



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 9 "SAN PEDRO DE LOS PINOS"

T E S I S

**"ASOCIACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DEPRESIÓN DURANTE
EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚMERO 9"**

**REGISTRO
R-2023-3605-052**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
CORTÉS EVANGELISTA DIANA AIDEÉ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

INVESTIGADOR PRINCIPAL DE TESIS
DRA. PATRICIA SÁNCHEZ ALMAZAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9
"SAN PEDRO DE LOS PINOS"

INVESTIGADOR METODOLOGICO
DRA. LETICIA GARIBAY LÓPEZ
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 26

INVESTIGADOR CLINICO
DRA. MARIANA LÓPEZ DELGADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9
"SAN PEDRO DE LOS PINOS"



CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2023



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9
"SAN PEDRO DE LOS PINOS"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“ASOCIACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DEPRESIÓN DURANTE EL
EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”**

DRA. ALMA DELIA PAEZ DE LA CRUZ
DIRECTORA DE LA UMF No. 9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”

DR. SERGIO LUIS GARCÍA CABAZOS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF No. 9
“SAN PEDRO DE LOS PINOS”

DRA. PATRICIA SÁNCHEZ ALMAZÁN
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 9
“SAN PEDRO DE LOS PINOS”

AUTORIZACIÓN DE TESIS

“ASOCIACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”

DRA. PATRICIA SÁNCHEZ ALMAZAN
MÉDICA FAMILIAR DE LA UMF No. 9
“SAN PEDRO DE LOS PINOS”
INVESTIGADOR PRINCIPAL DE TESIS

DRA. LETICIA GARIBAY LOPEZ
MÉDICA FAMILIAR DE LA UMF No. 26

INVESTIGADORA METODOLOGICO

DRA. MARIANA LÓPEZ DELGADO
MÉDICA FAMILIAR DE LA UMF No. 9
“SAN PEDRO DE LOS PINOS”
INVESTIGADORA CLINICO

“ASOCIACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DIANA AIDEE CORTES EVANGELISTA
RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

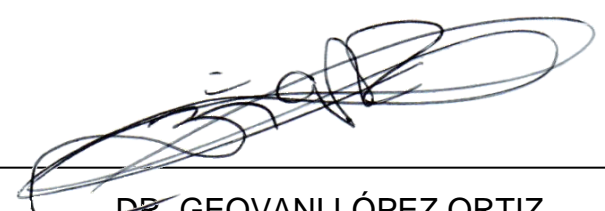
AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3605.
H. ORAL ZONA -MP- NUM 8

Registro COFEPRIS 17 CE 09 010 051
Registro COFEPRIS CONBOEPTICA 09 CEI 010 2018072

FECHA Martes, 07 de marzo de 2023

M.E. Patricia Sánchez Almazán

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación de la Tipología Familiar y depresión durante el embarazo en la Unidad de Medicina Familiar No 9**, 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 **PROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2023-3605-052

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

Guillermo Bravo Mateos
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3605

Atentamente

IMSS

SEGURO SOCIAL Y PRESTACIONES MÉDICAS

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

PRESENTA:

Diana Aideé Cortés Evangelista

Residente de Medicina Familiar de primer año. Matrícula: 97379608

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 9. "San Pedro de los Pinos" Dirección: Av. Revolución S/N, esquina Calle 7, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México. tel. 52770077 ext. 21420

Teléfono: 55-19-37-05-34 Fax: sin fax

e-mail: diana.2304-@hotmail.com

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Patricia Sánchez Almazán

Médica Cirujana Especialista en Medicina Familiar

Matricula: 99352434

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 9. "San Pedro de los Pinos"

Dirección: Av. Revolución S/N, esquina Calle 7, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México.

Teléfono: 52-77-00-77 Ext 420 Fax: sin fax

e-mail: drapatyalmazan@gmail.com

COINVESTIGADORES:

Leticia Garibay López

Médica Cirujana Especialista en Medicina Familiar

Matricula: 99231366

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 26.

Dirección: Tlaxcala 159, Hipódromo, Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México.

Teléfono: 52-77-00-77 Ext 420 Fax: sin fax

e-mail: garibayletty0509@gmail.com

Mariana López Delgado

Médica Cirujana Especialista en Medicina Familiar

Matricula: 99377271

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 9. "San Pedro de los Pinos"

Dirección: Av. Revolución S/N, esquina Calle 7, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México.

Teléfono: 52-77-00-77 Ext 420 Fax: sin fax

e-mail: mariana.lodm@gmail.com

ÍNDICE GENERAL

	Página
I. Identificación de los investigadores.....	1
II. Abreviaturas.....	2
III. Resumen.....	3
IV. Marco teórico	
Embarazo, familia y depresión.....	5
Epidemiología.....	8
Fisiopatología.....	9
Factores de riesgo.....	11
Diagnóstico.....	12
Tratamiento.....	13
Complicaciones	18
V. Justificación	19
VI. Planteamiento del Problema.....	20
VII. Pregunta de investigación.....	20
VIII. Objetivos.....	21

IX.	Hipótesis del trabajo.....	21
X.	Material y métodos	21
	-Diseño de estudio.....	22
	-Población de estudio	22
	-Período de estudio.....	22
	-Tamaño de la muestra.....	22
	-Criterios de selección.....	24
	-Criterios de inclusión.....	24
	-Criterios de exclusión.....	24
	-Criterios de eliminación.....	24
XI.	Variables de estudio.....	24
XII.	Aspectos éticos.....	26
XIII.	Recursos financieros, factibilidad, infraestructura.....	33
XIV.	Resultados	34
XV.	Discusión.....	38
XVI.	Conclusión	40
XVII.	Conflicto de intereses	41
XVIII.	Cronograma de actividades.....	42
XIX.	Referencias bibliográficas.....	43
XX.	Anexos	47

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1.-Tipología Familiar	47
Anexo 2.- Diagnostico de episodio depresivo mayor DSM-V	49
Anexo 3.- Escala de Edimburgo para depresión posparto.....	50
Anexo 4.- Hoja de recolección de datos	51
Anexo 5.- Escala de depresión de Edimburgo	52
Anexo 6.- Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación	54

ABREVIATURAS

DA: Dopamina

DSM-V: Diagnostico y Estadístico para las Enfermedades Mentales

EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

GnRH: Hormonas liberadoras de gonadotropinas

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INPER: Instituto Nacional de Perinatología

IRSN: Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina

NA: Noradrenalina

NOM: Norma Oficial Mexicana

TEC: Terapia electroconvulsiva

TSH: Tirotropina

T3: Trioyodotironina

T4: Tiroxina

5-HT: Serotonina

RESUMEN

“ASOCIACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”

Cortés Evangelista Diana Aideé¹, Sánchez Almazán Patricia², Garibay López Leticia³, López Delgado Mariana⁴

¹Residente de Medicina Familiar. UMF N°9 “San Pedro de los Pinos”

²Adjunto a la especialidad de medicina familiar. UMF N°9 “San Pedro de los Pinos”.

³Adjunto a la especialidad de medicina familiar, UMF 26

⁴Adjunto a la especialidad de medicina familiar. UMF N°9 “San Pedro de los Pinos”.

Antecedentes: En México los síntomas de depresión se observan en 22% a 37% de las gestantes, la depresión se define como un trastorno mental caracterizado por una tristeza profunda, pérdida del interés acompañado de una amplia gama de síntomas, el 5.6 % de las que tenían pareja presentó depresión, a diferencia de 13.6 % sin pareja.

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo principal determinar la asociación de la tipología familiar y la depresión durante el embarazo en la Unidad de Medicina Familiar No. 9.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal en el que se obtuvieron datos mediante la recolección por medio de interrogatorio directo y tamizaje con Escala de depresión de Edimburgo en mujeres embarazadas de la UMF No. 9, abordando aspectos socioculturales, familiares, económicos y educativos. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva y para determinar la asociación de variables cualitativas se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrada de Pearson con una $p < 0.05$.

Recursos: Existió disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos del presente estudio, donde se utilizaron recursos humanos, en este caso la colaboración de los médicos de enseñanza, médicos encargados de los distintos consultorios de la UMF 9, coordinación médica y recursos económicos. Se contó con la población blanco, así como con la infraestructura para llevar a cabo los estudios clínicos y evaluaciones a la poblacióna estudiar.

Experiencia del grupo: El grupo investigador contó con la experiencia suficiente para llevar a cabo dicha investigación.

Tiempo para desarrollarse: Diciembre a abril de 2023.

Palabras clave: Embarazo, depresión, tipología familiar.

