos, la depresión postparto está asociada con impedimentos en el funcionamiento psicosocial de la madre.²⁸

En 2015, Gallanti A, Mancado C, Sosa M, En Venezuela, Elaboraron la asociación de depresión posparto y factores sociodemográficos, es un estudio descriptivo, inductivo, cualitativo y transversal, que incluyó a 136 pacientes las cuales fueron evaluadas mediante la encuesta de Edimburgo, tomaron a las paciente con edades de 14 años a 38 años, donde identificaron depresión posparto en las mujeres de 20 años con una desviación estándar de 5.94, respecto al estado civil encontraron que las pacientes que están unidas tienen mayor relación a sufrir depresión posparto, respecto a la profesión las mas afectadas fueron los oficios del hogar con el 60.2%, se evidencio que el primer contacto sexual se inicia en edades tempranas durante la adolescencia entre los 16 y los 18 años de edad.²⁹

En 2014, L. Molero y Urdaneta Machado et al; En Chile, Elaboraron la prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adulta, es un estudio no experimental, de casos y controles, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes (casos) y 50 adultas (controles); las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) y por un guión de entrevista para identificar los factores de riesgos asociados a esta patología, al comparar las puntuaciones totales en la EDPS las adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ($5,88 \pm 1,96$ vs. $11,58 \pm 2,9$; $p < 0,001$), mostrando significativamente una mayor frecuencia de ansiedad ($p < 0,05$), sentimiento de culpa ($p < 0,001$) y dificultad para la concentración ($p < 0,001$), que es indicativo de un mayor riesgo de presentar DPP. Traduciéndose en 4% de púerperas adolescentes y 72% de las adultas con probable DPP, que al confirmarse



mediante la entrevista del DSM IV mostró una prevalencia de 2% y 38%, en adolescentes y adultas respectivamente. En las adultas predominó como factores de riesgo significativos el bajo nivel educativo ($p < 0,05$), las dificultades con la lactancia ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos afectivos desde el embarazo ($p < 0,001$). Para ello, se han utilizado varias escalas, siendo la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D) y la escala de Edinburg para depresión posparto (EPDS), las más conocidas y usadas para la detección de la DPP. Otra escala cuya utilidad fue validada en poblaciones hispanas en Estados Unidos, es la de tamizaje para depresión posparto de Beck y Gable, la cual mostró ser útil para los posibles casos de DPP en esta población.³⁰

En 2014, Lara y Navarrete; En el estado de México, Revelaron la prevalencia e incidencia de depresión perinatal y síntomas depresivos en mujeres mexicanas, es un estudio longitudinal, el objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y la incidencia de puntos y períodos de la depresión perinatal en mujeres mexicanas. Utilizaron la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV y la Salud del Paciente Cuestionario (PHQ-9) se evaluaron en tres momentos a 210 mujeres: durante el tercer trimestre del embarazo, a las seis semanas y seis meses después del parto. Resultados: La prevalencia de la depresión prenatal fue del 9,0% y del 13,8% a las seis semanas y del 13,3%, seis meses después del parto. La incidencia de depresión posparto (PPD) fue de 10,0% a las seis semanas y un 8,2% a los seis meses. La prevalencia de síntomas depresivos prenatales fue del 16,6%; y 17,1% a las seis semanas y 20,0% a los seis meses posparto. Los síntomas depresivos (PPDS) fue 11,4% a las seis semanas y 9,0% a los seis meses. A los seis meses después del parto, las mujeres con depresión eran más jóvenes (OR = 2,45, $p = 0,02$), tenían menos (OR = 5,61, $p = 0,00$), no tuvieron parto (OR = 3,03, $p = 0,01$), desempleadas (OR = 3,48, $p = 0,00$) y más pobre (OR = 4,00, $p = 0,00$) que las mujeres sin depresión.³¹



En 2014, Venkatesh y Zlotnick, et al: En, Massachusetts, Buscaron la exactitud de evaluar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y 3 sub escalas para identificar la depresión posparto entre madres primíparas adolescentes. Las madres matriculadas en un ensayo controlado aleatorio para prevenir la depresión posparto completaron una entrevista diagnóstica psiquiátrica y la EPDS de 10 ítems a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses después del parto. Tres sub escalas de EPDS fueron evaluadas como breves herramientas de cribado: 3 ítem sub escala de ansiedad (EPDS-3), 7 ítem síntomas de depresión Se compararon las curvas características de operación del receptor y las áreas bajo las curvas para cada herramienta para evaluar la precisión. Las sensibilidades y especificidades de cada herramienta de cribado se calcularon en comparación con los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor. Se utilizaron técnicas analíticas longitudinales de medidas repetidas. Con un total de 106 mujeres contribuyeron a 289 consultas postparto, el 18% de las mujeres cumplieron con los criterios de depresión postparto incidental mediante entrevista diagnóstica psiquiátrica. Cuando se usaron como medidas continuas, el EPDS completo, EPDS-7 y EPDS-2 se desempeñaron igualmente bien. En las puntuaciones óptimas de corte, la EPDS y la EPDS-7 tuvieron sensibilidades del 90% y especificaciones del 85%. El EPDS, EPDS-7 y EPDS-2 son muy precisos en la identificación de la depresión posparto entre las madres adolescentes. En los entornos pediátricos de atención primaria, el EPDS y sus sub escalas más cortas tienen potencial para su uso como herramientas eficaces de detección de la depresión.³



3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A lo largo de la vida la prevalencia a nivel mundial fluctúa entre 10 y 20% en el cual se observa mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos.

La OMS se encontró que las mujeres entre el 23% y 56 % alguna vez habían sufrido violencia física o sexual de parte de sus parejas.

