



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Protocolo de Investigación

**PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LA DEPRESIÓN GESTACIONAL Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF NO. 28,
MEXICALI BC.**

Numero de registro R-2019-204-027

***Trabajo para obtener el diploma de
Especialista en Medicina Familiar***

Presenta:

Dra. Denneen Robles López

Asesores:

Asesor Temático: Dra. Guadalupe Ortega Vélez

Asesor Metodológico: Dra. Raquel Solís Sánchez

Asesor Estadístico: Ing. Rafael Iván Ayala Figueroa

Mexicali, Baja California. 2019



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Jueves, 05 de septiembre de 2019

Dra. guadalupe ortega velez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LA DEPRESIÓN GESTACIONAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF NO. 28, MEXICALI BC.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-204-027

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

ATENTAMENTE

Cesar Alberto F. T.
Cesar alberto Figueroa Torres

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B. C. a, 5 de diciembre de 2019.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito denominado:

PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LA DEPRESIÓN GESTACIONAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF NO. 28, MEXICALI BC. 2018


Que para obtener el Diplomado de Especialidad en Medicina Familiar presenta:

Denneen Robles López


Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado


Dra. Carmen Gorety Soria Rodríguez

Presidente


Mtro. Rafael Iván Ayala Figueroa

Sinodal


Dra. Guadalupe Ortega Vélez

Sinodal


Dra. Raquel Solís Sánchez

Sinodal


Dra. Madtie de León Aldaba

Secretario

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador Principal: Denneen Robles López

Adscripción: Médico Residente de Medicina Familiar

Matricula: 98025707

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (UMF No.28).

Teléfono: (52) 686-510 28 73

Correo electrónico: denyna6@gmail.com

Asesor Temático: Dra. Guadalupe Ortega Vélez

Adscripción: Licenciatura de Medicina con especialización en Medicina Familiar

Matricula: 99027009

Institución: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28

Teléfono: 686-1915834

Correo electrónico: guadalupe.ortegav@imss.gob.mx

Asesor Metodológico: Dra. Raquel Solís Sánchez

Adscripción: Licenciatura de Medicina con especialidad en Medicina Familiar.

Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28.

Teléfono: 686-1657431

Correo electrónico: raquelsolis@hotmail.com

Asesor Estadístico: M.C. Rafael Iván Ayala Figueroa

Adscripción: Profesor de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Baja California (UABC).

Lugar de trabajo: Facultad de medicina de Mexicali (UABC).

Teléfono: 686 189 9065

Correo electrónico: rafael.ayala@uabc.edu.mx

ÍNDICE:

RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO	5
ANTECEDENTES	12
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y MÉTODOS	17
• CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
• OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	
• PROCEDIMIENTO	
• ANALISIS ESTADÍSTICO	
• ASPECTOS ÉTICOS	
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	22
FACTIBILIDAD	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	26
1) ESCALA DE DETECCION DE DEPRESION PERINATAL DE EDIMBURGO	
2) ESCALA DE EVALUACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FACES III	
3) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
4) CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO	
5) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
6) CARTA DE AUTORIZACION DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD UMF.28.	

RESUMEN

Título: PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LA DEPRESIÓN GESTACIONAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS DE LA UMF NO. 28.
Denneen Robles López¹, Guadalupe Ortega Vélez², Raquel Solís Sánchez³, Rafael Iván Ayala Figueroa⁴

INTRODUCCIÓN: El embarazo es una etapa en la que inician grandes cambios físicos, mentales y sociales en la mujer, resultando tanto positivos como negativos en su vida. No es fácil adaptarse, sin embargo es necesario mantener un equilibrio emocional y tenerlo como herramienta para mantener una estabilidad. Aproximadamente el 29% de las mujeres restantes, suelen cursar con cuadros depresivos durante esta etapa, lo cual puede generar confusiones, inseguridad y mal cuidado a su control prenatal. Es por ello la importancia de su detección de forma oportuna con el fin de tener mayor eficacia en el tratamiento y evitar complicaciones materno-fetales.

Objetivo: Determinar la Prevalencia y correlación de la depresión gestacional con la funcionalidad familiar.

Material y Métodos: Previa autorización del Comité Local de Investigación y del director de la unidad, se realizará un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, el cual consistirá en la detección de la prevalencia de depresión perinatal en las mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.28 y el tipo de funcionalidad familiar en las que ellas se desenvuelven en su hogar, para realizar esta evaluación se utilizaran dos escalas validadas, la Escala de Edimburgo para la detección de depresión perinatal y la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad familiar FACES III para conocer la funcionalidad familiar. Las variables que se medirán son: edad de la paciente, semanas de gestación, número de embarazo, nivel de educación, ocupación, estado civil y enfermedades presentes. Se utilizará estadística descriptiva con el programa estadístico SPSSv.21.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Depresión perinatal, Funcionalidad familiar, Adaptabilidad, Cohesión.

MARCO TEÓRICO

El embarazo en la mujer, es el proceso y posibilidad de poder dar vida a otro ser, originándose el crecimiento de este dentro de su útero, iniciando este proceso desde la unión de un óvulo con un espermatozoide al momento de la fecundación y termina con el parto a las 40 semanas de gestación, según la evolución del embarazo. Esta etapa en la mujer requiere atenciones especiales, ya que hay alteraciones físicas, hormonales, sociales y psicológicas que dan un efecto importante a las condiciones de la mujer.¹

La depresión es como tal, la morbilidad psiquiátrica más común durante la gestación, la cual llega a presentarse hasta en un 13% de las gestantes² y como tal, es considerada una crisis cuando esta provoca un desequilibrio emocional en la embarazada y su capacidad de adaptarse a múltiples cambios. La mujer por lo regular inicia con una discusión interna entre las necesidades, aspiraciones, obligaciones y nuevas responsabilidades a las que hay que enfrentarse con los futuros cuidados de un recién nacido, por lo que vuelve a la mujer más vulnerable para un cansancio psicológico y padecer un cuadro depresivo. Se refiere por la OMS, que aproximadamente 300 millones de habitantes padecen depresión a nivel mundial.³

Es frecuente observar episodios depresivos y síntomas como irritabilidad, anhedonia, cambios en el apetito, cambios en el sueño, tristeza, culpa o insatisfacción, las cuales pueden iniciar en cualquier fase de la etapa perinatal, reflejándose en ocasiones graves con ideas destructivas hacia el producto o a la madre propia;⁴ se observa en conjunto ansiedad ligada a cuadros depresivos, los cuales favorecen negativamente en el producto, incrementando el riesgo de resultados adversos de nacimiento, como por ejemplo el parto pretermino.⁵

La depresión como tal en la población general, es dos veces más frecuente en el sexo femenino que en el masculino. En la mujer se alcanzan las más altas prevalencias durante la edad fértil (20-35 años), por lo cual podemos encontrar a una mujer deprimida desde antes del embarazo o bien iniciar con depresión durante la etapa gestacional. En la versión más reciente del DSM V del 2013, cambia el término de “depresión postparto” por “depresión periparto o perinatal” a razón de notar que el 50% de los diagnósticos de depresión postparto comienzan en realidad desde el embarazo.⁶

Depresión perinatal: “Es un episodio de depresión mayor durante la gestación o

después del parto o adopción de un bebé” o el conjunto de síntomas depresivos que se observan en cualquier etapa del embarazo hasta las primeras 4 semanas postparto. Engloba como tal a un trastorno con falta de afectividad positiva, mal ánimo y síntomas emocionales y físicos asociados.⁷

La depresión en la gestante no tiene una causa específica, es fácil de diagnosticar y entre sus principales causantes, son las causas psicológicas, biológicas o sociales. La prevalencia general de depresión durante la gestación, es cerca del 20% y se observan mayormente durante el segundo trimestre de gestación y durante el postparto.⁸

Factores de riesgo para depresión perinatal: ^{9, 10,11}

- Edad materna
- Ansiedad materna
- Estrés diario
- Antecedente de aborto
- Violencia intrafamiliar
- Insomnio
- Tipo de relaciones de pareja
- Tipo de cobertura médica
- Estatus socioeconómico bajo
- Historia previa de depresión
- Historia de abuso sexual
- Antecedente de trastorno disfórico premenstrual
- Intención con el embarazo: no deseado, no planeado.
- Bajo nivel educativo de la gestante, frente a un nivel educativo superior de su pareja.
- Falta de apoyo social, principalmente si es la pareja.
- Eventos vitales estresantes: como la pérdida del empleo, de un ser querido, un divorcio, etc.
- Factores que presentan resultados inconsistentes (tabaco, alcohol, drogas, edad materna o la historia obstétrica previa).
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo.
- Falta de creencia religiosa

Síntomas de depresión mayor según el DSM V (2013): ¹²

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes presentes durante un periodo de dos semanas y representando cambios de funcionamiento diario. No se deben incluir síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.

