



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA



Facultad de Medicina y Psicología

Coordinación de Posgrado e Investigación

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN
PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 27, IMSS”**

Trabajo para obtener el diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Alumno:

Arlyn Acosta Martínez

Residente de tercer año de Medicina Familiar

Asesor:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico Especialista en Medicina Familiar

Tijuana, Baja California a 03 de agosto del 2023.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA DE TIJUANA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

Minuta de examen profesional para obtener el grado
Especialista en Medicina Familiar

Reunidos en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Tijuana, Baja California el día 03 de Agosto del 2023, los siguientes Médicos como representantes del Jurado:

Presidente: VANESSA ISELA BERMÚDEZ VILLALPANDO

Secretario: CATALINA VERDIN BRAVO

Sinodal: JUAN JOSÉ CAMACHO ROMO

Participaron en la réplica del examen profesional para obtener el grado de la Especialidad de Medicina Familiar

Funcionalidad familiar asociado a síntomas depresivos en pacientes embarazadas de la UMF 27, IMSS

Después de deliberar los señores del Jurado acordaron:

Aprobarla por Unanimitad

Al alumno:

Arllyn Acosta Martinez

Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Presidente

[Firma]
Secretario

[Firma]
Sinodal

[Firma]
Alumno

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN
UMF No. 27 TIJUANA, B.C.

Tijuana, Baja California a 03 de agosto del 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 27, IMSS”**, elaborada por la Dra. Arlyn Acosta Martínez, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Director de Tesis

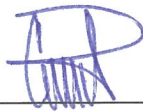
Tijuana, Baja California a 03 de agosto del 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 27, IMSS”**, elaborada por la Dra. Arlyn Acosta Martínez, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Catalina Verdin Bravo

Sinodal de Tesis

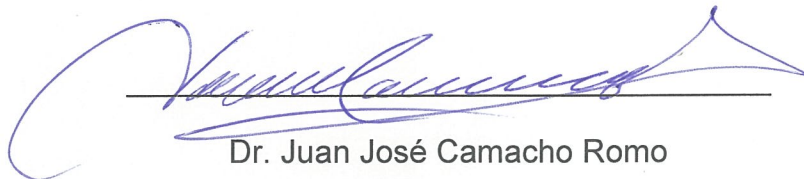
Tijuana, Baja California a 03 de agosto del 2023.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 27, IMSS”**, elaborada por la Dra. Arlyn Acosta Martínez, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo

Sinodal de Tesis

ÍNDICE

1. TÍTULO.....	3
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES	4
3. RESUMEN.....	5
4. MARCO TEORICO	6
– Antecedentes	10
5. JUSTIFICACION	14
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
7. OBJETIVOS	16
8. HIPOTESIS DE TRABAJO.....	17
9. MATERIAL Y METODOS	18
– Diseño y tipo de estudio	18
– Criterios de selección	19
– Descripción general del estudio.....	19
– Instrumentos de medición	20
– Definición conceptual de las variables.....	21
– Operacionalización de las variables	22
– Análisis estadístico.....	23
10. ASPECTOS ETICOS.....	24
11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	26
12. BIOSEGURIDAD	27
13. RESULTADOS	28
14. DISCUSIÓN.....	38
15. CONCLUSIÓN.....	41
16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	43
17. ANEXOS.....	44
– Anexo 1: Consentimiento informado	44
– Anexo 2: Hoja de recolección de datos	47
– Anexo 3: Instrumento: APGAR Familiar.....	48
– Anexo 4: Instrumento: Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).....	49
– Anexo 5: Carta de no inconveniencia al director	53
18. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54

1. TITULO

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN
PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 27, IMSS”**

2. IDENTIFICACIÓN INVESTIGADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico especialista en Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana Baja California.

Matricula: 98020718

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California.

Teléfono: (664) 329 88 37

Correo electrónico: dra.bermudez@hotmail.com

TESISTA:

Dra. Arlyn Acosta Martínez

Residente de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad Medicina Familiar No. 27, Tijuana Baja California.

Matrícula: 97023507

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California.

Teléfono celular: (646) 141 00 27

Correo electrónico: acostaarlyn01@gmail.com

3. RESUMEN

Título: “Funcionalidad familiar asociada a síntomas depresivos en pacientes embarazadas de la UMF No. 27, IMSS”

Investigadores: Bermúdez-Villalpando BI, Acosta-Martínez A.

Introducción: El embarazo es un período de modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, su entorno social y su procedencia sociocultural; y es, en éstas esferas sociales, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal, lo que para algunas mujeres el periodo del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a síntomas depresivos.

Objetivo: Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos en pacientes embarazadas de la UMF No. 27 de Tijuana Baja California.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, correlacional, transversal y prospectivo. Previa autorización por parte del Comité de Local de Investigación y Ética en Investigación se procedió con la identificación de pacientes y llenado de consentimiento informado, los participantes contestaron dos cuestionarios: el Cuestionario de APGAR familiar para la funcionalidad y la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) el cual evalúa la gravedad de los síntomas depresivos. Se utilizó estadística descriptiva y para el análisis estadístico el programa SPSS versión 26, se aplicó la prueba χ^2 de Pearson, y Correlación de Spearman con intervalo de confianza del 95% y un valor de significancia estadística p menor de 0.05.

Palabras clave: Familia, depresión, embarazo.

4. MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud, define como mujeres en edad reproductiva de 15 a 44 años, así como determina mujeres adultas de 20 a 59 años.¹

Algunas mujeres se encuentran más sensibles a los cambios de los niveles de hormonas reproductivas durante el embarazo y después del parto, lo que puede hacerlas más susceptibles a la depresión perinatal, sin embargo, también pueden tener un trastorno del estado de ánimo subyacente no reconocido.²

El embarazo es una época de profundos cambios tanto físicos, emocionales como en su entorno familiar causando preocupación por los futuros roles de los padres, así como de un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Si bien fortalecer el apoyo familiar es una recomendación durante esta etapa ya que refuerzan las relaciones entre los integrantes familiares y así reducir el riesgo de presentar síntomas depresivos.³

Para Salvador Minuchin, la familia es un grupo social natural, el cual constituye un factor significativo en el proceso del desarrollo de la mente humana, la información y actitudes son asimiladas y almacenadas, convirtiéndose en la forma de acercamiento de una persona al contexto con el que interactúa, y determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior.⁴

La familia sigue siendo actualmente la unidad relacional básica de nuestra sociedad, por tal motivo, el funcionamiento familiar efectivo resulta cuando los miembros de la familia desempeñan sus respectivos roles, realizan con éxito sus tareas prácticas y mantienen sus relaciones dentro y más allá del contexto familiar. Dependiendo de la adaptabilidad y del cumplimiento de las funciones que se esperan de ella se han determinado familias funcionales y disfuncionales.⁵

La dinámica que se vive en cada familia está relacionada con los roles que cada integrante desempeña, los cuales corresponden a la funcionalidad e impacto que éstos tienen sobre cada uno de los miembros. En todas las familias hay funciones comunes, la mayoría tienen que ver con cubrir necesidades biológicas, psicológicas y sociales, además las de crianza, las económicas y el cuidado de los hijos. Dentro de las

funciones primordiales que desempeñan las familias, se considera crear un ambiente de afecto, cuidar que esas necesidades emocionales cumplan con una permanente calidad afectiva, con una equilibrada y continua combinación de apoyo, respeto, tolerancia, así como comprensión. Es decir, un funcionamiento familiar, se explica por los distintos procesos de cambio en los que se pueden facilitar o promover la adaptación de la familia en una situación determinada.⁶

El buen funcionamiento familiar se basa en realizar un papel fundamental para la prevención o identificación de síntomas depresivos en cada integrante de ella, ya que puede conducir a una alta incapacidad funcional y mortalidad, esta condición conlleva una importante carga psicosocial en la que el apoyo familiar es crucial. Así mismo, las situaciones que se presentan en el entorno familiar como su estructura, función, apoyo y conflictos están relacionadas en el manejo y adherencia al tratamiento, así como el afrontamiento de sus complicaciones y la adaptación psicológica del individuo y la familia.⁷

La funcionalidad familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que permite la satisfacción de cada uno de sus integrantes, impide la aparición de conductas de riesgo y a la vez facilita el desarrollo integral de los miembros del grupo familiar. Se considera que una familia es funcional cuando permite el paso armónico de cada etapa del ciclo vital. En cambio, la familia es disfuncional cuando algunos factores ponen en riesgo la estabilidad de la familia predominando la inadecuada comunicación, desunión, desintegración familiar y problemas de adaptación que ocasionan desequilibrio en la estructura familia.⁸

APGAR Familiar es un instrumento que mide la percepción del funcionamiento familiar, a través de su satisfacción en las relaciones que tiene con sus familiares en cinco áreas específicas: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. El cuestionario está conformado por cinco ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert (0 = nunca a 4 = siempre). Es un instrumento que presenta un alfa de Cronbach, es 0.80.⁹

Los episodios depresivos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 edición (DSM-5), se definen por síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, cambios en el sueño o el apetito, fatiga y falta de concentración, que provocan un importante malestar o deterioro en la sociales, laborales u otras áreas de funcionamiento.¹⁰

La depresión se caracteriza por ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia) y a estos síntomas se suman otros como alteraciones del sueño, del apetito y cansancio entre otros. Algunos síntomas depresivos podrían atribuirse y/o confundirse con síntomas propios del embarazo lo que puede dificultar el diagnóstico de depresión, tales como astenia, cansancio, labilidad emocional, irritabilidad y trastornos del sueño.¹¹

Para medir la presencia de estos síntomas depresivos existen múltiples test utilizados en el ámbito psiquiátrico y psicológico, entre ellos se encuentra la Escala de Hamilton. Es administrada por entrevista, en su versión en español consta de 17 ítems, evalúa la gravedad de los síntomas depresivos, la puntuación es de 0 a 54. Cada ítem tiene entre 3-5 opciones de respuesta en función de la gravedad. Para el diagnóstico se cuenta puntuaciones de 0 a 7 no depresión, de 8 a 13 como depresión ligera o menor, 14 a 18 como depresión moderada, de 19 a 22 como depresión grave y > 23 como muy grave.¹²

Los factores de riesgo psicosociales para depresión en el embarazo abarcan desde el antecedente de depresión y trastorno disfórico premenstrual hasta historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo y escaso apoyo social, la falta de seguimiento de los síntomas depresivos puede tener consecuencias importantes tanto para la madre como para el niño, por lo que se asocia con varias complicaciones, incluidos abortos espontáneos, sangrado vaginal y parto prematuro.¹³