Si se utiliza criterios operacionales estrictos, se encuentra que una de cada diez embarazadas/puérperas está deprimida.

En general, se ha observado que los hijos de las mujeres adolescentes presentan retraso en el crecimiento uterino y nacen prematuramente, condiciones que predisponen al bajo peso al nacer.

Recientemente se he encontrado que con mucha frecuencia coexisten diferentes formas de violencia, la violencia física de la pareja va acompañada de abuso sexual y generalmente de maltrato emocional.

Esta investigación tiene como objetivo determinar si existe relación entre violencia intrafamiliar y depresión posparto en adolescentes derechohabientes de la delegación Tabasco y poder asociar estas variables, de igual manera verificar los principales factores de riesgo y asociados ya que la depresión posparto como tal es multifactorial, para las madres adolescentes. Las cuales se delimitaran mediante escalas de valoración y lograr la detección. Si se es capaz de detectar precozmente esta condición nos permite poder actuar como un agente de cambio y para obtener un beneficio para las adolescentes para evitar complicaciones a grande plazo.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de Tabasco en 2010 alcanzo 2 252641 habitantes, de los cuales 50.9% eran hombres y 49.1% eran mujeres. Respecto del total nacional de 114 255 555 personas, este volumen representa el 2.0%. La mayor parte del a población se encuentra en edades jóvenes, ya que el 50% se acumula entre el cero y 24.3 años de edad. Por una parte, el grupo correspondiente a los menores de un año de edad es el mayoritario de la pirámide poblacional y presenta pocas variaciones hasta los quince años de edad, lo cual indica que los nacimientos en la entidad han presentado pocos cambios en los últimos quinquenios. Este volumen de niños está vinculado al número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), que en 2010 significo un 55.7% del total de mujeres.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) en 2014 reporto 9.6% adolescentes de 15 a 17 años han estado embarazadas alguna vez.

Porcentaje de mujeres de 15 años y mas casadas o unidas que sufrieron al menos un incidente de violencia por parte de su pareja emocional 27%, económica 13.8%, física 8.3%, sexual 2.3%.

Tabasco se ubica en segundo lugar a nivel nacional en embarazos de menores de 18 años, reporto la Secretaría de Salud.

El 20 por ciento del total de los embarazos en Tabasco lo están teniendo mujeres menores de 18 años, la estadística nacional nos posiciona en segundo lugar de embarazos en menores de edad, tan sólo detrás de Campeche.

Hace cinco años se ha duplicado el número de embarazos en adolescentes, ya que, de los siete millones de jóvenes que se han afiliado a IMSS, 40% de las consultas de personas entre 14 y 16 años son por embarazo.



Uno de cada seis embarazos en México ocurre en la adolescencia, etapa de inestabilidad emocional, reto de autoridad y despertar de la sexualidad. La familia y la educación juegan un papel importante en la prevención del embarazo en adolescentes.

Las campañas a través de los diferentes medios de comunicación y la incorporación en los programas educativos de enseñanza de la sexualidad desde el nivel primaria no han logrado el impacto deseado, los jóvenes inician relaciones sexuales en edades muy tempranas, la mayoría de los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos. El bajo nivel de escolaridad, la falta de comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, fueron los principales factores de riesgo para que se presente este tipo de eventos.

Sabemos que la depresión que no se trata puede tener riesgos peligrosos potenciales para la madre y el bebe, tales como conductas agresivas de la madre y alteraciones en la dinámica familiar. En nuestro país se han realizado pocos estudios recientes acerca de la depresión postparto, a pesar de la alta frecuencia que reporta la literatura y el fuerte impacto en la sociedad.

La depresión postparto es una condición prevalente en las adolescentes, pero es poco detectada y diagnosticada en servicios de primer nivel debido a la falta de criterio para identificar los síntomas depresivos en este tipo de pacientes y más aún cuando hay factores de riesgo que requieren un estudio más profundo de la situación.

De igual forma, cabe destacar que en la mayoría de los casos las adolescentes tienen ciertos factores que pueden desencadenar un estado de depresión, como lo es la violencia dirigida por su pareja o cónyuge, la misma que puede manifestarse de varias maneras como física, psicológica y/o sexual; así como en distintos ámbitos: sociales, familiar, escolar, laboral y comunitario.

Los resultados que se esperan de esta investigación, van dirigidos a la detección de relación entre la depresión post parto con la violencia intrafamiliar, aún si este



tipo de violencia no implique heridas físicas, teniendo en cuenta que éstas se pueden borrar, pero los recuerdos derivados de la violencia psicológica son en muchas ocasiones más difíciles de olvidar.

Es un problema social y de salud pública del cual existe poca información documentada en México. Ante este panorama, es necesario generar mayor información sobre el mismo y conocer los distintos factores que lo determinan, para contribuir en la detección precoz del problema y la reducción de la prevalencia de la misma en nuestro medio.

Es trascendental que el Médico Familiar se involucre al igual que todo el personal médico y aprenda a identificar los síntomas desde su inicio o bien, en el momento que la madre tenga contacto con él por las implicaciones que presenta para ambos.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN :

¿Cómo se relaciona la violencia intrafamiliar con la depresión posparto en adolescentes derechohabientes?



6. OBJETIVOS

6.1 General

Analizar la relación que existe entre violencia intrafamiliar y la depresión posparto en adolescentes derechohabientes del Hospital General de Zona 46.

