



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

**INDICADORES DE PÉRDIDA DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL EN PACIENTES
EMBARAZADAS**

MONTSERRAT GALARRAGA ROBLEDO

DIRECTOR CLÍNICO
DR. ROBERTO ARTURO CASTILLO REYTHYER

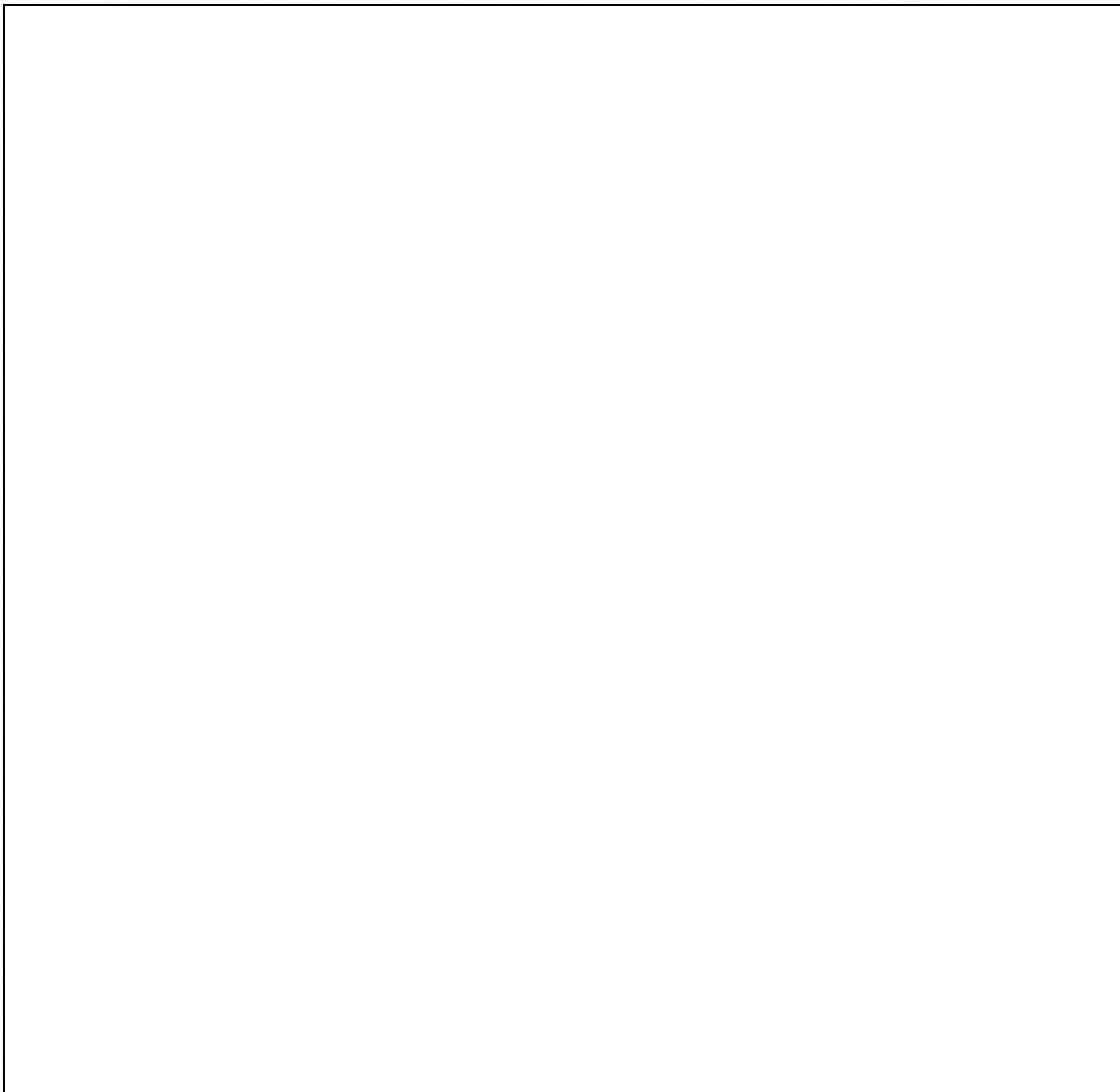
DIRECTOR METODOLÓGICO
M. EN C. ANAMARÍA BRAVO RAMÍREZ

MARZO 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TÍTULO DE TESIS
**INDICADORES DE PÉRDIDA DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL EN PACIENTES
EMBARAZADAS**

PRESENTA
MONTSERRAT GALARRAGA ROBLEDO





Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia



RESUMEN

La pérdida del bienestar psico-social que incluye la depresión, violencia e insatisfacción con la vida, se presentan en un porcentaje considerable de las pacientes embarazadas, en los que existe dificultad para su diagnóstico y abordaje por la similitud a los síntomas propios del embarazo o por la falta de manifestación por parte de las pacientes y de indagación por parte del personal de salud y que de no hacerlo oportunamente, puede llevar a graves complicaciones tanto en la madre como en el hijo. **Objetivos:** Evaluar la relación que hay entre los factores de riesgo y los indicadores de pérdida del bienestar psicosocial en las pacientes embarazadas durante el periodo perinatal para su diagnóstico oportuno. **Sujetos y métodos:** Este estudio transversal analítico, se llevó a cabo en 309 pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional, a quienes se les realizaron encuestas escritas, buscando datos de pérdida del bienestar psico-social (depresión, violencia y grado de satisfacción de vida) durante su atención en consulta de obstetricia o en urgencias de maternidad en noviembre del 2019, buscando su asociación a factores de riesgo. **Resultados:** La prevalencia de depresión fue del 16.8%, violencia 3.2% e insatisfacción con la vida del 12.9%, el 25% de las pacientes deprimidas presentaban pensamientos de autolesión, en cuanto a la asociación con los factores de riesgo encontramos que, un embarazo no deseado y tener un menor nivel educativo aumentan el riesgo de presentar depresión y para insatisfacción de vida se asoció con adolescencia, no tener pareja y ser primigesta. **Conclusiones:** Para la práctica médica actual, se debe tener especial consideración en la probabilidad de depresión, violencia e insatisfacción con la vida en mujeres embarazadas que presentan estos factores de riesgo, por lo que se recomienda realizar el tamizaje al iniciar su control prenatal y cada trimestre para un adecuado seguimiento. Una mejor comprensión de los factores que aumentan el riesgo de pérdida del bienestar psico-social puede contribuir a lograr este objetivo, y con tan solo dedicar 5 minutos en la aplicación de las encuestas se podrá ofrecer un mejor resultado perinatal.



DEDICATORIAS

A mi familia.

A mi papás, Ramón y Tere que siempre estuvieron al pie del cañón, al lado mío; apoyándome en todas las decisiones que fui tomando en este largo camino.

A mis hermanos Miguel, Iñaki y Ramón que son y seguirán siendo mi respaldo, con quienes me siento segura y protegida.

A mis sobrinos que me dan esa alegría extra tan necesaria.

A ti coco, que eres mi pilar más grande, que por ti y gracias a ti, he llegado hasta aquí, por creer en mí y por qué también has tenido que sacrificar junto a mi tantas cosas, pero que cuando quise flaquear tu no me dejaste y doy gracias a Dios de tenerte a mi lado.

Pero sobre todo a ti Olivia, que llegaste a completar mi felicidad, a cerrar con broche de oro este ciclo y que eres mi motor para todo lo venidero.



AGRADECIMIENTOS

Le doy un agradecimiento especial al Conacyt y a todos los miembros del departamento de enseñanza de la Facultad de Medicina quienes permitieron y apoyaron durante mi formación en este posgrado.

A mis maestros, que les agradezco haberme compartido un poco de su conocimiento y experiencia en virtud de mi aprendizaje.

A mis compañeros de generación y de las otras, que se convirtieron en mis amigos y de quienes también aprendí y compartí muchas experiencias, gracias por hacer más llevadera la residencia.

Y definitivamente agradezco al hospital central y a sus pacientes por que se convirtió en mi segunda casa, y que me permitió aprender tanto de él.

ÍNDICE

RESUMEN.....	II
DEDICATORIAS.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
ANTECEDENTES.	1
JUSTIFICACIÓN.	10
HIPÓTESIS.	12
OBJETIVOS.	12
SUJETOS Y MÉTODOS.	13
Cuadro de Variables:	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	15
ÉTICA.....	16
RESULTADOS.	17
DISCUSIÓN.....	30
LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.	37
ANEXOS.	43

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro de variables	13
Cuadro 1. Características generales	16
Cuadro 2. Bienestar psico-social	20
Cuadro 3. Factores de riesgo para depresión	21
Cuadro 4. Variables para insatisfacción	23

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad	17
Gráfica 2. Escolaridad	18
Gráfica 3. Número de embarazo	18
Gráfica 4. Lugar de origen	19
Gráfica 5. Puntaje de Escala de Edimburgo en depresión	22
Gráfica 6. Puntaje de Escala de Diener en depresión	22
Gráfica 7. Edad y satisfacción	24
Gráfica 8. Num de embarazos y satisfacción	24
Gráfica 9. Puntaje de Escala de Edimburgo en satisfacción	25
Gráfica 10. Puntaje de Escala de Diener en satisfacción	25
Gráfica 11. Correlación de Spearman entre depresión y satisfacción	28

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

EPDS: Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo.