Así mismo, la Guía de Práctica Clínica con atención centrada en la paciente, menciona tales como ansiedad materna, acontecimientos vitales estresantes, antecedentes personales de depresión, falta de apoyo social, especialmente la de la pareja, violencia doméstica, embarazo no deseado y relación de pareja: entre el no vivir con la pareja.¹⁴

Se recomienda iniciar el tratamiento de la depresión durante el embarazo con opciones terapéuticas no farmacológicas, tales como intervenciones psicosociales grupales, individuales y familiares, intervenciones psicoeducativas individuales y familiares y grupos de autoayuda.¹⁵

Es importante indicar que la disfuncionalidad familiar incrementa la probabilidad de formar la ideación suicida, manifestándose en sintomatología depresiva y vulnerando el equilibrio emocional de las personas. Por ello, se recomienda desarrollar actividades preventivas y promocionales para el fortalecimiento de las relaciones familiares.¹⁶

Por lo tanto, la depresión es prevenible, detectable y tratable, es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo; sin embargo, uno de los principales desafíos a nivel mundial es la falta de acceso a tratamiento oportuno y de calidad para personas con problemas de salud mental.¹⁷

Antecedentes

La depresión es la principal causa a nivel mundial de discapacidad y contribuye de manera significativa a la carga general de morbilidad, se calcula que entre los años 2005 y 2015 se ha incrementado más de un 18%, en la mayoría de países se ha reportado una prevalencia a lo largo de la vida entre 8% y 12%; en el año 2016 se encontró que más de 300 millones de personas en el mundo vivían con depresión, un 4% de la población mundial. Se estima que para el año 2030 sea la mayor causa de carga de enfermedad.¹⁸

Se estima a nivel mundial que la depresión afecta a una de cuatro personas y sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida, sin importar su edad o condición social, es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y contribuye de manera muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La influencia de la salud mental en el bienestar físico también es importante, ya que cerca del 13% de las enfermedades están asociadas a trastornos de salud mental.¹⁹

Por consiguiente, la depresión se puede presentar con mayor intensidad cuando las relaciones familiares carecen de adaptabilidad y afectividad; En España se realizó un estudio en relación con la funcionalidad familiar obtenida por medio del cuestionario APGAR familiar, el cual se encontró que el 8% se presentaba una familia como disfuncional, por el contrario, una familia con estructura nuclear es la que presenta mayores valores de funcionalidad familiar.²⁰

En Estados Unidos, en relación con los síntomas depresivos durante el embarazo muestra importantes fluctuaciones, las cuales oscilan entre 20% y 57%, encontrándose en promedio un 37% de síntomas depresivos entre las 4ta y 6ta semana de gestación.²¹

A nivel Latinoamérica, los trastornos neuropsiquiátricos tienen una alta prevalencia en Chile, dado que el 22% de la población ha experimentado alguno de ellos en los últimos 12 meses, en consecuencia, son la principal fuente de carga de enfermedad en ese país. Como resultado La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 indica que en la población general existe una prevalencia de 16% de síntomas depresivos.²²

Un estudio realizado en Medellín, Colombia se encontró la prevalencia de síntomas depresivos perinatales del 22%, así mismo, una de cada cuatro mujeres había roto con su pareja y tenido graves problemas económicos durante el embarazo, además una de cada diez había sufrido la muerte de un ser querido en el último año. Estos factores psicosociales se asociaron fuertemente con la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica.²³

En Bucaramanga, Colombia, la prevalencia de depresión durante el embarazo es de alrededor del 19%; se encontró una mayor prevalencia de la enfermedad en madres adolescentes de hasta el 33%. En contraste, se registra una prevalencia del 40% en Perú, del 31% en México y un 29% en Sudamérica, lo que confirma la importancia de atender a este trastorno tanto en el país como en el mundo.²⁴

Aunado a esto, en Costa Rica, el grupo etario que presenta mayor frecuencia de ansiedad, depresión y disfunción familiar está comprendido entre los 20 a 30 años de edad con un 47% para ansiedad, 47% de depresión y 45% de disfunción familiar.²⁵

En Ecuador, se observó que las adolescentes embarazadas no pertenecen a una familia funcional debido a la falta de afectividad y cohesión entre sus miembros, el 59% de las adolescentes viven con sus padres forjando así vínculos afectivos de tal manera que conciernen a una familia moderadamente funcional, seguido del 34% perteneciente a una familia disfuncional y en un 9% no reflejan ningún vínculo familiar, por lo que se considera que su núcleo familiares severamente disfuncional.²⁶

A nivel Nacional, en referencia a los síntomas depresivos se han reportado con una prevalencia de 9% al inicio del embarazo y de 14% a las seis semanas del embarazo, esto es uno de los predictores más fuertes de la depresión posparto y se asocia a un comportamiento de salud deficiente, mayor probabilidad de tener un parto prematuro, bajo peso al nacer en los productos, desnutrición, así como de inhibir la capacidad de la mujer para realizar sus actividades diarias, generando efectos negativos en su autocuidado y el de su producto reflejado en su calidad de vida.²⁷

En México, se estima que un 31% de las mujeres sufren depresión en algún momento del embarazo y hasta 1 año después del parto.²⁸

Además de ser un país multicultural, la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres indígenas que sabían leer fue de 17%, en mujeres indígenas que no sabían leer, de 21%.²⁹

Por otro lado, en Tabasco se identificó que la funcionalidad familiar oscila en un 51%, disfunción moderada en 35%, disfunción grave en 14% y la frecuencia de depresión fue se encontró sin depresión 47%, depresión leve 34%, y moderada a grave 19%.³⁰

Un estudio realizado en un hospital del Estado de México se estudiaron 45 mujeres que acudieron a su consulta de control prenatal y observaron que el 86% de ellas tenían autoestima baja, mientras que el 51% presentó depresión de leve a grave, por lo que a nivel nacional los síntomas depresivos se encontraron entre el 22 y el 37% de las gestantes. No obstante, en Veracruz mencionan que la prevalencia de depresión se presentó en el 24% de las mujeres embarazadas, de las cuales el 19% se encontraba en primer trimestre, el 14% en el segundo trimestre y el 67% en el tercer trimestre de gestación.³¹

Así mismo, tres de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas tales como desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias, por consiguiente, la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en la región Sur del país mexicano en comparación con otras regiones, además los adultos que viven en zonas de mayor pobreza y marginación es significativamente más elevada que en aquellos que viven en zonas de mayores ingresos.³²

A nivel Regional, en Mexicali, las familias funcionales fueron el 39% y las familias moderadamente funcionales el 23% sin depresión. La depresión severa predominó en las familias moderadamente funcionales en el 7%, seguidas de las familias disfuncionales 4% y en las severamente disfuncionales 4%.³³

A nivel Local, un estudio realizado previo hace 30 años en Tijuana se encontró la prevalencia de los síntomas depresivos del 33% entre las mujeres y una asociación con el nivel socioeconómico bajo, en comparación con este estudio actual la

prevalencia de los síntomas depresivos fue del 18%, el cual un lugar apto para explorar los síntomas depresivos es Tijuana, México, una ciudad de más de 1.6 millones de habitantes que comparte frontera con el condado de San Diego, Estados Unidos, y exhibe contrastes sociales, económicos y culturales entre diversos grupos, incluidos los migrantes internos e internacionales.³⁴

El embarazo corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, manifestándose en alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.³⁵

En consecuencia, es un periodo de vulnerabilidad emocional en el que se experimentan sentimientos ambivalentes. Es una etapa de transición que implica la necesidad de reestructuración y reajuste en varias dimensiones, principalmente con respecto al cambio de identidad y una nueva definición de roles.³⁶

5. JUSTIFICACIÓN

El embarazo se relaciona con cambios en la vida de la mujer tanto de su grupo familiar como en su entorno social, produciendo un alto estrés en el desarrollo de capacidades para su adaptación individual y grupal, debido al cambio de roles y responsabilidades, es decir, pasa de hija a madre, reflejándose en la dinámica familiar, así como la pérdida transitoria de la imagen corporal.

Además, dentro de los cambios fisiológicos más comunes es el apetito y el hábito del sueño expresado en modo de cansancio por lo que se ignora la posibilidad de síntomas depresivos en la gestante.

En muchos casos, se cree erróneamente que durante el embarazo la mujer no sufre eventos estresores que la lleve a poner en riesgo su salud mental, o que no tiene efecto sobre el desarrollo del feto, por lo que el control prenatal es dirigido a la prevención de complicaciones fetales, descuidando el estado emocional de la madre.

Actualmente existe información insuficiente acerca de la funcionalidad familiar asociada a síntomas depresivos en embarazadas en nuestra localidad, en consecuencia, la realización de este estudio pretende la búsqueda de la relación entre estos aspectos, ya que el funcionamiento familiar influye en las condiciones de vida, la comunicación positiva y el afrontamiento de dificultades siendo factores de riesgo de presentar síntomas depresivos en el periodo de embarazo.

El identificar los síntomas depresivos durante el embarazo relacionados eventualmente con el funcionamiento familiar, con lleva implementar actividades y estrategias de prevención para la depresión en mujeres embarazadas, y evitar este gran problema de salud pública.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, manifestándose en alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.³⁵

En consecuencia, es un periodo de vulnerabilidad emocional en el que se experimentan sentimientos ambivalentes. Es una etapa de transición que implica la necesidad de reestructuración y reajuste en varias dimensiones, principalmente con respecto al cambio de identidad y una nueva definición de roles.³⁶

Habitualmente los síntomas depresivos están disfrazados por otra patología, el lograr identificarlos en las gestantes previene el progreso de la depresión durante el embarazo y el postparto, así como el presentar una red de apoyo familiar disponible pueden propiciar un impacto menor de la enfermedad, por el contrario, podría favorecer a un grado mayor de los síntomas.

Por lo tanto, el apoyo hacia la mujer embarazada debe llevarse a cabo a través de la elaboración de estrategias para la educación a la gestante y la dinámica familiar encaminadas a la comprensión de los síntomas depresivos, el cual permitirá brindar un tratamiento y seguimiento adecuado a las que lo necesitan.

Ante esta situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Existe asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos en pacientes embarazadas de la UMF No. 27?

7. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos en pacientes embarazadas de la UMF No. 27 de Tijuana Baja California.

Objetivos específicos:

- Conocer la funcionalidad familiar aplicando el instrumento APGAR familiar en las embarazadas derechohabientes de la UMF No. 27.
- Detectar la frecuencia de percepción de síntomas depresivos utilizando la Escala de Hamilton en las embarazadas derechohabientes de la UMF No. 27.
- Describir datos sociodemográficos como estado civil, ocupación, escolaridad, en las embarazadas derechohabientes de la UMF No. 27.

8. HIPOTESIS DE TRABAJO

H_i: A menor funcionalidad familiar mayor grado de síntomas depresivos durante el embarazo.

