



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CORRELACIÓN CON
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS
EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL No.1 , CUERNAVACA, MORELOS.”**

T E S I S

Que para obtener el título de

Especialista en Medicina Familiar

P R E S E N T A

Dra. Gabriela Ríos Rivera

DIRECTOR DE TESIS:

Dra. Nancy Elizabeth Juárez Huicochea.



Cuernavaca, Morelos. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CORRELACIÓN CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 , CUERNAVACA, MORELOS.”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**DRA. RÍOS RIVERA GABRIELA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1**

A U T O R I Z A C I O N E S :

**DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ.
JEFE DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

**DRA. MARÍA CRISTINA VÁZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
ENC. COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS.

DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ADSCRITA AL HGR#1, IMSS.

MCS.ENF. IVON ROMERO PASCUAL
MAESTRA EN CIENCIAS Y ENFERMERA GENERAL
ADSCRITA AL HGR#1, IMSS.

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CORRELACIÓN CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 , CUERNAVACA, MORELOS.”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. RÍOS RIVERA GABRIELA.

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CORRELACIÓN CON DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 , CUERNAVACA, MORELOS.”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. RÍOS RIVERA GABRIELA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTE DEL JURADO
DR. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGR#1

SECRETARIO DEL JURADO
DRA. NORMA MARTHA LUNA HIGAREDA
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF #20

VOCAL DEL JURADO
DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ADSCRITA AL HGR #1, IMSS.

VOCAL DEL JURADO
MCS. ENF. IVON ROMERO PASCUAL
MAESTRA EN CIENCIAS Y ENFERMERA GENERAL
ADSCRITA AL HGR #1, IMSS.

1.- ÍNDICE:	
2.-DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO.....	7
• DSM V.....	12
• ESCALA DE EVALUACIÓN BECK II.....	14
2.1.- DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	16
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
4.-JUSTIFICACIÓN.....	21
5.-OBJETIVOS GENERAL.	22
• OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
6. HIPÓTESIS.....	24
7. METODOLOGÍA.....	24
7.1.-TIPO DE ESTUDIO.....	25
7.2.-POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.....	25
7.3.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	26
7.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
7.5.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
7.6.-ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	27
7.7.-MÉTODO O PROCESAMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	27
7.8.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
8.-BENEFICIOS DEL ESTUDIO.....	27
9.-RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	28
10.-RESULTADOS.....	29
11.-DISCUSIÓN.....	40
12.-CONCLUSIONES.....	43
13. VARIABLES.....	46
14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47
15.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
15.-ANEXOS.....	51

MARCO TEÓRICO.

2.- DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO.

En las enfermedades psiquiátricas se observan, entre el hombre y la mujer, prevalencias, expresiones y respuestas al tratamiento distintas. Estas diferencias se relacionan con factores neurobiológicos y psicosociales.¹

El embarazo es un periodo en la vida de la mujer que requiere especial atención. que involucra cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden tener un efecto directo en la condición general de la mujer.²

La depresión es un trastorno mental común, que durante el embarazo se manifiesta con las características clínicas que muestra en otras etapas de la vida.

Los síntomas suelen presentarse como estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía y falta de concentración.³

A mediados de la década del 80 del siglo pasado, prevaleció la idea que la maternidad, particularmente el embarazo se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se sabía por supuesto que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar, pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía afecciones psíquicas. Fue la psiquiatra Gisela B.Oppenheim quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito de la depresión en las gestantes y en otros países empezaron a realizar investigación y Chile no fue la excepción, desde la década de los 90, se publicaron estudios nacionales que mostraban que alrededor 30% de las embarazadas presentaban síntomas de depresión y/o ansiedad.⁴