PVS: Escala de violencia en pareja.

CTS: Escala de tácticas de conflicto.

SWSL: Escala de satisfacción de vida de Diener.

LISTA DE DEFINICIONES

Depresión perinatal: Periodo que va desde el embarazo y hasta 12 meses posterior al parto y hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados que se presentan de manera continua y severa.

Violencia: uso intencional de la fuerza física o el poder, amenazado o real, contra uno mismo, o contra un grupo o comunidad que resulta o tiene una alta probabilidad de resultar en lesiones, muerte, daño fisiológico, mal desarrollo o privación.

Satisfacción con la vida: el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva, comparando lo que ha conseguido, sus logros con lo que esperaba obtener, sus expectativas.

ANTECEDENTES.

El embarazo es un estado en el que las mujeres experimentan importantes cambios físicos, psicológicos y sociales. La actitud y el temor acerca del embarazo, el parto y la futura maternidad pueden mostrar alteraciones considerables en cuanto más avanza el embarazo. Además de estos cambios intrapersonales, pueden producirse cambios en la relación con la pareja, amigos y familiares. Por lo que se ha tratado de identificar los factores asociados con el bienestar en el embarazo.

El bienestar se puede definir como un funcionamiento físico y mental adecuado. Se ha demostrado que el bajo apoyo social, la baja satisfacción laboral y los factores estresantes diarios ejercen una influencia negativa en el bienestar materno, mientras que los factores positivos son edad materna avanzada y un empleo remunerado.

La alteración en el bienestar durante el embarazo puede estar asociado con un aumento de las complicaciones intraparto y anteparto. Por lo tanto, la identificación de los factores asociados con la disminución del bienestar en el embarazo tiene importantes implicaciones teóricas y clínicas. (1)

Es decir, en el embarazo, parto y puerperio se entrecruzan e interrelacionan múltiples elementos, además de los biológicos, y observamos con frecuencia factores psicológicos y sociales que influyen de una manera relevante en su desarrollo. El tener en cuenta estos factores es de gran importancia ya que no sólo intervienen en las situaciones actuales, sino que determinan también experiencias futuras de la vida de la mujer, como partos posteriores e incluso vínculos familiares de los que la relación madre-hijo es la que más nos preocupa. En las mujeres más vulnerables o en situaciones difíciles los procesos del embarazo, parto y puerperio pueden suponer una etapa de crisis importante en su vida, hecho que hay que tener en cuenta cuando se desarrollen Programas de Prevención en la Comunidad. (2)



Uno de los principales indicadores de pérdida del bienestar psicosocial, es la depresión que se encuentra entre las morbilidades más comunes durante el embarazo y el período posparto. En general, se estima que hasta el 20% de las madres experimentarán un episodio depresivo menor o mayor. (3)

La prevalencia de depresión durante el embarazo, según la revisión sistemática realizada por el colegio americano de ginecología y obstetricia, es de 7.4% durante el primer trimestre, 12.8% en el segundo y 12% en el tercer trimestre. (4)

La depresión perinatal es un periodo que va desde el embarazo y hasta 12 meses posterior al parto y hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados que se presentan de manera continua y severa. (5)

En general, la conciencia que rodea a la depresión materna es limitada, así como poco estudiada, infra-diagnostica y se le suma un importante estigma social. Por lo tanto, las mujeres en riesgo rara vez se identifican mediante procedimientos de detección durante las visitas prenatales o postnatales. (6). Y se asocia con efectos adversos importantes para la madre, su hijo y toda la familia. Los trastornos de este espectro están relacionados con un aumento del riesgo de suicidio, deterioro del vínculo madre -hijo, infanticidio, problemas maritales o retraso en el desarrollo infantil. (7)

Desde la perspectiva de salud pública y global, el tema de la depresión materna también es de gran importancia. En primer lugar, los datos epidemiológicos indican una prevalencia sustancial de depresión materna en todo el mundo (4). En segundo lugar, esta condición puede determinar en gran medida la vida del recién nacido con aspectos negativos para la infancia (8) y la adolescencia (9). Aunque en los países de bajos ingresos, los problemas de salud mental materna se descuidan gravemente siendo preocupante, ya que la depresión puede ser un



factor de riesgo adicional para el crecimiento y desarrollo deficientes en niños pequeños (10).

Y, por último, el riesgo de depresión materna se incrementa en las mujeres pertenecientes a una población minoritaria o en mujeres que viven en circunstancias especiales (11). Por lo tanto, se debe aumentar la conciencia entre la población y los prestadores de atención médica para su diagnóstico oportuno.

Los criterios para el diagnóstico de depresión son los mismos, independientemente del estado del embarazo; sin embargo, la depresión a menudo se pasa por alto, ya que los síntomas de la depresión son similares a las experiencias somáticas asociadas al embarazo.

Los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en el embarazo incluyen apoyo social insuficiente, vivir solos, discordia conyugal, tener un embarazo no deseado o tener varios hijos (12). La edad es un factor de riesgo para la depresión durante el embarazo; hasta el 26% de las adolescentes embarazadas desarrollan depresión mayor. Entre otros factores de riesgo es ser soltera, tener tres o más hijos previos a este embarazo y tabaquismo. Y el nivel de educación y el trimestre de inicio de atención prenatal no se asocian con la depresión clínicamente identificada. (13) Además, una historia personal o familiar de enfermedad afectiva también predispone a la depresión durante el embarazo. (14)

Las embarazadas cursando depresión tienen más probabilidades de consumir alcohol, sustancias ilícitas y tabaco, peor nutrición, menor adherencia a la atención prenatal óptima y de reconocer o informar los signos de alarma del parto, además de que se asocia a un mayor riesgo de sufrir un episodio de depresión postparto en un 50-62%. (15)



Según la Declaración de Consenso de la Asociación Nacional de Depresión y Depresión Maniaca (DMDA), el 15% que no reciben tratamiento para su cuadro depresivo durante el embarazo presentan intento de suicidio (16-17).

El tratamiento de la depresión implica enfoques farmacológicos y no farmacológicos. Dentro del no farmacológico se debe proporcionar educación sobre el tema de la depresión y el período posparto. Se debe ofrecer psicoterapia, terapia cognitivo-conductual y terapia conjunta con la pareja. Otras intervenciones incluyen mejorar la nutrición; eliminación de cafeína, nicotina y alcohol; y facilitación de una adecuada higiene del sueño. La reducción de los factores estresantes, así como el suministro de información sobre técnicas de relajación, también pueden ser útiles. (18)

Una vez que se identifica a la paciente con depresión perinatal, el médico de primer contacto tiene la oportunidad de monitorearlo de cerca, especialmente si está involucrado en la atención obstétrica y / o pediátrica, y trabajar con la paciente y el profesional de salud mental para proporcionar la atención que requiera para tener el mejor resultado posible. (20)

La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, posteriormente se validó durante el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países y 50 idiomas para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el peri y posparto. (21)

Es una escala de 10 preguntas, auto-aplicada, que requiere solo 5 minutos para ser respondida, y exploran los síntomas más comunes de un episodio depresivo durante los quince días anteriores a su aplicación. Cada pregunta o reactivo se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo a su severidad o duración con puntuación máxima de 30. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba

se puede repetir a las 2 semanas. (22) Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión, de diversa gravedad. Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos en el embarazo y, en particular, para el tamizaje de un trastorno depresivo mayor. (23)

Las propiedades psicométricas de la escala de Edimburgo varían ampliamente (sensibilidad del 70 al 100%, especificidad del 74 al 97% y valor predictivo positivo del 22 al 75%). La heterogeneidad probablemente se deba a la detección de diferentes poblaciones en diferentes entornos y al uso de diferentes valores de corte para identificar una detección positiva. (24)

Otro de los indicadores de pérdida del bienestar psico-social en pacientes embarazadas es la violencia ejercida hacia ellas, y que, de acuerdo con la OMS, la violencia es el uso intencional de la fuerza física o el poder, amenazado o real, contra uno mismo, o contra un grupo o comunidad que resulta o tiene una alta probabilidad de resultar en lesiones, muerte, daño fisiológico, mal desarrollo o privación (25). En 2013, la Organización Mundial de la Salud señaló que hasta el 38% de los homicidios femeninos en todo el mundo estaban a cargo de parejas masculinas. La causa de la violencia contra las mujeres puede ser modificada culturalmente, ya sea en incidentes que involucren maltrato infantil, violencia juvenil, violencia en pareja o violencia sexual contra mujeres o abuso de ancianos, y la disponibilidad de armas que se utilicen en la violencia personal. (25-26)

Por otro lado, el rango de prevalencia de la violencia durante el período de embarazo es del 11- 18%. Esta violencia puede ser física, sexual, emocional o psicológica. (27) La encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres (ENVIM) en México distribuye la prevalencia de la violencia por zonas geográficas: urbana (21.3%) y rural (23.3%) e indígena (16%). (28)



La violencia contra las mujeres, especialmente la violencia física y sexual por parte de una pareja íntima, ha sido reconocida como un grave problema de salud pública mundial. La prevalencia de la violencia física y sexual con la pareja íntima varía entre el 15% y el 71%, y entre el 1% y el 28% de las mujeres reportan violencia durante el embarazo. (28) Y es importante destacar que el 40-60% de las pacientes refieren haber sido víctimas de violencia durante el embarazo pero de manera retrospectiva.