H₀: A mayor funcionalidad familiar menor grado de síntomas depresivos durante el embarazo.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio: Observacional, correlacional, transversal y prospectivo.

- a) **Enfoque:** Cuantitativo.
- b) **Tipo de estudio:** Correlacional.
- c) **Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, B. C.
- d) **Periodo de estudio:** El estudio se realizará en el periodo comprendido de enero a marzo 2023.
- e) **Población de estudio:** Pacientes del sexo femenino de 18 a 35 años de edad que se encuentren embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Universo de trabajo: Mujeres embarazadas de 18 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra: Censo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas de 18 a 35 años de edad que se encuentren en gestación y acudan a la consulta externa de la UMF No. 27, en Tijuana, Baja California.

Criterios de exclusión

- Pacientes analfabetas.
- Pacientes que acudan a Atención Médica Continua (AMC).
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios con información incompleta o incorrecta.

Descripción general del estudio

Se aprobó el presente estudio por parte del Comité Local de Investigación en Salud y Comité de Ética de Investigación; así mismo, se autorizó por el director de esta unidad, donde se buscó la asociación de la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en el embarazo. En consecuencia, se seleccionaron pacientes embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en el área de espera para consulta de Medicina Familiar. Una vez identificados se les invitó a ser partícipes del estudio y se les entregó un consentimiento informado en el que se describieron las características principales del estudio como sus objetivos, metodología y confidencialidad. Las pacientes que aceptaron participar en el estudio, firmaron el consentimiento, con el fin de conservar la privacidad se realizó dentro del área de Planificación Familiar, una vez que terminaron su consulta con el Médico Familiar para no interferir con el desarrollo de esta; Posteriormente se realizó una entrevista sobre datos sociodemográficos y presencia de síntomas depresivos por medio de la Escala de Hamilton para la Depresión para la evaluación de la gravedad de los síntomas depresivos, el cual consta de 17 items, de los cuales 9 temas que se puntúan de 0 a 4

y de 8 de 0 a 2, así como se aplicó del cuestionario APGAR familiar donde se evaluó el funcionamiento familiar, útil para identificar a las familias en riesgo, consta de tan solo 5 preguntas con cinco opciones de respuesta tipo Likert de 0 a 4. Ambos instrumentos se encuentran adaptados y validados al español, por lo que poseen elevada sensibilidad y especificidad con un alfa de Cronbach mayor a 0.80.

Para concluir, los casos donde se identificaron síntomas depresivos y disfunción familiar en la embarazada fueron canalizadas con su Médico Familiar correspondiente con los resultados obtenidos durante la entrevista clínica y el cuestionario que se aplicó, o bien, y en la ausencia de sintomatología depresiva y una familia funcional fueron derivadas al servicio de Trabajo Social para continuar su programa de orientación durante el embarazo.

Instrumentos de medición

Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)

Es instrumento que se utilizó para el diagnóstico y tamizaje de la gravedad de los síntomas depresivos, el cual se constituye de 17 ítems basándose en melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). Se caracteriza por presentar una sensibilidad de 92% y especificidad de 85%. Se encuentra validada la versión en español en México y posee un alfa de Cronbach de .92, por lo que es un instrumento con adecuada validez y confiabilidad para el tamizaje de síntomas depresivos y por ende el diagnóstico de depresión. La puntuación global es de 0 a 54 puntos. La interpretación de los resultados se obtiene con la suma de todos los ítems, en base a la gravedad de los síntomas depresivos y se clasifica de la siguiente manera: no deprimida de 0 a 7, depresión ligera o menor de 8 a 13, depresión moderada 14 a 18, depresión grave 19 a 22 y depresión muy grave >23 puntos.

Instrumento APGAR familiar

APGAR Familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento familiar en los últimos 6 meses, útil para identificar a las familias en riesgo, a través de su satisfacción en las relaciones que tiene con sus familiares en cinco áreas específicas: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva.

El cuestionario está conformado por cinco preguntas con cinco opciones de respuesta tipo Likert (0 = nunca a 4 = siempre); Se encuentra disponible en chino, inglés y su versión en español presentando un alfa de Cronbach de 0.81. La calificación se obtiene por medio de la suma de los números que corresponden a las respuestas de las preguntas 1 a 5, se debe a la puntuación obtenida en el APGAR familiar, el cual caracteriza el grado de funcionamiento familiar de la siguiente manera: familia disfuncional de 0 a 3, moderada disfunción familiar de 4 a 6 y familia funcional de 7 a 10 puntos.

Definición conceptual de variables

Variable dependiente: Síntomas depresivos.

Variable independiente: Funcionalidad familiar.

- **Síntomas depresivos:** Grupo de afecciones asociadas a los cambios de humor de una persona, como la depresión.
- **Funcionalidad familiar:** Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.
- **Edad:** Número de tiempo en años transcurrido desde el nacimiento de una persona.
- **Escolaridad:** Periodo de tiempo que un individuo asiste a la escuela para estudiar y aprender.
- **Ocupación:** Tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado por un individuo.
- **Estado civil:** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familiar, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Semanas de gestación:** Semana del embarazo que incluye una descripción del crecimiento del bebé y cambios que experimenta la mujer embarazada, el cual se agrupan en 3 trimestres.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Síntomas depresivos	Grupo de afecciones asociadas a los cambios de humor de una persona, como la depresión.	De acuerdo a los resultados obtenidos en la Escala de Hamilton.	Cualitativa ordinal	1)0 a 7 No deprimida 2)8 a 13 Depresión menor 3)14 a 18 Depresión moderada 4)19 a 22 Depresión severa 5)>23 Depresión muy severa
Funcionalidad familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.	De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario de APGAR.	Cualitativa ordinal	1)7 a 10 Familia funcional 2)4 a 6 Moderada disfunción familiar 3)0 a 3 Familia disfuncional
Edad	Número de tiempo en años transcurrido desde el nacimiento de una persona.	En años desde el nacimiento hasta al momento del estudio.	Cualitativa ordinal	1)18– 23 años 2)24 – 28 años 3)29 – 35 años
Escolaridad	Periodo de tiempo que un individuo asiste a la escuela para estudiar y aprender.	La que se registre al momento del estudio.	Cualitativa ordinal	1)Primaria 2)Secundaria 3)Preparatoria 4)Licenciatura 5)Posgrado
Ocupación	Tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado por un individuo.	Cargo que laboran actualmente.	Cualitativa nominal	1)Empleada 2)Hogar 3)Comerciante 4)Profesionista 5)Desempleada 6)Estudiante 7)Pensionada/Jubilada

Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familiar, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	El que se registre al momento del estudio.	Cualitativa nominal	1)Soltera 2)Casada 3)Unión libre 4)Divorciada 5)Viuda
Semanas de gestación	Período en el cual un feto se desarrolla en el útero de la mujer con duración de 40 semanas.	Semanas de gestación desde la fecha última menstruación hasta el momento del estudio.	Cualitativa ordinal	1)1 a 13.6 semanas Primer trimestre 2)14 a 27.6 semanas Segundo trimestre 3)≥28 semanas Tercer trimestre

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central para variables cuantitativas y para variables cualitativas frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se aplicó la prueba de χ^2 de Pearson, y Correlación de Spearman con un intervalo de confianza del 95% y un valor de $p < 0.05$ para la significancia estadística. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 26.

10. ASPECTOS ÉTICOS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud del 2014, hago referencia hacia el Artículo 17 en el apartado II, el cual norma de una investigación con riesgo mínimo, ya que se utilizó un instrumento que evalúa el estado psicológico a individuos sin embargo no se manipula la conducta de a participante, además que la aplicación de la Escala de Hamilton para la Depresión toca fibras sensibles en las pacientes ya que es un tema delicado para ellas y debe de tocarse con precaución.

Así mismo dicha investigación se ubica conforme al Artículo 100, conveniente para la aplicación de principios éticos como realizadores de investigaciones médicas, en donde lo primordial es la seguridad de las participantes sin ser expuestos a daños o riesgos. Por lo que se cuenta con un consentimiento informado escrito para las participantes que firmaran de manera voluntaria para ser parte de esta investigación, lo que establece como principio No. 1 del Código de Nuremberg.

Las cuestiones éticas de esta investigación se adhieren a los lineamientos de principios y artículos establecidos en la Declaración de Helsinki durante la 64^a Asamblea General en Fortaleza, Brasil del 2013, a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud del 2014 y a la Normatividad Institucional del IMSS.

La Declaración de Helsinki se ha promulgado como un documento de excelencia en materia de protección y regulación ética de la investigación en seres humanos, que cuenta con 37 principios y su última actualización el 19 de octubre del 2013 en Fortaleza, Brasil.

Conforme al Artículo 13 de la Ley General de Salud lo primordial es prevalecer el respeto a la dignidad de cada participante de la investigación, así como la protección de sus derechos y bienestar. Del mismo modo, la autorización para su participación tanto al inicio como durante el curso de la investigación por medio de un consentimiento informado escrito tal como se establece en los Artículos 20, 21 y 22.

La realización de esta investigación médica persigue el desarrollo de acciones que contribuyan a la prevención y control de los problemas de salud, como se menciona

en el Artículo 2 de la Ley General de Salud, en el cual todo aquel participante voluntario de mi investigación se protegió su privacidad y confidencialidad de los datos como lo estipula el Artículo 16, siempre que se considere la necesidad de realizar una investigación en salud como lo determina el Artículo 6, así como se garantizó el bienestar de la participante por encima de intereses científicos y sociales de acuerdo al Artículo 14 Fracción VI, finalmente las consideraciones éticas fueron de acuerdo a las leyes y regulaciones que estipula el Artículo 9.

Se solicitó la autorización del Comité Local de Investigación y Ética, del director de la Unidad Médica Familiar por escrito, del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y del Profesor Titular de la Especialidad.

La presente investigación se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS. Por consiguiente, se llevó a cabo el estudio previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética local de Investigación en Salud (CLIEIS), y de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado. (Anexo 2).

Con respecto a los documentos que incluye la base de datos fueron utilizados de forma confidencial el cual únicamente los investigadores tuvieron acceso a ellos, y posteriormente se resguardaron en el departamento de enseñanza en investigación, debido a que esta área cuenta con condiciones ideales de resguardo, estas características brindan seguridad, así como fiabilidad en el manejo de la información obtenida durante la investigación.

La presente investigación fue considerada con riesgo mínimo para las participantes por la aplicación de breves cuestionarios y entrevistas, el cual ciertas preguntas generaron incomodidad, sin embargo, el beneficio inmediato para las participantes fue identificar el grado de su funcionamiento familiar y los síntomas depresivos durante el embarazo, fueron informados a las autoridad de la Unidad de Medicina Familiar y a los médicos familiares correspondientes que atienden la consulta médica, para establecer medidas de prevención de la depresión durante el embarazo y postnatal así como implementar estrategias para mejorar la calidad de vida de las participantes.