6.2 Específicos

- 1.- Describir las variables socio demográficas, culturales y familiares en las adolescentes.
- 2.- Identificar la prevalencia y los niveles de depresión post parto en las adolescentes
- 3.- Analizar la presencia de violencia intrafamiliar y sus dimensiones en las adolescentes puérperas



7. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal y analítico, ya que la información es recolectada sin cambiar el entorno y las variables, donde se empleó una encuesta solo una vez, en pacientes derechohabientes en Villahermosa, Tabasco. Se estratifico por cada dimensión las variables de violencia, sin embargo, la sola violencia no es el único factor que puede condicionar depresión posparto, pero si existe relación con otros factores que a continuación se describirán.

Población de Estudio:

Se incluyó a las pacientes adolescentes puérperas a partir de la edad de 15-19 años que acuden a consulta y área de hospitalización, con algún tipo o factor de riesgo para desencadenar depresión posparto, previa valoración de la encuesta de Cienfuegos que valora violencia intrafamiliar, derechohabientes en Villahermosa, Tabasco. A las cuales se les informó previamente los objetivos del estudio para poder realizar la encuesta previa autorización

7.1 Tamaño de la Muestra:

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo conformada por 67 puérperas adolescentes entre los 15 a 19 años que acudieron como derechohabientes en hospital general de Zona 46, en Villahermosa, Tabasco.



7.2 Criterios de selección:

7.2.1 De Inclusión:

1. Puérperas adolescentes con depresión postparto entre las edades de 15-19 años.
2. Puérperas adolescentes que acuden a consulta de primer nivel en el instituto mexicano del seguro social.
3. Que acepten las condiciones y el consentimiento informado

7.2.2 De Exclusión:

1. Puérperas adolescentes con impedimento del habla.
2. Pacientes con diagnóstico previo de depresión y/o tratamiento
3. Aquellas pacientes cuyas encuestas no fueron completadas.

7.2.3 HIPOTESIS:

- 1- Hipótesis alterna (H1): La violencia intrafamiliar se relaciona con la depresión posparto en las puérperas adolescentes
- 2- Hipótesis nula (H0): La violencia Intrafamiliar no se relaciona con la depresión posparto.



7.3 Procesamiento y análisis de información.

Para la recolección y procesamiento de los datos, en primer término se localizaron a las pacientes en el área de hospitalización, consulta externa y tococirugía del Hospital General de Zona 46, previo a la aplicación de las encuestas se les explicó a las pacientes el objetivo del estudio, de igual manera se les orientó sobre el llenado del cuestionario, posteriormente firmaron el consentimiento informado, si eran menores de edad se le explicaba de igual manera al familiar que se encontraba en ese momento, y se les daba el consentimiento informado especial para menores de edad, y las que eran mayores de edad se les daba el consentimiento informado para adultos que establece el Instituto Mexicano del Seguro Social. Posterior a la aceptación de participar en el estudio, procedieron a contestar el apartado de los datos sociodemográficos que consta de 10 preguntas, posteriormente se contestó la encuesta de Edimburgo donde también hay 10 ítems, y por último se contestó la escala de Cienfuegos para identificar violencia intrafamiliar y tipos de violencia.

Una vez obtenidos los datos de depresión de la escala original, se procedió a realizar la transformación de la variable a dicotómica, donde probable y en riesgo integraron a los pacientes con depresión (valor=1) y sin depresión (valor=0), a fin de obtener una estimación de la prevalencia observada.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, las escalas quedaron en violencia física, violencia sexual, violencia económica y violencia psicosocial.

Los datos que se obtuvieron de las respuestas del formato de recolección y se procesaron en el paquete estadístico SPSS, incluyendo variables de interés, demográficas, violencia intrafamiliar y depresión posparto, estas variables se agrupan de acuerdo a su valor nominal u ordinal y se procesaron a través del análisis de frecuencia, porcentajes.



Para el análisis de las variables principales, dependiente e independientes se empleó estadística analítica a través de χ^2 de Pearson.

7.4 Consideraciones éticas:

En la Declaración de Helsinki; Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del CIOMS y en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

1-En el presente estudio se obtuvo información que benefició no solo a las pacientes que participaron en el estudio, sino que nos mostró un panorama general de las estrategias de afrontamiento que se presentaron en las pacientes con depresión posparto y la necesidad o no de evaluarlas en el proceso salud-enfermedad de dicha patología. (Pauta 1, Artículo 3). Estudios como el presente se han realizado en otros países con resultados donde se ha documentado la importancia de las estrategias de afrontamiento con la relación que existe entre la violencia intrafamiliar y la depresión posparto.

2-La información solo se obtuvo por la aplicación de los instrumentos ya validados y aplicados en población mexicana que se mencionan en el protocolo de investigación, y que se aplicaron al sujeto de estudio. (Artículo 14).

3-El estudio solo se realizó cuando fue aprobado por el Comité de Evaluación Científica y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social y se obtuvo la autorización del Hospital General de Zona 46 (Declaración de Helsinki Párrafo 11).



4-Durante el estudio se respetó la dignidad y autonomía del sujeto de estudio, con protección a sus derechos, bienestar y confidencialidad de la información otorgada durante el estudio. (Pauta 2, Artículo 13, 16).

5-Se contó con el Consentimiento Informado por escrito del sujeto de investigación con por lo menos un testigo de la autorización para ser incluido en el estudio. Dicho consentimiento expuso el objetivo del estudio, los procedimientos que se usaron, propósitos de estos y los riesgos que implicó para el sujeto de estudio. Se aclararon todas las dudas que el sujeto tenga sobre el estudio, se corroboró que este haya entendido completamente el mismo; así como se expuso la libertad que tiene de poder retirar dicho consentimiento en caso de presentar algún inconveniente en la contestación de los instrumentos que se aplicaran (Pauta 4, 5,6; Artículos 18,20,21,22).

Los pacientes mayores de edad firmaron el consentimiento informado y las menores de edad se les apoyo con la firma de algún familiar presente en ese momento que fuera mayor de edad para la realización del estudio.