Dentro de los factores de riesgo identificados para ser víctimas de violencia están: historia previa de una relación violenta, sexo femenino, edad menor a 24 años, uso de alcohol o drogas, comportamiento sexual de riesgo, ser testigo o experimentar violencia en la infancia, historia de depresión o enfermedad mental crónica, un grado menor de escolaridad, desempleo o estado socioeconómico bajo. (29-30)

Un embarazo no deseado tiene 3 veces mayor riesgo de abuso físico en comparación con aquellas cuyo embarazo fue planeado. (31)

La violencia del compañero íntimo durante el embarazo no solo es preocupante debido a su alta prevalencia, sino que también se ha asociado con efectos graves en la salud y resultados fetales adversos, que incluyen bajo peso al nacer, anemia, parto prematuro, bajo peso materno, infección renal, aborto espontáneo, muerte y mala salud mental. (32-33). El riesgo de depresión posparto es de dos a tres veces mayor en las mujeres que han experimentado abuso psicológico o físico durante el embarazo en comparación con las mujeres que no lo han hecho. (34)

Las personas embarazadas maltratadas tienen un riesgo tres veces mayor de ser víctimas de intento de homicidio y 1.8 veces de homicidio completado que las personas no maltratadas con características demográficas similares. (35-36)

En México existen diferentes organizaciones enfocadas a vigilar la violencia de las mujeres embarazadas, especialmente en las zonas rurales e indígenas, porque el



período prenatal supone un lapso vulnerable que se caracteriza por una mayor susceptibilidad a deprimirse, que es una patología más incapacitante en un período crítico de todas las mujeres, requiriendo mayor cuidado personal y de su bebé. (37)

La encuesta de violencia de pareja (PVS), consta de tres preguntas, una que mide la violencia física del año pasado y dos que miden la seguridad personal actual percibida. Una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas se considera encuesta positiva. Se realizó una validación para pacientes embarazadas comparándolas con el estándar de oro que es la escala de tácticas de conflicto (CTS) y el índice de abuso en esposos (ISA) con una sensibilidad que varía del 65% al 71%, la especificidad del 80% al 84%, Valor predictivo positivo del 63% y Valor predictivo negativo del 89%. La PVS detectó el 71.4% de las mujeres identificadas como víctimas de abuso con CTS y el 64% por ISA. (38)

Y como último indicador de bienestar psicosocial, la satisfacción con la vida, que se refiere a un proceso cognitivo y crítico, el cual se definió como el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas. En otras palabras, ¿cuánto le gusta a una persona la vida que lleva?. (39)

Los juicios de satisfacción dependen de una comparación de las circunstancias de uno con lo que se considera un estándar apropiado.

Es importante señalar que el juicio de cuán satisfechas están las personas con su situación actual se basa en una comparación con un estándar que cada individuo establece para sí mismo; no es externamente impuesto. (40)

Aunque la evidencia sugiere que existen diferencias individuales y normas culturales que influyen en la formación de juicios de satisfacción con la vida.



Por lo tanto, para cualquier persona individual, una serie de variables de personalidad y muchas variables situacionales o de circunstancias de la vida influyen en su criterio de satisfacción con la vida. Esto es alentador, ya que indica que el juicio de satisfacción con la vida tiene una base muy amplia. (41)

Diener y Diener, encontraron que las personas en naciones individualistas probablemente ponderarían la autoestima más que los colectivistas en sus juicios de satisfacción con la vida, y que la satisfacción financiera era un correlato más fuerte de la satisfacción con la vida en las naciones pobres que en las sociedades más ricas. (41)

La escala de satisfacción de vida de Diener (SWSL) está diseñada en torno a la idea de que el aplicador solicite al entrevistado un juicio general sobre su vida para medir el concepto de satisfacción y debido a la facilidad y rapidez de aplicación es el índice nacional en Estados Unidos. Además de tener buenas características psicométricas observadas en las distintas culturas, podría ser considerado un índice transnacional para realizar estudios comparativos. (42)

Se utiliza la versión traducida al castellano, consta de 5 preguntas cuyas respuestas van del 1 al 5, donde 1 es “totalmente en desacuerdo”, y 5 es “totalmente de acuerdo”. La puntuación total va de 5 (baja satisfacción) a 25 (alta satisfacción). Este instrumento se ha utilizado en gran cantidad de estudios y ha mostrado obtener muy buenas propiedades psicométricas. Es una escala de un solo factor, y ha mostrado alta consistencia interna con valores de alfa de Cronbach, que oscilan entre .89 y .79. Se han obtenido correlaciones negativas de la escala con ansiedad y depresión, y por otro lado correlaciones positivas con otras medidas de bienestar. (42)

Las medidas de satisfacción vital obtenidas en los diferentes momentos no varían, lo que significa que las mujeres que se encuentran en distintos períodos de



gestación y puerperio no muestran diferencias en su satisfacción vital. Probablemente sea más sensible a otros sesgos como el estado anímico en el que se conteste la escala o la deseabilidad social. (43)

Dentro de los factores de riesgo para satisfacción de vida, no hay relación respecto a la edad, el sexo ni el estado civil. Sin embargo, en el ámbito latinoamericano, se han reportado mayores niveles de satisfacción con la vida en adultos tardíos respecto a adolescentes y también en un mayor grado de escolaridad. (42)

Por lo antes descrito, es de suma importancia detectar durante el control prenatal, aquellas pacientes quienes presenten algún indicador de pérdida del bienestar psicosocial ya sea depresión, violencia o insatisfacción hacia la vida, para poder evitar futuras complicaciones y ayudar a tener el mejor resultado perinatal posible.



JUSTIFICACIÓN.

La depresión y la violencia durante el embarazo alcanzan prevalencias tan altas como 2-3 de cada 10 mujeres, y que podría conllevar en complicaciones desde cambios en el carácter hasta más graves como intentos de suicidio, infanticidio o feminicidio, y estas a su vez con afecciones de seguridad en sus hijos, de gastos al gobierno y a sus familias por faltas al trabajo, incapacidades o internamientos.

La depresión postnatal ha ido cobrando importancia durante los últimos años, y se ha informado a la población sobre su reconocimiento y donde solicitar apoyo, sin embargo, la depresión perinatal no se le ha dado la importancia necesaria por trasladarse con síntomas propios del embarazo, pero que al ser infra diagnosticada lleva a serias complicaciones en el binomio madre-hijo.

Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de pérdida del bienestar psicosocial que incluyen apoyo social insuficiente, vivir solos, baja escolaridad, tener un embarazo no deseado o tener varios hijos, adolescencia, las toxicomanías.

En nuestro servicio tanto en consulta de control prenatal y/o en urgencias de maternidad, no hemos implementado la manera de detección de dichas patologías gestacionales, por lo que consideramos de vital importancia diagnosticar oportunamente, durante nuestro primer contacto con las pacientes, datos sugerentes de depresión, violencia, así como insatisfacción de vida.

Una vez diagnosticada, se deberá de realizar la intervención para su control y manejo, refiriéndose al departamento de psiquiatría.



Las encuestas de indicadores de pérdida del bienestar psicosocial se desean instaurar como un método de tamizaje de rutina durante las consultas de control prenatal.

Y por ello, surge nuestra pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores que se asocian a los indicadores de pérdida del bienestar psicosocial en las pacientes embarazadas?.

HIPÓTESIS.

Existe relación entre los factores de riesgo y los indicadores de pérdida del bienestar psicosocial en pacientes embarazadas.

OBJETIVOS.

Objetivo general

Evaluar la relación que hay entre los factores de riesgo y los indicadores de pérdida del bienestar psicosocial en las pacientes embarazadas durante el periodo perinatal para su diagnóstico oportuno.

Objetivos específicos

- Realizar encuestas para diagnóstico oportuno de depresión, violencia y satisfacción con la vida en pacientes embarazadas durante sus consultas de control prenatal y urgencias de maternidad.
- Encontrar relación entre embarazos sanos y de madres con comorbilidades y/o alto riesgo.
- Encontrar relación entre la edad, la presencia o no de pareja, la escolaridad y la paridad y el desarrollo de alteración en el bienestar psico-social.



SUJETOS Y MÉTODOS.

LUGAR DE REALIZACIÓN:

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

Consulta externa en obstetricia de alto riesgo, obstetricia de primera vez, obstetricia vespertina y urgencias de maternidad.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todas las pacientes embarazadas, de cualquier edad gestacional, que acudan a consulta de obstetricia o de urgencias de maternidad y que realicen el llenado de las encuestas de indicadores de pérdida del bienestar psico-social durante noviembre del 2019.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- Inclusión:
TODAS las pacientes embarazadas que realicen las diferentes encuestas de pérdida del bienestar psico-social.
- Exclusión:
Pacientes que se nieguen a participar.
- Eliminación:
Mal llenado o incompleto de las encuestas.