11.RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS

Humanos

Investigador principal: Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando, Médico Familiar Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Tesista: Arlyn Acosta Martínez, Médico Residente de Medicina Familiar, Adscrito a Sede de Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Pacientes del sexo femenino de 18 a 35 años de edad que se encuentren embarazadas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Materiales

Área física: Infraestructura y bienes inmuebles de propiedad del IMSS.

Formatos de recolección de información: Copias de hoja de recolección de datos, copias de carta de consentimiento informado y copias de instrumentos.

Papelería: Computadora personal, impresora, programa estadístico SPSS 26, hojas blancas (2 resmas de hojas tamaño carta) para copias de los instrumentos y consentimientos informados, lápices (caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

FINANCIAMIENTO

Fueron solventados por el investigador principal.

FACTIBILIDAD

El presente estudio fue factible para la ejecución de dicha investigación tanto operativa, técnica como económica ya que se contó con la disponibilidad de estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo necesarios para su realización.

12. BIOSEGURIDAD

En la presente investigación no existen problemas de bioseguridad.

13.RESULTADOS

Para determinar si existe asociación entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en el embarazo se invitaron a 250 pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 a participar en el estudio, donde las 250 cumplieron con los criterios de inclusión.

En relación a la edad de las participantes, el 33% (n=83) se encontraron en el rango de edad de los 18 a 23 años, 33% (n=83) pertenecieron al grupo de 24 a 28 años y el 34% (n=84) tenían de 29 a 35 años (fig. 1).

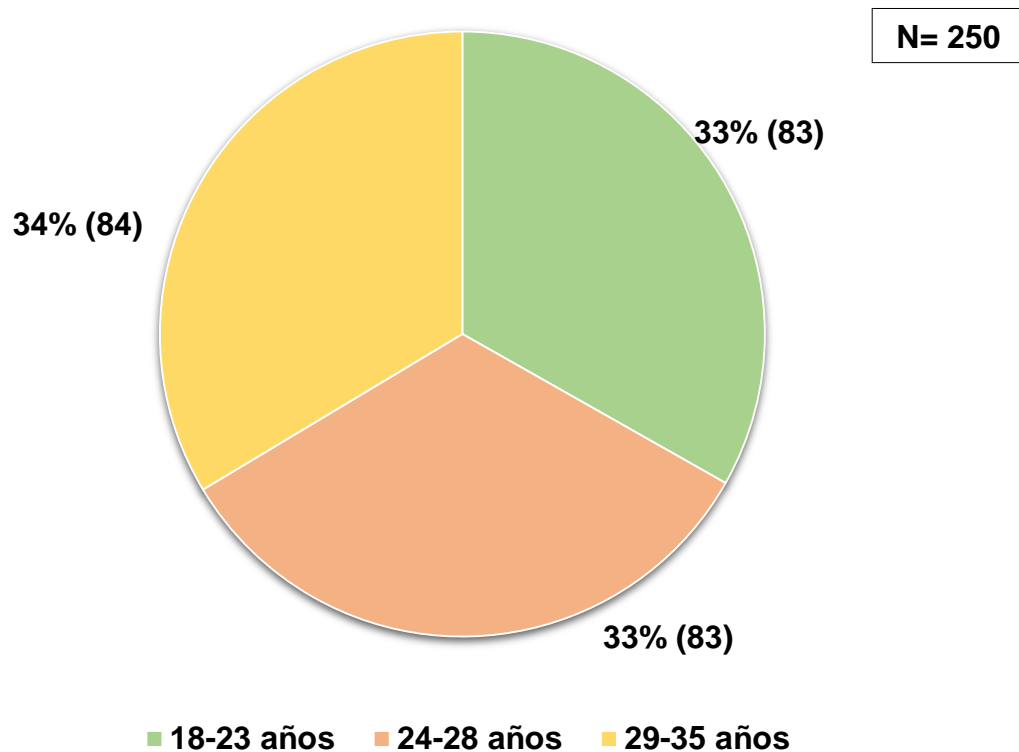


Fig. 1. Gráfica circular que demuestra la frecuencia por grupos de edad de las participantes embarazadas.

Respecto a las semanas de gestación, el 24% (n=59) de las participantes se encontraron en el 1er trimestre de 1 a 13.6 semanas, el 28% (n=71) en el 2do trimestre de 14 a 27.6 semanas y el 48% (n=120) en el 3er trimestre de gestación más de 28 semanas (fig.2).

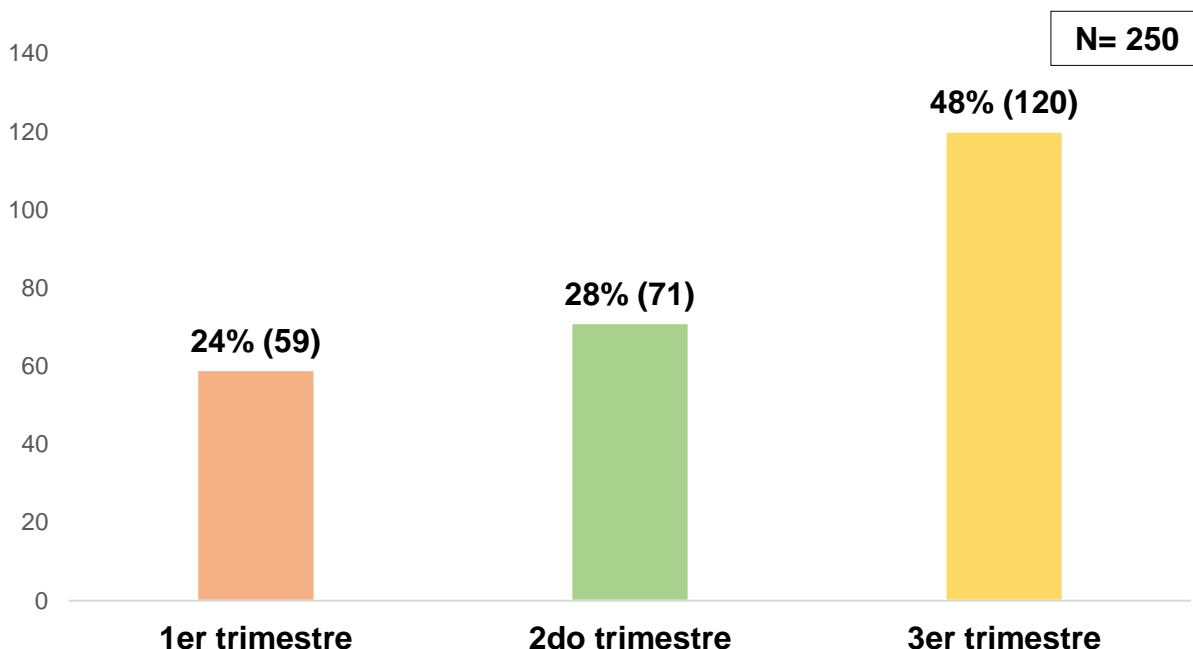


Fig. 2. Gráfico de barras que muestra la frecuencia de las semanas de gestación según el trimestre en que se encuentran.

De acuerdo a los datos recopilados se obtuvo información referente al estado civil, se encontró que la mayoría estaban en unión libre al momento del estudio, representando el 60% (n=150) de las participantes, el 23% (n=58) eran casadas y 17% (n=42) solteras.

En base a la escolaridad, encontramos que el nivel de preparatoria representaba la mayor parte de las participantes con 47% (n=117), seguido de 35% (n=88) secundaria, 10% (n=24) licenciatura y el 8% (n=21) educación primaria.

Por otro lado, el 75% (n=187) tenía como ocupación empleada, mientras que el 16% (n=41) se dedicaban al hogar, 4% (n=9) eran estudiantes, 3% (n=8) profesionistas y el 2% (n=5) comerciante. Las variables y características sociodemográficas de las participantes y sus detalles se encuentran descritas en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje %
Rango de edad		
18– 23 años	83	33
24 – 28 años	83	33
29 – 35 años	84	34
Estado civil		
Soltera	42	17
Casada	58	23
Unión libre	150	60
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Escolaridad		
Primaria	21	9
Secundaria	88	35
Preparatoria	117	47
Licenciatura	24	7
Posgrado	0	0
Ocupación		
Empleada	187	75
Hogar	41	16
Comerciante	5	2
Profesionista	8	3
Desempleada	0	0
Estudiante	9	4
Pensionada/Jubilada	0	0
Semanas de gestación		
Primer trimestre	59	24
Segundo trimestre	71	28
Tercer trimestre	120	48
Total	250	100

Sobre las variables de principal interés se encontró una elevada prevalencia del 74% (n=186) de una familia funcional entre las participantes y con un 26% (n=64) para cualquier grado de funcionamiento (fig. 3.); particularmente y referente al grado, el 16% (n=39) se encontraban en una familia moderada disfunción, mientras que 10% (n=25) una familia disfuncional (fig. 4).

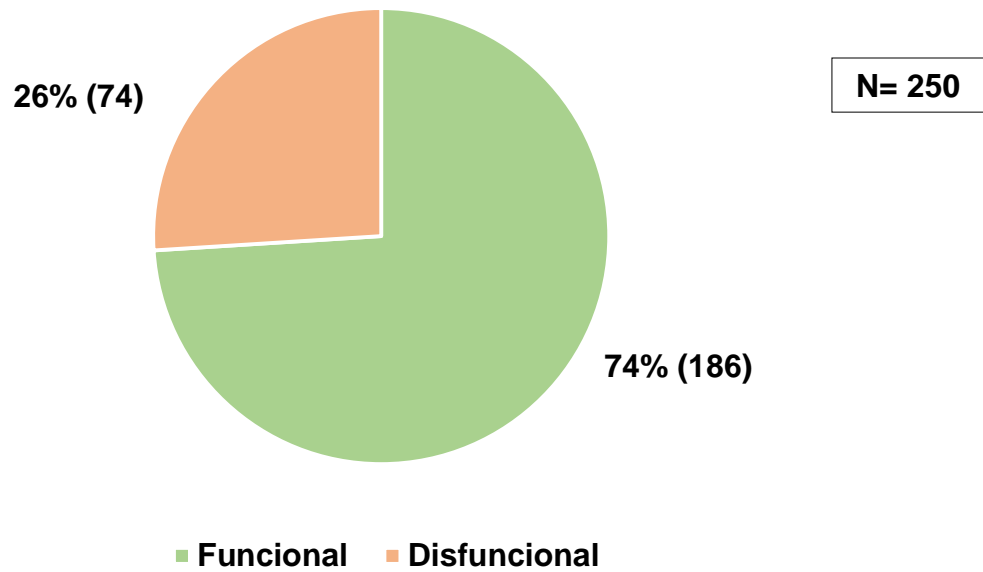


Fig. 3. Gráfica circular que expresa la frecuencia y porcentaje de las pacientes con familia funcional y disfuncional.