La información de las hojas de la recolección fue manejada de manera confidencial. Los resultados sólo serán usados con fines científicos.



8. RESULTADOS:

8.1 Características sociodemográficas, clínicas y familiares en las puérperas adolescentes del HGZ 46

En la tabla 1. Se puede observar que en la población estudiada predominaron las puérperas adolescentes originarias del Estado de Tabasco en el 92.5%. Estas pacientes presentan una edad promedio de 19 años, con una moda de 18 años, una mediana de 19 años, con una edad mínima de 15 años y una máxima de 19 años.

Tabla 1. Estados de procedencia de las puérperas adolescentes

Estados		
	f	%
Tabasco	62	92.50
Chiapas	1	1.50
Estado de México	2	3.00
Veracruz	2	3.00

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos n=67



En la tabla 2 se observa que la mayor proporción de mujeres proceden del municipio de Centro con el 53.7 %.

Tabla 2. Municipios de procedencia de las adolescentes puérperas

Municipios	<i>f</i>	%
Balancán	1	1.50
Cárdenas	3	4.50
Centla	9	13.40
Centro	36	53.70
Comalcalco	3	4.50
Huimanguillo	1	1.50
Jalapa	1	1.50
Jalpa de Méndez	4	6.00
Tacotalpa	2	3.00
Teapa	2	3.00
Total	62	92.50

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos n=67

En la población bajo estudio se observó que las adolescentes en su mayoría, tienen el nivel educativo de preparatoria con el 41.8%, se dedican a las labores del hogar el 49.3%, viven con una pareja estable el 83.6%, residen en la vivienda de sus padres el 56.7%, dependen económicamente de su pareja el 59.7%, viven dentro de una familia extensa el 55.2 % y la mayoría de las adolescentes se encuentran en el puerperio inmediato con el 89.6%.

TABLA 3. Características Sociodemográficas, familiares y clínicas en puérperas adolescentes

Sociodemográficas		<i>f</i>	%
Nivel Educativo	Primaria	5	7,5
	Secundaria	22	32,8
	Preparatoria	28	41,8
	Universidad	12	17,9
	Total	67	100,0
Ocupación	Hogar	33	49,3
	Empleada	9	13,4
	Estudiante	25	37,3
	Total	67	100,0
Estado Civil	Unida	56	83,6



	desunida	11	16,4
	Total	67	100,0
Vivienda	Independiente con su pareja	29	43,3
	Dependiente de familiares	38	56,7
	Total	67	100,0
Ingreso Económico	Ayuda familiar	18	26,9
	Salarios de la pareja	40	59,7
	Negocio propio	9	13,4
	Total	67	100,0
Tipología Familiar	Familia extensa	37	55,2
	Familia nuclear	30	44,8
	Total	67	100,0
Características Clínicas	Puerperio Inmediato	60	89,6
	Puerperio Mediato	4	6,0
	Puerperio Tardío	3	4,5
	Total	67	100,0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos n=67

8.2 Prevalencia y niveles de Depresión en puérperas adolescentes, HGZ 46.

En la tabla 4 se describen las cifras que se obtuvieron en las adolescentes estudiadas, no se observó depresión en el 65.7%, sin embargo, la depresión posparto estuvo presente en el 34.3% de ellas.

Tabla 4. Depresión posparto en puérperas adolescentes en Hospital General de Zona 46, Tabasco.

Depresión	f	%
Con depresión	23	34.30
Sin depresión	44	65.70
Total	67	100.00

Fuente: Cuestionario de Edimburgo aplicado a 67 puérperas adolescentes.



3. Violencia intrafamiliar y sus dimensiones en las adolescentes puérperas.

En la tabla 5, se muestra que, del total de las puérperas adolescentes, presentaron violencia intrafamiliar el 23.9% de ellas.

Tabla 5. Puérperas adolescentes que sufren Violencia Intrafamiliar.

Violencia intrafamiliar	f	%
Sin violencia Intrafamiliar	51	76.1
Con Violencia intrafamiliar	16	23.9
Total	67	100.0

Fuente: Escala de Cienfuegos a 67, Hospital General de Zona 46, IMSS, Tabasco.

Posteriormente, en la tabla 6, se describen las escalas de violencia que fueron identificadas en las puérperas adolescentes. En la mayoría se identificó violencia.

Se observó a las adolescentes que presentaron violencia económica con el 20.9% y sin violencia económica el 79.1%, de las adolescentes estudiadas presentaron violencia sexual 19.4% de ellas, las que sufrieron violencia física tienen el 73.1 %, las cuales si sufren violencia física con el 26.9% y de las adolescentes que sufren violencia psicosocial no se observó en el 80.6% sin embargo se presentaron con violencia psicosocial el 19.4%.



Tabla 6. Dimensiones de Violencia Intrafamiliar de las adolescentes puérperas

Dimensiones de Violencia		f	%
Violencia Física	Con	18	26.9
	Sin	49	73.1
	Total	67	100
Violencia Económica	Con	14	20.9
	Sin	53	79.1
	Total	67	100
Violencia Sexual	Con	13	19.4
	Sin	54	80.6
	Total	67	100
Violencia Psicosocial	Con	13	19.4
	Sin	54	80.6
	Total	67	100

Fuente: Escala de Cienfuegos a 67, Hospital General de Zona 46, IMSS, Tabasco.

1.1 Análisis Bivariado

En el *Cuadro 1* se observó que existe relación entre la violencia intrafamiliar y depresión posparto, con una X^2 de 7.40 y un valor de $p= 0.007$, estadísticamente significativo, lo que indica que nuestra hipótesis alterna es aceptada, por lo tanto, podemos afirmar que hay una probabilidad mayor al 99 % de que haya asociación entre las dos variables.