VARIABLES EN EL ESTUDIO

- Variable Dependiente
- Variable Independiente
- Variables de Control (confusoras)

TIPO DE MUESTREO.

Sistemático

Cuadro de Variables:

Dependiente				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Depresión	Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS)	>0= 12 < 12	puntos	dicotómica
Víctima de Violencia	Escala de violencia en pareja (PVS)	Positiva Negativa	N/A	dicotómica
Satisfacción con la vida	Escala de Diener para satisfacción con la vida (SWLS)	Insatisfecha Satisfecha	N/A	dicotómica
Independiente				
Edad	Tiempo de vida	12-50	años	Continua
Estado Civil	Condición según el registro civil en cuanto a presencia o no de pareja.	Pareja No pareja	N/A	dicotómica
Años de Escolaridad	Años estudiados	0 – 20	años	Continua
Paridad	Número de embarazos	Primigesta Multigesta	N/A	dicotómica
Variables de Control (confusoras)				
Comorbilidades	Enfermedades concomitantes	Si No	N/A	dicotómica
Deseo de embarazo	Decisión voluntaria de embarazo	Si No	N/A	dicotómica

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calcula en base al modelo de regresión logística: (45)

Depresión/violencia (presente/ ausente) ~ edad + estado civil + escolaridad + comorbilidades + embarazo no deseado + paridad.

El modelo suma **6 grados de libertad** y tomando en cuenta una frecuencia de depresión del 20% se calculó un **mínimo de 300 pacientes y un recomendado de 600 pacientes.** → (6 x 10: 60/ .20) (1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, en el cual las continuas se expresan como promedio (\pm desviación estándar) o mediana [IQR] de acuerdo a la distribución de las variables, y las categóricas como porcentajes.

Para la estadística inferencial de las variables continuas se empleó un análisis bivariado con t de student y U de Mann Whitney de acuerdo a la distribución de las variables, y para las categóricas chi cuadrada y/o la prueba exacta de Fisher, considerando el valor de $p < 0.05$ como significativo.

Y se realizó un análisis de regresión logística con el programa R con el paquete Rcommander.

ÉTICA

Investigación sin riesgo.

Se considera una investigación sin riesgo ya que solo se realizaron las encuestas y se recabó la información de las pacientes embarazadas valoradas durante sus consultas de control prenatal y urgencias, y en caso de diagnosticarse afección en algunos de los indicadores de pérdida del bienestar psico-social, se realizó una interconsulta con el servicio de psiquiatría para su valoración inicial y seguimiento, siendo las pacientes quienes decidieron si acudirían o no a la misma.

Se sometió el presente estudio al comité de investigación y al comité de ética del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". En todo momento se cuidó que no se trasgrediera las normas de la declaración de Helsinki adoptada por la 18va asamblea médica mundial, Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y hasta la enmienda de WMA General Assembly, Fortaleza, Brasil en octubre del 2013. En apego a las leyes y códigos de México como el artículo 100 de la Ley General de Salud y el artículo 20 donde señala que se entiende por consentimiento bajo información, el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación, o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

A las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les informó en que consistió el estudio y su participación de manera verbal y escrita, y en caso de aceptar formar parte del presente estudio se procedió a la firma del consentimiento informado para recabar su información. La paciente podía revocar su consentimiento en cualquier momento de estudio, sin que afectara su atención médica. La información permanecerá confidencial.

RESULTADOS.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete Rcmdr 2.6-1, del software R versión 3.5.3, con un nivel de confianza al 95%.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, en el cual las continuas se expresan como promedio (\pm desviación estándar) o mediana [rango IQ] de acuerdo con la distribución de las variables, y las categóricas como porcentajes.

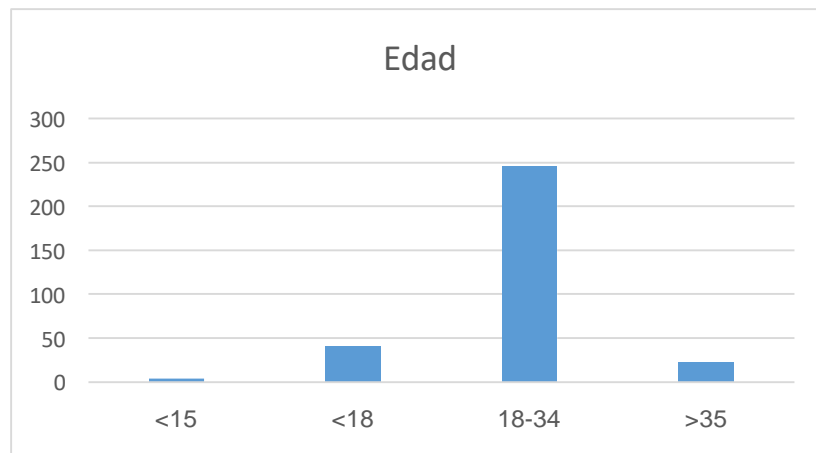
Cuadro 1. Características generales

Variable	N = 309
Edad (años)	24[10](14-42)**
<18 años	41(13.3%)
>18 años	267(86.7%)
Edad gestacional (n=267)	35.5[11.1](4.6-42.3)**
Estado civil	295(95.5%)
Pareja	238(80.7%)
Soltera	56(19%)
Casada	1(0.34%)
Municipio	
San Luis Potosí	195(65.88%)
Otro	101(34.2%)
Escolaridad	297(96.1%)
Básica	200(67.3%)
Media superior	86(29%)
Superior	11(3.7%)
Ocupación	288(93.2%)
Hogar	244(85.92%)
Empleada	14(4.9%)
Estudiante	11(3.9%)
Otra	19(6.1%)
Comorbilidades	38(13.8%)
Gestas (n=298)	2[2](1-7)**
Partos (n=115)	1[1](1-6)**
Cesáreas (n=67)	1[0.5](1-3)**
Abortos (n=69)	1(1-2)**
Hijos vivos (n=177)	1[1](0-6)**
Deseo de embarazo (n=279)	238(85.3%)
Muerte	11(3.6%)

**Mediana [RIQ] (mínimo – máximo)

Se excluyeron 7 encuestas por mal llenado, dejando una muestra final que estuvo constituida por 309 pacientes embarazadas que acudieron a valoración a consulta de control prenatal o a urgencias de maternidad.

La **edad** en el grupo fluctuó entre los 14 y 42 años, con distribución asimétrica y el grupo con mayor porcentaje fue el de 18-35 años, las pacientes adolescentes fueron el 13.3%. La mediana fue de 24 años.

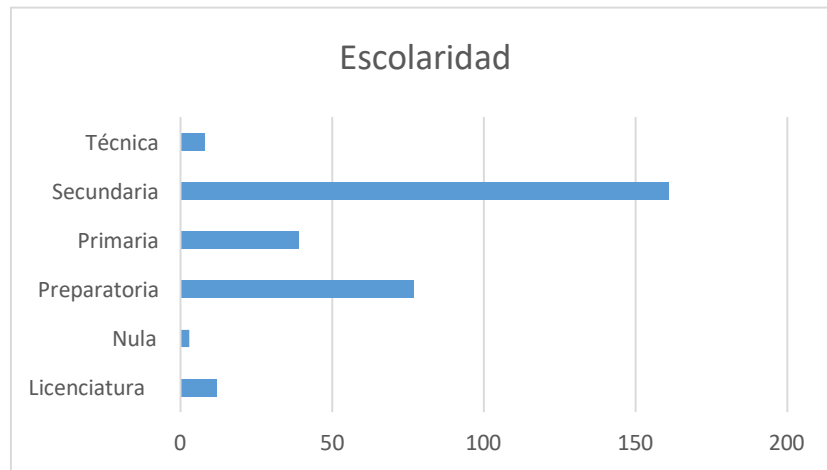


Gráfica 1 Edad

Edad gestacional fluctuó desde 4.6 hasta 42.3 semanas de gestación, con una mediana de 35.5 semanas.

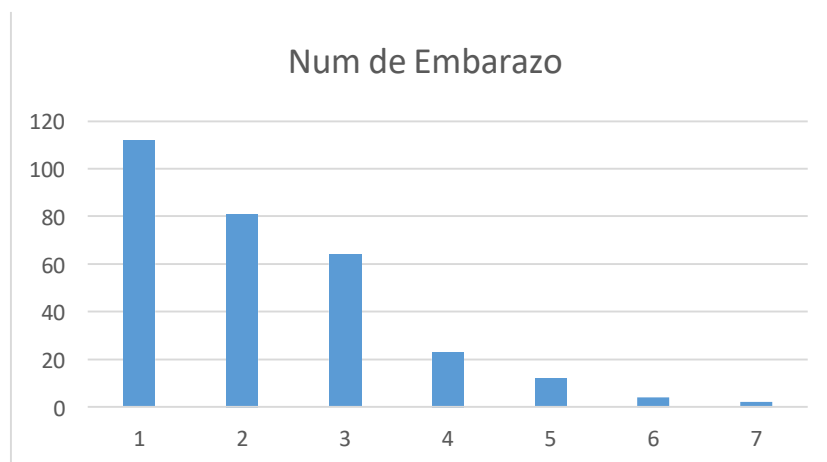
En cuanto al **estado civil**, 239 embarazadas (80.7%) señala tener pareja al momento de la entrevista, de las cuales 24.4% son casadas, y el 56.6% en unión libre, y 56 (19%) sin pareja, de las cuales el 17.6% están solteras y 1.4% son divorciadas. Y a la **ocupación**, 85.9% son amas de casa, el 4.9% son empleadas y 3.9% estudiantes.