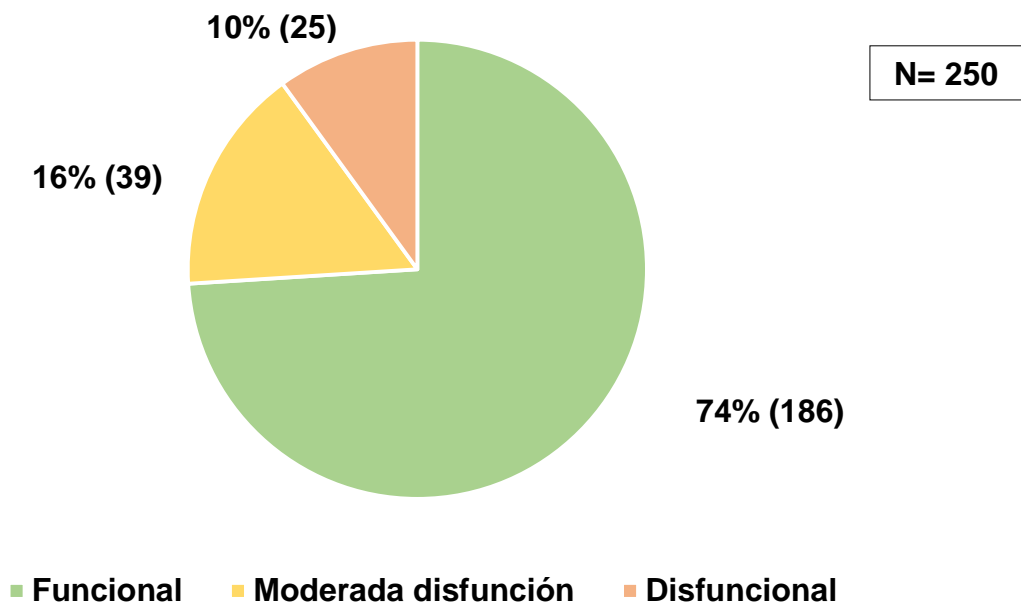


Fig. 4. Gráfica circular que expresa la frecuencia y porcentaje de las pacientes con familia funcional y disfuncional por nivel de gravedad.

Se encontró una prevalencia con síntomas depresivos en mujeres embarazadas de 58% (n=145) para cualquier grado de depresión de menor a muy severa, mientras que el 42% (n=105) restante no presentaron síntomas depresivos (fig. 5). Sobre el grado el 41% (n=103) de las mujeres embarazadas encuestadas tuvieron en menor presencia de síntomas depresivo, 12% (n=30) moderada, severa 3% (n=6) y muy severa 2% (n=6) (fig. 6).

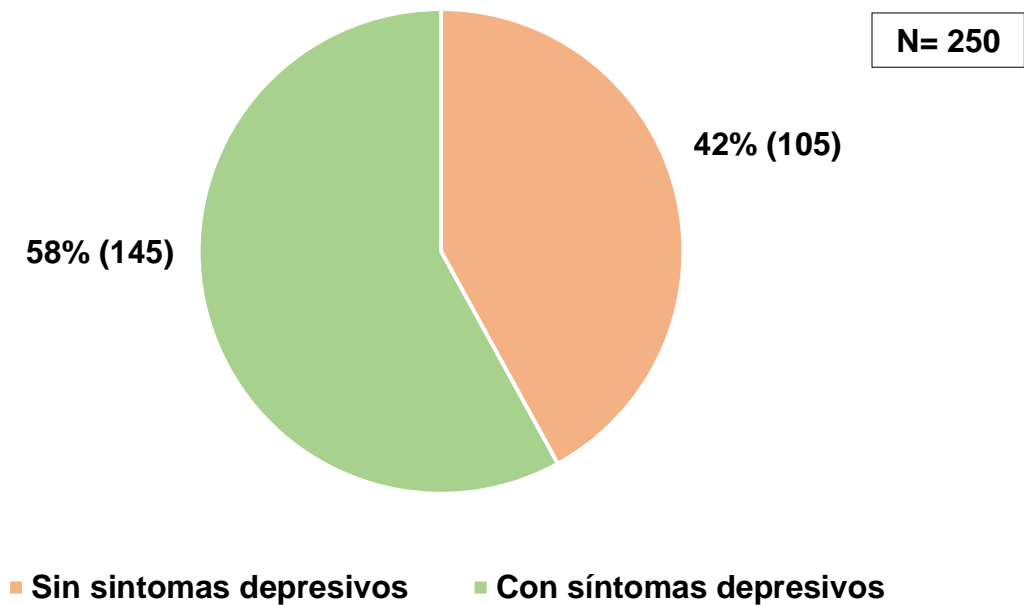


Fig. 5. Gráfica circular que representa la frecuencia y porcentaje de las pacientes con y sin presencia de síntomas depresivos.

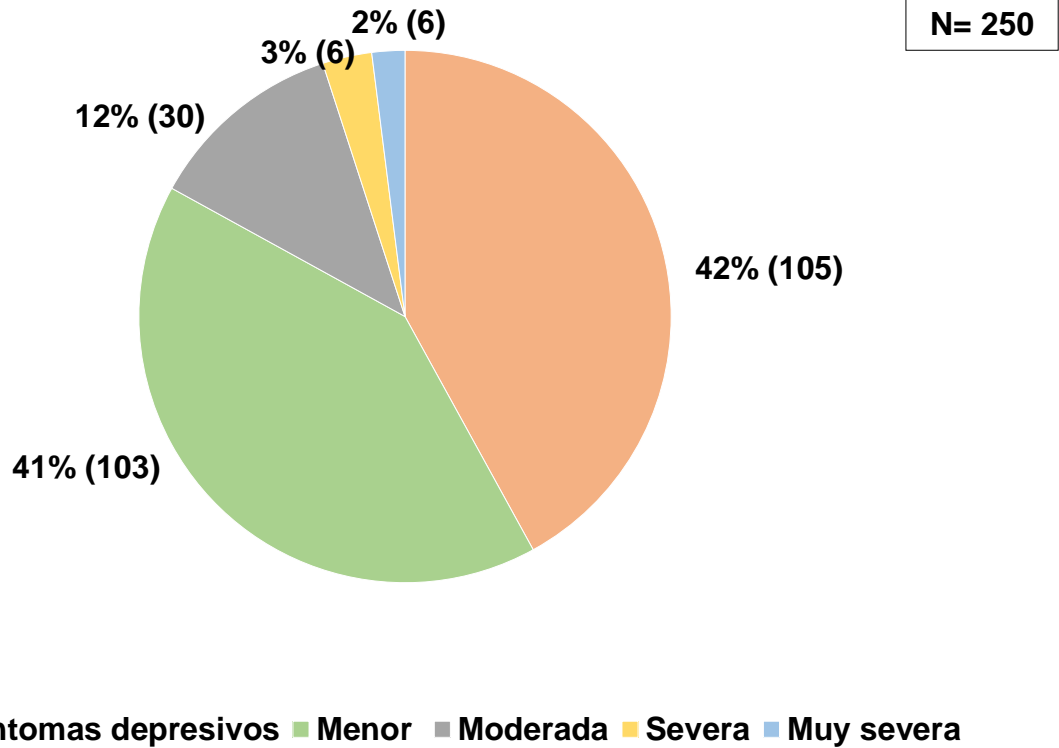


Fig. 6. Gráfica circular que representa la frecuencia y porcentaje de las pacientes con y sin presencia de síntomas depresivos de acuerdo al nivel de gravedad.

El rango de edad que presentó mayor prevalencia de una familia funcional fue el de 29 a 35 años (fig. 7); las mujeres embarazadas que se encontraban en el 3er trimestre es decir mayor a las 28 semanas de gestación fueron las que tuvieron un resultado que coincide con una familia funcional, el cual las frecuencias se representan en los siguientes gráficos de barras (fig. 8).

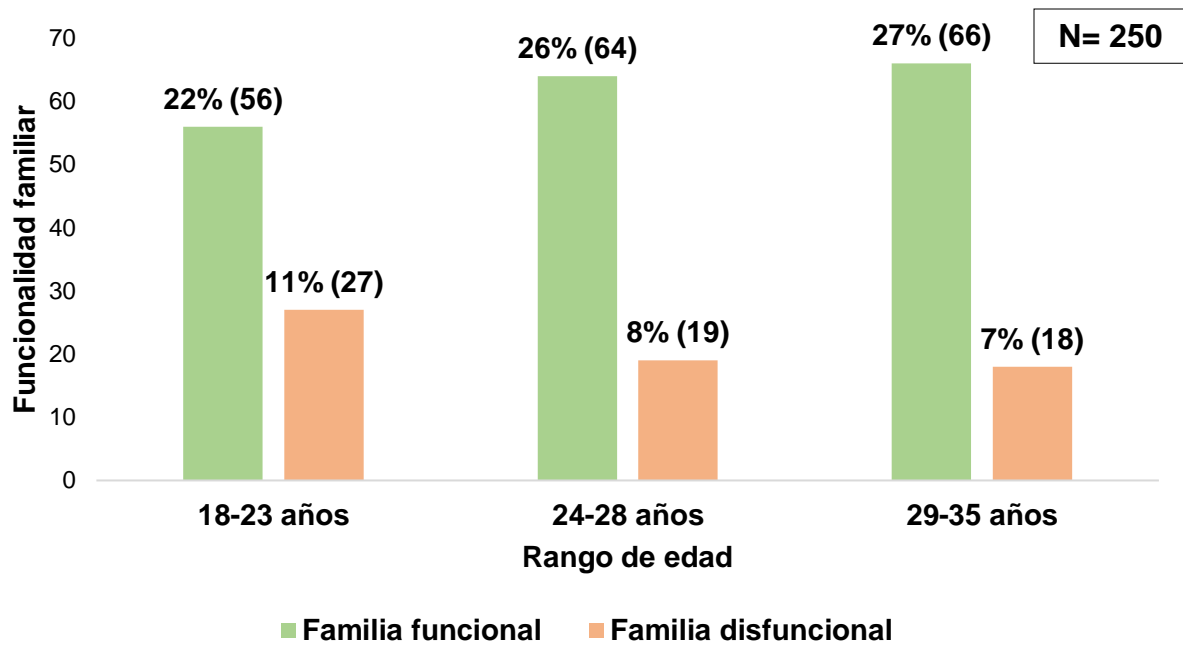


Fig. 7. Gráfico de barras que representa la frecuencia y porcentaje de la funcionalidad familiar en relación con la variable rango de edad.