Cuadro 1. Violencia intrafamiliar y depresión adolescentes puérperas del Hospital General de Zona 46.

Violencia intrafamiliar	Depresión posparto				X ²	gl	P
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Si	10	62.5	6	37.7			
No	13	25.5	38	74.5	7.40	1	.007
Total	23		44				

Fuente: Encuesta de Cienfuegos y Edimburgo $n= 67$.

En el Cuadro 2 se puede observar que del grupo de las pacientes que presentaron depresión el mayor porcentaje tiene el nivel de secundaria, con una X^2 de 5.205 y un valor de $p= 0.157$ lo cual no fue estadísticamente significativo.

2. Nivel escolar de las adolescentes puérperas y depresión posparto

Nivel Escolar	Depresión posparto				X ²	gl	P
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Universidad	5	41.7	7.0	58.3			
Preparatoria	6	21.4	22.0	78.6	5.205	3	.157
Secundaria	11	50.0	11.0	50.0			
Primaria	1	20.0	4.0	80.0			

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficas y clínicos $n= 67$



3. Edad de las puérperas adolescentes del Hospital General de zona. IMSS.

En el *cuadro 3* se puede observar que de las puérperas afectadas con depresión posparto la mayoría tenían 19 años con el 35.3 %, con una X^2 9.828 y una $p = .043$ lo cual fue estadísticamente significativo.

Edad	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
15	2	100	0	0			
16	0	0	5	100	9.828	4	.043
17	1	11.1	8	88.9			
18	8	47.1	9	52.9			
19	12	35.3	22	64.7			
Total	23		44				

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficas y clínicos $n = 67$



En el *cuadro 4* se puede observar que las pacientes que presentaron depresión el mayor porcentaje se dedican a las labores del hogar con una χ^2 de 0.677 y un valor de $p= 0.713$ lo cual no fue estadísticamente significativo.

4. Ocupación de cada paciente adolescente puérpera y depresión posparto:

Ocupación	Depresión posparto				χ^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Estudiante	9	36.0	16	64			
Empleada	4	44.4	5	5	.677	2	.713
Hogar	10	30.3	23	23			
Total	23		44				

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficas y clínicos $n= 67$.



En el *Cuadro 5* se puede observar que, de las adolescentes, que presentaron mayor porcentaje de depresión posparto fueron las unidas, con una X^2 de 0.291 y un valor de $p= 0.590 > 0.05$ lo cual no fue estadísticamente significativo.

5. Estado civil de las adolescentes puérperas y su relación con depresión posparto.

Estado Civil	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Desunida	3	27.3	8	72.7			
Unida	20	35.7	36	64.3	2.91	1	.590
Total	23		44				

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficas y clínicos $n= 67$.



En el Cuadro 6 se puede observar que las adolescentes que presentaron mayor porcentaje de depresión posparto estaban en el puerperio inmediato, con una X^2 de 7.856 y un valor de $p= 0.020$, < a 0.05, lo cual fue estadísticamente significativo.

Cuadro 6. Tiempo de puerperio de las adolescentes y su relación con depresión posparto:

Tiempo de Puerperio	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Tardío	3	100	0	0			
Mediato	0	0	4	100	7.856	1	.020
Inmediato	20	33.3	40	66.7			
Total	23		44				

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficas y clínicos $n= 67$.



En el Cuadro 7 se puede observar que las adolescentes que presentaron mayor depresión posparto fueron las que tienen un negocio propio, con una X^2 de 3.470 y un valor de $p = 0.176 > 0.05$, lo cual no fue estadísticamente significativo.

Cuadro 7. Ingresos económicos de las adolescentes puérperas y depresión posparto:

Ingreso Económico	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Negocio Propio	4	44.4	5	55.6			
Salario de Pareja	16	40.0	24	60.0	3.470	2	.176
Ayuda Familiar	3	16.7	15	83.3			
Total	23		44				

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficas y clínicos $n = 67$.



En el Cuadro 8 se puede observar que, en base a la tipología familiar, las adolescentes que presentaron mayor depresión posparto fueron las que viven dentro de una familia extensa, con una X^2 de 0.24 y un valor de $p= 0.543$ lo cual no fue estadísticamente significativo.

Cuadro 8. Tipología Familiar al que pertenecen las adolescentes puérpera y su relación con depresión posparto.

Tipología Familiar	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Familia Nuclear	10	33.3	20	66.7			
Familia extensa	13	35.1	24	64.9	0.24	1	.543
Total	23		44				

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficas y clínicos $n= 67$.



En el Cuadro 9 se puede observar que las adolescentes con violencia psicosocial presentaron mayor depresión posparto con el 61.5%, con una X^2 de 5.297 y un valor de $p=0.021 < 0.05$, lo cual fue estadísticamente significativo.

Cuadro 9. Violencia psicosocial en puérperas adolescentes y su relación con depresión posparto:

Violencia Psicosocial	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Con	8	61.5	5	38.5			
sin	15	27.8	36	72.2	5.297	1	.021
Total	23		44				

Escala de Cienfuegos y escala de Edimburgo $n=67$ pacientes



En el *Cuadro 10* se puede observar que las adolescentes con violencia física presentaron mayor porcentaje de depresión posparto en el 61.1%, con una X^2 de 7.831 y un valor de $p= 0.005$ lo cual fue estadísticamente significativo.

CUADRO 10. Violencia física en púerperas adolescentes y depresión posparto:

Violencia física	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Con	11	61.1	7	38.9			
sin	12	24.5	37	75.5	7.831	1	.005
Total	23		44				

Escala de Cienfuegos y Edimburgo n=67 pacientes



En el *Cuadro 11* Se puede observar que las pacientes con violencia económica presentaron una relación con depresión posparto de 64.3 %, con una X^2 de 7.045 y un valor de $p= 0.008$ lo cual fue estadísticamente significativo.