Respecto al **nivel educacional**, 200 pacientes (67%) completó nivel básico (primaria el 13%, secundaria el 53.6%), 85 (28%) nivel medio superior (preparatoria 25.6% y carrera técnica 2.6%), el 4% nivel superior y solo 3 pacientes (1%) se reportó como analfabetas.



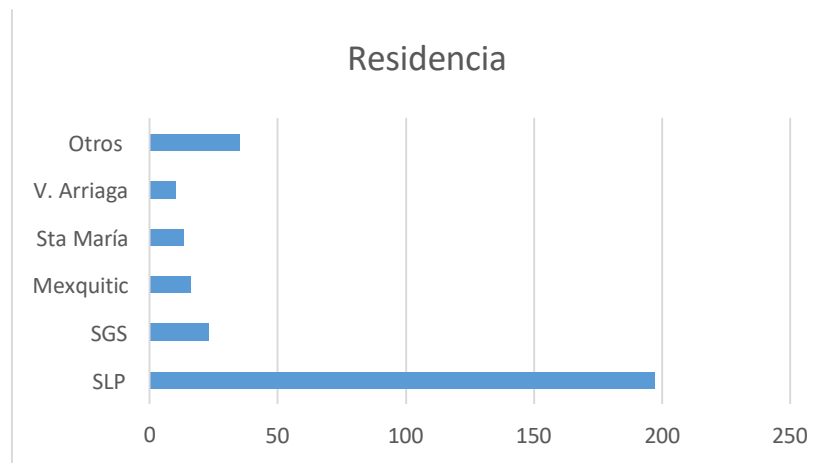
Gráfica 2 Escolaridad

Sobre **número de embarazo**, la mediana fue de 2; el 37.5% eran primigestas y el 62.4% multigestas, de este grupo el 27.1% cursando su segundo embarazo, el 21.4% el tercero, el 7.7% el cuarto, el 4% el quinto, el 1.3% el sexto y el .67% el séptimo embarazo.



Gráfica 3 Numero de embarazos

Respecto al **lugar de origen**, el 65.8% eran residentes de San Luis Potosí y el 34.2% fuera de la capital. De este grupo el 7.8% pertenece a Soledad de Graciano Sánchez, el 5.4% a Mexquitic de Carmona, el 4.4% a Santa María del Río, el 3.4% a Villa de Arriaga y el 11.9% a otros municipios.



Gráfica 4 Lugar de origen

En cuanto a **comorbilidades**, 38 de las 309 pacientes que corresponde al 13.8% refirieron padecer alguna enfermedad, siendo la más común con 13 pacientes (34.2%) el hipotiroidismo, seguida de diabetes 12 pacientes (31.5%) e hipertensión 6 pacientes (15.7%) y el restante 18.6% en distintas patologías.

Once pacientes que representan el 3.6% de las embarazadas, sufrieron la muerte de al menos 1 de sus hijos.

De las 238 pacientes que contestaron la pregunta sobre el deseo del embarazo, el 14.7% de ellas **no lo deseaba**.

Cuadro 2. Bienestar psico-social

Variable	N = 309
Depresión	52(16.8%)
Puntaje de la escala (n=308)	7[7](0-23)**
Autlesión	13(4.2%)
Violencia	10(3.2%)
Insatisfacción	40(12.9%)
Puntaje de la escala (n=306)	19[3](5-25)**

**Mediana [RIQ] (mínimo – máximo)

En cuanto a los indicadores de bienestar psico-social; 52 pacientes fueron positivas en la escala de Edimburgo para **Depresión** con una mediana de la escala de 7 puntos, dando una prevalencia del 16.8%, de las cuales 13 pacientes que representan el 4.2% global pero que son el 25% de las pacientes con depresión presentaban pensamientos de **autolesión**. Este grupo de pacientes se enviaron como urgencia para valoración por el departamento de psiquiatría. 10 pacientes (3.2%) positivas en la encuesta para **violencia** y 40 pacientes (12.9%) resultaron con **insatisfacción de vida**, con una mediana en la encuesta de Diener de 19.

Para la estadística inferencial de las variables continuas se empleó un análisis bivariado con t de student y U de Mann Whitney de acuerdo a la distribución de las variables, y para las categóricas chi cuadrada y/o la prueba exacta de Fisher, y se consideró el valor de $p < 0.05$ como significativo.

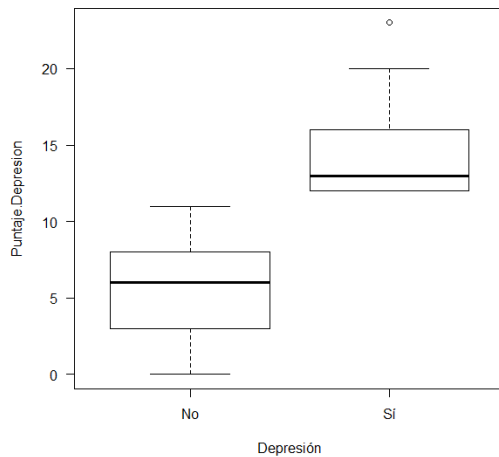
Cuadro 3. Variables para depresión

Variable	Depresión N = 304		p
	No n = 256	Sí n = 48	
Edad (años)	24[10](14-42)	24[10](12-40)	0.834†
<18 años	35(13.7%)	5(10.4%)	0.534§
>18 años	220(86.3%)	43(89.6%)	
Edad gestacional	36.1[10.3](4.6-42.3)(n=220)	34.2[13.5](6.5-40.6)(n=43)	0.403†
Estado civil			
Pareja	201(82.4%)	34(74%)	0.179§
Soltera	42(17.2%)	12(26%)	0.156§
Escolaridad			
Básica	160(64.5%)	37(82.2%)	0.019§
Media superior	78(31.5%)	7(15.6%)	0.030§
Superior	10(4%)	1(2.2%)	1¥
Comorbilidades	33(14.5%)	4(9.3%)	0.47¥
Gestas	2[2](1-7)(n=248)	2[2](1-5)(n=46)	0.782†
Multigesta	154(62.1%)	29(63%)	0.903§
Primigesta	94(37.9%)	17(37%)	
Partos	1[1](1-5)(n=95)	1[1](1-4)(n=19)	0.309†
Cesáreas	1[1](1-3)(n=53)	1[0](1-3)(n=12)	0.566†
Abortos	1(1-2)(n=61)	1(1-2)(n=8)	0.638†
Hijos vivos	1[1](0-5)(n=147)	1[1](0-4)(n=25)	0.352†
Deseo embarazo	206(87.7%)	28(71.8%)	0.009§
Muerte	11(4.3%)	0	0.223¥
Puntaje de la escala de depresión	6[5](0-11)	13[4](12-23)	<0.001†
Pensamiento de daño	0	9(18.8%)	<0.001¥
Violencia	5(2%)	3(6.2%)	0.116¥
Satisfacción	233(91%)	32(70%)	<0.001§
Puntaje de la escala de satisfacción	19[2.25](5-25)	17[5](7-23)	<0.001†

**Mediana [RIQ] (mínimo – máximo) † U de Mann Whitney

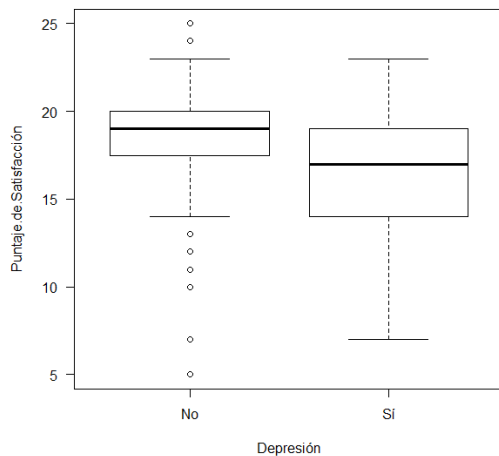
§ chi cuadrada ¥ prueba exacta de Fisher

Se encontró asociación en pacientes que no deseaban el embarazo y mayor depresión con una P 0.009 significativa, igualmente con insatisfacción de vida con una P <0.001. Una menor escolaridad representada por básica y media superior, ambas resultaron con asociación para depresión con P 0.019 y P 0.030 respectivamente. Ser adolescente quedó en el límite con una P de 0.534. Y ser multigesta o presentar comorbilidades no representó significancia estadística.