El embarazo y la maternidad es un evento vital que implica cambios en la vida de toda mujer, esto tiene relación por su fisiología, el ciclo reproductor femenino, la psicología y psicopatología, estudiar cada una de estas esferas es complejo. Esto tienen base en su fisiología y anatomía, el hipotálamo y la hipófisis intervienen en la regulación de la función reproductora a través del sistema circulatorio portal y alteraciones estructurales cerebrales, entre ellas el hipocampo, la amígdala y la corteza pre frontal dorso lateral y ventral) por el cual vierten la neurohormonas

hipotalámicas denominadas liberadoras de gonadotropinas (GnRH) que actúan sobre la adenohipófisis, además de ejercer funciones para todo el organismo y sobre todo en su aparato reproductor femenino , lo cual influye en el comportamiento, incluyendo la actividad sexual, su función hormonal dependiendo en la etapa en que se encuentre por los niveles de hormonas sexuales y serotonina hace que la mujer se muestre más vulnerable psicológicamente .Las etapas por las cual cursa la mujer depende de una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos y última fase luteíca, como en la fase peri menstrual, primer trimestre del embarazo, posparto y menopausia. ⁵

Pero cual ese pasó para que una mujer embarazada cruce la barrera y pueda enfermarse y no adaptarse a esos cambios hormonales a los cuales se somete toda mujer que cursan con un embarazo, la influencia genética , factores químicos ,alteraciones de neurotransmisores(serotonina , noradrenalina, dopamina) , factores psicosociales : la pareja, la familia ,redes sociales limitadas, eventos indeseables en su vida, todo esto puede causar una crisis en la mujer embarazada, y poner en juego su estabilidad emocional, lo que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psiquiátricos.

De acuerdo a los artículos revisados existe características y sintomatología para presentar esta patología como en la siguiente definición: “La depresión en el embarazo se presentan de la misma manera que en cualquier individuo, se define como “una alteración del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.” ⁶

Otra definición nos señala síntomas cardinales de la depresión:” Desánimo, el desinterés por las actividades que antes resultaban atractivas, el deterioro en la autoestima, la labilidad emocional, suelen presentarse síntomas como angustia, irritabilidad y desconcentración. “⁷

La depresión de la embarazada puede presentar varios cambios conductuales

como el abandono de los controles prenatales , el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso del tabaco, alcohol y drogas , todo que puede afectar el desenlace obstétrico.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto en todos los países por las consecuencias devastadoras y gastos económicos, con gran importancia porque afectan la vida de los individuos, las familias que forman la sociedad en donde nos desarrollamos, las cifras son alarmantes, se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida. En Informe Mundial sobre la Salud el ultimo realizado 2001 refiere que la prevalencia de depresión en el mundo es de 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. El estado de ánimo es uno de los factores que determinan cómo se relacionan las personas con la familia, los compañeros de trabajo y los amigos.

Otros datos estadísticos sobre esta patología son los de la Organización Mundial de la Salud, el cual indica que la depresión afecta a más del 15 por ciento de la población y a aproximadamente el 22 por ciento de las mujeres en edad fértil y va disminuyendo después de los 45 años de edad, condicionando que se presenta en una edad reproductiva, causando desempleo o invalidez a este grupo etario que corresponde a gente trabajadora.

En México se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad, lo cual traerá sin duda una mala economía a nuestro país, resaltando que nuestra población trabajadora estará incapacitada y además de los gastos en los servicios de salud que será ocupado para su tratamiento.

Su influencia no es solo laboral, sino social y de salud ya que afecta el binomio madre-hijo, se asocian con el parto pretérmino, bajo peso al nacer, preeclampsia, conflictos familiares, sociales.⁸

Los científicos han examinado muchas causas que podrían explicar el aumento en el riesgo de padecer depresión que tienen las mujeres y muchos factores que pueden contribuir a que esto. Es probable que los factores genéticos, biológicos,

químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales se unan o crucen para contribuir a la depresión.⁹

La depresión perinatal abarca episodios depresivos que ocurren ya sea durante el embarazo o dentro de los primeros 12 meses después del parto. Este trastorno tiene consecuencias devastadoras, no sólo para las mujeres experimenta sino también para el niño y la familia de la mujer.