CUADRO 11. Violencia económica en puérperas adolescentes y depresión posparto:

Violencia Económica	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Con	9	64.3	8	35.7			
Sin	14	26.4	36	73.6	7.045	1	.008
Total	23		44				

Escala de Cienfuegos y Edimburgo $n=67$



En el *cuadro 12* Se puede observar las puérperas adolescentes con violencia sexual en su relación de pareja, presentaron mayor depresión posparto con el 61.5 %, con una X^2 de 5.297 y un valor de $p= 0.026$ lo cual fue estadísticamente significativo

Tabla 12. Violencia sexual en las puérperas adolescentes y depresión posparto

Violencia Sexual	Depresión posparto				X^2	gl	p
	Con		sin				
	f	%	f	%			
Con	8	61.5	5	38.5			
sin	15	27.8	39	72.2	5.297	1	0.026
Total	23		44				

Escala de Cienfuegos y Edimburgo n=67



9. DISCUSIÓN:

Los resultados de este estudio revelan que la depresión posparto se relaciona con la violencia intrafamiliar, es decir, las adolescentes con violencia intrafamiliar tienen mayor riesgo de presentar depresión posparto, resultado que es similar a lo reportado por Noor A, et al, en Malasia y Adamu A, Adinew Y, en Etiopia.

Respecto a las características sociodemográficas en nuestro estudio la edad se asoció a mayor riesgo de presentar depresión en las pacientes con esto civil que están unida, así como las adolescentes que tienen como profesión el hogar dato que es similar a lo reportado por Gallati A, en Venezuela.

Y difieren de lo observado por Urdaneta Machado respecto a las adolescentes no son susceptibles de padecer depresión posparto como las adultas el autor difiere de lo que observo ya que hay mayor prevalencia en las puérperas adultas porque son más susceptibles a padecer violencia por la pareja , lo cual difiere con Mbawa A, Widmar J, et, al donde ellos demuestran evidencia de una prevalencia significativa de depresión posparto (PPD) entre madres adolescentes que entre madres adultas donde se mostró una asociación significativa como el abandono de un compañero, malas relaciones entre familiares, inseguridad social, embarazo no deseado , algún tipo de violencia, falta de un integrante de la familia. En nuestro estudio podría explicarse que las adolescentes si experimentan depresión posparto y otros tipos de violencia, como es la violencia sexual, económica y social.



El resultado de las pacientes que presentaron mayor depresión conforme a la edad fueron el rango de 19 años, lo cual difiere con Gallat A, et al, donde ellos demuestran que la mayor prevalencia fue en mujeres de 20 años, se puede explicar esto ya que ellos tomaron pacientes de 14 años a 38 años de edad.

De acuerdo a los resultados de las escalas de Edimburgo Y Cienfuegos de nuestro estudio encontramos que es factor de riesgo la Violencia intrafamiliar o de cualquier tipo para desencadenar depresión semejante a lo ya descrito en 2017 por Noor A.

El grupo de edad en nuestro estudio se encuentra con mayor frecuencia de 17 -19 años lo que difiere de lo analizado por Lara et al donde asocian síntomas depresivos y factores psicosociales y percepción de la autoeficacia materna en madres adolescentes, en el rango de edad de 15-19 años.

Obtenemos en este estudio que si existe la relación de violencia intrafamiliar con depresión posparto similar a lo que dice Noor A. en Malassia donde encontró una gran prevalencia de depresión posparto debido a violencia por la pareja, violencia económica, sexual y psicosocial.



10. CONCLUSIONES

En nuestro estudio la mayoría de las puérperas adolescentes son del municipio Centro, unidas, con grado de estudio la preparatoria, ubicadas dentro del rango de edad de 19 años.

En la evolución de puerperio el mas afectado fue el periodo inmediato.

La tipología Familiar más afectada fue la familia extensa.

Las formas de violencia de pareja más afectadas identificadas fueron la violencia física y económica.

De Las embarazadas adolescentes estudiadas la cuarta parte de ellas presentó depresión posparto.

Las adolescentes detectadas con violencia física, presentaron un mayor riesgo de padecer depresión posparto.

De esta manera podemos concluir que es necesario tomar acciones para un diagnóstico oportuno de la violencia intrafamiliar.



11. RECOMENDACIONES

- 1- Detección por médicos familiares de la violencia intrafamiliar en las consultas prenatales de primer nivel a las adolescentes para evitar sus consecuencias.
- 2- Detectar depresión en el puerperio inmediato.
- 3- Capacitar a los médicos familiares para el abordaje de esta patología
- 4- Dar a conocer el conocimiento de las consideraciones éticas para el manejo de la violencia de pareja, la utilización de instrumentos que permitan la identificación rápida y adecuada de los casos,
- 5- Formular las intervenciones y continuación de la investigación sobre el tema, con un abordaje enfocado a médicos de familia, donde es más común ver el contacto en primer nivel con las pacientes adolescentes durante el control prenatal, de igual manera se puede hacer un abordaje psicoprofiláctico, también detectar los casos de violencia.
- 6- Es necesario aplicar estos instrumentos de manera permanente en los servicios para detectar y remitir en los casos que la situación lo amerite, y por otro lado realizar seguimiento de las mujeres que muestren puntuaciones altas, en las dimensiones de la escala de depresión posparto, y violencia intrafamiliar con el propósito de profundizar en el estudio de esta problemática.