Gráfica 5. Puntaje de Escala de Edimburgo en depresión

En esta gráfica se muestra que el puntaje de la escala de Edimburgo para depresión perinatal en pacientes sin depresión su mediana es de 6 y en pacientes con depresión su mediana es de 13, con una $P < 0.001$ estadísticamente significativa.



Gráfica 6. Puntaje de Escala de Diener en depresión

En esta gráfica se muestra que el puntaje de la escala de satisfacción de vida de Diener para pacientes sin depresión su mediana es de 19 y de pacientes con depresión su mediana es de 17. Encontrando una mayor satisfacción de vida en pacientes sin depresión con una $P < 0.001$ estadísticamente significativa.

Cuadro 4. Variables para insatisfacción

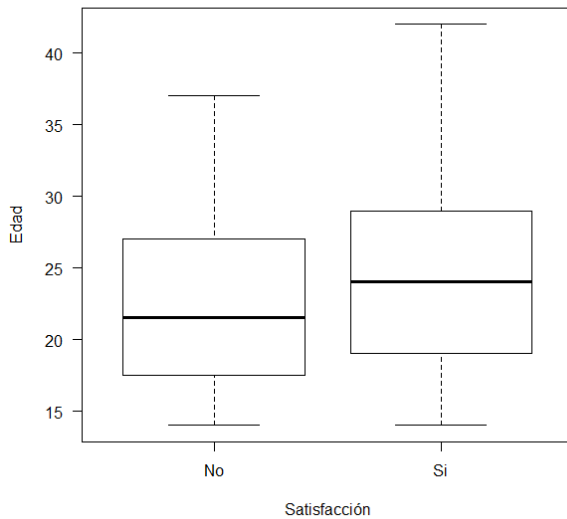
Variable	Insatisfacción N = 306		p
	Sí n = 40	No n = 266	
Edad (años)	21.5[8.7](14-37)	24[10](14-42)	0.036†
<18 años	10(25%)	31(11.7%)	0.021§
>18 años	30(75%)	234(88.3%)	
Edad gestacional	36.1[9.7](7-40.2)(n=37)	35.5[11.2](4.6-42.3)(n=228)	0.852†
Estado civil			
Pareja	25(65.8%)	213(83.5%)	0.008§
Soltera	13(34.2%)	41(16.1%)	0.007§
Escolaridad			
Básica	27(71.1%)	170(66.4%)	0.569§
Media superior	11(28.9%)	75(29.3%)	0.964§
Superior	0	11(4.3%)	0.369¥
Comorbilidades	8(22.9%)	30(12.7%)	0.104§
Gestas	1[1](1-7)(n=39)	2[2](1-7)(n=258)	0.019†
Multigesta	17(43.6%)	168(65.1%)	0.009§
Primigesta	22(56.4%)	90(34.9%)	
Partos	1[1](1-6)(n=11)	1[1](1-5)(n=103)	0.678†
Cesáreas	1(1)(n=8)	1[1](1-3)(n=58)	0.082†
Abortos	1[0.25](1-2)(n=4)	1[0](1-2)(n=65)	0.762†
Hijos vivos	1[1.75](0-6)(n=14)	1[1](0-5)(n=162)	0.383†
Deseo de embarazo	22(61.1%)	214(88.8%)	<0.001§
Muerte	0	11(4.2%)	0.37¥
Depresión	14(37.8%)	32(12.1%)	<0.001§

**Mediana [RIQ] (mínimo – máximo) † U de Mann Whitney § chi cuadrada

¥ prueba exacta de Fisher

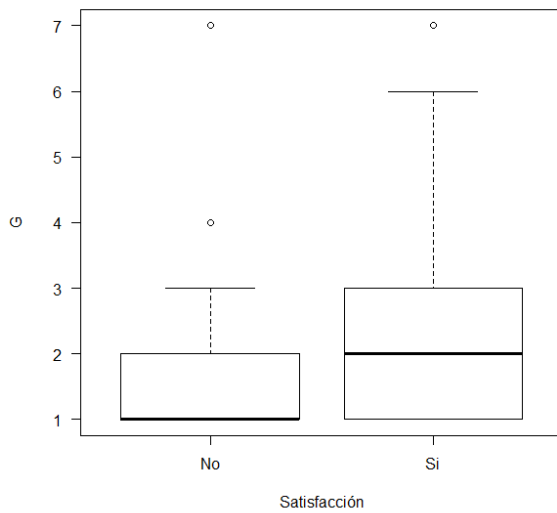
Se encontró una relación en pacientes adolescentes e insatisfacción con una P 0.021 significativa; y el tener pareja disminuye el riesgo al contrario de ser soltera que lo aumenta, ambas con significancia estadística de .008 y .007 respectivamente; el tener más de 2 hijos y el deseo de embarazo se asocia a menor insatisfacción con una P 0.009 y P < 0.001 respectivamente. Y a mayor insatisfacción mayor pensamiento de autolesión.

La escolaridad y las comorbilidades no tuvieron impacto en la significancia estadística.



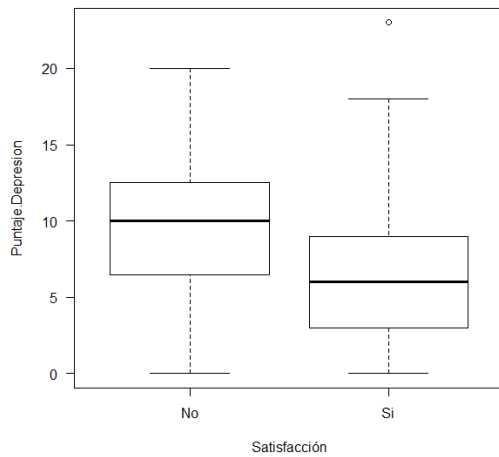
Gráfica 7. Edad y satisfacción

Esta gráfica nos muestra que en pacientes con menor edad se presenta mayor insatisfacción de vida con una P 0.036 significativa.



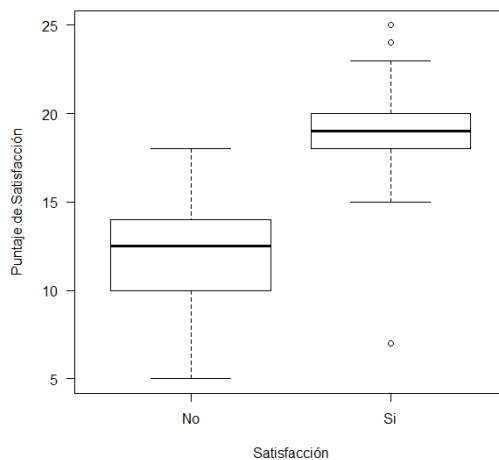
Gráfica 8. Num de embarazos y satisfacción

Esta gráfica nos muestra que ser primigestas se asocia a mayor insatisfacción de vida versus pacientes multigestas con una P 0.019 significativa.



Gráfica 9. Puntaje de Escala de Edimburgo en satisfacción

En esta gráfica se muestra que el puntaje de la escala de Edimburgo para depresión perinatal en pacientes con insatisfacción de vida, la mediana es de 10 y en pacientes con satisfacción de vida la mediana es de 6, con una $P < 0.001$ estadísticamente significativa, con una mayor tendencia hacia la depresión en pacientes insatisfechas con la vida.



Gráfica 10. Puntaje de Escala de Diener en satisfacción

En esta gráfica se muestra que el puntaje de la escala de satisfacción de vida de Diener para pacientes con insatisfacción de vida, la mediana es de 12.5 y de pacientes con satisfacción es de 19.

Se realizó un análisis de regresión logística; el modelo que se empleó para el cálculo del tamaño de la muestra:

Depresión/violencia (presente/ ausente) ~ edad + estado civil + escolaridad + comorbilidades + paridad + deseo de embarazo

Modelo final:

Depresión (presente/ ausente) ~ escolaridad + deseo de embarazo			
Variable	OR	IC 95%	p
Escolaridad[T.Media Superior]	0.34	0.11, 0.86	0.03
Deseo.emb[T.si]	0.35	0.16, 0.82	0.01

Las pacientes con escolaridad media superior tenían menor riesgo de presentar depresión, disminuyendo 2.4 unidades el puntaje de depresión ($R^2=0.04$, $p<0.001$).

Las pacientes que deseaban el embarazo, tenían menor riesgo de depresión desminuyéndolo en 65%.

Al modelo final se le agregaron las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado:

Depresión (presente/ ausente) ~ escolaridad + Satisfacción			
Variable	OR	IC 95%	p
Escolaridad[T.Media Superior]	0.38	0.14, 0.88	0.03
Satisfacción[T.si]	0.19	0.08, 0.43	<0.001

Igualmente las pacientes con escolaridad media superior y pacientes con satisfacción de vida, son un factor protector para depresión.

Para el modelo de violencia, **no encontramos significancia estadística** con el modelo propuesto, esto puede ser por la baja frecuencia que se reportó (3.2%).