La depresión perinatal se ha asociado con interacciones de baja calidad y de riesgo entre madres y sus hijos, inasistencia a las citas pediátrica y mayor uso de los servicios de urgencias servicios, niveles más altos de trastornos psiquiátricos en los niños con madres depresivas y una mayor inseguridad en el niño, falta de interacción de la madre en el desarrollo neonatal.¹⁰

Las estimaciones de la prevalencia de la enfermedad varían ampliamente de 5% a más del 25% de las mujeres embarazada y de las cuales no reciben un tratamiento oportuno. Las mejores estimaciones sugieren que hasta un 18,4% de las mujeres embarazadas están deprimidas durante el embarazo (es decir, desde la concepción hasta el nacimiento), con el mayor número 12,7% que tiene un episodio de depresión mayor.¹⁰

La etapa del embarazo corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, en la cual se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal por lo cual se debe dar una atención integral a toda mujer embarazada por ginecología, médico familiar trabajo social, psicología/psiquiatría, para disminuir todas las complicaciones.

Los estudios referidos entre el estrés y salud muestran por una parte el rol del a familia como mediador del impacto de factores estresantes y por otro lado como agente generador de estrés para los miembros que la componen, existe una relación que entre mayor estrés familiar, más enfermedad y entre mayor apego a las redes sociales, entendiendo la familia como la red más próxima para mejorar la resolución de la enfermedad.

Según estudios nacionales factores de riesgo de depresión perinatal son: la historia previa de depresión, los eventos vitales adversos, el deficiente apoyo

social y familiar, la discordia marital y el embarazo no deseado. ¹¹

En el estudio realizado por Sainz Aceves, Chávez Ureña. En donde estudió mujeres embarazadas de diferentes grupos etarios, en un estudio descriptivo y evaluó ansiedad y depresión junto con factores sociodemográficos en pacientes embarazadas de 12 a 44 años de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Jalisco, México de manera aleatoria. Los resultados: se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27.7 años; la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%, casadas 75.7 %, empleadas 62.1%. De forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%, con una mayor prevalencia de depresión en el grupo de 12 a 19 años en comparación con los otros grupos etarios. ¹¹

En un estudio realizado Sumano L. Ma. De Jesús, en el 2014, en mujeres embarazadas, en la Unidad de Medicina Familiar 65, en Las Flores, Oaxaca. El objetivo de este trabajo fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas atendidas en una unidad de primer nivel. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, donde se evaluaron 150 embarazadas con una edad promedio de 26 años, se eligieron embarazadas un total de 150 : 50 de cada trimestre gestacional, quienes se encontraban en control prenatal , se aplicó la escala de Edinburg para evaluar la depresión perinatal. Los datos fueron tratados mediante estadística descriptiva 14 % (21) presentó depresión. De ellas, un 38.1% se encontraban en el primer trimestre de gestación. ¹²

En un estudio realizado por Mariela Borda Pérez, Claudia Forero. En este estudio se evaluó 151 embarazadas en control prenatal, en el primer semestre de 2012 en Barranquillas Colombia, en un estudio descriptivo transversal. Se estudiaron variables sociodemográficas, ginecobstetricias y antecedentes psicológicos y psiquiátricos. Se midió depresión con la escala para depresión de Edinburg postnatal, los resultados: La depresión fue de 19.2 % la edad media de 24,78 años (+/- 5,35). ¹³

Los factores de riesgo, con tendencia a la asociación, fueron: historia de aborto

anterior OR 3,39 (IC95 % 1,41–8,15), algún grado de disfunción familiar OR 2,78 (IC95 % 1,08- 7,1) y actividad fuera del hogar 2,92 (IC95%1,03 – 8,23). Conclusiones: La depresión en el embarazo se presentó cuando existió antecedente de aborto, algún grado de disfunción familiar y actividad fuera del hogar. (5) La depresión es la principal causa de discapacidad entre mujeres. En particular, mujeres en edad fértil están en alto riesgo, la maternidad puede aumentar el riesgo de depresión. La depresión durante el período perinatal puede tener consecuencias devastadoras, no sólo para las mujeres que experimentan, pero también para los niños y la familia. ¹³

La depresión es un trastorno mental común, que durante el embarazo se manifiesta con las características clínicas que muestra en otras etapas de la vida; se valora por medio de los criterios del Episodio Depresivo Mayor definidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V), CIE – 10., existen otros métodos para la valoración de la depresión en embarazadas: “Escala de Beck II” (BDII), Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire, Escala de depresión posnatal de Edinburgh. ¹⁴

-CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM V:

Trastorno de depresión mayor.