Marco Teórico

El embarazo cursa con cambios hormonales y biológicos en sus diferentes etapas, razón por la que es considerado un estado de vulnerabilidad, mismo que se ha asociado a depresión de predominio al inicio y al final de la gestación.¹

En la década de los ochenta, prevalecía la idea de la maternidad asociada a un estado de bienestar emocional y ausencia de padecimientos mentales, con la ausencia previa de afecciones psíquicas. Incluso se pensaba en el embarazo como un factor protector para los trastornos afectivos.¹

Sin embargo, en 1985 como lo hace notar Oppenheim en un estudio de prevalencia, demostró la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en el 30 % de las participantes.²

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA1-201 define al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.³

La depresión es un trastorno mental caracterizado por una tristeza profunda, pérdida del interés acompañado de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento.⁴

Algunos cambios en el estado y funcionamiento de la salud mental, por ejemplo; el apetito, pueden ser cambios normales durante el embarazo, pero también ser parte de un problema de salud mental, durante este periodo diversos problemas de salud mental tienen naturaleza, un curso y potencial de recaída similar al de otras etapas de la vida.⁵

Las personas evolucionan en grupos familiares, conformados a partir de sistemas de parentescos políticos, culturales y económicos. Por lo tanto, en el concepto de familia incluimos variables cualitativas y cuantitativas, las cuales hacen referencia a los distintos campos de conocimiento; sociocultural, histórico, político y económico,

además de aspectos sobre su estructuración y formas de organización. Del mismo modo debemos reconocer que las familias se han reestructurado desde hace algún tiempo, han cambiado sus modelos, tipos, composición e integración, por lo que también es necesario modificar los conceptos y así dar paso a la diversidad de esta institución fundamental de la sociedad.⁶

En primer lugar, la palabra familia derivada del término *famulus*, que significa “Siervo, esclavo”, o incluso del latín *fames* (hambre) “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un pater familias tiene la obligación de alimentar”.⁶

Dicho con palabras de Planiol y Ripert 2002 definen el concepto de Familia como: “Nicho ecológico por excelencia, y por qué no, en la primera escuela de la humanización, de transmisión generacional de valores éticos, sociales y culturales que aporta un sentido mucho más amplio a la misma existencia humana”.⁶

En la opinión de Engels (2008): “Es el elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto”.⁶

Por otro lado, en el ámbito biológico es definida como la unión de dos personas de diferente sexo para reproducirse y conservar la especie a través del tiempo.⁶

Con base a Malde Modino I (2012) en el campo de la psicología: La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.⁶

Por otra parte, para la sociología la familia se constituye por una comunidad interhumana configurada al menos por tres miembros, “es un conjunto de personas

que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos".⁶

Dentro del concepto legal se declara como: La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, esto de acuerdo al artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁷

Después de conocer estas definiciones, debemos adoptar un concepto de familia más incluyente en sus dinámicas internas y de las influencias externas que experimentan, que les permita ajustarse a las necesidades de la cultura global.

En resumen, debemos adoptar un concepto de familia más incluyente en sus dinámicas internas y de las influencias externas que les permita ajustarse a las necesidades de la cultura global en la que se desarrollan.

Finalmente, la familia es el grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socio-económica, que aún sin convivir físicamente, comparten necesidades psico-emocionales y materiales, objetivos e intereses comunes de desarrollo, desde distintos aspectos cuya prioridad y dinámica pertenecen a su libre albedrío: psicológico, social, cultural, biológico, económico y legal.^{8,9}

Por otro lado, podemos clasificar a la familia de acuerdo a sus características sociodemográficas, y la estructura o socio dinámica familiar, lo que ha llevado a ser considerados como determinantes de la salud. Respecto a la composición familiar se valorada con 3 componentes básicos a la vez; incluye el parentesco, que puede ser consanguíneo o contraído, la presencia física en el hogar y los lazos afectivos.^{8,9} Una revisión sistemática a nivel mundial descubrió que el apoyo social genera una mejor salud mental y una baja prevalencia sobre los síntomas de depresión, así como una mejoría emocional, y psicológica en contraparte con las que no tienen

esta red de apoyo,¹⁰ aquí podemos deducir que una familia de tipo nuclear sería un factor protector contra la depresión en el embarazo, además un vínculo social constructivo tienen mejores habilidades de comunicación y tiene otro beneficio como combatir el estrés.¹¹

Los profesionales de salud implicados durante el embarazo como es el caso de los médicos especialistas en medicina familiar, ginecología y obstetricia deben conversar con las mujeres embarazadas sobre la red de apoyo con la que cuentan.¹¹

Epidemiología

Como afirma el INEGI en nuestro país, el trastorno depresivo ha aumentado progresivamente con una tasa de 58.13 en 2014, 79.77 en el 2015, 84.76 en el 2016 y 99.69 en el 2017. Entidades con contextos de violencia como Chihuahua, Durango y Ciudad de México la aumentaron en el período del 2014 al 2017, de 135.71 a 268.82, de 135.22 a 250.26 y de 148.91 a 203.51, en los años respectivos. Sin embargo, son las mujeres en el mundo quienes más viven con depresión en todas las regiones del mundo y en todas las edades; en proporción de 2:1, además, es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años.¹²

Así en México, la tasa fue de 27.12 en los hombres y de 87.71 en las mujeres en el 2014, de 38.98 en los hombres frente a 118.63 en las mujeres en el 2015, de 42.4 en los hombres frente a 125.1 de las mujeres en el 2016 y 53.42 en los hombres hasta 143.73 en las mujeres en el 2017, que muestra a nivel nacional, a lo largo del período señalado, el aumento del problema para ellas lo que muestra que son éstas quienes se ven más afectadas el cual puede ser sumamente discapacitante y aún llevar al suicidio que paradójicamente es más frecuente en los hombres, de acuerdo con datos del INEGI cuando se evalúa la serie del 2010 al 2017.¹²

Experimentan depresión mayor durante la gestación de 2% a 21% y hasta 38% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico, y sintomatología depresiva, de 8% a 31%, y entre los menos favorecidos de 20% a 51%. En México los síntomas de

depresión se observan en 22% a 37% de las gestantes.¹³ Con relación al estado civil de las participantes el 51,7% vive en unión libre, el 27% son casadas, el 15,7% solteras, y el 5,6% viudas.² Si ha habido depresión anteriormente, el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor a lo largo de la gestación se encuentra entre el 25-50%, por lo que se recomienda la anticoncepción.¹³

Si a pesar de ello lo desean, se les informará del riesgo/beneficio que supone mantener el tratamiento con antidepresivos durante el embarazo e, incluso, desde el momento en que desea quedarse embarazada.¹⁴

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio durante el 2010 encontrándose que 6.4% de las encuestadas presento depresión durante el embarazo, evaluadas mediante la escala de Edimburgo.¹⁵

Las características generales de la población fueron edad promedio de 26 años (intervalo de 16 a 42), 7.7 % fue adolescente, la escolaridad preparatoria con 43.2 %. La ocupación predominante ama de casa en 37.7 %, empleada en 19.5 % y secretaria en 6.8 %. El nivel socioeconómico más frecuente fue el medio bajo, con 51.8 %; el estrato alto representó 2.7 %. En cuanto al estado civil, 90 % de las pacientes indicó vivir en pareja 69.5 % casadas y 20.5 % en unión libre.¹⁵

El grupo etario de adolescentes presentó 17.6 % depresión; las adultas, 5.4 %. El 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo cursó con depresión. De las deprimidas, 50 % tenía escolaridad de secundaria y de éstas 50 % se dedicaba al hogar. El 5.6 % de las que tenían pareja presentó depresión, a diferencia de 13.6 % sin pareja.¹⁵

Fisiopatología

La depresión es un trastorno multifactorial, ya que su desarrollo depende de múltiples causas que interaccionan. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental. Estas experiencias tempranas sobre depresión incluyen no solo procesos psiquiátricos, sino también constructos psicosociales que convierten una experiencia traumática transitoria en

una vulnerabilidad a largo plazo, por ejemplo, la pérdida de un progenitor o la baja calidad de los cuidados parentales provocan baja autoestima e inestabilidad emocional y puede disminuir la capacidad para conseguir relaciones cercanas y así diluir la calidad del apoyo social y su disponibilidad en etapas posteriores de la vida.^{16,17}

Durante la maternidad se experimentan diversos cambios que comienzan desde etapas tempranas, evolucionando de manera gradual y continúan durante todo el embarazo; estos resultan evidentes para la madre o que se reflejan y provocan algunos síntomas específicos por ejemplo aumento de peso, aumento de volumen abdominal, aumento del tamaño de las mamas, polaquiuria, estreñimiento, pirosis, hiperpigmentación de la piel, entre otras, otros son evidentes durante la exploración física como ejemplo reducción de la tensión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, presencia de S3 en los ruidos cardíacos; detectados mediante estudios paraclínicos por ejemplo cambios en la biometría hemática, examen general de orina.¹⁸

El hipotálamo y la hipófisis intervienen en la regulación de la función reproductora a través del sistema circulatorio portal, por el que se vierten las neurohormonas hipotalámicas, denominadas hormonas liberadoras de gonadotropinas (GnRH), que actúan sobre la adenohipófisis, además de ejercer funciones autocrinas/paracrinas en todo el organismo, ya que hay receptores en tejidos extra hipofisarios, lo que explicaría su influencia sobre el comportamiento. Al no existir receptores para esteroides gonadales en neuronas liberadoras de GnRH, su secreción estará determinada por señales periféricas y de centros superiores del sistema nervioso central a través de neurotransmisores, como dopamina y noradrenalina, endorfina, serotonina y melatonina.^{19,20}

La frecuencia de descarga de GnRH estará estimulada por la noradrenalina, mientras que la dopamina y la serotonina la inhiben, de ahí que los factores psicológicos que afecten a la función hipofisaria alteren la síntesis de catecolaminas y, en consecuencia, la liberación de GnRH. Los períodos en los que la mujer se

muestra más vulnerable psicológicamente son aquellos en los que se producen cambios en su estado reproductivo.¹⁹