1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2	Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3	Pérdida o aumento importante de peso sin hacer dieta o ejercicio (no aplicable en embarazo).
4	Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7	Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días
8	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días
9	Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Episodios depresivos con inicio en el periparto se aplica al episodio actual o si, actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico, se obtiene por la presentación de episodios depresivos durante el embarazo o hasta la cuarta semana postparto, aunado a cuestionarios o escalas útiles en la detección de depresión durante la gestación, así mismo se realizan diversos tipos de pruebas inmunológicas como biomarcadores séricos,¹³ los cuales en nuestro país aún no tienen gran auge.

Al no realizarse un diagnóstico de depresión durante la gestación, aumenta los problemas en la salud reproductiva, como embarazos sin vigilancia, abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual, complicaciones durante el embarazo, entre otras.¹⁴

La prueba más utilizada de tamizaje es la “Escala de Depresión perinatal y postnatal de Edimburgo), sin embargo obteniéndola positiva, es necesario canalizar al servicio de psiquiatría para realización de pruebas mayormente específicas de depresión, como el cuestionario de depresión de Beck, escala de Hamilton, escala de Montgomery-Asberg, escala de depresión de Yesavage, entre otros. Así mismo se utilizan por su practicidad durante la consulta en el continente europeo, las preguntas de Whooley.

Escalas de detección de depresión:

Escala de Depresión Perinatal y Postnatal de Edimburgo (EPDS).

Es el instrumento de tamizaje más utilizado en el mundo de manera específica para depresión perinatal. Consiste en una escala de 10 preguntas y se le pide a la gestante que responda según como se ha sentido en los últimos 7 días. Cada ítem y sus preguntas correspondientes tienen una puntuación de 0 a 3 puntos. Al final de la escala se obtienen los resultados y se determina si existen datos sugerentes de depresión perinatal.⁶ Así mismo esta escala evalúa síntomas de ansiedad.

Mujeres con puntajes mayores a 12 están en riesgo muy alto para depresión perinatal, de 10-12 puntos se debe repetir el cuestionario en un lapso de 4 a 6 semanas posteriores, y menor a 10 puntos podemos asegurar que la paciente no cursa con esta patología.¹⁵

La escala de Depresión de Perinatal de Edimburgo tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82%, y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%.¹⁷
(Anexo 1)

Preguntas de Whooley: Se recomienda realizarlas en todas las consultas pre y postnatales 1. ¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes?, 2. ¿En el último mes, ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta?). En caso de ser algunas de las dos preguntas previas un “sí”, se prosigue a la tercera pregunta.3. ¿Siente que necesita o requiere ayuda? ⁶

Escala de Depresión de Beck

Se compone de 21 ítems en los cuales se obtiene una puntuación de 0 a 63, cuanto más alto es el puntaje, mayor es la gravedad de los síntomas depresivos.

0-10: depresión mínima

11-16: ligero trastorno emocional

17-20: depresión leve

21-30: depresión moderada

31-63: depresión grave. ³

Funcionalidad familiar: Es la capacidad de un sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa, evitando que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. Uno de los factores más importantes y protectores de inestabilidad emocional es el tipo de funcionalidad familiar en el que se desenvuelve la mujer gestante, ya que esta etapa es causa de grandes cambios en la vida de la mujer, así como aumenta el riesgo de presentar alguna crisis en la pareja. Aunque exista diversidad de instrumentos para evaluar a la familia, la clínica toma el primer lugar para referencia y calidad del análisis verbal. ¹⁸

Escala para valorar funcionalidad familiar:

FACES III (Escala de Evaluación de la cohesión y Adaptabilidad Familiar).

La cohesión se refiere al grado de enlace emocional captado por los integrantes de la familia. La flexibilidad familiar es el potencial del cambio de roles, reglas y liderazgo con el que vive la familia. Y estos dos valores nos proyectan que tipo de funcionamiento familiar que predomina en nuestra región: resultando en extremo, rango medio o balanceado. Las familias balanceadas, suelen ser más funcionales y a su vez se facilitan su vida, y los extremos los que cursan con más problemas a través de cada etapa del

ciclo vital.¹⁹ Consta de 20 reactivos, se puede aplicar a cualquier persona mayor de 10 años o mayor que sepa leer y escribir. Se suman los puntajes de los ítems nones para evaluar la cohesión y el puntaje de los ítems pares para evaluar la adaptabilidad. (Anexo 2)

Y posteriormente se evalúan y correlacionan las dos tabulaciones ya conocidas.

La presencia de algún grado de disfuncionalidad familiar aumenta aproximadamente 3 veces el riesgo de padecer depresión en el embarazo.

TRATAMIENTO:

En casos de depresión leve o moderada durante el embarazo, se aconsejan tratamientos como psicoterapia, terapia conductivo-conductual y psicoterapia individual, y en casos de depresión graves a severas se sugieren tratamientos farmacológicos.²

Claramente está, que existe la preocupación por el paso de los antidepresivos a través de la placenta, los antidepresivos ideales en la gestación son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina.¹ Entre estos se sugiere el uso de Fluoxetina, ya que no se ha encontrado efectos dañinos en el feto, así como ha sido estudiada la paroxetina, del cual se sabe que no provoca defecto cardíaco, aunque solo ha sido probado en ratones.²⁰ Es importante el saber que se necesitan de semanas a meses de farmacoterapia continua para que se observan modificaciones en los síntomas depresivos.² Se han observado en los últimos años múltiples efectos con el uso de antidepresivos en la etapa prenatal en diversas presentaciones y grados de afectación, como nacimientos no óptimos, apgar bajo y alto riesgo de autismo, asociándose más con la ingesta de estos fármacos en el segundo y tercer trimestre de embarazo.²¹

Otras alternativas de tratamiento:

- Intervención mindfulness, descrita como “la conciencia que surge de prestar atención intencional a algo sin realizar un juicio”, en estas sesiones intenta que las pacientes con elevado nivel de estrés y ansiedad se enfoquen en cosas positivas y pierdan el interés en lo negativo que les causa estrés.²
- Ejercicio aeróbico ampliamente sugerido en pacientes con trastorno de depresión, ya que disminuye el riesgo de enfermedades cardíacas y a su vez mejora el ánimo.²

Múltiples revisiones bibliográficas han referido que una depresión perinatal no tratada ocasiona más efectos negativos en el nacimiento de un bebé que el uso de antidepresivos.²²

Como propósito principal es necesario disminuir el estrés en la gestante, ya que la ansiedad, la depresión y el estrés materno producirán complicaciones materno-fetales, por lo que el tratamiento que se decide implementar ya sea psicológico o farmacológico debe ser seguro y efectivo.²

CONSECUENCIAS DE NO TRATAR LA DEPRESIÓN PERINATAL:

El no detectar ni tratar la depresión durante el embarazo, puede ocasionarnos varios problemas de intensidades variables en el producto, por ejemplo: al momento del nacimiento se observan consecuencias tales como partos prematuros, deterioro del neurodesarrollo fetal, baja puntuación de APGAR y baja talla para la edad gestacional. Al igual que se ha encontrado en madre e hijo un incremento alfa amilasa en saliva²², de corticotropina (ACTH), angiotensina II, vasopresina y oxitocina relacionadas con mayor probabilidad de parto prematuro. Como consecuencia, la liberación de sustancias que propician la vasoconstricción, aumenta el riesgo de hipertensión y preeclampsia.²

Las complicaciones principales de este trastorno pueden resultarnos negativamente en el desarrollo de los recién nacidos, al igual que en la relación madre e hijo. Se refiere que las madres con depresión muestran menor seguridad y confianza en el cuidado de sus hijos en comparación con las que no padecen este trastorno. Las mujeres con depresión son más negativas y se involucran menos con sus hijos, resultando a su vez que ellos sean menos reactivos, evitan mirar a los ojos y se comportan con menos destrezas al convivir con sus madres. Así mismo, se ha observado a estos niños con menos aprovechamiento durante su estancia escolar, así como problemas a nivel social.⁹ En Chile, se ha reportado una prevalencia sobre las repercusiones de la depresión materna en la salud mental de los hijos de madres deprimidas, las cuales muestran un incremento de problemas conductuales y emocionales en hasta en un 49.8%, comparado con la prevalencia de depresión a nivel general de la población en 15%, por lo cual es realmente significativo.²³ Se observa que la depresión perinatal es la primera causa de incapacidad laboral y la morbilidad más frecuente durante el embarazo.² Por lo que es de suma importancia desde la primera visita prenatal o deseo de embarazo analizar de forma individualizada a las mujeres gestantes, desde su dieta

hasta su ritmo de vida. Se ha demostrado en estudios observacionales que la dieta habitual juega un papel muy fundamental en el riesgo de progresión de trastornos mentales muy comunes.²⁴

Las mujeres con depresión tienen mayor riesgo de abandonar sus consultas prenatales, de no llevar a cabo instrucciones médicas y de descuidar su embarazo. Así mismo están más vulnerables a consumir, tabaco, alcohol o alguna droga afectando como tal la salud materno-fetal o secundaria a la depresión pueden cursar con anorexia y darnos resultados negativos.⁶ Una alta cantidad de estudios de cohorte, muestran una alta relación entre la mala nutrición materna y los problemas de comportamiento en los niños, ya que esto provoca cambios persistentes y epigenéticos en el fenotipo de ellos, principalmente de los 2 a los 8 meses de edad.²⁴ La depresión perinatal sin ser tratada se convierte en unos de los principales factores para desarrollar depresión postparto hasta en un 50% de probabilidad.¹ Como finalidad, se debe tener presente todos y cada uno de los aspectos previamente mencionados, “el modelo psicosocial”, ya que las condiciones sociales y psicológicas con adecuado equilibrio, influirán en la vulnerabilidad de la madre para llevar un embarazo sano a término.²⁵

ANTECEDENTES

Se realizó un estudio en el Hospital Materno Infantil de La Paz, Bolivia en el 2015, con el fin de determinar la frecuencia de disfunción familiar, ansiedad y depresión en mujeres embarazadas. El estudio fue de tipo prospectivo y transversal, realizándose con una muestra de 86 mujeres embarazadas hospitalizadas por alto riesgo obstétrico y otro grupo de 86 embarazadas de bajo riesgo de la consulta externa.