Se evaluó la insatisfacción con el mismo modelo, obteniendo los siguientes resultados:

Variable	OR	IC 95%	p
Primigesta	2.66	1.27, 5.65	0.009
Deseo.emb[T.si]	0.22	0.10, 0.50	<0.001

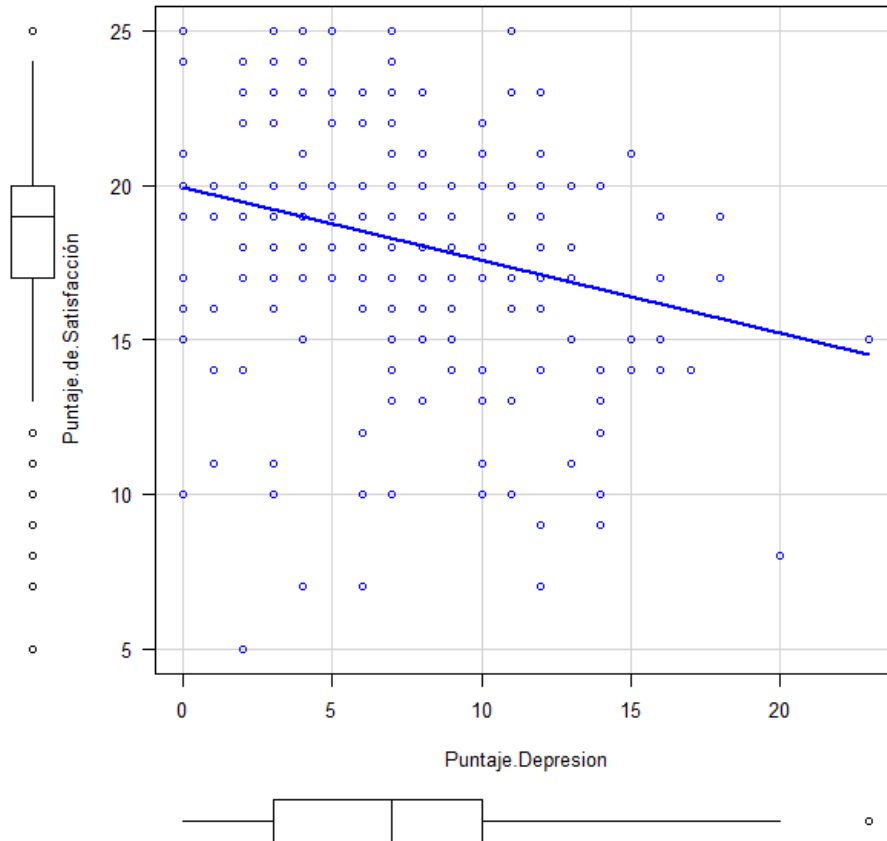
Ser primigesta aumenta el riesgo de insatisfacción con la vida en 2.66 veces; al contrario si desea el embarazo tiene un factor protector del 78%.

Al modelo final se le agregaron las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado:

Variable	OR	IC 95%	p
Primigesta	2.99	1.37, 6.75	0.006
Deseo.emb[T.si]	0.26	0.11, 0.63	0.002
Depresión[T.Sí]	3.33	1.32, 8.11	0.008

Encontrando que ser primigesta y tener depresión aumenta el riesgo de insatisfacción de vida en 2.99 veces y 3.33 veces respectivamente, y el deseo de embarazo continúa siendo un factor protector.

Se evaluó la correlación entre los puntajes de depresión y satisfacción, encontrándose una correlación inversa de -0.31 ($p < 0.001$). (Coeficiente de correlación de Spearman), a mayor puntaje en la escala de Diener, un menor puntaje en la escala de Edimburgo.



Gráfica 11. Correlación de Spearman de depresión y satisfacción

Y por último, de las 52 pacientes positivas para depresión, 46 (88%) de ellas, al ser informadas sobre el resultado de las encuestas, aceptaron ser referidas para valoración al servicio de psiquiatría, sin embargo, se les realizó una llamada de seguimiento 1 mes después y solo 8 (15.3%) habían acudido a su cita.

De las 40 pacientes con insatisfacción, 38 (95%) aceptaron referencia y 4 (10%) acudió a su cita y de las 10 pacientes positivas para violencia, 3 aceptaron orientación por trabajo social, pero ninguna continuó el seguimiento.

DISCUSIÓN.

Existen diferentes factores de riesgo en pacientes embarazadas, que al estar presentes aumentan la prevalencia de los indicadores de pérdida del bienestar psico-social.

La razón por la que es importante el tamizaje, es que la depresión y la violencia perinatal son graves, prevalentes, poco reconocidas y tratables, y que hay herramientas de detección disponibles, validadas y estandarizadas. (7,51)

La **prevalencia** de depresión resultó en 16.8% y de insatisfacción con la vida del 12.9% acercándose a la literatura internacional misma que la refiere hasta en un 20% (3) y que usualmente están subestimadas por no darle la importancia necesaria y no ser referida por la paciente. (6)

Entre el 1% y el 28% de las mujeres reportan violencia durante el embarazo. (28) En nuestro estudio fue del 3.2% por lo que no se pudo realizar una asociación con algún factor de riesgo por la baja frecuencia, y la explicación a esto es que la verdadera prevalencia es desconocida ya que la mayoría de las víctimas tienen miedo de revelar sus experiencias personales de violencia. Y este porcentaje tiene una varianza amplia debido a que del 40 al 60% de las pacientes refieren haber sido víctimas de violencia durante el embarazo pero de manera retrospectiva. (38)

El 25% de las pacientes con depresión tenían ideación de autolesión, sin embargo en la literatura nos tranquiliza que la tasa de suicidio en mujeres embarazadas es aproximadamente una cuarta parte de la tasa observada en la población general de mujeres.

La ideación suicida es más común que los intentos de suicidio y las muertes. En un estudio de mujeres embarazadas ($n > 13,000$), los pensamientos de autolesión fueron del 4%. Sin embargo, las evaluaciones clínicas revelaron que muy pocas

de las mujeres estaban en alto riesgo, como lo demuestra la ideación suicida activa con planes, intención y acceso a los medios. (54)

Por otro lado, en un estudio muy similar realizado por Castillo-Reyther et al, en el cual trabajé en conjunto, pero en una población indígena Tenek en Aquismón S.L.P, se encontró una prevalencia de depresión del 22.5%, 16% de violencia y una media de la escala de satisfacción de vida de Diener de 18.3 y en nuestro estudio de 19, con resultados semejantes entre ambos. (37)

Así mismo, en el año 2016 durante mi rotación por investigación al cursar mi primer año de residencia, realicé un estudio piloto con las mismas 3 encuestas: Edimburgo para depresión, PVS para violencia y Diener para insatisfacción de vida en 100 pacientes embarazadas que acudían a la consulta de control prenatal, encontrando resultados casi idénticos, con prevalencias de 14.7%, 3.1% y 11% respectivamente.

Adentrándonos en las variables del modelo estudiado, buscando la asociación de los diferentes factores de riesgo y la presentación de los indicadores de pérdida del bienestar psicosocial.

Comenzaremos con la **edad**, en este estudio el 10.4% de las pacientes menores de 18 años, presentaban depresión, sin embargo no resultó estadísticamente significativo, aunque muy cercano a ella con una P 0.534; consistente Dietz et al. quienes indican que la edad es un factor de riesgo para la depresión durante el embarazo; hasta el 26% de las adolescentes embarazadas desarrollan depresión mayor. (13) Lo mismo para satisfacción de vida, en nuestro estudio encontramos que pacientes adolescentes, presentaron mayor insatisfacción con una P 0.021, y que concuerda con el estudio de Padros et al. en población mexicana, donde identificaron mayores niveles de satisfacción con la vida en adultos tardíos respecto a adolescentes. (42)

En cuanto al **estado civil**, en nuestro estudio el no tener pareja no demostró asociarse con un mayor riesgo de depresión, que es consistente con una revisión sistemática realizada por Lancaster et al. en el 2010, misma que participó en la actualización del comité de opinión del colegio americano en noviembre del 2018 sobre el tamizaje de depresión prenatal y establece que en los 27 estudios revisados, un estado de no convivencia con la pareja aumenta el riesgo de padecer depresión durante el embarazo. Sin embargo en el análisis multivariado fue inconsistente (49), y en el estudio realizado en el 2010 por Ceballos-Martínez et al. en población mexicana, observaron un mayor porcentaje de pacientes sin pareja con depresión en un 13.6% vs 5.6% con pareja. (50) Y para satisfacción el tener pareja disminuía el riesgo de insatisfacción mientras que el ser soltera aumentaba el mismo, ambas con significancia estadística.

El 53.7 % de las pacientes en este estudio tenían como **escolaridad** secundaria, siendo el grupo con mayor porcentaje, y el 28% media superior, encontramos que a mayor educación mayor factor protector ante depresión, que se pudo corroborar en la literatura en el estudio realizado en el 2010 por Ceballos-Martínez et al en población mexicana, encontró una relación entre la escolaridad secundaria y el 11.1% de pacientes con diagnóstico de depresión, y un menor porcentaje a mayor escolaridad, 4.2% y 6.3% en preparatoria y licenciatura respectivamente. (50) Caso contrario en satisfacción de vida donde no encontramos una asociación estadísticamente significativa, contrario a lo que se menciona en la literatura asociando una escolaridad baja a un menor grado de satisfacción de vida y con mayor somatización durante el embarazo. (48)

Hablando sobre el factor de **comorbilidades** maternas, no se encontró asociación entre tener alguna patología y presentar depresión y/o insatisfacción de vida en nuestro estudio ni tampoco en la literatura.