Son etapas en las que se produce una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos: última fase lútea, fases peri menstruales, primer trimestre del embarazo, posparto y menopausia. Estas fluctuaciones son fisiológicas, períodos marcados por cambios hormonales en los que también se modifican, en parte, las conductas psicosociales, medioambientales y ciertos factores psicológicos.^{19,20}

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de depresión en el embarazo se pueden clasificar en biológicos o psicosociales y abarcan desde el antecedente de depresión y trastorno disfórico premenstrual hasta historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar, según Lancaster el estrés diario, en el que se incluyen situaciones adversas de la vida, la falta de apoyo social o redes de apoyo débiles y la violencia intrafamiliar.¹⁹

Por otro lado, Lam reveló que los factores de riesgo más influyentes en la muestra estudiada eran el antecedente de aborto, la falta de planificación del embarazo, el bajo nivel educativo de la gestante frente a un nivel educativo superior de la pareja y el antecedente de violencia, que es el de mayor significación estadística.¹⁹

Entre los factores de riesgo que influyen en menor proporción, se encuentran el desempleo y el bajo ingreso económico, lo que indica que, aunque el nivel socioeconómico no tiene gran impacto estadístico, puede influir en la aparición de la depresión durante y después del embarazo.¹⁹

La presencia de más de 2 factores aumenta el riesgo de que la gestante padezca un episodio depresivo mayor y sus síntomas tengan mayor impacto en la vida diaria de la paciente. No obstante, factores como el antecedente de aborto, la violencia y la falta de apoyo social son factores independientes cuya única presencia debe alertar a los profesionales de salud sobre un caso probable de depresión gestacional.¹⁹

Diagnóstico

El diagnóstico de depresión tanto en la población general como en la gestante suele basarse en los síntomas y signos clínicos definidos por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-V). (Tabla 2)¹⁹. Para la identificación de los síntomas más frecuentes durante la depresión en el embarazo, se han validado y utilizado la escala de depresión posnatal de Edimburgo y el inventario de depresión de Beck.^{21,22}

La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (de Cox, Holden y Sagovsky) fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación.^{21,22}

Se realizó un estudio en el INPER en 2008 en donde se encontró una sensibilidad del 90% y una especificidad del 82% de utilizar de Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo en embarazadas de 24-34 semanas de gestación,²¹ en otro estudio de validación realizado en Chile se encontró que el EPDS muestra una buena consistencia interna, con un alpha de Cronbach muy bueno (0,914) y todos los ítems presentan una alta correlación con la escala en su conjunto la edad gestacional fluctuó entre las 8 y 28 semanas de embarazo, con una mediana en las 21 semanas; su uso se ha extendido hasta casi cuatro años posparto.²³

Se recomienda el nombre de Escala de Depresión Perinatal en el caso de que esta escala sea utilizada durante el embarazo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas; requiere únicamente de cinco minutos para ser contestada¹⁶, ha sido utilizada en diferentes ámbitos hogares, comunidad, hospitales, y centros de desarrollo infantil.²¹

Debido a la sencillez y al reducido tiempo necesario para su aplicación (cinco a diez minutos), la escala de Edinburgo para depresión posparto permite su utilización por cualquier profesional de la salud y se convierte en un instrumento importante para la identificación de posibles trastornos depresivos durante el embarazo. Esto mejora de manera importante la atención en la salud de las embarazadas.^{24,25}

Solicitar hemograma, glucemia, T3, T4 y TSH, para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos, y otros exámenes según criterio médico.¹⁰

El instrumento para validar, la escala de Edinburg para depresión posparto, consta de diez ítems de respuesta politémica (cuatro opciones de respuesta) que exploran síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Cada pregunta se califica de cero a tres puntos.¹⁸ Teniendo en cuenta un corte de 13 puntos para depresión.^{24,26}

Tratamiento

Es importante el asesoramiento multidisciplinario general para el manejo de las pacientes con depresión manteniendo un estilo de vida saludable. Los consejos deberían abordar:

- Evitar uso de alcohol y drogas.
- Mantener comportamientos alimentarios saludables.
- Mantenimiento de las redes sociales y las actividades personalmente significativas.
- Disminuir problemas de sueño.

Existen diversas técnicas de manejo para la depresión: manejo psicosocial (terapias psicosociales, de soporte, intervenciones de pareja, intervenciones madre-infante, actividad física), terapias farmacológicas durante el embarazo, el puerperio y la lactancia, terapia electroconvulsiva (TEC) y terapias complementarias y alternativas.¹⁰

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico, se reserva para casos moderados a severos. A pesar de que la modulación del estado de ánimo no está clara, los antidepresivos en su mayoría tienen un denominador común en su mecanismo de acción, su efecto sobre el sistema monoaminérgico, regulando alguno de sus neurotransmisores,

independientemente de Serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA) su mecanismo de acción. Se debe enfatizar en el tratamiento la necesidad de seleccionar el fármaco de manera individualizada, de acuerdo a los siguientes aspectos: ²⁷

- Síntomas del trastorno depresivo
- Comorbilidades
- Efectos secundarios
- Interacciones farmacológicas
- Disponibilidad y acceso al medicamento

Se establece también, que el tratamiento farmacológico de un primer episodio de debe tener una duración entre 6 y 12 meses, después, de la remisión de los síntomas, esto con el fin de evitar la recurrencia de los síntomas. Los fármacos más utilizados en el tratamiento de la depresión son los siguientes:

Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): El mecanismo de acción es la inhibición del transportador de la 5-HT, en la brecha sináptica para ser reciclado, más específicamente en el 5-HT1A; la diferencia está en el grado de interacción secundaria con otros receptores, entre los ISRS se encuentran: ²⁷

- Fluoxetina
- Sertralina
- Paroxetina
- Citalopram
- Escitalopram

Los efectos adversos que se presentan de manera más común con los ISRS son; náuseas, diarrea (citalopram y fluoxetina), boca seca, disfunción sexual, ansiedad

inicial, importante para tomar en cuenta en pacientes sexualmente activos y en pacientes con componente ansioso.

Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN): Su mecanismo de acción se adiciona su capacidad de bloqueo sobre el transportador de noradrenalina (NAT), por esta razón se les conoce como “duales”, que también produce un aumento de dopamina a nivel prefrontal debido a que, en esta zona, dopamina es recapturada por NAT. En este grupo se encuentran: ²⁷

- Venlafaxina
- Desvenlafaxina
- Duloxetina
- Milnacipran

Sus efectos adversos son, cefalea, insomnio, náuseas y diarrea (venlafaxina), hiporexia, disfunción sexual, aumento de la tensión arterial, por lo que hay que seleccionar pacientes de acuerdo a sus padecimientos crónicos.

Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND): su mecanismo de acción es a través del bloqueo NAT y DAT, por lo que además de su acción antidepressiva, también presenta efectos activantes, además que al no tener un efecto directo sobre la 5-HT, no presenta disfunción sexual, su único fármaco es Bupropion.²⁷

Efectos adversos comunes, boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de la tensión arterial.

Agonistas de melatonina: su uso en las alteraciones del sueño presentes en el trastorno depresivo mayor, y cómo estas alteraciones se ven manifiestas en cambios en la secreción de factores asociados a los ciclos circadianos, al ser agonista de melatonina en receptores MT1 y MT2, modula estos ciclos;

adicionalmente se ha visto que bloquea el receptor 5-HT_{2c}, concediéndole efectos antidepresivos.²⁷

Entre los principales efectos adversos de la agomelatonina están: náuseas, mareo, somnolencia, cefalea.

Antagonistas alfa-2: Bloquea receptores pre y postsinápticos alfa-2 noradrenérgicos, que se encarga del bloqueo de la liberación de NA y 5-HT, por lo que su efecto final es similar a de los IRSN. En este grupo se encuentran:

- Mirtazapina
- Mianserina

Sus efectos adversos más conocidos, aumento del apetito, boca seca, constipación, mareo, hipotensión arterial.²⁷

Inhibidores de la monoamino oxidada (IMAO): el primer grupo antidepresivo en ser descubierto, siendo iproniazida el primer fármaco que se utiliza como antidepresivo. Su mecanismo de acción es el bloqueo de la enzima MAO-A que se encarga del metabolismo de 5-HT, NA, DA, al estar bloqueada, aumenta el tiempo de disponibilidad de estos neurotransmisores en la brecha sináptica. Su uso ha disminuido debido a su potencial de generar crisis hipertensivas.