Encontrándose varias patologías importantes, como ansiedad en el 68% de las mujeres hospitalizadas y 48% en las mujeres que asistían a la consulta externa. La depresión en las mujeres hospitalizadas fue de 64 % y 56 % en las de consulta externa. La disfunción familiar estaba presente en 70% y 58% respectivamente. La patología más frecuente en las mujeres embarazadas fue la amenaza de parto prematuro, 65% presentaron ansiedad, 69%, depresión y 60% disfunción familiar. Las mujeres casadas tienen 76% de ansiedad, 74% de depresión y 76% de disfunción familiar. Se encontró una alta

relación en las pacientes hospitalizadas de alto riesgo con la presencia de ansiedad y depresión.²⁶

Se realizó un estudio en Manizales, Colombia en el 2012, donde se analizó la funcionalidad familiar y los factores relacionados en un grupo de adolescentes embarazadas que acudían a su control prenatal en los centros de salud, tipo transversal con una población de 190 adolescentes entre 12 y 21 años, se utilizó una encuesta la cual preguntaba sobre cuestiones sociodemográficas, la relación y el nivel de comunicación con sus padres, si existían situaciones conflictivas en la familia y se evaluó la funcionalidad familiar con el APGAR familiar. Se obtuvo como resultados, que la edad promedio fue de 18 años, el 72.1% presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, regular relación con el padre de 46.9% y 25.3% con la madre, 38.9% presentaban violencia intrafamiliar, 25.8% depresión, 23.3% consumo de alcohol, 36.3% creían que no iban a quedar embarazadas al momento del coito, 26.8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad familiar y el hablar de temas de sexualidad con las hijas, tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar, la no presencia de embarazo en menores de 17 años, el empleo de métodos anticonceptivos, el número de embarazos y la presencia de abortos inducidos.²⁷

En el 2013, se realizó un estudio en el Hospital Niño Jesús en Barranquilla, Colombia, con el fin de determinar la prevalencia de los factores de riesgo para depresión en embarazadas en el primer trimestre del 2012, el cual fue un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 151 embarazadas en control prenatal, se estudiaron factores sociodemográficos, gineco obstétricos, psicológicos y psiquiátricos, y se evaluó a cada una de ellas con la escala de depresión de Edimburgo, con un punto de corte de 13 puntos, encontrándose depresión en el 19.2% de las embarazadas, ligada mayormente a antecedente de aborto previo, algún grado de disfunción familiar y actividad fuera del hogar.¹

En Lima, Perú en el 2009, se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal en el que se analizaron 222 embarazadas de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudían a su control prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con el fin de determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y determinar los factores

sociodemográficos y obstétricos de las mujeres embarazadas con depresión mayor. A cada paciente se le aplicó la escala de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se obtuvo que 89 pacientes (40.1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos, por el contrario las mujeres que no planificaron su embarazo o presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, en nivel educativo, antecedentes de aborto, consumo de alcohol o sustancias, falta de apoyo familiar y la percepciones problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. La depresión mayor en las gestantes fue muy elevada.²⁸

En Guadalajara, Jalisco en el 2012, se realizó un estudio descriptivo evaluando la depresión, ansiedad y factores sociodemográficos en pacientes embarazadas de 12 a 44 años de pacientes embarazadas que acudían a su control prenatal en la unidad de medicina familiar no.51 de IMSS de manera aleatoria. Se analizaron 103 embarazadas con un promedio de edad de 27 años, la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%, casadas 75.7%, empleadas 62.1%.

Se encontró ansiedad en el 50.5% y depresión en el 67%. La depresión en el grupo de 12-19 años se observó en el 75%, de 20-29 años 74%, de 30-34 años 65%, 35-39 años 31%. Se encontró que el grupo de edad mayor afectado de depresión es el de 12 a 19 años.²⁹

En el 2017, la Universidad Veracruzana en Minatitlán, realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en embarazadas de una institución de salud de primer nivel, participaron 89 mujeres con un rango de edad entre 16 a 42 años, en el que aplicó la escala de depresión de Beck, obteniéndose una prevalencia de depresión de 23.6% de las mujeres embarazadas, siendo el 19.1% del primer trimestre, 14.3% del segundo y 66.6% del tercer trimestre. Con respecto al estado civil, el 51.7% vivían en unión libre, 27% casadas, 15.7 solteras, y 5.6% viudas. Estos resultados comprobaron la importancia de los factores sociales, culturales y económicos en los que se desenvuelve un embarazo.³

Se realizó un estudio en la ciudad de Mérida, Yucatán en el 2013, en el cual se trataba de demostrar que el insomnio es un factor de riesgo para desarrollar depresión en mujeres embarazadas. Se realizó en 50 mujeres con más de dos meses de gestación y se les realizaron dos pruebas, el primero era el cuestionario de insomnio y el segundo el cuestionario de depresión de Beck. Se obtuvo como resultado, que el 50% de las embarazadas padecían de insomnio durante la gestación y un 10% lo padecían desde antes del embarazo. Asimismo, se reportó un 16% de estas embarazadas con depresión. Esto nos refleja la importancia del antecedente de insomnio como factor de riesgo para el desarrollo de depresión durante la gestación, por lo que las mujeres que padecen de insomnio y no reciben tratamiento, aumentan la prevalencia de depresión al momento de gestar.⁸

En un estudio realizado en un hospital del Estado de México se estudiaron 45 mujeres adolescentes que acudieron a su consulta de control prenatal y observaron que el 86% de las adolescentes tenían autoestima baja, mientras que el 51.1% presentó depresión de leve a grave.³

JUSTIFICACIÓN

La depresión es una condición frecuente en el embarazo y aproximadamente el 65% de las mujeres embarazadas con depresión suelen estar subdiagnosticadas.⁹ Hay una alta sospecha de que muchos de los aspectos que afectan la salud materno fetal pueden ser originados por esta causa, ya que no se acostumbra durante la consulta prenatal a brindar un enfoque encaminado a la salud mental de la madre.

Con el objetivo de brindar una atención de una forma más integral a la mujer embarazada sería importante tener esta enfermedad en cuenta, así como tener el objetivo de descartar cualquier otra patología en la mujer embarazada.

El interrogatorio dirigido, así como el uso de herramientas como las escalas previamente mencionadas y muy fáciles de elaborar harán de una manera más sencilla su diagnóstico, principalmente porque gracias a ellas podremos determinar si existe o no la patología así como nos revelara un factor sumamente importante para padecerla, que es tipo de funcionalidad familiar y la red de apoyo con la que la gestante cuenta.

Es importante como médico fortalecer el vínculo madre e hijo, ya que el mantener a la madre informada y cercana a su cuidado será la clave para mantenerla alerta de cualquier signo de alarma o cualquier factor de riesgo que ponga en peligro la calidad de vida.

El propósito de este protocolo, es difundir la importancia del bienestar mental en la madre y darle el enfoque que merece, así como dar a conocer las múltiples consecuencias a las que podríamos enfrentarnos por no realizar un diagnóstico a tiempo y un tratamiento adecuado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar la existencia de depresión durante el embarazo es de gran importancia, ya que no es común que se investigue a fondo sobre el tema a no ser que la paciente esté en un grado de depresión severa.

Al ir conociendo la gran cantidad de repercusiones a la salud materno-fetal con este padecimiento, crece la preocupación y el interés por intentar difundir esta información, tanto en el personal médico, de enfermería, trabajo social y en la población, con el fin de llegar a un diagnóstico más temprano y con menos complicaciones.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LA DEPRESIÓN GESTACIONAL CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR?

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar la Prevalencia de la depresion gestacional y correlacionarla con su funcionalidad familiar.