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (6)

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.(6)

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día , casi todos los días; según se desprende de la información subjetiva(por ejemplo : se siente triste ,vacio, sin esperanza) .
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todos los días(como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.(nota: en los niños , considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de la inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada(que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones , casi todos los días(a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

c. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen en un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo: duelo ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural , una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa , rumiación acerca de la pérdida , insomnio , pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A , y pueden simular un episodio depresivo.Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida ,también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D.El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E.Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota.Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

-ESCALA DE BECK II:

En 2011 se publicó la primera adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), justo cuando se cumplía el 50º aniversario de la publicación de su primera edición. En este tiempo, el BDII se ha convertido en el cuestionario auto aplicado más utilizado en España y en el mundo para evaluar la gravedad de la depresión. En este trabajo se presentan las características básicas del BDI-II en relación con sus versiones anteriores (BDI-I y BDI-IA) y el proceso de su adaptación a la población española, se resumen las propiedades psicométricas de dicha adaptación y se discute su utilización en la práctica clínica, proponiéndose pautas y puntuaciones de corte para la evaluación de la gravedad de la depresión

El Inventario de Depresión de Beck Segunda Versión, BDI-II; es un instrumento de auto aplicación de 21 ítems, identifica sujetos depresivos subclínicos en estudios de psicopatología experimental. ¹⁵

Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las

últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento.

El BDI, desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Beck & Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008). El BDI-IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996). En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.^{15,16}

Con los valores obtenidos se lo divide los diferentes niveles de gravedad: De 0 a 9 puntos: no deprimidos. De 10 a 15 puntos: ligeramente deprimidos. De 16 a 24 puntos: moderadamente deprimidos. De 25 a 63 puntos: gravemente deprimidos.

En la adaptación española realizada por el equipo de Sanz, el Inventario para la Depresión de Beck-II obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, de población general y de consultantes con trastornos psicopatológicos. Beck et al. (1996) observaron una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0,92. Si bien la versión se revisó y actualizó en 1996 para conformar el BDI-II (Beck et al., 1996) que evalúa las últimas dos semanas, e incluye los nueve síntomas depresivos del DSM-IV (American Psychiatric Asociación).^{15,16}

La adaptación española del BDI-II también muestra buenos índices de fiabilidad y validez en muestras clínicas y no clínicas, índices que permiten proponer pautas y puntuaciones de corte útiles para la evaluación de la gravedad de la depresión, la valoración de la significación clínica de los cambios terapéuticos, el cribado de personas con depresión y la ayuda en el diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos.

2.1. DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

El médico familiar que tiene como objeto de estudio la familia para brindarles una atención primaria , preventiva y continua tiene que tener la habilidad de detectar los cambios que están ocurriendo en la familia, su dinámica, sus patrones las relaciones interpersonales, que puedan influir en el proceso salud enfermedad, ya que la familia juega un papel muy importante como una institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes.^{17 18}

La aparición de una enfermedad como la depresión en el embarazo representa un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición.

Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

La funcionalidad familiar para el individuo tiene un desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias particulares, mediante la pertinencia al sistema es vital el tener el apoyo para enfrentar una enfermedad y si es que se adquiere dicha patología poder afrontarla. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los

planos físico o emocional de los integrantes que constituyen la familia, ya que estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella, en la familia se deben de cumplir funciones básicas para hablar de funcionalidad o disfuncionalidad familiar si es que no se llevan a cabo. ^{19,20}

Las consecuencias negativas de la depresión materna en la crianza y las relaciones entre padres e hijos son bien conocidas. La depresión materna ha sido descrito como el "ladrón que roba la maternidad", ya que esta patología reduce el disfrute de ser madre. Como se ha descrito en varias revisiones sistemáticas, la depresión materna tiene un moderado al gran efecto en la maternidad de los lactantes y se asocia con déficit de crianza. Las madres deprimidas a menudo muestran una sensibilidad reducida y capacidad de respuesta en las interacciones con sus hijos, no proporcionan retroalimentación positiva a satisfacer las necesidades sociales y emocionales de los bebés. ²¹

La etiología exacta del depresión sigue siendo desconocida, es probable que el resultado de factores biológicos, psicosociales y factores estresantes. La depresión puede afectar tanto a las madres y padres, causando las relaciones interpersonales a alteraciones y perturbaciones en la familia. Por otra parte provoca perturbaciones significativas en las relaciones entre padres e hijos que, a su vez influir negativamente en la cognición de los niños en el área social, emocional y el desarrollo del comportamiento así como su salud física. ²¹

La mala salud reduce la productividad la capacidad para el logro y el ejercicio del empleo del desarrollo intelectual y de la participación social y política. La salud de los individuos está influida por la vida familiar y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros.