Actualmente su representante más utilizado es la Isocarboxazid, aunque pobre respuesta o resistente.²⁷

Antidepresivos tricíclicos (ATC): Intento de producir moléculas similares a la clorpromazina (antipsicótico), con sus tres anillos de benceno. Su mecanismo de acción es multifocal, ya que al igual que los IRSN bloquean la recaptura de 5-HT y NA, también tienen efecto sobre receptores H₁ de histamina, alfa-1 adrenérgicos y canales de sodio voltaje dependientes. Entre este grupo tenemos varios fármacos como son:

- Imipramina
- Desipramina
- Maprotilina

- Nortriptilina
- Amitriptilina
- Clomopramina

Debido a que posee tantas vías de acción, son poco tolerados y presentan una serie de efectos adversos como visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de la tensión arterial.²⁷

Antidepresivos multimodales: de reciente aparición, Vortioxetina, incluye mecanismos como inhibición de SERT, DAT y NET, agonista de receptores de 5-HT, que le confieren además de su capacidad antidepresiva, un efecto que mejora los síntomas cognitivos presentes en el TDM, con mínimos efectos adversos entre ellos náuseas, cefalea, mareo, boca seca.²⁷

Psicoterapia

Se basa en mejorar las relaciones interpersonales problemáticas o las circunstancias que están directamente relacionadas con el episodio actual fue desarrollada en la década de los setenta. Su objetivo es el de lograr la remisión de los síntomas y la funcionalidad del paciente, para el cual debe estar motivado e interesada en recibir el tratamiento. Existen distintos tipos, también cada tipo de psicoterapia tiene varios formatos, para adaptarse a cada paciente, de acuerdo a su sintomatología, padecimientos y patología. Al tocarse diferentes emociones durante la terapia, el paciente debe estar preparado.

Puede ser utilizada en una en pacientes embarazadas, pospartos y otros, se puede utilizar como monoterapia o junto con la farmacoterapia, según el paciente y la severidad de la enfermedad, ya sea de forma aguda o de mantenimiento.

Aunque en general se prefiere utilizar el formato “cara a cara” con el paciente, se pueden utilizar terapias de grupo, terapia en línea y terapia telefónica. Normalmente

se divide en tres fases: inicial, media y terminación; la primera de estas se establece en las primeras 3 sesiones, la segunda puede durar hasta 10 sesiones, y la última entre 2 a 4 sesiones.²⁷

Complicaciones

Según un estudio llevado a cabo por la Universidad de Michigan, tanto las mujeres que sufrieron depresión durante el embarazo como sus recién nacidos mostraron aumento de corticotropina, alteraciones en el patrón del sueño, mayor irritabilidad, disminución de las expresiones faciales y mayor riesgo de adquirir apego inseguro. Además, se ha registrado un aumento de las concentraciones de angiotensina II, vasopresina y oxitocina, las cuales están relacionadas con mayor probabilidad de parto prematuro.

Cuando la mujer padece de algún trastorno mental durante el embarazo, como la depresión, su habilidad para responder a las demandas de la maternidad se ve disminuida, esto conlleva a malos hábitos de alimentación, falta de adherencia a los cuidados prenatales y conductas de riesgo como consumo de sustancias y tabaco, las cuales se asocian con partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer.²⁸

La depresión gestacional también incrementa el riesgo de padecer depresión posparto, la cual tiene consecuencias graves sobre la madre y el infante.⁸ Presentan mayor riesgo de conductas suicidas, problemas de conducta, inestabilidad emocional.¹⁰

Por lo tanto, la depresión materna no tratada puede tener consecuencias adversas tanto para la paciente como para su descendencia, y la interrupción brusca de los psicofármacos durante el embarazo puede estar asociada con efectos adversos físicos y psicológicos, incluida una alta frecuencia de recaídas.²⁹

Justificación

En México se registra una prevalencia del 30.7% casos de depresión durante el embarazo, a nivel de instituciones de salud, el IMSS en un estudio donde aplico encuestas de depresión a las embarazadas demostró una asociación de 6.4 %, por esta razón es importante realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad.

Durante el Congreso anual del American College de Ginecología y Obstetricia (ACOG) 2018, se mostró evidencia con relación que la muerte materna a causa de suicidio durante episodios de depresión es mayor a las muertes por hemorragia o trastornos hipertensivos, por tanto, es importante que los médicos familiares que son partícipes del control prenatal, realicen un adecuado tamizaje de las pacientes para poder ofrecerles un adecuado manejo y así evitar las complicaciones a corto, mediano y largo plazo.

El estudio de la asociación de la depresión durante el embarazo con tipología familiar permitirá enfocar a las pacientes con alta probabilidad de presentar depresión, proporcionar una evaluación integral, intervención oportuna y evitar o bien disminuir complicaciones importantes. Dentro de las complicaciones se encuentra la incapacidad laboral, deterioro en el autocuidado y aumento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, junto con ideas suicidas, riesgo de parto pretérmino, falta de apego y compromiso con el hijo, para evitar una complicación fatal como lo es la muerte materna.

Otros estudios demuestran que niños, con antecedente de madres con depresión durante el embarazo, fueron más susceptibles a tener problemas de aprendizaje y a desarrollar problemas psiquiátricos como ansiedad o depresión a una edad más temprana.

En la Unidad de Medicina Familiar 9, se otorgan aproximadamente 79 consultas a pacientes embarazadas, estas corresponden a diferentes trimestres, 25 de primer trimestre, 21 de segundo, 28 tercer trimestre y 5 de trimestre no identificado de embarazo, por tanto, se cuenta con la oportunidad de atención para la realización del estudio.³⁰

Planteamiento del Problema

La depresión durante la gestación es un problema de salud que ha sido poco estudiado pero que con el paso de los años ha mostrado una alta prevalencia, por lo cual los médicos de primer nivel debemos tener en consideración esta patología, ya que de no hacerlo puede llevar a muchas complicaciones durante y después del embarazo como por ejemplo intento de autolisis, falta de apego al hijo, mal estado general de la mujer embarazada, niños que crezcan con trastornos psiquiátricos y por lo tanto eso conllevaría a mayor gasto de recursos para tratar estas patologías, además se ha notado que existe mayor recurrencia de depresión en pacientes que viven en una tipología familiar monoparental, por lo tanto esto nos serviría a tener un mayor énfasis en el tema de uso de anticonceptivos, platicas informativas, y mantener una relación estrecha con nuestras pacientes en esta situación, así que iniciar esta investigación además de prevenir lo mencionado, ayuda a tener mayores datos sobre esta enfermedad; estadísticos, pruebas de tamizaje validadas para ellas, ya que actualmente se cuenta en mayor numero con pruebas para depresión en población general y en pacientes postparto, y así de esta forma no pase desapercibida y se pueda otorgar un tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la unidad de medicina familiar número 9?

Objetivo General

- Determinar la asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la unidad de medicina familiar número 9.

Objetivos específicos

- Identificar la depresión en las pacientes embarazadas en el primer nivel de atención.
- Identificar la tipología familiar en las embarazadas en el primer nivel de atención.

Hipótesis

- En la unidad de Medicina Familiar número 9 el predominio de depresión en el embarazo se asocia en un 16% con la tipología familia monoparental.

Material y métodos

De acuerdo al censo de la Unidad de Medicina Familiar se realizó el cálculo de muestra mediante la fórmula para estudios estadísticos obteniendo 113 pacientes de cualquier trimestre, las cuales se localizaron mediante la invitación a través de los médicos de consultorio que las atienden, fueron enviadas conmigo posterior a su consulta médica y el estudio se realizó mediante la entrevista clínica, se explicó a la paciente de forma amplia el procedimiento a realizar, continuando con la firma de consentimiento informado, de acuerdo a los requisitos éticos del mismo. Por medio de interrogatorio directo se obtuvieron datos socioculturales familiares, económicos, individuales, religiosos y educativos de cada paciente mediante la hojade recolección de datos que incluyeron los siguientes apartados: identificación personal, antecedentes personales patológicos, antecedentes heredofamiliares, y antecedentes gineco obstétricos, con una duración de 15 minutos; se aplicó la Escala de Edimburgo para depresión, la cual consta de diez ítems de respuesta politómica (cuatro opciones de respuesta) cada pregunta se calificó de cero a tres puntos, con una duración máxima de 10 minutos teniendo en cuenta un corte de 13 puntos para depresión, se procedió a la recolección de datos para identificar el tipo

de familia en la cual se encuentran dichas pacientes, se realizó un análisis estadístico de los resultados, finalmente se obtuvo en qué tipo de familia se encuentra con mayor porcentaje la depresión.

Diseño de estudio

Estudio observacional, analítico, transversal y descriptivo en el que se obtuvieron datos mediante la recolección por medio de interrogatorio directo y tamizaje con Escala de depresión de Edimburgo en la UMF 9, para abordar aspectos socioculturales familiares, económicos, individuales, religiosos y educativos. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva.

Población de estudio

Pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa de medicina familiar que son derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 9.

Periodo de estudio

De marzo a mayo de 2023 se desarrolló el estudio para completar la muestra.

Tamaño de muestra

La población de estudio se conformó por 113 pacientes embarazadas que acudieron a la consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 9 y a las cuales se les aplicó el instrumento de evaluación y la Escala de Edimburgo.

Se realizó mediante la fórmula para estudios descriptivos una estimación del cálculo del tamaño de muestra, que tiene como objetivo el cálculo de una proporción.

Que representa:
$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

n: Tamaño de la muestra que se requiere

Z_{α}^2 : Distancia de la media del valor de significación propuesto

p: Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

q: 1-p. Complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio

e2: Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

El tamaño mínimo de la muestra que se calculó fue de 113 pacientes.

El cálculo se realizó de la siguiente forma:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(159)}{((0.05)^2(159-1)) + ((1.96)^2(0.5)(0.5))}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(159)}{((0.0025)(158)) + (3.84)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{152.64}{0.394 + 0.960}$$

$$n = \frac{152.64}{1.355}$$

$$n = 112.64$$

Maniobras para evitar sesgos

Para evitar el sesgo de selección se describieron los criterios de inclusión para la inclusión consecutiva, pero sin descartar a nadie.