Objetivos Específicos:

- Identificar en la población de estudio los factores de riesgo presentes para depresión perinatal.
- Conocer el tipo de funcionalidad familiar en las mujeres gestantes con depresión y sin depresión.

- Determinar la prevalencia de depresión en las etapas de la vida fértil, adolescencia y adultez.
- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Correlacionar la presencia de depresión gestacional con el tipo de funcionalidad familiar utilizando el Faces III.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de investigación: Observacional, descriptivo, analítico y transversal.

Población de estudio: Mujeres con diagnóstico de embarazo derechohabientes de la UMF No.28 en cualquier trimestre de gestación que acuden a consulta de medicina familiar turno matutino o vespertino.

Período de estudio: Del 1 de Septiembre al 30 de Noviembre del 2019.

Lugar de realización de estudio: Unidad de Medicina Familiar No.28, en la ciudad de Mexicali, Baja California.

Tipo de muestreo: Simple aleatorio.

Tamaño de la muestra: Se incluirán todas las mujeres embarazadas afiliadas a IMSS pertenecientes a la unidad de medicina familiar no.28.

$$n = \frac{z^2_{\alpha} p (1 - p)}{d^2}$$

n: Tamaño de la muestra.

Z: Nivel de confianza, 95%= 1.96

p (1-p): Variabilidad, donde p es igual la proporción de depresión

d: Precisión o tasa de error permitida = 5%

Universo en estudio: 1491 pacientes embarazadas en la UMF 28.

Tamaño de la muestra: 150 pacientes. Sin embargo para garantizar este numero se adicionaron 50 pacientes mas al estudio.

Hipótesis Nula: En pacientes con disfuncional familiar no existe correlación con depresión gestacional.

Hipótesis Alternativa: En pacientes con disfunción familiar se incrementa la correlación con depresión gestacional.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- Ser mujer embarazada y derechohabiente de la UMF No.28, que desee participar en el estudio y que acuda a atención durante el período del estudio.
- Que acepte firmar consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes con diagnóstico de depresión
- Pacientes con problemas de comunicación.

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

Instrumentos de medición:

- Escala de Depresión de Edimburgo (Anexo 1).
- Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar FACES III.

Procedimiento:

Previa autorización del Comité Local de Investigación y del director de la unidad, se procederá a invitar a los pacientes que acudan a su control prenatal en la UMF No.28 a participar en el estudio, se les informará de los detalles del estudio, y si aceptan participar se les solicitará la firma del consentimiento informado (Anexo 3) o y asentimiento informado en las menores de edad (Anexo 4), posteriormente se solicitara acudir al aula c en la unidad de medicina familiar no.28 con el fin de obtener más

privacidad y tranquilidad al contestar la Escala de Edimburgo y la Escala FACES III, ambos son cuestionarios auto aplicados, se recolectara la información en un formato Excel para ser analizada. Se identificara si existe o no depresión así como correlacionaremos el tipo de funcionalidad familiar de la mujer gestante y en caso de resultar positivo a depresión, notificare a su médico familiar tratante con el fin de alertarlo de los posibles riesgos de padecer depresión y así mismo ser enviada a psicología, idealmente por parte de nuestra institución o buscar ayuda externa.

VARIABLES

Conceptualización de variables de estudio

NOMBRE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Expresada en años de acuerdo a la fecha de nacimiento	Cuantitativa ordinal	Adolescente: Menor a 19 años de edad. Adulto: Mayor de 19 años de edad
Semanas de gestación	Periodo que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto	Expresada en semanas de acuerdo a su última fecha de menstruación	Cualitativa nominal	1er Trimestre: De la semana 1 hasta el final de la semana 12. 2do trimestre: Desde la semana 13 hasta el final de la semana 26. 3er trimestre: De la semana 27 al final del embarazo.
Número de embarazos	Cantidad de gestaciones que ha tenido una mujer a lo largo de su vida	Embarazos	Cuantitativa nominal	Primigesta: Un embarazo. Multigesta: Dos o más embarazos.
Ocupación	Acción o desempeño realizado en la vida diaria a través de los días	Empleo	Cualitativa ordinal	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Empleada 4. Profesionalista
Estado civil	Condición particular de una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Según lo contestado al momento de la entrevista	Cualitativa nominal	1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada
Funcionalidad familiar	Capacidad de una familia para superar las crisis que se presentan	Cohesión Adaptabilidad	FACES III	1. Funcional 2. Disfuncional

	a lo largo del ciclo vital.			
Depresión perinatal	Episodios depresivos por al menos dos semanas durante la gestación o hasta 4 semanas postparto.	Presencia o no de depresión	Escala de Depresión de Edimburgo	1. Depresion 2. No Depresion
Red de apoyo	El tener una estructura la cual brinde algun tipo de contencion a algo o alguien.	Familiar o pareja	Cualitativa ordinal	1.Si 2. No

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron valores para variables de naturaleza categorica, se generaron tablas de frecuencia con valores absolutos y valores relativos o porcentajes. Con estos se construyeron graficos para describir las variables. Para algunas variables de naturaleza cuantitativa y poder describirlas se generaron estadisticos de tendencia central y de dispersion: de tendencia central la media y la mediana y de dispersion la desviacion estandar, el valor minimo y el valor maximo.

Ademas para la descripcion de factores de riesgo en los grupos de depresion gestacional y para funcionalidad familiar se concedieron tablas de $t \times r$ para observar el comportamiento y revisar la independencia o dependencia de los dos criterios.

Finalmente se construyo una tabla 2×2 para depresion gestacional y funcionalidad familiar de orden 2×2 para dar respuesta a la hipotesis nula de independencia entre los dos criterios contra la hipotesis alterna de presencia de asociacion. El estadistico de prueba utilizado fue Chi-Cuadrada. El analisis se llevo acabo utilizando el paquete estadistico SASS version 9.4 para windows.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigacion se realizara bajo las normas establecidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial sobre los principios eticos para las investigaciones médicas en seres humanos, asi como lo estipulado en la Ley

General de Salud. Este estudio sera enviado a evaluacion al Comité Local de Investigación CLIEIS No. 204 del IMSS para ser revisado y analizado esperando cumpla con las normas antes mencionadas y autorización de las autoridades de la unidad. Se le entregara a cada paciente una carta de consentimiento informado o de asentimiento informado en caso del paciente ser menor de edad, los cuales se procederán a leer, donde se especifica que sus resultados al evaluar el tipo de funcionalidad familiar en el que habitan y si existe algún grado de depresión durante su embarazo, serán solo para fines de protocolo de investigación manteniendo la confiabilidad de la información, sin embargo serán notificados a su médico familiar o ginecólogo en caso de llevar un manejo conjunto, así como a trabajo social y psicología para iniciar un manejo según sea el caso. Se pedirá a la paciente o al padre de la embarazada adolescente, si están de acuerdo en participar voluntariamente, que firmen dichos documentos (Anexos 3 y 4).

RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, este estudio se clasifica como de riesgo mínimo.

Los riesgos en los que se encuentran los pacientes participantes no son diferentes a los que implican al estar en contacto con los servicios de salud y la evolución propia de su padecimiento, en donde intervienen tanto las variables propias del paciente y de los prestadores de servicio de salud.

El procedimiento será realizado por medio de un interrogatorio, el cual tiene que ser dirigido de manera directa al paciente a investigar, no se realizará exploración física ni contacto de otra índole.

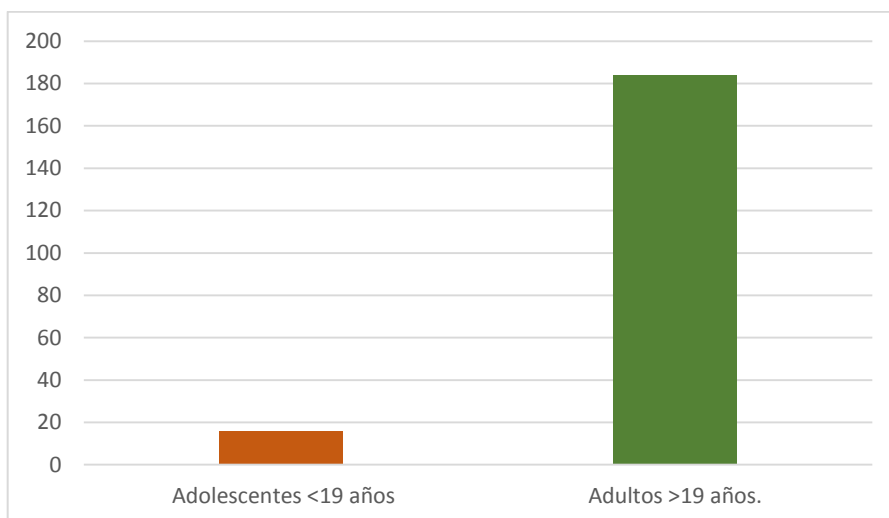
El beneficio del estudio para los participantes será que si al detectarse algún grado de depresión, la información se le dará a su médico familiar tratante, para canalizarse posteriormente al servicio de psiquiatría. Se guardará confidencialidad de la información del paciente.