12. ANEXOS: ANEXO 1:

Tabla de Variables:

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE /ESCALA DE MEDICION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CODIFICACION	ESTADISTICO
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Nominal Se evaluará la agresión sufrida por parte de algún miembro de la familia mediante una encuesta, donde se obtienen puntos como agresión o violencia física.	La OMS define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.	Escala de Cienfuegos	Si () No ()	Cuantitativa Frecuencia porcentajes
DEPRESIÓN	Nominal Se valorará por medio de una encuesta llamada Edimburgo. Donde se interpretarán los resultados como leve,	Es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de	Escala de Edimburgo	Si () No ()	Cuantitativa Frecuencia porcentajes



	moderado y severo	sueño o apetito, y mala concentración.			
NIVEL SOCIOECONOMICO	Nominal Se evaluará con un cuestionario socio demográfico, donde también se abarca el estado económico donde se encuentra la paciente.	Medida total, donde se valora la economía, estado social, basado en ingresos, educación y empleo	Cuestionario socio demográfico	Bajo () Medio () Alto ()	Porcentaje
ESTADO CIVIL	Nominal Se evaluará con una encuesta socio demográfica donde abarca el estado civil	Según el código civil; Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cuestionario socio demográfico	Soltera, casada, unión libre, viuda.	Cuantitativa
ESCOLARIDAD	Nominal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cuestionario socio demográfico	Primaria, secundaria, bachillerato o universidad	Porcentaje
ADOLESCENTE	Nominal	Es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta y comprende las edades de 10 - 19 años	Rango de edad 15-19 años de edad.	15-19 años	Cuantitativa Frecuencia porcentajes



ANEXO 2:

(Cuestionario socio demográfico)

1. Mencione Estado, Municipio y localidad donde se ubica su hogar y familiares:

2. edad: _____ ocupación: _____ nivel escolar _____

Estado civil _____

3. Composición Familiar:

Cuántas personas viven en su casa _____

Cantidad de cuartos para dormir _____

Quiénes viven en la casa: a) madre b) padre c) hermanos d) esposo e) hijos f) otros

4. situación económica:

Tiene ingresos personales : si _____ no _____

Porque vía llegan los ingresos económicos: ayuda familiar _____ salarios _____ seguro social _____ por cuenta propia _____ jubilación _____

5. Su vivienda es:

*Propia y totalmente pagada

*Propia y la están pagando

*Rentada y/o alquilada

*Prestada

6. Tipo de vivienda familiar:

*Casa independiente

*Departamento

*Cuarto en vecindad

*Anexa a casa



12.1 Instrumentos de recolección:

ESCALA DE EDIMBURGO

Conteste a las 10 preguntas marcando con *número* por cada ítem, según el siguiente criterio:

1. Raramente 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Siempre

Por favor marque con (X) la columna adecuada	Raramente	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1-(1) He sido capaz de reírme y ver el lado bueno a las cosas				
2-He disfrutado mirar hacia delante				
3-Cuando las cosas han salido mal, he culpado a mí misma				
4- He estado nerviosa o inquieta sin tener, nunca motivo				
5-He sentido				



miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:				
6- Las cosas me han estado abrumando				
7-Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir				
8-Me he sentido triste o desgraciada:				
9- Me he sentido tan desdichada que he estado llorando				
10-Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño				



ANEXO 3:

Escala de Cienfuegos:

	1)NUNCA	2)ALGUNA VEZ	3)VARIAS VECES	4)MUCHAS VECES
1. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable				
2. Mi pareja me ha empujado con fuerza				
3. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que quiere				
4. Mi pareja me critica como amante				
5. Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales				
6. Mi pareja vigila todo lo que yo hago				
7. Mi pareja me ha dicho que soy feo o poco atractivo				



8. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales.				
9. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades				
10. Me molesta que mi pareja gaste su propio dinero				
11. He exigido a mi pareja me dé explicaciones detalladas de la forma en que gasta el dinero				
12. Mi pareja ha amenazado con dejarme				
13. He tenido miedo de mi pareja				
14. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales				
15. Mi pareja se molesta con mis éxitos y mis logros				
16. Mi pareja me ha golpeado				
17. Mi pareja me prohíbe trabajar				



o seguir estudiando				
18. Mi pareja me agrade verbalmente si no cuido a mis hijos como él/ella piensa que debería ser				
19. Mi pareja se enoja si no atiendo a mis hijos como él/ella piensa que debería ser				
20. Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da				
21. Mi pareja se enoja si no está la comida, trabajo, etc. cuando él/ella cree				
22. Mi pareja se pone celoso(a) y sospecha de mis amistades				
23. Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta				
24. Mi pareja me chantajea con su				



dinero				
25. Mi pareja ha llegado a insultarme				
26M. Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa				
27.Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo				

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROS SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Nombre del estudio	Violencia intrafamiliar en adolescentes y depresión postparto en derechohabientes del IMSS
Patrocinado externo	Ninguno
Lugar y Fecha	
Número de registro	
Justificación y objetivo del estudio	La depresión postparto tiene una trascendencia que afectan seriamente la salud de la madre y del recién nacido; se observa que en nuestro medio, existe una falta de información tanto de la frecuencia con que se presenta como del grado de relación existente entre ellas.
Procedimientos	Aplicación de encuestas
Posibles riesgos y molestias	Incomodidad al contestar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	Mejorar la calidad de vida y diagnostico oportuno
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	Se proporcionara información actualizada sobre tratamiento
Participación o retiro	Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones
Privacidad y confidencialidad	Salvaguardaremos sus datos de Privacidad y Confidencialidad
En caso de colección de material biológico	<input type="radio"/> No Autorizo que se me tome la muestra <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes	Usted está protegido en caso de alguna reacción medica
Beneficio del estudio en cuestión	Mejorar la atención medica de los pacientes
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable	Dra. María Evelin Martínez Cortes
Colaboradores	MC Connie Nohemi Jiménez Gutierrez

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 4º piso bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F. C.P. 06720, Teléfono (55)56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision_etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo a las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio
En caso de contar con patrocinio externo el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave 2810 - 009 - 013
Clave: 2810 - 001 - 00



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



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

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Violencia intrafamiliar en adolescentes y depresión postparto en derechohabientes del Hospital General de Zona 46.