Sesgos de información o sesgo de medición tenemos en cuenta lo que se observó, la depresión en embarazadas; quién lo observo medirá, es decir, el investigador principal; y el tercero, con qué lo observo o medirá: es decir el instrumento de recolección de datos, además de la aplicación del cuestionario de Edimburgo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas que acudieron a la consulta de medicina familiar.
- Pacientes que tienen afiliación a la Unidad de Medicina Familiar número 9.
- Pacientes que acuden a la consulta externa y que firmaron consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes analfabetas.
- Pacientes sordomudas.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico
- Pacientes con diagnóstico previo de hipotiroidismo
- Pacientes que ameriten atención en urgencias

Criterios de eliminación

- Pacientes que no contesten en su totalidad la Escala de depresión de Edimburgo.
- Pacientes que no den información completa en la hoja de recolección de datos
- Pacientes que no quieran continuar con el proceso.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés.	Resultado de la escala de Edimburgo con una puntuación igual o mayor a 13.	1. Si 2. No	Cualitativa Dicotómica
Tipo de familia	Forma de clasificar a las familias de acuerdo a su composición.	La correspondiente a la clasificación por parentesco.	1. Nuclear 2. Nuclear simple 3. Nuclear numerosa 4. Reconstituida 5. Monoparental 6. Monoparental extendida 7. Monoparental compuesta 8. Monoparental extendida compuesta 9. Extensa 10. Extensa compuesta 11. No parental	Cualitativa Nominal
Edad	Número de años cumplidos entre la fecha de nacimiento de una persona y la fecha de nacimiento del paciente.	La edad en años que refiere el sujeto de estudio al momento de la aplicación del instrumento.	1. 19-24 2. 25-29 3. 30-34 4. 35-39 5. 40-44	Cualitativa Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición del estado civil al momento de la aplicación del instrumento.	1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada	Cualitativa Nominal
Escolaridad	Grado de estudio máximo cursado por un estudiante en un establecimiento docente.	Grado máximo de estudios referido por el sujeto de investigación al momento de la aplicación del instrumento.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Maestría	Cualitativa Ordinal
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado.	La que refiere el sujeto de estudio al momento de la aplicación del instrumento.	1. Empleada 2. Hogar	Cualitativa Dicotómica

Estrato socioeconómico	Conjunto de ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia, aporten o no, para sufragar los gastos de la familia.	Nivel socioeconómico de acuerdo al ingreso según AMAI: Baja: menor \$4000 Baja alta: \$4500-9000 Media baja: \$9000-\$18000 Media: \$30000	1. Baja alta 2. Media 3. Media baja	Cualitativa Ordinal
Escolaridad de pareja	Grado de estudio máximo cursado por un estudiante en un establecimiento docente.	Grado máximo de estudios referido por el sujeto de estudio al momento de la aplicación del instrumento.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Maestría	Cualitativa Ordinal
Trimestre de Gestación	Edad gestacional dividida en tres etapas trimestrales.	El que refiera el sujeto de investigación al momento de la aplicación del instrumento: <ul style="list-style-type: none"> • 1-13 semanas = Primer trimestre • 14-26 semanas = Segundo trimestre • 27-40 semanas = Tercer trimestre 	1. Primer trimestre 2. Segundo trimestre 3. Tercer trimestre	Cualitativa Ordinal

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizará empleando el programa IBM SPSS v26 (USA). Los resultados se expresarán mediante tablas y gráficas. Para evaluar las variables cualitativas se emplearán frecuencias y porcentajes. La correlación de dos variables cualitativas se estudiará mediante prueba de Chi-Cuadrada de Pearson. Se considerará como resultado significativo cuando $p < 0.05$

Aspectos éticos

El propósito principal de una investigación médica en seres humanos es comprender las causas, la evolución y los efectos de las enfermedades, para mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, las cuáles deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras.

La investigación médica está sujeta a normas éticas para asegurar el respeto, la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad, así como para proteger la vida, la salud y los derechos individuales de los seres humanos. Se deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos de nuestro país.

En esta investigación no se llevan a cabo experimentos con humanos ni con animales. Los procedimientos cumplen los reglamentos con bases legales y éticas vigentes, preservando el respeto a los participantes, se realizará la investigación, previamente aprobada tanto por el Comité Local del IMSS como por el Comité de Ética en investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Además de obtener el permiso por parte del personal directivo de la UMF 9, el protocolo será sometido a valoración por parte de la Coordinación de Investigación en Salud de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud del IMSS, bajo la normatividad institucional vigente y consistente con la Ley para la Protección de Datos Personales (diario oficial 30 de septiembre de 2005).

El manejo de resultados será llevado a cabo por el investigador principal y los asesores del proyecto. Se dará informe de ello al IMSS sobre los resultados como lo solicita la Coordinación de Investigación en Salud de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012)

establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el Informe Belmont en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características siendo una población de pacientes embarazadas de esta unidad, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del

estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de las pacientes.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada una de las participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del mismo, así los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de las participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos.

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Las participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

En tanto en el artículo 17 de la Ley General de Salud se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este protocolo la investigación se clasifica en:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos
Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias
Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a las embarazadas de la unidad, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

Recursos financieros

A cargo del investigador principal.

Infraestructura

Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en calle 7 número 47 esquina con Avenida Revolución, San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México.

Factibilidad del estudio

Existió disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos del presente estudio, donde se utilizaron recursos humanos, en este caso la colaboración de los médicos de enseñanza, médicos encargados de los distintos consultorios de la UMF 9, la coordinación médica.

Resultados

En la investigación realizada se estudió un total de 113 mujeres embarazadas dentro de la Unidad de Medicina Familiar número 9 de la Ciudad de México, encontrando una media de edad de 28.9 años DE \pm 5.6 años (19-42 años).

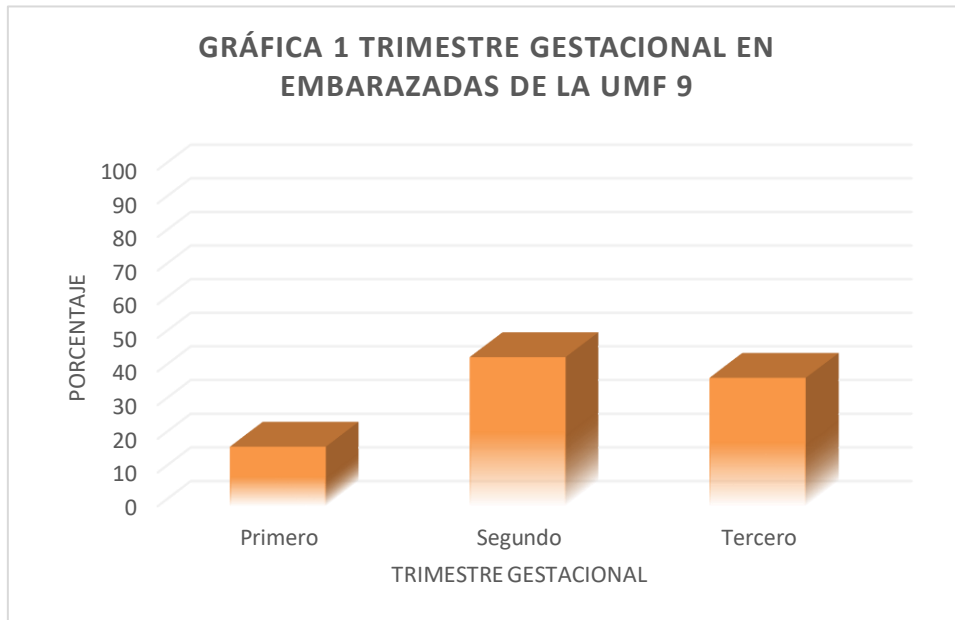
Se encontraron embarazadas 30% (34) de 30-34 años, 51.3% (58) Solteras, 38.9% (44) con escolaridad nivel Bachillerato, 91.1% (103) de ocupación empleadas, 50.4% (57) de nivel socioeconómico nivel medio bajo, 20.3% (23) de las embarazadas que tienen pareja con nivel Licenciatura.