RESULTADOS

Características generales de la muestra:

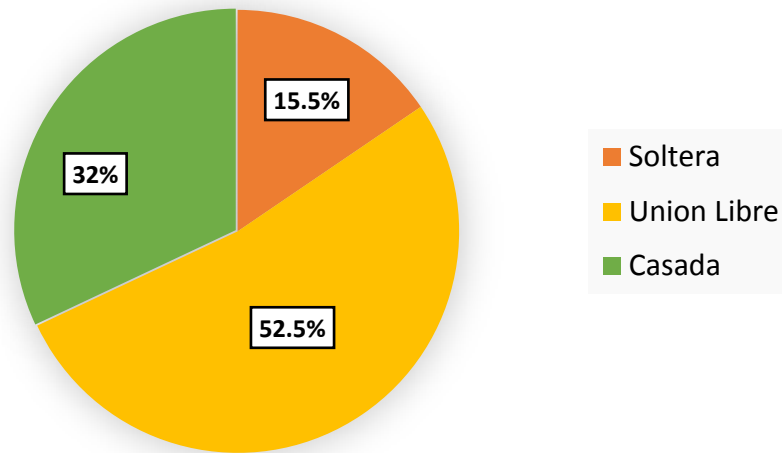
De las 200 mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar No.28 que se estudiaron como parte de la muestra, por edad se observó que el promedio de edad fue 26.58 ± 6.05 , con una edad mínima de 14 y máxima de 39 años. Catalogándose como adolescentes al ser menor de 19 años o adultas al tener 20 o más años de edad.

De las 200 mujeres embarazadas, se observó el 92% en la etapa adulta (184/200) y el 8% en la adolescencia (16/200).



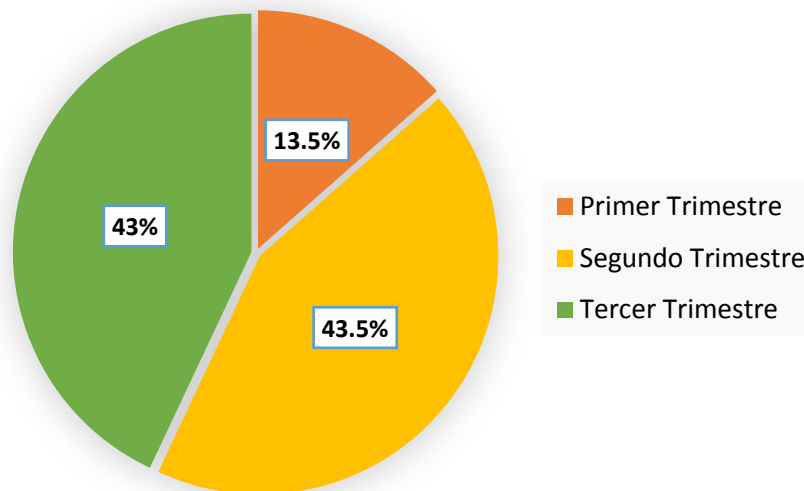
Grafica 1. Clasificación de pacientes embarazadas de acuerdo a la etapa de vida.

Se observó que el estado civil que predomina es unión libre con el 52% de las embarazadas (105/200), casadas 32% de ellas (64/200) y en su minoría las solteras con el 15.5% (31/200).



Grafica 2. Clasificación de mujeres embarazadas, según su estado civil.

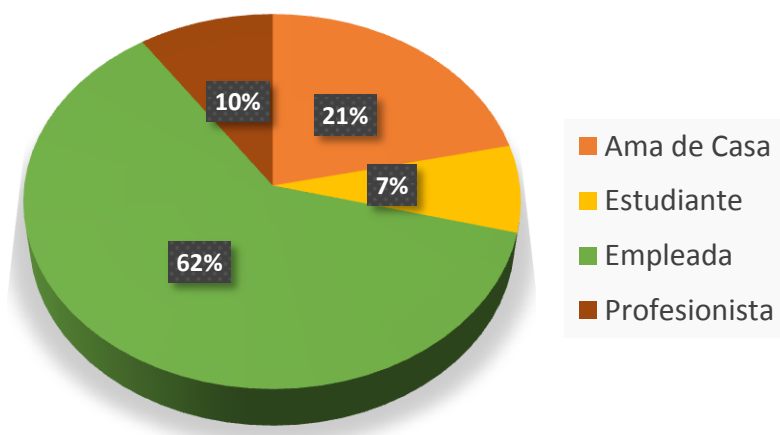
De las 200 pacientes embarazadas, encontramos que el grupo mayoritario es pacientes embarazadas en el segundo trimestre con un 43.5% (87/200), siguiendo con un 43% al grupo de mujeres en el tercer trimestre (86/200) y en su minoría al primer trimestre con el 13.5% (27/200).



Grafica 3. Por trimestre gestacional al momento del estudio.

Referente al número de gestaciones en nuestras pacientes, se obtuvo que el 42% son pacientes primigestas (84/200) y 116 pacientes multigestas (58%/200).

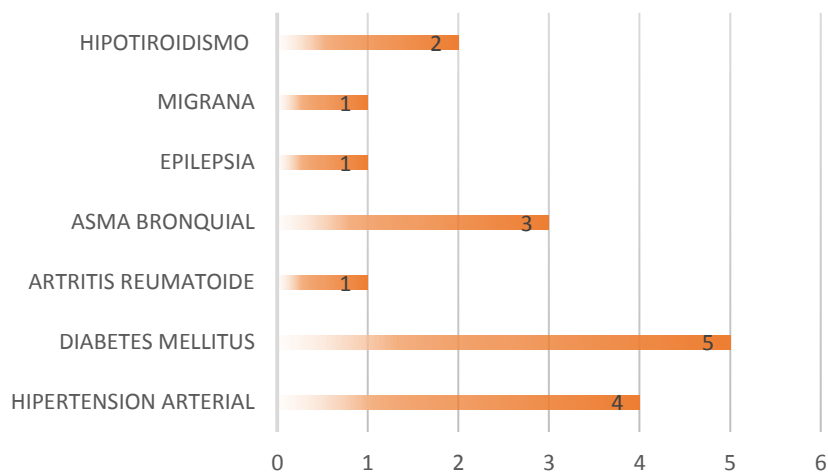
Por ocupación destaca que el 62% (123/200) son empleadas y el 7.5% (15/200) son estudiantes.



Grafica 4. Clasificación por ocupación de pacientes embarazadas de UMF No.28.

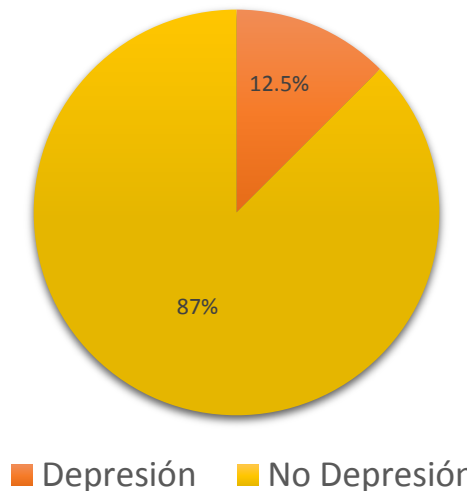
La ausencia de red de apoyo en las mujeres embarazadas, es catalogado como factor de riesgo para depresión gestacional, sin embargo 199 pacientes refirieron contar con red de apoyo, principalmente la pareja o sus padres.

Respecto a enfermedades en las mujeres embarazadas, se observó que 17 de ellas padecían alguna patología, resultando como tal en el 8.5% del total de ellas. Entre estas patologías predominaba la Diabetes mellitus en el 2.5% de pacientes (5/200), continuando con hipertensión arterial en el 2% (4%/200) y asma bronquial en 3 pacientes (1.5%/200).



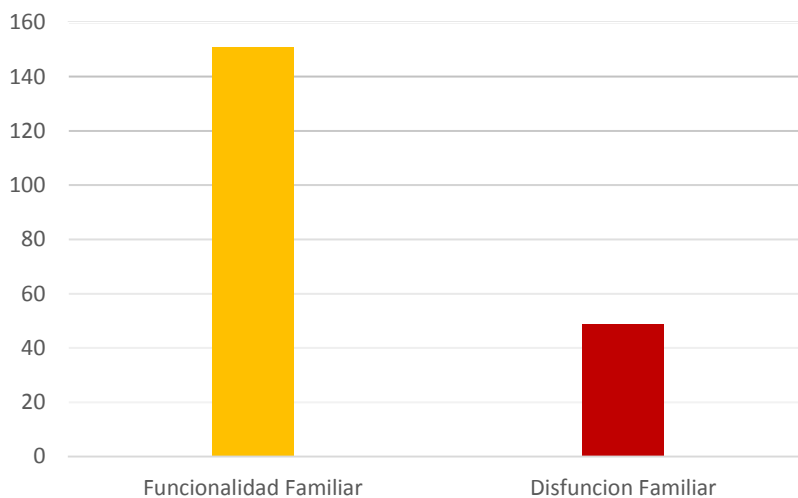
Grafica 4. Principales patologías encontradas en las mujeres embarazadas de la UMF No.28.