Número de registro institucional: _____

Objetivo del estudio y procedimientos: La depresión postparto tiene una trascendencia que afectan seriamente la salud de la madre y del recién nacido; se observa que, en nuestro medio, existe una falta de información tanto de la frecuencia con que se presenta como del grado de relación existente entre ellas.

Hola, mi nombre es Connie Nohemi Jimenez Gutierrez y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la violencia intrafamiliar y depresión posparto en las adolescentes y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en: Contestar dos encuestas en total anonimato.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si no quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____



¹ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados de la encuesta Intercensal 2015. 2016. Recuperado en junio de 2016. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espano/lbvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf.

³Morelo, Urdaneta/Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes/ Revista chilena de ginecología y obstetricia /2014.

⁴Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. 07 de julio de 2015, de: <http://www.dof.gob.mx/2015/> Atención para la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y del recién nacido.

⁵Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J, Long-Bellil LM, Smeltzer SC, Barton BA. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. *Matern Child Health J.* 2015;19(2):362-72 Proyecto

⁶Rojas, Méndez, Montero. La salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *promoc. salud.*, Volumen 21, No.1, enero - junio 2016, págs. 52 - 62

⁷Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894.

⁸ Bustos S, Jiménez N, Factores de riesgo asociados a la depresión posparto, en mujeres que asisten a consulta de primer nivel en la ciudad de Arica, Chile. Universidad de Tarapacá Chile, *Revista psiquiatría y salud mental* no. 1 ,2017, 38-49.



- ⁹ Romero Daniela, Orozco Luz Adriana, Ybarra José Luis. Sintomatología depresiva en el posparto y factores psicosociales afectados. Rev Chil Obstet Ginecol 2017; 82(2): 63-73
- ¹⁰ Arrom Suhurt CH, Routi M, Samudio M, Orue E, Arrom CM. Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. 2015;13(3):82-7.
- ¹¹ Vásquez Plascencia, Guivelly A, Rodríguez Díaz, Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factor de riesgo de depresión puerperal. Cajamarca, Perú. Revista USCV. 2017
- ¹² Martínez – ortega J, Hernández de la cruz A. Violencia contra las mujeres en el estado de Campeche. Campeche. Revista Limar, Estudios sociales y humanísticos. 2016 .
- ¹³ organización Mundial de la Salud /(internet) 2016, disponible en; <http://www.who.int/topics/violence/es>.
- ¹⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales de resultados Intercensal 2016:
http://contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/productos.pdf.
- ¹⁵ Lafaurie-Villamil, Cuadros-Salazar L, García Bocanegra P, Violencia en la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. Cúcuta , Colombia. Universidad del bosque 2015.
- ¹⁶ instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Estadística a propósito sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 2017
- ¹⁷ Lafarga Corona J, Validación de dos escalas para la validación de violencia por la pareja. México. Universidad Iberoamericana .2014.; 25-72.



- ¹⁸Vásquez Plascencia, Guivelly A, Rodríguez Díaz, Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factor de riesgo de depresión puerperal. Cajamarca, Perú. Revista USCV. 2017
- ¹⁹Pisconte F, Correa A, Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo de depresión posparto, Perú, Universidad Privada de Antenor Orrego, 2016.
- ²⁰Cienfuegos M, Ivet Y, Validación de dos versiones cortas para evaluar violencia en la relación de pareja, México, Psicología Iberoamericana, 2014, pp.62-71.
- ²¹Cortés Claudia, Rivera Sofia, Castro Elga, Rivera Leonor. Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública ,2017
- ²² Mejía C, Delgado M, Mostto F, Torres R. Maltrato durante el embarazo adolescente, Perú, Universidad privada de Antenor Orrego,2018.
- ²³ Adamu A, Adinew. La violencia domestica como factor de riesgo para depresión posparto en mujeres etíopes. Etiopia. Clinical practice and epidemiology in mental health, 2018.
- ²⁴ Mbawa A, Widmar J, Chingwarun C, Depresión posparto en madres adolescentes. Malasia.2018
- ²⁵ Noor A, Slim U, Rosman A, Mojamed M, Chan Ying Y. La depresión posparto y la violencia infligida por la pareja. Malasia.2017
- ²⁶ Lara y Patiño. Asociación entre síntomas depresivos y factores psicosociales y percepción de la autoeficacia materna en madres adolescentes. Ciudad de México .2017
- ²⁷ Rodríguez A, May L, Carrillo M, en Yucatán. Prevalencia y los factores asociados de depresión posnatal en pacientes de la institución de salud en Mérida, Yucatán.2017



²⁸ Ramírez-Meza y Cruz-Bello et al. Depresión postparto en madres adolescentes. Ciudad de Mexico.2015

²⁹ Gallanti A, Mancado C, Sosa M. Asociación de depresión posparto y factores sociodemográficos, Venezuela, 2015

³⁰ L. Molero y Urdaneta Machado et al; Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adulta. Chile.2015

³¹ Lara y Navarrete. Prevalencia e incidencia de depresión perinatal y síntomas depresivos en mujeres mexicanas. Mexico.2014

³² Venkatesh y Zlotnick, et al: Exactitud de evaluar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Massachusetts.2014

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.