Tabla 1 Variables Sociodemográficas en Embarazadas de la UMF 9

Variable sociodemográfica	%	Frecuencias
Edad		
19-24	26.5	30
25-29	26.5	30
30-34	30	34
35-39	13.2	15
40-44	3.5	4
Estado civil		
Soltera	51.3	58
Unión Libre	25.6	29
Casada	23	26
Escolaridad		
Primaria	0.8	1
Secundaria	22.1	25
Bachillerato	38.9	44
Licenciatura	37.1	42
Maestría	0.8	1
Ocupación		
Empleada	91.1	103
Hogar	8.8	10
Estrato socioeconómico		
Baja alta	47.7	54
Media	1.7	2
Media baja	50.44	57
Escolaridad de Pareja		
Secundaria	5.3	6
Bachillerato	19.4	22
Licenciatura	20.3	23
Maestría	0.8	1

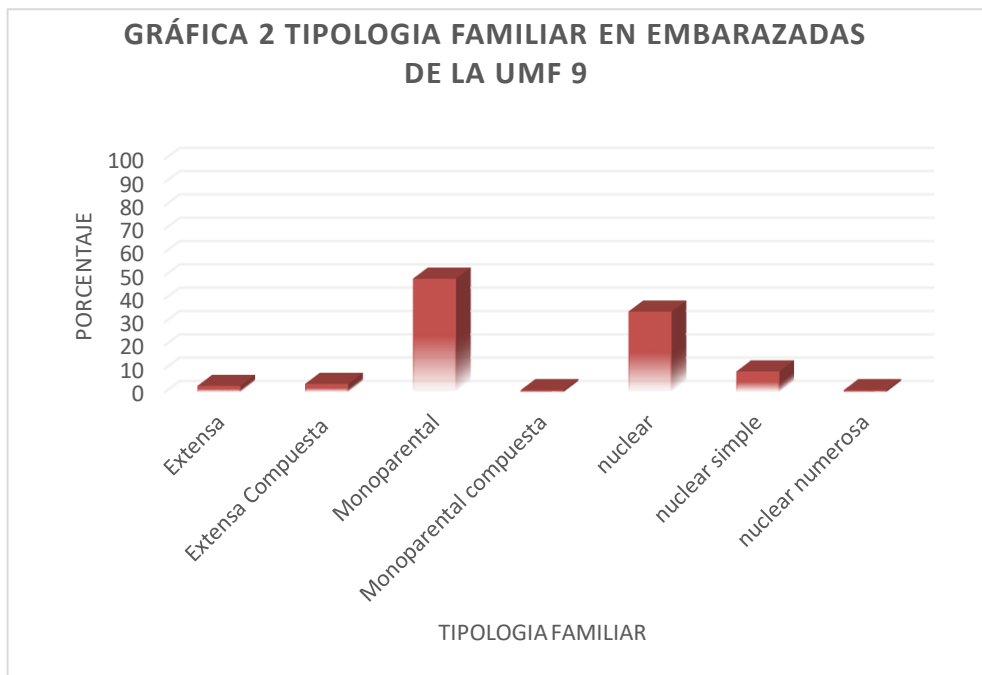
Fuente: Cortés-E, Sánchez-A, Garibay-L, López-D. Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la UMF 9, 20

Encontramos que el 17.6% (20) embarazadas de primer trimestre, 45.8% (50) de segundo trimestre y 38.05% (43) del tercer trimestre. (Gráfica 1)



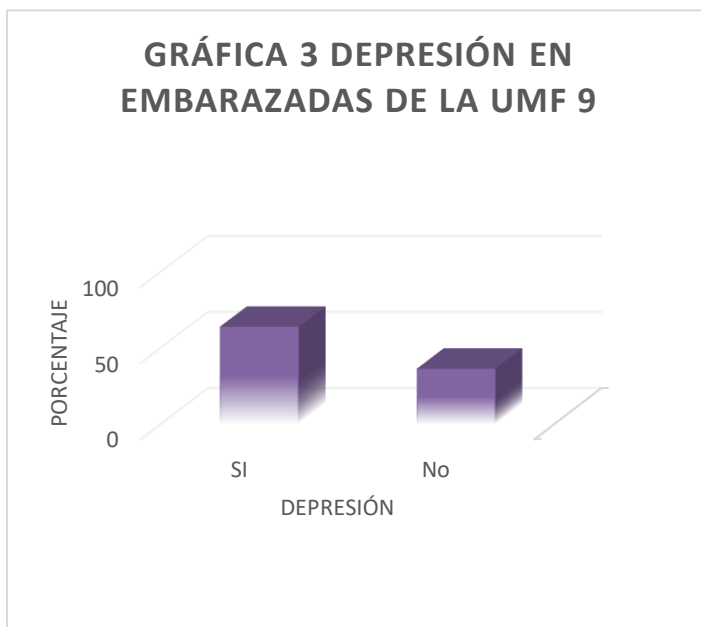
Fuente: Cortés E, Sánchez-A, Garibay-L, López-D. Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la UMF 9,

Con respecto al tipo de familia el 48.6% (55) de embarazadas tienen familia monoparental, 34.5% (39) Nuclear, 8.8% (10) nuclear simple, 3.5% (4) extensa compuesta. (Gráfica 2)



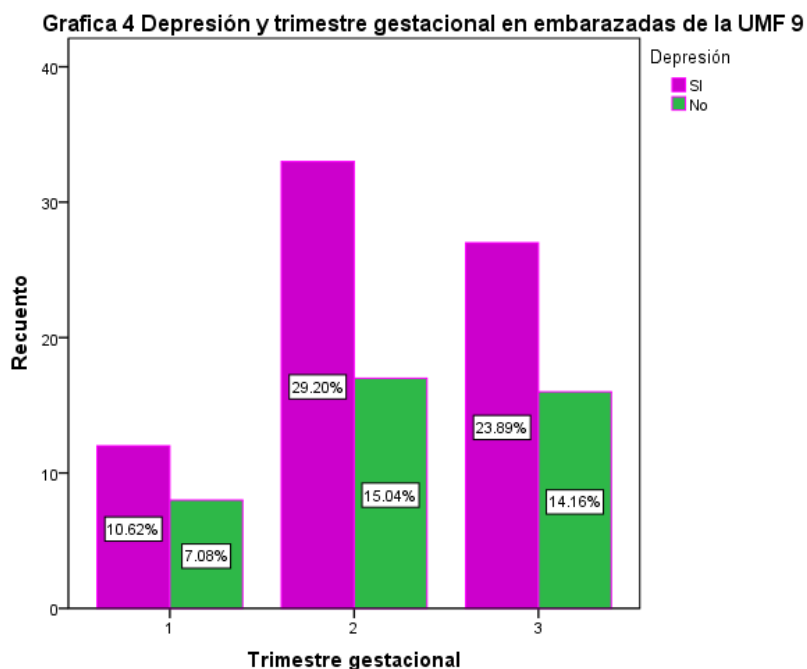
Fuente: Cortés E, Sánchez-A, Garibay-L, López-D. Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la UMF 9, 2023.

En cuanto a depresión en las pacientes embarazadas con la aplicación de la escala de Edimburgo el 63.7% (72) tuvo depresión y el 36.2% (41) sin depresión. (Gráfica 3)



Fuente: Cortés E, Sánchez-A, Garibay-L, López-D. Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la UMF 9, 2023.

Acorde a depresión y trimestre gestacional durante el primer trimestre 10.6%% (12) presentan depresión, 29.20% (33) en el segundo trimestre, 23.89% (27) presentan depresión durante el tercer trimestre. No se encontró tendencia a una relación estadísticamente significativa ($p .883$) (Gráfica 4)



Fuente: Cortés E, Sánchez-A, Garibay-L, López-D. Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la UMF 9,

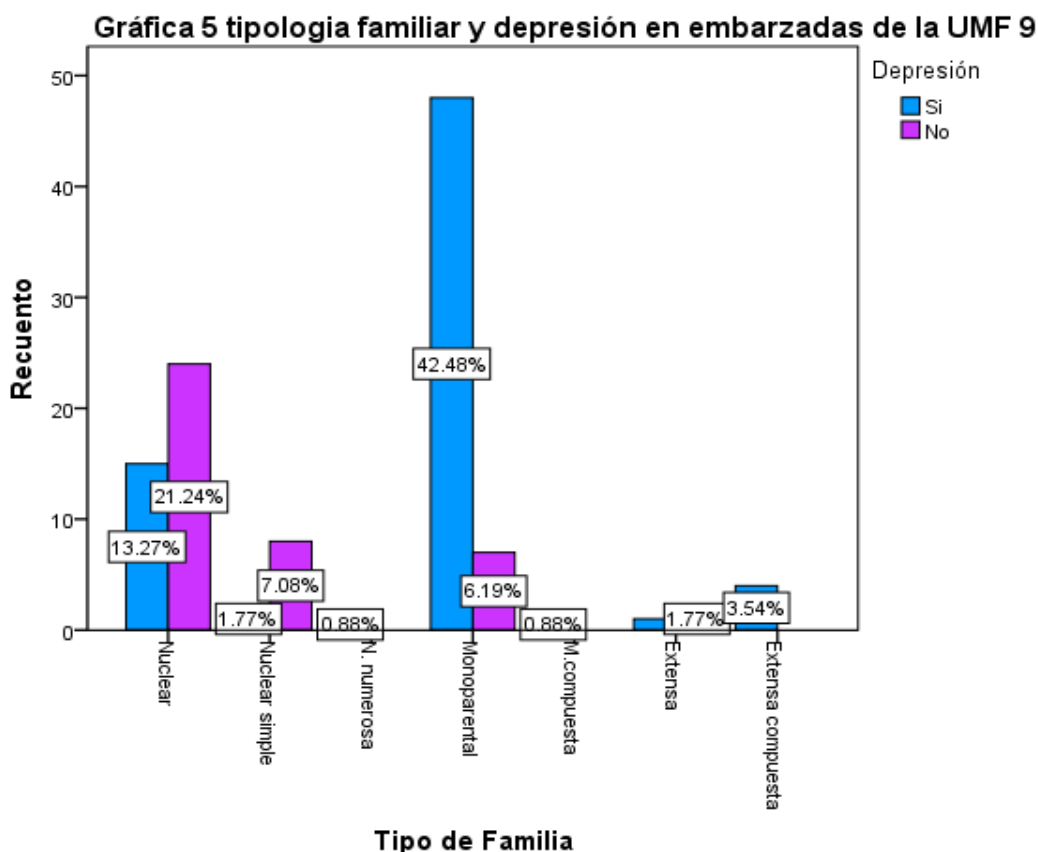
La asociación de depresión y tipología familiar es que la familia Monoparental obtuvo un 66.6% (48) de depresión seguido de la familia Nuclear 20.8% (15), tiene una asociación positiva con una p de .000. (Gráfica 5)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36.842 ^a	6	.000
Razón de verosimilitudes	40.311	6	.000
Asociación lineal por lineal	20.457	1	.000
N de casos válidos	113		

a. 9 casillas (64.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .36.