De acuerdo a la Escala de Edimburgo para evaluar la depresión perinatal, se detectó la prevalencia de pacientes con y sin datos de depresión, observándose probable depresión en 12.5% de las pacientes (25/200) y no depresión en el 87.5% (175/200).



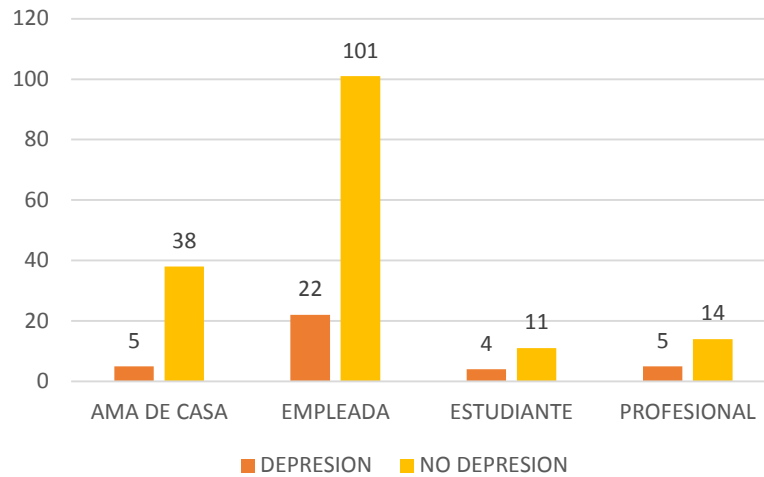
Grafica 5. Determinacion de la prevalencia de depresion durante el embarazo.

Al realizarse la Escala de Evaluacion FACES III para determinar funcionalidad familiar en las mujeres embarazadas, se observo que 151 pacientes tienen una adecuada funcionalidad familiar (75.5%/200) y 49 mujeres con disfuncionalidad (24.5%/200).



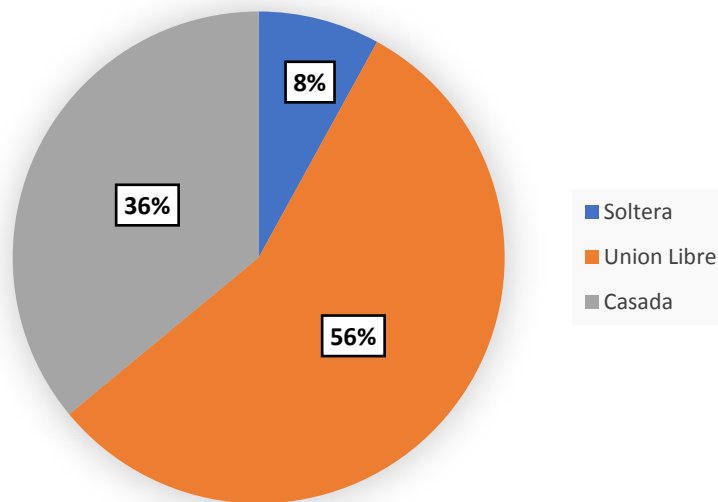
Grafica 6. Prevalencia de funcionalidad familiar y disfuncionalidad en la totalidad de las pacientes.

Destaco entre las pacientes con datos de probable depresion el cual fue 12.5% (25/200), que referente al estado civil el ser empleada era la mayoría con el 60% (15/25), 16% ser profesionistas (4/25) y en su minoria ser ama de casa y estudiante ambas con el 12% (3/25). Lo cual nos podria hacer suponer que el ser empleada, genera mas estrés debido a diversos factores, como largas jornadas de trabajo, ingresos no constantes o insuficientes y aumento de estres. Por el contrario en amas de casa y estudiantes el estres puede ser menos, se organizan de una manera mas eficaz y tienen una rutina mas constante.



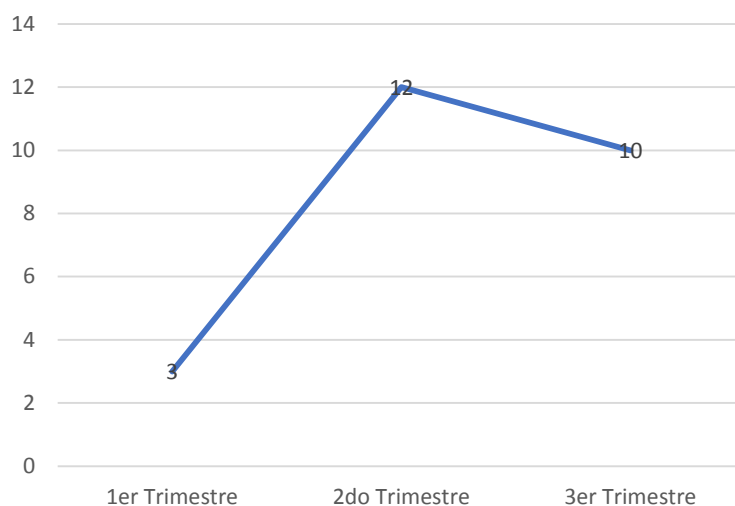
Grafica 7. Representacion grafica de la proporcion de ocupaciones en las mujeres embarazadas de UMF No.28 con probable de depresion y sin depresion.

Asi mismo se observo referente al estado civil, que al igual que en las 200 embarazadas en el estudio, el estado civil de las embarazadas con depresion predominaban en union libre con un 56% (14/25), continuando con casadas 37% (9/25) y en menor proporcion las solteras con el 8% (2/25).



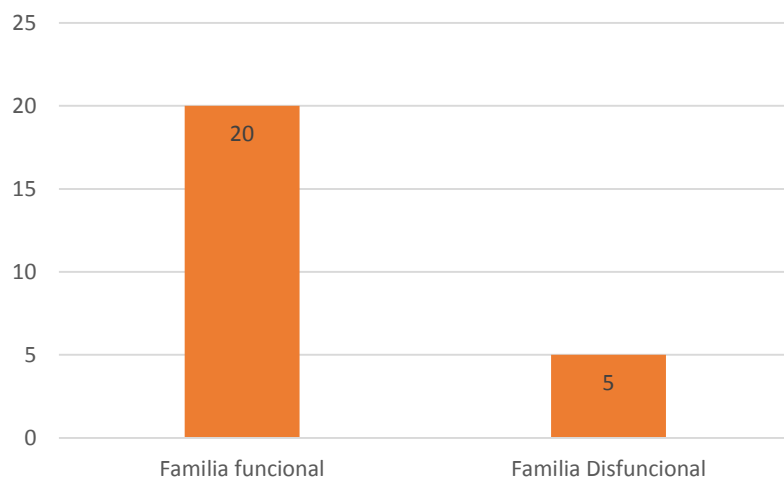
Grafica 8. Clasificacion de mujeres con depresion según estado civil.

El trimestre de gestacion con mayor predominio en las mujeres con depresion, se encontro el segundo trimestre con 48% (12/25), el tercer trimestre con 40% (10/25) y el primer trimestre con 12% (3/25).



Grafica 9. Determinación del trimestre gestacional en las pacientes con depresión de la UMF No.28.

De acuerdo al tipo de funcionalidad familiar en las mujeres embarazadas con depresión, logramos observar que predominó una adecuada funcionalidad familiar en el 80% de las pacientes (20/25) en comparación con la disfuncionalidad en el 20% (5/25).



Grafica 10. Clasificación del tipo de funcionalidad familiar en las mujeres embarazadas con depresión.

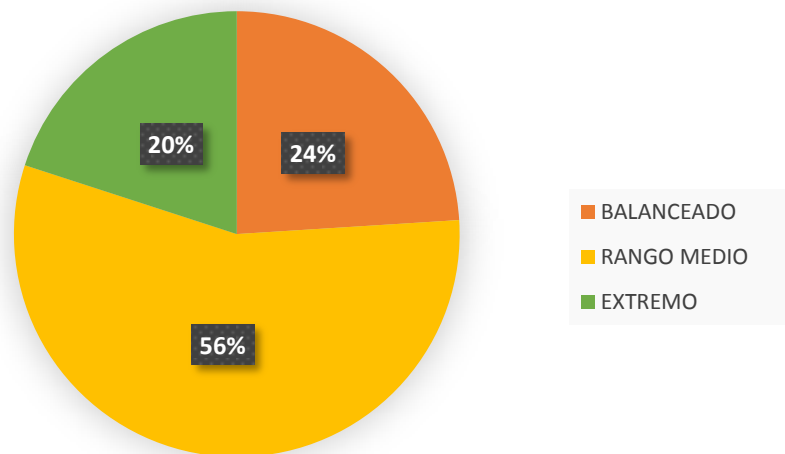
Al realizarse la escala FACES III en el grupo de las mujeres con depresión, se observó que referente a la cohesión se encontraba en mayor cantidad el tipo de familia semirrelacionada en un 44% (11/25), seguido por el tipo de familia no relacionada con el 24% (6/25), aglutinada 20% (5/25) y relacionada en el 12% (3/25).