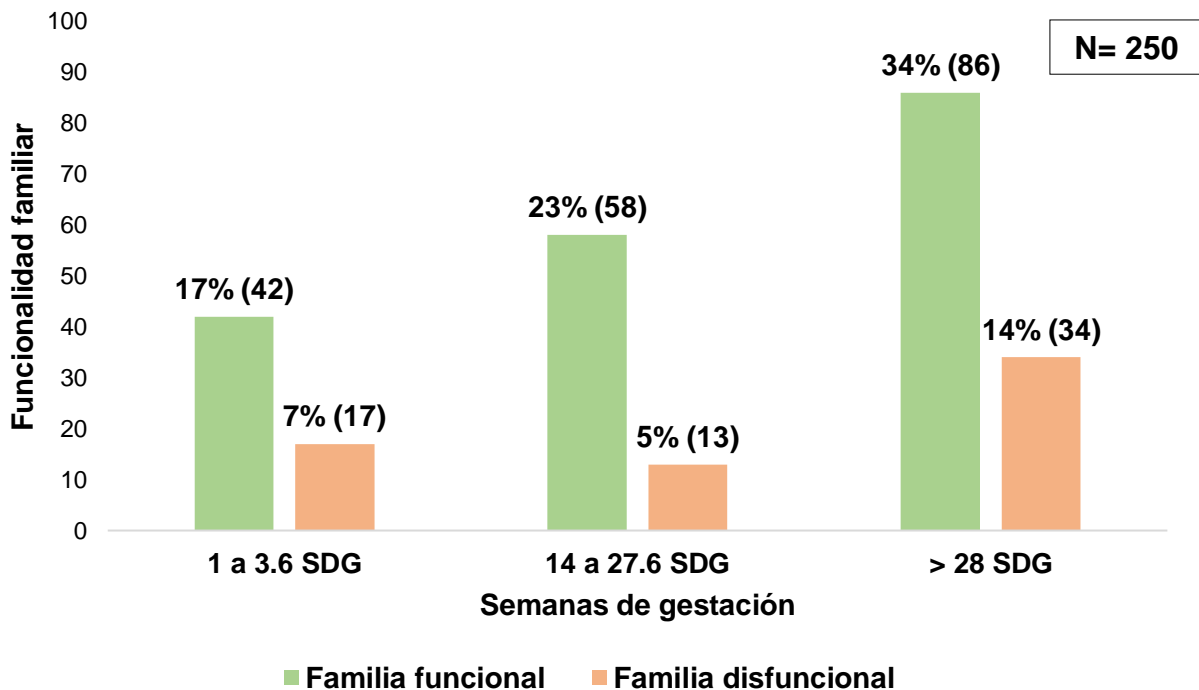


Fig. 8. Gráfico de barras que representa la frecuencia y porcentaje de la funcionalidad familiar en relación con la variable semanas de gestación.

En base con los resultados obtenidos sobre las variables funcionalidad familiar y síntomas depresivos, se realizó una tabla de contingencia (tabla 2) para poder realizar las pruebas estadísticas correspondientes. El análisis se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS versión 26, tomando como estadísticamente significativo un valor de p menor a 0.05; utilizamos χ^2 de Pearson para valorar la correlación entre ambas variables y correlación de Spearman con intervalo de confianza de 95% para medir el grado de asociación, obteniendo un valor de χ^2 de 49.163 ($p=0.000$) y un resultado de correlación de Spearman de 0.443 ($p=0.000$) que se observa en la tabla 3.

Tabla 2. Tabla de contingencia respecto a síntomas depresivos.

Variable	Sin síntomas depresivos	Con síntomas depresivos	Total
Familia funcional	102	84	186
Familia disfuncional	3	61	64
Total	105	145	250

Tabla 2x2 de las variables de estudio, observamos que de las 250 mujeres embarazadas 64 presentaron disfunción familiar, de estas, 61 presentaron síntomas depresivos de algún grado respectivamente, mientras que, de los 186 restantes que contaban una familia funcional, 102 no tenían sintomatología depresiva y 84 presentaban síntomas depresivos. Se muestra gráficamente en la figura 9.

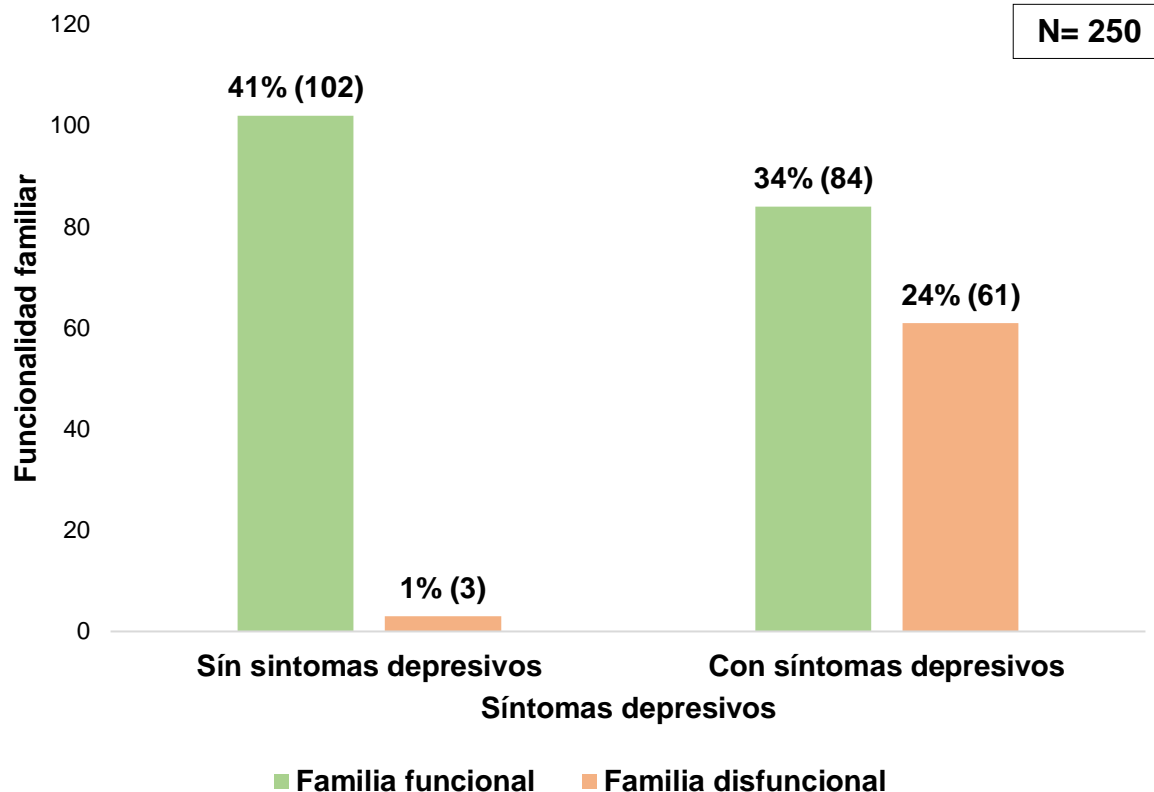


Fig. 9. Gráfico de barras que representa la frecuencia y porcentaje de la asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos.

Por lo tanto, como resultados secundarios, se analizó la asociación de síntomas depresivos con las variables rango de edad con una media de 21 años de edad, escolaridad, ocupación, estado civil y semanas de gestación. Se aplicaron las mismas pruebas estadísticas, obteniendo un resultado estadísticamente significativo en la correlación de la función familiar el cual se obtuvo un valor de χ^2 de 49.163 con valor de $p= 0.000$ con correlación de Spearman de 0.443 ($p=0.000$). Los resultados de las otras variables analizadas se resumen en la tabla 3, donde también se muestran las frecuencias a manera de tabla cruzada.

Tabla 3. Resultados secundarios.

Variable	Síntomas depresivos		Valor de χ^2	p	Correlación de Spearman
	Sin	Con			
Rango de edad			0.613	0.736	-0.045 (p= 0.475)
18– 23 años	32	51			
24 – 28 años	36	47			
29 – 35 años	37	47			
Escolaridad			5.604	0.133	-0.071 (p= 0.266)
Primaria	4	17			
Secundaria	40	48			
Preparatoria	49	68			
Licenciatura	12	12			
Ocupación			6.715	0.152	0.133 (p= 0.036)
Empleada	86	100			
Hogar	11	30			
Comerciante	1	4			
Profesionista	4	4			
Estudiante	3	6			
Estado civil			5.360	0.069	-0.036 (p= 0.569)
Soltera	12	30			
Casada	30	28			
Unión libre	63	87			
Semanas de gestación			0.613	0.152	0.103 (p= 0.103)
Primer trimestre	27	32			
Segundo trimestre	35	36			
Tercer trimestre	43	77			
Funcionalidad familiar			49.163	*0.000	0.443 (p= 0.000)
Familia funcional	102	84			
Familia disfuncional	3	61			
Total		250			

*Resultados estadísticamente significativos.

De acuerdo con los resultados obtenidos posterior a la aplicación de la prueba correlación de Spearman para las variables de estudio, se cumple con la hipótesis de investigación al encontrar valor de p estadísticamente significativo, el cual a menor funcionalidad familiar se presentó una prevalencia del 24% con síntomas depresivos.

14. DISCUSIÓN

En este estudio se observó que la funcionalidad familiar impacta sobre la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo, el cual se encontró que una familia funcional tendrá menos frecuencia de presentar síntomas depresivos durante esta etapa, por consiguiente, es de suma importancia el estudio del cumplimiento de la función familiar dentro de la etapa gestante debido a los cambios fisiológicos constantes, siendo un grupo vulnerable, que puede verse afectado su estado emocional y por consiguiente su entorno familiar. Sin embargo, existe poca evidencia de estudios en embarazadas.

El realizar una investigación acerca de la funcionalidad familiar en mujeres embarazadas, se logró identificar que predominan las familias funcionales en un 74% comparándolo con un estudio realizado por Saavedra y colaboradores en Tabasco en adultos el cual observaron que contaban con una familia funcional el 51%, similar a lo que menciona Rodríguez García y colaboradores donde encontraron una prevalencia del 85% bajo una familia funcional, moderada disfunción 7% y el 8% con una disfunción familiar.