Fuente: Cortés E, Sánchez-A, Garibay-L, López-D. Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la UMF 9, 2023.



Fuente: Cortés E, Sánchez-A, Garibay-L, López-D. Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la UMF 9, 2023.

DISCUSIÓN

Pérez en 2017 dijo que la depresión es un trastorno mental caracterizado por una tristeza profunda, pérdida del interés, acompañado de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento.

Las guías NICE indican que algunos de los cambios en el estado y funcionamiento de la salud mental pueden ser cambios normales durante el embarazo por ejemplo el apetito, durante este periodo diversos problemas de salud mental tienen naturaleza, un curso y potencial de recaída similar al de otras etapas de la vida por eso es importante detectarlas a tiempo tal como lo hacemos con nuestro cuestionario de Edimburgo.

De acuerdo con Oppenheim en 1985 en un estudio de prevalencia se demostró la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en el 30% de las participantes. Oliva en 2014 encontró que en México se observó que entre 22%-37% de las gestantes presentaban síntomas depresivos.

Miller menciona que en la década de los ochenta, prevalecía la idea de la maternidad asociada a un estado de bienestar emocional y ausencia de padecimientos mentales, con la ausencia previa de afecciones psíquicas, sin embargo los resultados encontrados en nuestro estudio difieren del debido a que el 63.7% de las embarazadas presento depresión, esta cifra concuerda con datos del INEGI del 2017 que afirma que en nuestro país el trastorno depresivo ha ido aumentando progresivamente en entidades como Chihuahua, Durango y Ciudad de México; además es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15-44 años con lo que coincidimos dado que nuestras encuestadas entran en el rango de 19-44.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio durante el 2010, las características generales de la población fueron edad promedio de 26 años (intervalo de 16 a 42), muy similar a la población utilizada para nuestro estudio, mientras que tuvieron un nivel escolar de preparatoria con 43.2% a diferencia del nuestro con 38.9% nivel bachillerato.

Vinalay en 2017 encontró que de acuerdo con el estado civil las cifras donde se presentó mayor depresión fueron en 51.7% en unión libre, el 27% son casadas, en cambio en los resultados de nuestro estudio hallamos que el 70.8% esta soltera, 16.6% en unión libre y 12.5% son casadas.

Ceballos en 2010 refiere que la ocupación predominante era ama de casa en 37.7 %, con lo que discrepamos en nuestro estudio teniendo principalmente a empleadas en un 56.6% con depresión.

Oliva nos indica que experimentan depresión mayor durante la gestación de 2% a 21% y hasta 38% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico, y sintomatología depresiva, de 8% a 31%, y entre los menos favorecidos de 20% a 51%.

Es así como concordamos con las cifras antes mencionadas que las embarazadas de nivel socioeconómico baja alta 33.6% presentaron mayor depresión durante la gestación.

Lam en 2019 nos expresa que la presencia de 2 o más factores de riesgo tales como el bajo nivel socioeconómico, bajo ingreso económico, escaso apoyo social, violencia intrafamiliar, falta de redes de apoyo o redes de apoyo débiles aumentan el riesgo de que la gestante de padecer un episodio depresivo y mayor impacto en la vida diaria, concordamos con esto por el porcentaje alto que nos salió en las encuestadas dado que presentaron varios factores de riesgo como el nivel socioeconómico medio bajo, familia monoparental, escolaridad bachillerato.

Miller en 2020 refiere que el embarazo se ha asociado a depresión de predominio al inicio y al final de la gestación, discrepamos en nuestro estudio ya que nuestro resultado nos arroja que durante el segundo trimestre el 45.8% presentó mayor depresión.

La guía de práctica clínica en una revisión sistemática a nivel mundial descubrió que el apoyo social genera una mejor salud mental y una baja prevalencia sobre los síntomas de depresión, así como una mejoría emocional, y psicológica en contraparte con las que no tienen esta red de apoyo, Navarrete nos dice que una familia de tipo nuclear es un factor protector contra la depresión en el embarazo. Lo que confirmamos en el presente estudio ya que el 66.6% de las encuestadas tienen una familia monoparental, seguido de nuclear 20.8%, extensa compuesta 5.5% presentaron depresión.

CONCLUSIÓN

El embarazo unos de los principales problemas de salud actualmente, aun cuando sabemos que su origen es multifactorial y que existe tratamiento con el que se pueden controlar los síntomas, los resultados del presente estudio ponen en evidencia que existe un alto porcentaje de embarazadas con depresión sin diagnóstico ni tratamiento, en este caso más de la mitad de las encuestadas presentaron depresión el 63.7%.

Se demostró la asociación que hay entre el tipo de familia y el embarazo para presentar depresión, en este aspecto las embarazadas con una familia monoparental presentaron mayor depresión que las que tienen una familia nuclear y por lo tanto cuentan con mayores redes de apoyo, además con mayor frecuencia en el segundo trimestre, sin embargo, no es el único factor para presentarla, el nivel socioeconómico bajo, la escolaridad baja, y en este caso las mujeres con un empleo presentaron mayor porcentaje de depresión.

Es por esto que es importante realizar tamizaje y diagnóstico oportuno para evitar complicaciones que a largo plazo que conlleven a desarrollar complicaciones como la incapacidad laboral, deterioro en el autocuidado y aumento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, junto con ideas suicidas, riesgo de parto pretérmino, falta de apego y compromiso con el hijo, problemas psiquiátricos como ansiedad o depresión a una edad más temprana en los hijos.

Por lo que es necesario realizar actividades de intervención psicológica y de acompañamiento durante el embarazo y posparto para así garantizar la prevención y/o el tratamiento conveniente durante esta etapa de su vida.

Conflicto de intereses

No existe algún tipo de conflicto de interés.

Cronograma de Actividades

Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la unidad de medicina familiar número 9

Investigadores: Patricia Sánchez Almazán, Leticia Garibay López, Mariana López Delgado, Diana Aideé Cortés Evangelista

Actividad	2021												2022								2023			
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Elección del tema	Realizado																							
Marco teórico		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado																	
Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis					Realizado																			
Diseño, variables, descripción del estudio.						Realizado	Realizado																	
Envío a comité de investigación								Realizado																
Revisión por comité de investigación								Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado					
Autorización y asignación de folio																			Realizado	Realizado				
Envío a comité de ética																			Realizado	Realizado				
Revisión por comité de ética																			Realizado	Realizado				
Autorización por comité de ética																			Realizado	Realizado				
Aplicación de instrumentos																					Realizado			
Recolección de datos																							Realizado	
Análisis de resultados																							Realizado	
Conclusiones																							Realizado	
Reporte Final																							Realizado	
Presentación y difusión																							Realizado	

Realizado
 Por realizar

Bibliografía

1. Dadi AF, Miller ER, Woodman R, Bisetegn TA, Mwanri L. Antenatal depression and its potential causal mechanisms among pregnant mothers in Gondar town: application of structural equation model. BMC Pregnancy and Childbirth.2020; 168:1-15. (Consultado el 17 de junio de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02859-2>. Español
2. Vinalay CI. Prevalencia de depresión en embarazadas de una institución de salud de primer nivel. Salud y administración. Septiembre de 2017; 4(12):25-30. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol4num12/3_Depresion_Embarazadas.pdf. Español
3. NOM-007-SSA1-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. (Consultado el 19 de junio de 2021) Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016. Español
4. Pérez PEA, Cervantes RVM, Hijuelos GNA, Pineda CJC, Salgado BH. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. REVISTA BIOMÉDICA.14 de junio de 2017;28(2). (Consultado el 22 de junio de 2021) Disponible en: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>. Español
5. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192). NICE Guideline. 2020:1-52. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>. Inglés
6. Román RP. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Redalyc. Noviembre de 2016;23(3). (Consultado el 18 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf>. Español

7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ,5 Febrero 1917. (Consultado el 21 de Septiembre de 2021) disponible en: <https://www.refworld.org.es/docid/57f795a52b.html>
8. II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar.Medigaphic.2005;7(1):15-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789003>
9. Khazaeian S, Kariman N, Ebadi A, Nasiri M. El impacto del capital social y el apoyo social en la salud de los hogares encabezados por mujeres: una revisión sistemática. Electron Phys. 2017; 9: 6027.
10. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 08/Julio/2014. (Consultado el 25 de septiembre de 2021). Disponible en: <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=81>
11. Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Salud Mental. Enero de 2012;35(1):57-62. (Consultado el 19 de junio de 2021). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100009
12. Rivas BMG, Durán GRM, Jonapá CVH, Ruiz BF. La Depresión un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas. Abril-Junio 2020;19(2). (Consultado el 10 de Septiembre de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.29105/respyn19.2-3>
13. Oliva GE, Villa GVJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juras. 26 de noviembre de 2014;10(1):11. (Consultado el 25 de junio de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.15665/rj.v10i1.295>
14. Ordóñez AY, Gutiérrez HRF, Méndez EE, Alvarez VNA, Lopez MD, de la Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. Atención Primaria. Diciembre de 2020;52(10):680-9. (consultado el 23 de junio de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>