La influencia de la disfunción marital y la depresión en la pareja , afecta la calidad de las relaciones de pareja es un área digna de mayor exploración e intervención ya que afecta a los bebés y niños a través del estrés crónico causado por el ser testigo de los conflictos y a la inversa una relación matrimonial satisfactoria está

asociada con un mayor bienestar, la actitud de los padres más positiva hacia el bebé y el papel positiva de los padres causa una mayor implicación con la sensibilidad para el lactante y una mayor sensación de competencia en cuidar al lactante .²¹

El Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.²²

Con el apoyo familiar en la depresión en el embarazo hará que la mujer pueda actuar de manera positiva para superar su crisis, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital.

La depresión en el embarazo tiene consecuencias en todo su entorno , como médico familiar con una visión integral del proceso salud- enfermedad tiene que identificar al paciente susceptible , no como un ente aislado y fragmentado , tener un panorama en todo contexto social , su familia la interacción de factores bio-psicosociales y se aboca no solo a reparar el daño sino al mantenimiento del completo estado de salud y bienestar del individuo y su grupo familiar, para mantener y preservar la salud mental familiar.

Para categorizar la familia de acuerdo con las relaciones o con el grado de funcionalidad familiar existe un instrumento corto: el APGAR familiar, que valora la percepción de la persona acerca del apoyo social brindado por su familia. Este instrumento, ampliamente utilizado en la práctica clínica como un tamiz de disfunción familiar en diversas condiciones médicas, ha mostrado adecuada validez y fiabilidad. La escala de APGAR, este es un instrumento de origen

reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar.²³

Este test fue denominado “APGAR familiar” por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.²³

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios para ya tener un panorama completo:

- Pacientes poli sintomáticos, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosociales de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- En Grupos familiares o pacientes crónicos.
- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir y a los miembros de familias problemáticas.
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes.²³

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia.²³

- **ADAPTACIÓN:** Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **PARTICIPACIÓN: O COOPERACIÓN:** Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **GRADIENTE DE RECURSOS:** Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **AFECTIVIDAD:** Es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test.

Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos.²⁰

•0: **Nunca** •1: **Casi nunca**•2: **Algunas veces** •3: **Casi siempre** •4: **Siempre.**

Su interpretación tiene valores que los clasifican para diferentes grados de disfuncionalidad familiar: - Normal: 17-20 puntos - Disfunción leve: 16-13 puntos - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: igual o menor a 9 puntos.

3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia de depresión y correlación con disfuncionalidad familiar en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa medicina familiar HGR No. 1, Cuernavaca, Morelos?

La depresión afecta a más del 15 por ciento de la población y a aproximadamente el 22 por ciento de las mujeres en edad fértil y va disminuyendo después de los 45 años de edad. Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, las familias y la sociedad. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia de depresión en el mundo es de 1.9% en los hombres y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.

Las madres deprimidas a menudo muestran una sensibilidad reducida y capacidad de respuesta en las interacciones con sus hijos, no proporcionan retroalimentación positiva a satisfacer las necesidades sociales y emocionales de los bebés. La influencia de la disfunción marital y la depresión en la pareja, afecta la calidad de las relaciones de pareja es un área digna de mayor exploración e intervención ya que afecta a los bebés y niños a través del estrés crónico causado por el ser testigo de los conflictos.

Diversos estudios muestran que las personas con trastornos de depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención. Por ejemplo, en un estudio de una organización para el mantenimiento de la salud, se encontró que las personas con trastornos depresivos o de ansiedad tenían marcadamente mayores costos de atención durante el año anterior, pues alcanzaron un total de 2,390 dólares, mientras que las personas que no padecieron los trastornos tuvieron un promedio de 1,397 dólares.