Por otra parte, encontramos que el 52% de las mujeres embarazadas presentaban síntomas depresivos en cualquier grado y el 48% no presentaba ninguna sintomatología depresiva, se observó una mayor prevalencia del 31% durante el tercer trimestre y el 35% se encontraban en unión libre, datos que coinciden con los hallazgos encontrados por Ruiz y colaboradores que coinciden en base a su población donde observaron que el 51% presentó síntomas depresivos, 67% se encontraban en el tercer trimestre de gestación y el 65% en unión libre, lo que refleja la necesidad de implementar estrategias de monitoreo y atención de la salud mental materna durante todo el ciclo vital.

Martínez y colaboradores reportaron con mayor prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo en mujeres adolescentes de hasta el 33%, estos resultados son similares a los que presentaron las participantes del estudio, encontrándose un 20% de participantes en el rango de edad entre 18 a 23 años.

Los resultados obtenidos de la medición de la relación entre las variables de interés, demuestran que existe una significancia positiva entre ambas variables, es decir se determinó una prevalencia del 24% de síntomas depresivos en familias disfuncionales en mujeres embarazadas lo que se relaciona a lo obtenido por Gaviria y colaboradores de un 22% la presencia de síntomas depresivos debido a separación conyugal, labilidad emocional y sentimientos de culpa.

El estudio actual contribuye a un conocimiento específico sobre la asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos, el cual puede ser generalizable a la población evaluada debido al tipo de muestreo que se realizó, no obstante, también se deben tener en cuenta algunas limitaciones: el subregistro de los síntomas durante la consulta externa pueden pasar desapercibidos por ser propios del padecimiento de depresión por lo que para futuros estudios se podría disminuir el sesgo de información al utilizar entrevistas clínicas estructuradas para verificar antecedentes médicos y psiquiátricos. De igual forma, se requieren otros instrumentos en este contexto para evaluar diferentes variables implicadas en el núcleo familiar, ya que existen otros factores asociados como: cambios fisiológicos en la gestante, su entorno social, lugar de residencia, religión, estructura familiar, a pesar de ello, no fueron estudiadas durante esta investigación, ya que se encuentran más allá del alcance del estudio. Si bien, este estudio puede aportar al fortalecimiento en programas de prevención en salud mental durante el embarazo, no hay duda de que el realizar métodos rápidos para el seguimiento y tratamiento de estos padecimientos puede llevar tiempo su implementación debido a la saturación del servicio de consulta médica familiar.

Dentro de las fortalezas del estudio encontramos el instrumento de APGAR familiar aplicado para la evaluación de funcionalidad familiar en cuanto a la satisfacción con cinco dimensiones, y la Escala de Hamilton para Depresión para la detección y verificación de síntomas depresivos ambos se encuentran validados al idioma español, por lo que poseen elevada sensibilidad y especificidad con un alfa de Cronbach significativo mayor a 0.80 lo que, a su vez, aumenta la validez y confiabilidad de los resultados. En este entorno, la familia cumple diversas funciones que permiten garantizar la estabilidad de la salud física y mental, el cual conlleva a un conjunto de

conocimientos, costumbres, actitudes y practicas relacionadas durante el embarazo para la oportuna prevención de la depresión.

Con esta investigación reforzamos los hallazgos previos, los cuales muestran que la familia siempre será un pilar importante para el desarrollo de la mujer en cualquier etapa de la vida, sobretodo en la salud mental de la gestante donde la familia representa un papel significativo. El presente estudio revela el impacto de una familia disfuncional como un factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo, aunque todas las gestantes viven el mismo desequilibrio hormonal y pueden experimentar vivencias similares, no a todas les afecta de igual manera por lo que existen otros factores que pueden ser desencadenantes para la afectación de la salud mental en la gestante. Por esta razón esta razón es importante dar a conocer los resultados de este estudio a las autoridades de la institución de salud y al personal de salud para que se brinde educación pertinente a los temas de depresión durante el embarazo, con el fin de incluir durante las citas de control prenatal consejería relacionadas a la depresión.

Actualmente no existen suficientes estudios que investiguen la asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos en el embarazo, por este motivo, es relevante realizar investigaciones que evalúen los cambios y comportamientos de las mujeres embarazadas con respecto al sistema familiar.

15. CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la presencia de síntomas depresivos en las embarazadas se encontraba en un rango de edad entre 18 a 23 años, en unión libre con escolaridad de preparatoria, de ocupación empleada cursando el tercer trimestre de gestación. Se puede destacar que la prevalencia de una familia funcional se encuentra asociada a la ausencia de síntomas depresivos, y una disfunción familiar se relaciona a la aparición de sintomatología depresiva. Por lo tanto, la funcionalidad familiar percibida por las mujeres embarazadas se asocia de manera significativa con la depresión, cuanto más grave es la disfunción familiar, mayor es la probabilidad de presentar síntomas depresivos, a todas aquellas pacientes que se identificaron con algún grado de síntomas depresivos se les llenó una hoja 4-30-200 como inicio de un método eficaz para el envío con su Médico Familiar y Trabajo Social a para otorgar manejo y consejería acerca de la depresión, así como brindando vías alternas para la prevención del suicidio marcando a la línea 075 del DIF o la Línea de la Vida al 800 911 2000 para el apoyo e intervención en crisis por medio de psicólogos la cual funciona las 24 horas del día. Además, hacer referencia en la importancia de que la mujer embarazada perciba acompañamiento por parte de una persona de confianza que le brinde apoyo y seguridad ya que incide en la mejora del estado de salud mental y emocional.

Ante los resultados que se mencionaron se debe prestar especial atención a las mujeres no solo en el control de embarazo, sino también en los problemas emocionales y hormonales que atraviesan ya que están asociados a la transición de la maternidad, puesto que se pueden ignorar la presencia de sintomatología depresiva, así como los problemas psicosociales a los que se enfrenta la pareja debido a los cambios que presenta la estructura familiar.

Resulta de importancia trabajar en los aspectos preventivos, como el conocimiento de los criterios diagnósticos de depresión durante el embarazo y en el postparto, así como dar seguimiento durante esta etapa como el aplicar la Escala de Hamilton para la Depresión en cada consulta de control prenatal, ya que esta puede realizarse en cualquier semana de gestación, con el fin de una detección temprana de la depresión

y la implementación del tratamiento adecuado; concientizar al Médico Familiar y al personal de salud el considerar el sistema familiar y otros posibles factores de riesgo para identificar un ambiente socio-cultural nocivo que propicie la presencia de depresión; se conoce que en una familia funcional también se presentan sintomatología depresiva ya que no la exime de tener otros factores que pongan en riesgo la salud mental.

El tratamiento rápido y eficaz permite prevenir las principales consecuencias de la depresión en el curso del embarazo, por lo que en base al tratamiento no farmacológico los tres pilares importantes son el apoyo familiar, la relación médico-paciente y la psicoterapia, el cual puede evitar el uso de antidepresivos en la mayoría de las pacientes embarazadas. En cuanto al tratamiento farmacológico para la depresión durante el periodo de gestación, es obligatorio apegarse a las opciones terapéuticas más seguras y acordes con la sintomatología depresiva de la madre.

El presente estudio muestra información importante para que el médico familiar pueda identificar la percepción de la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos en el embarazo, y así brindar una atención integral a las mujeres en gestación en base a los diversos servicios que presenta la Unidad de Medicina Familiar o remitirlas para una atención con el especialista en psicología, psiquiatría o la que amerite.

El propósito se fundamenta en que sea orientado a un cuidado en la salud física, psicológica, emocional y social de la mujer embarazada incluyendo la participación de la familia ya que es el principal componente de la red de apoyo con la finalidad de continuar mejorando y creando programas de promoción y prevención de la salud mental incluyendo a cada integrante del núcleo familiar.

Se recomienda realizar capacitaciones al personal de salud que labora en la institución sobre temas de depresión dirigido al grupo de embarazadas, crear un método rápido y eficaz en la búsqueda intencionada de síntomas depresivos en trabajo conjunto con las asistentes médicas con el objetivo de apoyar al Médico Familiar en la consulta de control prenatal de la paciente optimizando el tiempo en la identificación y seguimiento de la depresión, solicitar la apertura de un consultorio para el servicio de Psicología

dentro de la UMF 27 donde otorguen terapia cognitivo conductual a toda aquella mujer embarazada que se encuentre en riesgo de depresión.


En futuras investigaciones se recomienda incluir a los integrantes de la familia, lo que permitirá analizar la percepción de la funcionalidad familiar entre ellos y compararlo con el grado de depresión, así como realizar un adecuado historial médico y psiquiátrico. De igual forma, evaluar otras variables que pudieron haber incidido en la aparición de síntomas depresivos, de este tipo de investigaciones pueden surgir estrategias para mejorar la evolución del embarazo y reducir factores de riesgo externos que dañen la integridad mental en la mujer y que pueden alcanzar complicaciones tanto para la gestante como para su familia. Posteriormente el analizar otros municipios del estado para comparar con la población de otras regiones, como el sur del país.

16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Agosto- Octubre 2022	Noviembre- Diciembre 2022	Enero- Febrero 2023	Marzo 2023
Elaboración de protocolo	X			
Aceptación de protocolo		X		
Recolección de datos			X	
Captura de base de datos			X	
Análisis de resultados			X	
Redacción de discusión y conclusión				X
Presentación a sinodales				X

17. ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD</p> <p style="text-align: center;">COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 27, IMSS”	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California. Octubre 2022	
Número de registro institucional:	R-2023-204-010	
Justificación y objetivo del estudio:	Dada la significancia de este proceso de salud-enfermedad en cada usuaria de servicio de salud, es que se decide el estudio de la funcionalidad familiar y la gravedad de los síntomas depresivos en las pacientes embarazadas durante la consulta externa de Medicina Familiar, teniendo en cuenta que no existen estudios previos sobre la temática que valoren este punto de vista. Por lo que el objetivo del presente estudio será: “Determinar la funcionalidad familiar asociada a síntomas depresivos en pacientes embarazadas de la UMF No. 27 de Tijuana Baja California.”	
Procedimientos:	Una vez que se haya firmado el consentimiento informado se le invitará a un consultorio de Medicina Preventiva para realizar entrevista sobre datos personales, y se le aplicarán dos cuestionarios para evaluar el grado de percepción de síntomas depresivos y la funcionalidad familiar, llamados cuestionario de APGAR Familiar y Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS). Toda la información que se obtenga será de manera anónima, auto llenada o con asesoría por el investigador principal en caso necesario, sin límite de tiempo, en donde señalara la respuesta que considere conveniente marcando con una x el cuadro con la opción que se sienta más identificado. Esto con la finalidad de identificar los síntomas depresivos y funcionalidad familiar	

	para establecer medidas de prevención y mejoras en ambas situaciones.
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos son mínimos, ya que solamente se trata de aplicación de breves cuestionarios. Algunas preguntas pudieran generar incomodidad o molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con los resultados obtenidos, el beneficio que usted recibirá al identificar aquellas pacientes que se encuentren con presencia de síntomas depresivos y disfunción familiar se implementaran estrategias para su prevención, manejo y seguimiento de las mismas, así como desarrollar la importancia en la población acerca de estos temas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados tanto del grado de síntomas depresivos como la funcionalidad familiar se darán a conocer a su médico familiar y a usted para establecer estrategias para su manejo integral con los demás servicios que incluye la institución y el seguimiento de dichos padecimientos.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo la libertad de decidir no participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento de educación. Recibiendo respuesta a todas las dudas que tenga en todo momento.
Privacidad y confidencialidad:	No se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. La información proporcionada será confidencial, todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que solo usará los códigos numéricos. Los cuestionarios e información resultante serán resguardados por el investigador principal.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios para este estudio y estudios futuros, conservando los resultados de estos cuestionarios ____ años tras lo cual se destruirán los mismos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