15. Ceballos MI, Sandoval JL, Jaimes ME. Depresión durante el embarazo, epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica Instituto Mexicano Del Seguro Social*. 2010;48(1):71-74.
16. Willner P, Scheel-Krüger J, Belzung C. The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Diciembre de 2013;37(10):2331-71. (Consultado el 1 de octubre de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.12.007>
17. Dávila HA, González GR, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. Elsevier. Enero de 2016 10(1):9-15. (consultado el 21 de septiembre de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acu.2016.01.003>
18. García FA. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2021;64(1). (Consultado el 22 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2021/un211g.pdf>
19. Martínez-PJF, Jácome PN. Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Enero de 2019;48(1):58-65. (Consultado el 25 de junio de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
20. Gómez AAE. Depresión en el embarazo y el posparto. *Offarm*. 2007;26(1). (Consultado el 25 de junio de 2021). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13097330>
21. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de la depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15(1): 11-20.
22. Oquendo, M., Lartigue, T., Gonzalez Pacheco, I. y Mendez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22(3), 195–202.
23. Ministerio de salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento SANTIAGO: MINSAL, 2014

24. Diaz MAR, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salud*.2013;17(2):25-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375933973006>
25. Campo AA, Ayola CC, Peinado VHM, Amor PM, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 277–283. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.437>
26. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2021;18(162). (Consultado el 28 de julio de 2021) Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
27. Piñar SG, Suárez BG, De La Cruz VN. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Medica Sinergia*. 1 de diciembre de 2020;5(12):e610. (Consultado el consultado el 19 de agosto de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.610>
28. Solí SM, Pineda MAL, Chacón MJ. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Medica Sinergia*. 1 de junio de 2019;4(6):90-9. (Consultado el consultado 28 de septiembre de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>.
29. Howdeshell KL, Ornoy A. Depression and its treatment during pregnancy: overview and highlights. *Birth Defects Research*. 17 de julio de 2017;109(12):877-8. (Consultado el 1 de octubre de 2021) Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1080>
30. Área de Información Médica y Archivo Clínico. Unidad de Medicina Familiar numero 9 San Pedro de los Pinos. Julio 2021.

ANEXOS

Tabla 1: Características de la tipología Familiar.

Por parentesco

Tipología	Definición
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y Madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida(binuclear)	Padre y madre en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o Madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Monoparental compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Monoparental Extendida Compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con Parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)

Sin parentesco

Tipología			Definición
Monoparental	extendida	sin	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familia			Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

Presencia física en el hogar

Tipología	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

Fuente: 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud.

Tabla 2 – Diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM–V

A	Durante un periodo de al menos 2 semanas, se presentan 5 (o más) de los siguientes síntomas y al menos 1 de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer
1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
2	Disminución del interés o el placer por las actividades
3	Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso
4	Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6	Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días
7	Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
8	Disminución en la capacidad de concentrarse o tomar decisiones
9	Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, intentos de suicidio o plan estructurado para llevarlo a cabo
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
C	No se puede atribuir el episodio a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

Fuente: Martínez PJF, Jácome PN. Depresión en el embarazo. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. Enero de 2019 48(1):58-65. (consultado el 25 de junio de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>

Tabla 3 Escala de Edimburgo para depresión posparto.

He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas
He disfrutado las cosas que hago
Me he echado la culpa innecesariamente cuando las cosas no han salido bien
Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón
Me he sentido asustada o en pánico sin una buena razón
He sentido que las cosas se me están viniendo encima
He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir
Me he sentido triste o miserable He estado tan infeliz que me he puesto a llorar
Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma

Fuente: Campo AA, Ayola C, Peinado VHM, Amor PM y Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2017; 8(4), 277–283. (Consultado 10/11/2021). Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.437>

INVESTIGADORES: PATRICIA SÁNCHEZ ALMAZÁN, LETICIA GARIBAY LÓPEZ, MARIANA LÓPEZ DELGADO, DIANA AIDEÉ CORTÉS EVANGELISTA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ASOCIACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:	_____	Fecha:	_____	Folio:	_____
Sexo:	_____	Edad:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Grupo y RH:	_____	Estado civil:	_____	Escolaridad:	_____
Ocupación:	_____	Edad gestacional:	_____	Ingreso mensual:	_____
Edad pareja:	_____	Escolaridad Pareja:	_____	Ocupación Pareja:	_____

Diabetes Mellitus: Si No ¿Quién? _____ Depresión: Si o N

Hipertensión Arterial: Si No ¿Quién? _____ ¿Quien? _____

Enfermedades psiquiátricas: Si No ¿Quién? _____

Otras enfermedades (especifique): _____

Puntaje Escala de Edimburgo:

Tipo de Familia:

Nombre completo y Firma de la paciente

Firma medico

**“ASOCIACIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR Y DEPRESIÓN DURANTE EL
EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9”**

**INVESTIGADORES: PATRICIA SÁNCHEZ ALMAZÁN, LETICIA GARIBAY LÓPEZ,
MARIANALÓPEZ DELGADO, DIANA AIDEÉ CORTÉS EVANGELISTA**



ESCALA DE DEPRESION DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POSPARTO

Como usted esta embarazada, nos gustaria saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Folio: _____ **Estado civil:** _____

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c)Mucho menos ahora	
		d)No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia adelante	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c)Mucho menos ahora	
		d)No, nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c)Si, a veces	
		d)Si, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c)Si, a veces	
		d)Si, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c)Si, a veces	
		d)Si, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c)Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d)Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c)Si, a veces	
		d)Si, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c)Si, a veces	
		d)Si, la mayor parte del tiempo	
9		A) No, nunca	

	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	b) Solo ocasionalmente	
		c) Si, bastante a menudo	
		d) Si, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Si, bastante a menudo	

Nombre y firma: _____

Anexo 5



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

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	Asociación de la tipología familiar y depresión durante el embarazo en la unidad de medicina familiar número 9
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 9 Calle 7 S/N, esquina Av. Revolución, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez. CP. 03800. Ciudad de México.
Número de registro institucional:	R-2023-3605-052
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me informo que el presente estudio tiene como finalidad conocer el tipo de familia en el cual se encuentran más casos de depresión durante el embarazo.
Procedimientos:	Para fines de este estudio el investigador me informo que me entrevistara para recabar datos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, antecedentes gineco obstétricos, así mismo me aplicara un cuestionario de 10 preguntas con la finalidad de conocer si presento síntomas de depresión.
Posibles riesgos y molestias:	Se me informo que al participar en este estudio no me causara daño o lesión física. Al realizarme el interrogatorio directo y al responder el cuestionario podría generar perturbación sobre la relación con mi familia o por los factores de riesgo hereditarios que tengo genéticamente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que obtendré será conocer: el tipo de familia a la cual pertenezco, si presento depresión, si tengo riesgo de sufrir alguna complicación secundaria a la depresión, al finalizar el estudio saber en qué tipo de familia se presenta mayor depresión durante el embarazo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me informo que me otorgará una nota clínica en caso necesario, para poder ser tratada en la estancia correspondiente.
Participación o retiro:	Se me informo que la participación en este estudio es voluntaria, por lo que se podrá retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que reciba por parte del IMSS
Privacidad y confidencialidad:	Tengo conocimiento que la información que proporcione se manejará de forma confidencial, no se mencionará mi nombre en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo y los datos obtenidos sólo serán analizados de manera grupal y no individual

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

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

Investigadora o Investigador Responsable:	Patricia Sánchez Almazán Adjunto a la especialidad de Medicina Familiar. Matricula:99352434 Unidad de Adscripción: UMF 9. Calle 7 #47 Avenida Revolución, San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México. Teléfono: 52-77-00-77 Ext 420 Correo: drapatvalmazan@gmail.com
Colaboradores:	Leticia Garibay López. Adjunto a la especialidad de Medicina Familiar. Matricula: 99231366 . Unidad de Adscripción: UMF 26, Tlaxcala 159, Hipódromo, Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México. Teléfono: 52-77-00-77 Ext 420 Correo electrónico: garibavletty0509@gmail.com Mariana López Delgado Adjunto a la especialidad de Medicina Familiar. Matricula: 99377271 Unidad de Adscripción: UMF 9. Calle 7 #47 Avenida Revolución, San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México. Teléfono: 52-77-00-77 Ext 420 Correo: mariana.lodm@gmail.com Diana Aideé Cortés Evangelista. Médico Residente de Medicina Familiar. Matricula: 97379608. Unidad de Adscripción: UMF 9. Calle 7 #47 Avenida Revolución, San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México. Teléfono: 55 52868000. Correo electrónico: diana.2304@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos McGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58 71. Correo electrónico: conbioeticaehr@gmail.com.



Diana Aideé Cortés Evangelista

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 6

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.