Y referente a la adaptabilidad evaluada por la misma escala, encontramos que predominó el tipo caótica en el 68% (17/25), estructurada en el 20% (5/25), flexible 12% (3/25), encontrándose 0% en tipo de familia con adaptabilidad rígida.

COHESION	
Semirrelacionada	11
No relacionada	6
Aglutinada	5
Relacionada	3

ADAPTABILIDAD	
Caótica	17
Estructurada	5
Flexible	3
Rígida	0

La interpretación final evaluando adaptabilidad y cohesión en este grupo de mujeres nos arrojó la funcionalidad familiar de ellas, obteniéndose el rango medio con el 56% (14/25), rango balanceado 24% (6/25) y rango extremo el 20% (5/20).



Grafica 10. Representación de la caracterización de los sistemas familiares y maritales según cohesión y flexibilidad en las mujeres embarazadas con depresión de UMF No.28. y Funcionalidad familiar.

Asociación entre Depresión gestacional

En el análisis de asociación entre dos criterios, se generó una tabla 2x2 que se muestra a continuación.

	No		
	Depresion	Depresion	
Disfuncionalidad	5	44	49
Funcionalidad	31	120	151
	36	164	200

Para evaluar la independencia entre los dos criterios, se utilizó el estadístico Chi-cuadrada, el cual su valor $\chi^2=2.67$ resultó con valor de $p=.1021$, lo cual al ser mayor a $.05$ nos revela que los valores de depresión gestacional es independiente del tipo de funcionalidad familiar.

DISCUSION

En el presente estudio se determinó la prevalencia de depresión en las mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar No.28, correlacionando esta con el tipo de funcionalidad familiar, así como de determinar los factores sociodemográficos principales en este grupo de personas.

Como objetivo principal al realizar este estudio, es el darle la importancia a la salud mental materna ya que el no vigilar este detalle, podría ocasionarnos repercusiones tanto maternas como fetales. No se demostró como tal que la funcionalidad familiar está correlacionada con la presencia de depresión gestacional, ya que el valor obtenido en el grupo de embarazadas con depresión sobre la disfuncionalidad familiar fue muy bajo.

Sin embargo logramos demostrar que en el 12.5% de nuestra población de embarazadas, se llegaron a presentar datos de depresión las cuales deben ser detectadas principalmente y tratadas de manera oportuna.

Fue gratificante observar resultados que no se esperaban, como la presencia de red de apoyo en 199 pacientes de 200 estudiadas, así como la ausencia del antecedente de depresión en los embarazos previos, aun cuando la mayoría del grupo de embarazadas

eran multigestas. Así mismo se observaron similitudes a las observadas en la literatura, como la prevalencia mayor de depresión gestacional en el segundo trimestre del embarazo y la presencia de enfermedades en las pacientes con datos de depresión, las cuales observamos hasta en el 25% de ellas.

La prevalencia de depresión perinatal cambia bastante según la región geográfica, en Chile oscila alrededor del 30%, en México alrededor del 16.6% en los últimos estudios, y en la ciudad de Mexicali, hasta el momento no había sido estudiado. Valdría la pena realizar más estudios en nuestra ciudad, con el fin de conocer más a fondo el entorno o la evolución de este padecimiento en la región. La correlación entre la depresión gestacional con el tipo de funcionalidad familiar en la gestante fue independiente, sin embargo al observar que el 12.5% aparece con datos sugestivos de depresión similar a otras ciudades y países, hace de este estudio importante para este grupo de personas en la sociedad.

CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión gestacional en la unidad de medicina familiar No.28 es similar a otros estados en nuestro país. Al momento de correlacionar el tipo de funcionalidad familiar en las gestantes en relación con presencia de depresión gestacional, logramos concluir que en esta unidad familiar no es tan relevante, por lo que debemos indagar más en las mujeres embarazadas, ya que no solo factores sociales podrían afectar su salud mental y al no tenerlo en cuenta estaríamos omitiendo que factores de riesgo están presentes a corto, mediano y largo plazo en madre e hijo.

La realización de estudio, si bien no se logró demostrar que el factor funcionalidad familiar es mayormente importante, si se logró difundir un poco más sobre esta alteración frecuente en las embarazadas, así como brindarles más conocimiento sobre esta patología y en caso de presentarla, no obviarla.

RECOMENDACIONES

Difundir con personal medico, enfermeria y en pacientes sobre la existencia de esta alteracion en la salud mental. Alertar y capacitar al personal involucrado en atender a pacientes embarazadas, a saber brindarles atencion oportuna y efectiva, con el fin de evitarla, crear lazos mas fortalecidos entre madre e hijo, y asi mismo fortalecer los grupos de ayuda ya existentes en la institucion con herramientas encaminadas al mismo fin.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borda Pérez M, Forero C, Ahcar Cabarcas N, Hinestroza C, Polo Lobo S, Staaden Garavito M. et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud, Barranquilla* 2013; 29(3): 394-404.
2. Martínez-Paredes J, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2017; 448(1):58-65.
3. Ruiz-Acosta GJ, Organista-Gabril H, Lopez-Avenidaño R, Cortaza-Ramirez L, Vinalay-Carrillo I. Prevalencia de depresión en embarazadas de una institución de salud de primer nivel. 2017; 4(12): 25-30.
4. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M, Izquierdo-Méndez N, Olivares-Crespo M, Soto C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28 (2): 49-52.
5. Staneva A, Boossian F, Pritchard M, Mittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*. 2015; 28(3):179-193.

6. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014; 25(6):1019-1028.
7. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf [Accessed 8 Nov. 2018].
8. Chan-Chan E, Cisneros-Dorantes C, Martín-Arceo S, Reyes-León A. El insomnio como factor de riesgo para la depresión en mujeres embarazadas. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2013; 27(3): 171-176.
9. Rodríguez-Muñoz, M, Olivares M, Izquierdo N, Soto C. and Huynh-Nhu L. Prevención de la depresión perinatal. *Clin Salud*. 2016; 27(3):97-99.
10. Maselko J, Bates L, Bhalotra S, Gallis J, O'Donnell K, Sikander S. and Turner E. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: Evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *SSM - Population Health*. 2018; 4:1-9.
11. González-Mesa E, Kabukcuoglu K, Körükcü O, Blasco M, Ibrahim N. and Kavas T. Cultural factors influencing antenatal depression: A cross-sectional study in a cohort of Turkish and Spanish women at the beginning of the pregnancy. *J Affective Disorders*. 2018; 238: 256-260.
12. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*
13. Serati M, Redaelli M, Buoli M, Altamura A. Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016;193:391-404.
14. Flores-Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatol. Reprod. Hum.* [revista en la Internet]. 2013 Ene [citado 2018 Nov 07]; 27(3): 143-144.
15. Navaratne P. Foo X, Kumar S. Impact of a high Edinburgh Postnatal Depression Scale score on obstetric and perinatal outcomes. *Scientific Reports*. 2016; 6(1).
16. Oquendo-C M, Lartigue B, Gonzalez-Pacheo I, Méndez-C S. Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Revista de Perinatología y reproducción humana* 2008; 22: 195-202.
17. Saavedra-González A, Rangel-Torres S, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández Y, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*. 2016; 23(1):24-28.

18. Ponce Rosas E, Gómez Clavelina F, Terán Trillo M, Irigoyen Coria A, Landgrave Ibáñez S. Validez del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*. 2003; 31(10):624-630.
19. Schmidt, V, Barreyro, JP, Maglio, AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología* [Internet]. 2010; 3(2):30-36.
20. Huybrechts K, Palmsten K, Avorn J, Cohen L, Holmes L, Franklin J et al. Antidepressant Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Defects. *New England Journal of Medicine*. 2014; 370(25):2397-2407.
21. Field T. Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *Journal of Pregnancy and Child Health*. 2017; 04(01).
22. Accortt E, Cheadle A, Dunkel Schetter C. Prenatal Depression and Adverse Birth Outcomes: An Updated Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*. 2014; 19(6):1306-1337.
23. Olhaberry Huber M, Romero Jiménez M, Miranda Largo Á. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica*. 2015; 12(1):77-87.
24. O'Neil A, Itsiopoulos C, Skouteris H, Opie R, McPhie S, Hill B et al. Preventing mental health problems in offspring by targeting dietary intake of pregnant women. *BMC Medicine*. 2014; 12(1).
25. Ortiz Martínez R, Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *Rev Colom Psiquiatr*. 2016; 45(2):75-83.
26. Pimentel Sarzuri B. Ansiedad, depresión y disfuncionalidad familiar en el embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil, La Paz, Bolivia. *Rev Pacea Med Fam* 2007; 4(5): 15-19.
27. Arias Trujillo CM, Carmona Serna IC, Castaño Castrillón JJ, Castro Torres AF, Ferreira González, NA, González Aristizabal, AI, Mejía Bedoya JD. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina (Col)*. 2013; 13(2):142-159.
28. Luna Matos M, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009; 26(4).