Este estudio pretende que en la consulta de atención primaria se puede realizar cribado (detecciones) en las embarazadas para detectar depresión y si al padecer esta patología la familia curse con alteraciones en sus dinámica que con lleve a una disfunción familiar ,e iniciar acciones oportunamente y que no destruyan los lazos afectivos en ambiente familiar, que se evaluada por un equipo multidisciplinario, que tenga redes de apoyo en la familia o en otras instancias, que se pueda desarrollarse en todos sus ámbitos como madre , esposa y se desarrolle laboralmente o que se integre en sus actividades de hogar que pueda ser totalmente una persona plena .

4.-JUSTIFICACIÓN:

La depresión es una patología de suma importancia a nivel nacional e internacional por el impacto que ocasiona al individuo y su familia. La depresión tiene una alta incidencia a nivel mundial y es devastadora en el estado anímico y físico, que ocasiona una discapacidad en su vida social, laboral y con lleva un aislamiento familiar, si a esto contribuimos que se desarrolle con mayor frecuencia en mujeres en la edad fértil puede con llevar a que se presente en el embarazo una etapa importante en el desarrollo como mujer ,ya que al padecer depresión ocasione alteraciones en su rol como madre, pareja e integrante de familia, inasistencia en su control prenatal con complicaciones de morbimortalidad en el binomio, evita sus actividades de crianza y cuidado , ingesta de sustancias toxicas , riesgo de suicidio, así como suspensión de tratamiento ,ocasionando en su etapa de ciclo vital en la que se encuentre (crisis para normativas) lo que puede ocasionar una disfunción familiar y alteración en su dinámica familiar.

La depresión en el embarazo es un factor de riesgo para ocasionar una disfunción familiar ya que al no tener un seguimiento de esta patología, propicia alteraciones psicológicas a su pareja y descendencia, así como despido en su área laboral, también tiene un gran impacto económico en los servicios de salud a nivel mundial, por la recurrencias de estas pacientes a los servicios de urgencia con gastos en fármacos, instancia hospitalaria y el cargo social al ser desempleadas.

Con la visión de médico familiar como médico de atención primaria , siendo el embarazo una de las principal causa de asistencia de nuestra consulta familiar , y con la habilidad de detectar factores de riesgos familiares o conductas típicas de esta patología sería importante realizar detecciones para depresión y/o disfunción familiar ya que en nuestro enfoque de manejo integral y atención biopsicosocial que debemos ofrecer a nuestros pacientes , para actuar oportunamente y disminuir la morbi-mortalidad en el embarazo y el feto , disminuir el gasto económico de los servicios de salud , que puedan ser mujeres útiles en sus actividades de hogar y ser productivas laboralmente , propiciar una salud mental familiar y en los individuos que la rodean , que sea una persona que se pueda desempeñar en ámbitos sociales satisfactoriamente , que se ha miembro de redes de apoyo para su enfermedad , que acepte valoración y tratamiento multidisciplinario, con el fin para un buen funcionamiento familiar y un desempeño pleno en su micro y macro –sistema.

5.-OBJETIVOS.

-OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la correlación entre depresión y disfuncionalidad familiar en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar HGR No. 1, Cuernavaca.
- Estimar la prevalencia de depresión y disfuncionalidad familiar en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar HGR No. 1, Cuernavaca.

-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Calcular la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar HGR No.1, Cuernavaca.

- Determinar la prevalencia de disfuncionalidad familiar en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar HGR No. 1, Cuernavaca.
- Identificar la relación entre la depresión y disfuncionalidad familiar con las variables sociodemográficas y ginecobstetricias, en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar HGR No. 1, Cuernavaca.

6.-HIPÓTESIS:

Existe una correlación entre depresión y disfuncionalidad familiar en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa medicina familiar HGR No. 1, Cuernavaca.

7.-METODOLOGÍA.

7.1.-Tipo de estudio.

Características del diseño del estudio.

Área del estudio: Epidemiológica.

Fuentes de datos: Primario.

Tiempo en el que se estudia el evento: Transversal.

Ocurrencia del evento de interés: Retrospectivo.

Control de las variables: Observacional.

Fin o propósito: Analítico

Diseño: Trasversal analítico.