En éste estudio no se encontro una asociación para **numero de embarazo** y depresión, corroborado por la literatura en el estudio realizado en el 2010 por Ceballos-Martínez et al en población mexicana, observaron que el diagnóstico de depresión estaba presente en el 4.5% de las pacientes primigestas, y en el 7.6% de las pacientes con 2 o más embarazos previos, sin embargo no fue estadísticamente significativo con una P .367 (50) y por el contrario encontramos que el ser primigesta aumenta el riesgo de insatisfacción en 2.66 veces y ser multigesta lo disminuye.

Y por último, encontramos que las pacientes que **deseaban el embarazo**, era un factor protector tanto para depresión como para insatisfacción con la vida, disminuyendo el riesgo en un 65% y un 78% respectivamente. Así como lo publicado por Bunevicius et al en 2009, donde identifican que el embarazo no deseado es un factor independiente y predictor para desarrollar depresión durante todo el embarazo, no era trimestre específico con un OR por trimestre de 6.28, 15.3 y 7.3 en primero, segundo y tercer trimestre respectivamente. E igualmente finer et. al en su publicación refiere que las personas con un embarazo no deseado tienen un mayor riesgo (3 veces) de abuso físico en comparación con aquellas cuyo embarazo fue planeado. Y destaca que la mitad de los embarazos en los Estados Unidos no son intencionales. (46)

Por lo anterior mencionado, se sugiere que las pacientes embarazadas sean valoradas al menos una vez, según la recomendación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, usualmente en el segundo trimestre. (52) Sin embargo, el momento y la frecuencia de los exámenes de detección no están establecidos, y las mujeres con múltiples factores de riesgo de depresión pueden beneficiarse de los exámenes de detección múltiples. Como parte de la evaluación, se puede aconsejar a los pacientes sobre su riesgo de desarrollar un síndrome depresivo y enseñarles a reconocer los síntomas tempranos y buscar la intervención adecuada (53) y para violencia perinatal, se recomienda que se realicen pruebas de



detección durante el transcurso del embarazo, incluso en la primera visita prenatal, al menos una vez por trimestre y en el posparto y así identificar a las pacientes en riesgo y aconsejar sobre el desarrollo e implementación de intervenciones para prevenir y tratar la violencia de la pareja. (55,56)



LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.

La principal limitación para este estudio es que al ser encuestas auto aplicadas, las pacientes pueden omitir información, ya sea intencionalmente o por desconocimiento, lo que provoca un sesgo en la interpretación, así como la significancia de los resultados.

Además, las encuestas fueron supervisadas por diferentes evaluadores, y que podría influir sus respuestas en la relación médico-paciente y la confianza transmitida.

Otra de las limitantes es la falta de un grupo control en pacientes no embarazadas; así mismo que las encuestas no estén estandarizadas, aunque sí validadas.

Para poder aplicar esto en la práctica diaria, habrá que estandarizar las encuestas y aplicarlas a todas las pacientes con seguimiento en las consultas de control prenatal.



CONCLUSIONES.

Para la práctica médica actual, se debe tener especial consideración en la probabilidad de depresión, violencia e insatisfacción con la vida en mujeres embarazadas que presentan los factores de riesgo para desarrollarla, por lo que se recomienda realizar el tamizaje al iniciar su control prenatal y cada trimestre para tener un adecuado seguimiento.

Una mejor comprensión de los factores que aumentan el riesgo de pérdida del bienestar psico-social prenatal puede contribuir a lograr este objetivo, y con tan solo dedicar 5 minutos en la aplicación de las encuestas se podrá ofrecer un mejor resultado perinatal.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Geijn, V. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints, 1996; 17, 93–102.
2. Amilivia, S., y Gómez Esteban, R. Psicoprofilaxis en el embarazo, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, n.º 6. 1986.
3. Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. Archives of Women's Mental Health. 2015; 18(1), 41–60.
4. Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. Obstetrics and Gynecology. 2004; 103(4), 698–709.
5. Lewinsohn PM, Solomon A, Seeley JR, et al. Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000;109:345
6. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ Postpartum depression: identification of women at risk. BJOG. 2000; 107:1210–1217
7. Oates M, Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. Br Med Bull. 2003; 67:219–229
8. Glasheen C, Richardson GA, Fabio A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. Arch Womens Ment Health. 2010; 13:61–74.
9. Sanger C, Iles JE, Andrew CS, Ramchandani PG. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2015; 18:147–162.
10. Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected ‘m’ in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. Tropical Med Int Health. 2008; 13:579–583.
11. Prady SL et al. Evaluation of ethnic disparities in detection of depression

- and anxiety in primary care during the maternal period: combined analysis of routine and cohort data. *Br J Psychiatry*. 2016; 208: 453–461.
12. Cohen LS, Nonacs RM. *Mood and Anxiety Disorders during Pregnancy and Postpartum*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2005.
 13. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(10):1515–1520.
 14. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, et al. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(2):269–274.
 15. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257–60.
 16. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302:137– 40.
 17. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, and others. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997;277:333–40.
 18. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, et al. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):79–91.
 19. Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, et al. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *Am J Psychiatry*. 2002;159(4):666–669.
 20. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011;84(5):478–485
 21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of a 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J*

- Psychiatry. 1987;150:782-786.
22. Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(1), 11–20.
 23. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83.
 24. Kozinszky Z, Dudas RB. Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. *J Affect Disord* 2015; 176:95.
 25. World Health Organization, Global status report on violence prevention. Geneva, Switzerland; 2014
 26. Howes P. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization Geneva, Switzerland; 2013
 27. Mahenge, B., Likindikoki, S., Stöckl, H., & Mbwambo, J. Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: A cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013;120(8), 940–946.
 28. Olaiz G, Uribe P, Del Rio A (2009) Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres 2006. DF: Secretaria de Salud, Mexico.
 29. Crandall ML, Nathens AB, Kernic MA, et al. Predicting future injury among women in abusive relationships. *J Trauma* 2004; 56:906.
 30. Hillard PJ. Physical abuse in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985; 66:185.
 31. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011; 84:478.
 32. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: Review of evidence. *Eur J Pub Health* 2003;13:105–7.
 33. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown S. Depressive

- symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG* 2012;119:315– 23.
34. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet* 2010; 376:903.
35. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol* 2002; 100:27.
36. Wallace ME, Hoyert D, Williams C, Mendola P. Pregnancy-associated homicide and suicide in 37 US states with enhanced pregnancy surveillance. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215:364.e1.
37. Castillo-Reyther RA, Lara-Rodriguez SI, Galarraga-Robledo M, Lumbreras-Marques J, Barraza-Salas M, et al. Psychosocial Well-Being Indicators of Pregnant Women of the Ethnic Mexican Teenek. *Int J Womens Health Wellness*. 2017.
38. Fletcher, Tifani R.; Clements, Andrea D.; and Bailey, Beth, Identifying Intimate Partner Violence during Pregnancy in Prenatal Care Settings, *International Journal of Health Sciences Education*, 2016; 3(1).
39. Veenhoven, R. El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 1994;3, 87-116.
40. Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen & Sharon Griffin: The Satisfaction With Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, 1985 49:1, 71-75
41. William Pavot & Ed Diener. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction, *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*; 2008.
42. P. Padros, F. & Nicol, S. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México), *Latinoamericana*, 2016.

43. José, M., Martínez, C., Martínez, M. R., García, J. C., Isabel, M., Cortés, O., Vida, D. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas, 2004, 16, 448–455.
44. Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, 1997;277(17), 1357-1361.
45. Concato, J., Feinstein, A. R., Peduzzi, P., Kemper, E., & Holford, T. R. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1996; 49(12), 1373–1379.
46. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011; 84:478.
47. Robertas Bunevicius, Laima Kusminskas, Adomas Bunevicius, Ruta J. Nadisauskiene, Kristina Jureniene & Victor J.M. Pop. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2009, 88:5, 599-605,
48. Geijn, V. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints, . *Psychosom. Obstet. Gynecol*, 1996, 17, 93–102.
49. Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. Reviews Risk factors for depressive symptoms during pregnancy : a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2010, 202(1), 5–14.
50. Ceballos-martínez, Francisco, Y, I., Sandoval-jurado, L., Jaimes-mundo, E., Medina-peralta, G., & Madera-gamboa, J. Depresión durante el embarazo . *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010, 48, 71-74
51. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol* 2002; 100:27.



52. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol* 2015; 125:1268.
53. Reynolds CF 3rd, Frank E. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement on Screening for Depression in Adults: Not Good Enough. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:189.
54. Eid, M., & Diener, E. Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 2004. 65, 245–277.
55. ACOG committee opinion, No. 518: Intimate partner violence. *Obstetrics and Gynecology*, 2012.119, 412–417.
56. Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 2012, 156(11), 796–808.