29. Sainz Aceves K, Chávez Ureña B, Díaz Contreras M, Sandoval Magaña M, Robles Romero M. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Atención Familiar. 2013; 20(1):25-27.

ANEXOS 1

ESCALA DE DEPRESION DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSTPARTO NOS GUSTARIA SABER COMO SE HA SENTIDO EN LOS ULTIMOS 7 DIAS

1. **He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:**
o) Tanto como siempre 1) No tanto ahora 2) Mucho menos ahora 3) No, Nada.
2. **He disfrutado mirar hacia delante:**
o) Tanto como siempre 1) Menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) Casi nada
3. **Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:**
o) No, Nunca 1) No con mucha frecuencia 2) Si, a veces 3) Si, la mayor parte del tiempo
4. **He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:**
o) No, Nunca 1) Casi nunca 2) Si, a veces 3) Si, con mucha frecuencia
5. **He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:**
o) No, Nunca 1) No, no mucho 2) Si, a veces 3) Si, bastante
6. **Las cosas me han estado abrumando:**
o) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
1) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
2) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
3) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto

7. **Me siento tan desdichada que he tenido dificultades al dormir:**
 o) No, nunca 1) No con mucha frecuencia 2) Si, bastante 3) Si, la mayoría del tiempo
8. **Me he sentido triste o desgraciada:**
 o) No, nunca 1) No con mucha frecuencia 2) Si, bastante 3) Si, la mayoría del tiempo
9. **Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:**
 o) No, nunca 1) Solo ocasionalmente 2) Si, bastante a menudo 3) Si, la mayoría del tiempo
10. **Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:**
 o) Nunca 1) Casi nunca 2) A veces 3) Si, bastante a menudo

Nombre:	G: , P: , C: ,A: Edad:
Teléfono:	Semanas de gestación:
NSS:	Enfermedades:
Ocupación:	Depresión en el embarazo previo:
Estado civil:	Vivienda propia:
Red de apoyo:	Puntuación:

Anexo 2

FACES III

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

1 2 3 4 5

No.	DESCRIBA SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí:					
2.	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas:					
3.	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia:					
4.	Los hijos pueden opinar en cuanto a la disciplina:					
5.	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra					

	familia.					
8.	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9.	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.	Nos sentimos muy unidos.					
12.	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13.	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14.	En nuestra familia las reglas cambian.					
15.	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16.	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.	La unión familiar es muy importante.					
20.	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Calificación, según cohesión: 10-34 no relacionada, 35-40 semirrelacionada, 41-45 relacionada, 46-50 aglutinada.

Calificación, según adaptabilidad: 10-19 rígida, 20-24 estructurada, 25-28 flexible, 29-50 caótica.

RESULTADO: _____

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

COHESION	Bajo ➤	Moderado ➤		Alto
	NO RELACIONADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA

FLEXIBILIDAD



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Alto Moderado Bajo	CAOTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	RIGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia y correlación de la depresión gestacional y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas de la UMF No.28.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS, Mexicali, Baja California, Septiembre 2019.
Número de registro:	R-2019-204-027
Justificación y objetivo del estudio:	La funcionalidad familiar en una mujer gestante influye en su totalidad, logrando ocasionar cambios positivos o negativos en su estado anímico, la depresión perinatal como tal, podría ocasionar alteraciones en la salud materna fetal, así como en el desarrollo a futuro de ambos. El objetivo del estudio es difundir la importancia del bienestar mental en la madre gestante y lograr modificar efectos nocivos durante esa etapa.
Procedimientos:	Se realizara a la búsqueda de las mujeres gestantes que acuden a su control prenatal de forma rutinaria a la unidad de medicina familiar No.28, se dará a conocer a cada paciente la importancia de reconocer si existe algún grado de depresión durante su etapa gestante, por lo que se solicitará acudir al aula C de enseñanza en UMF 28, con el fin de lograr un momento de más tranquilidad y confiabilidad para el momento que se conteste la encuesta, se realizaran dos cuestionarios, FACES III y Escala de Depresión de Edimburgo, posteriormente se les dará a conocer el resultado y en caso de resultar positivo a depresión moderada o severa o con un grado de disfuncionalidad familiar, se notificará a su médico familiar para iniciar con el manejo.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar en una etapa temprana si existe algún grado de depresión en la mujer gestante, y realizar su envío oportunamente a un equipo multidisciplinario.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le otorgará información actualizada sobre medidas preventivas actuales o que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para el paciente.
Participación o retiro:	El principio de autonomía se respetará, los pacientes entrevistados decidirán libremente si participan o no en el estudio y pueden auto excluirse en el momento que ellos lo decidan, sin que eso afecte su atención médica en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Establecemos el compromiso de no identificar al paciente en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y mantendremos la confidencialidad de la información.

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

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra sólo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al tratamiento del estudio: _____

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

Investigador Responsable: _____ Dra. Denneen Robles López

Colaboradores: _____ Dra. Guadalupe Ortega Vélez, Raquel Solís Sánchez, Rafael Ivan Ayala Figueroa

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., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y forma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3.-

ANEXO 4.-



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia y correlación de la depresión gestacional y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas de la UMF No.28
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28, IMSS, Mexicali, Baja California, Septiembre 2019.
Número de registro:	R-2019-204-027
Justificación y objetivo del estudio:	La funcionalidad familiar en una mujer gestante influye en su totalidad, logrando ocasionar cambios positivos o negativos en su estado anímico, la depresión perinatal como tal, podría ocasionar alteraciones en la salud materna fetal, así como en el desarrollo a futuro de ambos. El objetivo del estudio es difundir la importancia del bienestar mental en la madre gestante y lograr modificar efectos nocivos durante esa etapa
Procedimientos:	Se realizara a la búsqueda de las mujeres gestantes que acuden a su control prenatal de forma rutinaria a la unidad de medicina familiar No.28, se dará a conocer a cada paciente la importancia de reconocer si existe algún grado de depresión durante su etapa gestante, por lo que se solicitara acudir al aula C de enseñanza en UMF 28, con el fin de lograr un momento de más tranquilidad y confiabilidad para el momento que se conteste la encuesta, se realizaran dos cuestionarios, FACES III y Escala de Depresión de Edimburgo, posteriormente se les dará a conocer el resultado y en caso de resultar positivo a depresión moderada o severa o con un grado de disfuncionalidad familiar, se notificara a su médico familiar para iniciar con el manejo.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar en una etapa temprana si existe algún grado de depresión en la mujer gestante, y realizar su envío oportunamente a un equipo multidisciplinario
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le otorgará información actualizada sobre medidas preventivas actuales o que surjan durante la investigación que pudieran ser ventajosas para el paciente.
Participación o retiro:	El principio de autonomía se respetará, los pacientes entrevistados decidirán libremente si participan o no en el estudio y pueden auto excluirse en el momento que ellos lo decidan, sin que eso afecte su atención médica en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Establecemos el compromiso de no identificar al paciente en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y mantendremos la confidencialidad de la información.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra sólo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al tratamiento del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Denneen Robles López denyna6@gmail.com
Colaboradores:	Dra. Guadalupe Ortega Vélez, Raquel Solís Sánchez, Rafael Iván Ayala Figueroa
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., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y forma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014

ANEXO 5.-**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2019**

ACTIVIDAD	Marzo- Abril	Mayo- Junio	Julio- Septiembre	Octubre	Noviembre
Revisión Bibliográfica		X			
Planteamiento del problema		X			
Elaboración del cuestionario			X		
Registro de Protocolo en SIRELCIS			X		
Investigación de campo				X	
Elaboración de documento final					X
Informe final de investigación					X

Agosto del 2019

Dr. Fernando Javier Sarmiento Gastelum
Director de Unidad Médica Familiar No.28

PRESENTE:

Por medio de la presente, se solicita su autorización para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación:

“Prevalencia y correlación de la depresión gestacional y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas de la UMF no. 28” .

El cual consiste en la aplicación de dos instrumentos: “Escala de Depresión de Edimburgo” y el cuestionario “FACES III” las cuales nos determinaran el tipo de funcionalidad familiar en el que se encuentran las mujeres embarazadas de UMF No.28 y la presencia de depresión, y así lograr detectar desde esta etapa factores de alto riesgo para un embarazo, los mismos que suelen pasar frecuentemente desapercibidos. Esperando obtener colaboración de su parte, al igual que de nuestra población gestante para poder realizar este protocolo de investigación.

Sin más por el momento, me despido de usted, agradeciendo de antemano todas sus atenciones y facilidades.

Atentamente:

Dra. Denneen Robles López
Residente de Medicina Familiar
Sede UMF No. 28

Autorizo

Testigo

Testigo