	<p>Médico especialista en Medicina Familiar Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana Baja California. Matricula: 98020718 Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California. Teléfono: (664) 329 88 37 Correo electrónico: dra.bermudez@hotmail.com</p>
Tesista:	<p>Arlyn Acosta Martínez Residente de Medicina Familiar Adscripción: Unidad Medicina Familiar No. 27, Tijuana Baja California. Matrícula: 97023507 Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Baja California. Teléfono celular: (646) 141 00 27 Correo electrónico: acostaarlyn01@gmail.com</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° 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: comité.eticainv@imss.gob.mx</p>	
<p>_____ Nombre y firma del participante</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>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</p>	

ANEXO 2: Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27



Fecha			Folio del participante
DD	MM	AAAA	


“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF No. 27, IMSS”

Por favor conteste las siguientes preguntas a excepción de las últimas 2.
Toda la información brindada es de carácter confidencial.


Edad: _____ Consultorio: _____ Turno: _____

<p>Estado civil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda 	<p>Ocupación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empleada 2. Hogar 3. Comerciante 4. Profesionista 5. Desempleada 6. Estudiante 7. Pensionada/Jubilada
<p>Escolaridad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Posgrado 	<p>Semanas de gestación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 13.6 semanas Primer trimestre 2. 14 a 27.6 semanas Segundo trimestre 3. ≥ 28 semanas Tercer trimestre
<p>Síntomas depresivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0 a 7 No deprimida 2. 8 a 13 Depresión menor 3. 14 a 18 Depresión moderada 4. 19 a 22 Depresión severa 5. >23 Depresión muy severa 	<p>Funcionalidad familiar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 7 a 10 Familia funcional 2. 4 a 6 Moderada disfunción familiar 3. 0 a 3 Familia disfuncional

ANEXO 3: Instrumento APGAR familiar

	CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR APGAR FAMILIAR
Instrucciones: <ul style="list-style-type: none">• Este cuestionario cuenta con 5 preguntas:• Cada pregunta tiene 3 respuestas posibles.• Subraye el número que mejor describa su situación.• Seleccione sólo una respuesta por cada pregunta.	
En los últimos 6 meses:	
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
2. ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
5. ¿Siente que su familia lo quiere?	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
Interpretación de resultados: <p>Sume los números que corresponden a las respuestas de las preguntas 1 a 5. La puntuación obtenida en el APGAR familiar caracteriza el grado de funcionamiento familiar de la siguiente manera:</p> <p>0 a 3 Familia disfuncional 4 a 6 Moderada disfunción familiar 7 a 10 Familia funcional</p>	

ANEXO 4: Instrumento Escala de Hamilton para Depresión (HDRS)

 ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS)	
Instrucciones: <ul style="list-style-type: none"> • Esta escala cuenta con 17 ítems: • Cada ítem tiene 3 o 5 respuestas posibles. • Subraye el número que mejor describa su situación. • Seleccione sólo una respuesta por cada ítem. 	
1. Humor depresivo (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4. La paciente manifiesta sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sentimientos de culpa	0. Ausente 1. Se culpa a sí misma, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerta o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)

4. Insomnio precoz	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. La paciente se queja de estar inquieta durante la noche 2. Esta despierta durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califa 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación)
6. Insomnio tardío	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamiento normal 1. Ligeramente retrasado en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Juega con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos

10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones •Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>

<p>16. Pérdida de peso (completar A o B)</p>	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
<p>17. Insight (conciencia de enfermedad)</p>	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo</p>
<p>Interpretación de resultados: Sume los números que corresponden a las respuestas de los ítems 1 a 17. La puntuación obtenida en la Escala de Hamilton caracteriza el grado de los síntomas depresivos de la siguiente manera:</p> <p>0 a 7 No deprimida 8 a 13 Depresión ligera o menor 14 a 18 Depresión moderada 19 a 22 Depresión grave >23 Depresión muy grave</p>	



ANEXO 5: Carta de no inconveniencia al director

Tijuana, Baja California a 01 de diciembre del año 2022

Comité Local de Investigación en Salud
Comité de Ética en Investigación
Presente

En mi carácter de Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título “**Funcionalidad familiar asociada a síntomas depresivos en pacientes embarazadas de la UMF No. 27, IMSS**”, que será realizado por Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villapando, como Investigadora Responsable en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente

Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

Director

UMF No. 27

18. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Salud de la mujer. Ginebra; OMS: 2018. Consultado el 02 de septiembre 2022. Disponible en sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
2. Van Niel MS, Payne JL. Depresión prenatal: una revisión. *Cleve Clin J Med* 2020; 87(5): 273-277.
3. Bedaso A, Adams J, Wenbo P, et al. La relación entre el apoyo social y los problemas de salud mental durante el embarazo: una revisión sistemática y metanálisis. *Salud reproductiva* 2021; 18(1): 1-23.
4. Fuentes-Aguilar AP, Merino-Escobar JM. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu* 2016; 14(2): 247-283.
5. Yingzi Z. Funcionamiento familiar en el contexto de un familiar adulto con enfermedad: un análisis conceptual. *J Clin Enfermeras* 2018; 27(15-16): 3205–3224.
6. Delfín-Ruiz C, Cano-Guzmán R, Peña-Valencia EJ. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Rev de Cienc Soc* 2020; 26(2): 42-53.
7. Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, et al. Asociación entre la funcionalidad familiar y depresión: una revisión sistemática y metanálisis. *Korean J Fam Med* 2021; 42(2)-. 172-180.
8. Reyes-Narváez SE, Oyola-Canto MS. Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Puno* 2022; 13(2): 127-137.
9. Caycho-Rodríguez T, Ventura-León J, Reyes-Bossio M, et al. Validez e invarianza factorial de una medida breve de satisfacción con la vida familiar. *Universitas Pshychologica* 2018; 17(5): 1-17.
10. Park LT, Zarate CA. Depresión en el entorno de atención primaria. *N Inglés J Med* 2019; 380(6): 559-568.
11. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Med Clin Condes* 2020.; 31 (2): 139-149.

12. Vintimilla-Molina D, Campoverde-Pesantez X, Vintimilla-Molina J, et al. Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. *Revista AVTF* 2020; 39(6): 734-739.
13. Christensen T, Videbech P. Embarazo y depresión. *Ugeskr Laeger* 2021; 183(11): V11200843.
14. Guía de Práctica Clínica. Control prenatal con atención centrada en la paciente. [Internet] Guía de Evidencias y Recomendaciones. México; IMSS: 2017. Consultado el 02 de septiembre 2022. Disponible en sitio web: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GRR.pdf>
15. Miranda A, Olhaberry M, Morales-Reyes I. Intervención grupal en embarazadas: respuestas diferenciales de acuerdo al tipo de depresión y patrón de apego. *Psykhé* 2017; 26(1): 1-17.
16. Alfaro-Ticona M, Centella-Centeno DM. Sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con ideación suicida en estudiantes de una institución educativa estatal de Tacna. *Investigación e Innovación* 2020; 1(2): 150-157.
17. Hoare E, Collins S, Marx W, et al. Prevención universal de la depresión: una revisión general de metanálisis. *J Psychiatr Res* 2021; 144: 483-493.
18. Serna-Arbeláez D, Terán-Cortés CY, Venegas-Villegas AM, et al. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Rev Haban Cienc Med* 2020; 19(5): 1-17.
19. Corea-Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur* 2021; 89(1): S1-68.
20. González-Hevilla A, Castillo-Jimena M, Sánchez-Sánchez C, et al. Prevalencia de obesidad y relación con estructura y funcionalidad familiar: estudio transversal multicéntrico. *Med Fam Andal* 2019; 20(2): 114-121.
21. Vásquez-Plascencia GA, Rodríguez-Díaz DR, Correa-Arangotia A, et al. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. *Rev UCV Scientia* 2017; 9(2): 145-152.
22. Kobus V, Calleti MJ, Santander J. Prevalencia de los síntomas depresivos, síntomas ansiosos y riesgo de suicidio en estudiantes de medicina de la

- Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2020; 58(4): 314-323.
23. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, et al. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Rev Colomb Psiquiat* 2019; 48(3): 166-173.
 24. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiat* 2019; 48(1): 58-65.
 25. Wedel-Herrera. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia* 2018; 3(1): 3-8.
 26. Vizcaíno-Salvador CL, Cusme-Torres NA. Dinámica familiar en la adolescente embarazada de la comunidad Lasso-Ecuador. *Enfermería Investiga* 2021; 6(5): 31-36.
 27. Guía de Práctica Clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. [Internet] Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021. Consultado el 02 de septiembre 2022. Disponible en sitio web: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
 28. Contreras-Carretero N, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cir Cir* 2022; 90(1): 128-132.
 29. Franco-Díaz KL, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomédica* 2018; 38(1): 127-140.
 30. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-De León A, et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar en Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam* 2016; 23(1): 24-28.
 31. Ruiz-Acosta GJ, Organista-Gabriela H, López-Avendaño RA, et al. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. *Salud y Administración* 2017; 4(12): 25-30.

32. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, et al. Síntomas depresivo y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública Mex* 2020; 62: 840-850.
33. Rodríguez-García EL, Haro-Acosta ME, Martínez-Fierro RE, et al. Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *RESPYN* 2017; 16(4): 20-23.
34. Calderón-Villareal A, Mújica OJ, Bojórquez I. Desigualdades sociales y prevalencia de síntomas depresivos: un estudio transversal en mujeres de una ciudad fronteriza mexicana, 2014. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44: 1-8.
35. Gómez-Reyna RR, Valdivieso-López IP. Identificación de trastornos mentales presentes en mujeres embarazadas en la ciudad de Rocafuerte. *GESTAR* 2022; 5(9): 104-119.
36. Silva, L, Amaral TO, Brito CS, et al. Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enferm glob* 2020; 19.