7.12. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Se estudiarán 180 mujeres embarazadas de 15 a 49 años, la muestra se dividirá en 60 embarazadas para cada trimestre (1°,2°, y 3°), para evitar sesgo en los

resultados al comparar las variables, se llevara a cabo en la consulta externa de medicina familiar en un turno matutino y vespertino del Hospital General Regional No.1 “Ignacio García Téllez”, en el periodo de 2015 a 2016.

7.13. RECOLECCIÓN DE DATOS:

La muestra se realizara mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, primero se pedirá previamente su consentimiento informado para la participación en el estudio. Posteriormente se realizara la encuesta mediante un cuestionario auto aplicable mediante tres instrumentos: ficha de identificación y antecedentes gineco obstétricos, la escala de Beck II para determinar algún grado de depresión y el APGAR Familiar, para evitar en lo posible un sesgo de la información se aplicaran dos controles de calidad, el primero es aclarar dudas y detectar eventuales dificultades al estar siempre la investigadora principal presente y la segunda se realizara en un lugar apartado sin distractores u otros familiares. Cabe mencionar que los recursos financieros serán sufragados por los investigadores principales.

7.2.-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA.

Poblaciones finitas.

$$n = \frac{N \delta^2 Z^2}{(N-1) e^2 + \delta^2 Z^2}$$

-p=proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

-q=proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p).

La suma de p y la q siempre debe dar 1.por ejemplo, si p=0.8 q=0.2

- ✓ N=345 mujeres embarazadas atendidas en 6 meses en la consulta externa medicina familiar
- ✓ Z=1.96 (95%) intervalo de confianza
- ✓ δ =Desviación estándar de la población se utiliza un valor constante de 0.5.

- ✓ $e = 0.05$. Limite aceptable de error muestral que cuando no se obtiene valor varia entre 1-9%.
- ✓
- ✓ **MUESTRA: 180 mujeres embarazadas.**

7.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Mujeres embarazadas de 15 a 49 años.
- Mujeres embarazadas adscritas HGR No. 1 con Medicina Familiar, Cuernavaca Morelos.
- Mujeres embarazadas que cursen el primero, segundo o tercer trimestre.
- Mujeres que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Mujeres con antecedente de depresión.
- Mujeres embarazadas con enfermedades crónicas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Mujeres embarazadas que hayan contestado de manera incompleta los instrumentos.

7.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se capturara la información en una hoja de Excel y será analizada mediante el paquete estadístico de Stata 12.0. Previo al análisis se realizara una limpieza de la base de datos. Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central y dispersión y en las cualitativas mediante frecuencia. La muestra se realizará en variables, se aplicaran tres instrumentos ficha de identificación con aspectos sociodemográficos y antecedentes gineco obstétricos, la escala Beck II y APGAR

Familiar, para evaluar si existe disfuncionalidad familiar, se realizara categorización de las variables.

En el análisis bivariado, para las variables cuantitativas se calculara el promedio por la categoría de interés y se aplicará el estadístico t student, para las variables categóricas y para las variables dicotómicas se aplicara el estadístico de X^2 o prueba exacta de Fisher considerando un nivel de confianza del 5-95% y un valor de significancia de $< 0.05\%$ para la evaluación de la hipótesis.

7.5.- ASPECTOS ÉTICOS:

Este estudio se llevará a todas las mujeres embarazadas que acepten participar bajo consentimiento informado.

En esta investigación se asegura que la información de manera confidencial y solo con los fines de investigación que se requiera sin dañar la intimidad de las mujeres embarazadas, garantizando su confidencialidad, respetando las bases éticas del código de Numberg y la Declaración de Helsinky. El investigador responsable se apegará a la conducta ética, estableciendo procedimientos específicos para la proteger la confidencialidad de la información recopilada.

A los participantes se le dará a conocer toda la información relacionada a la investigación en una presentación de los resultados del estudio, al personal y directivos del hospital.

-De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en el artículo No. 17 el estudio corresponde:

I.- 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.

8.-BENEFICIOS DEL ESTUDIO:

- A las mujeres embarazadas con escalas para depresión positiva para algún grado de severidad se enviara a la consulta de Psiquiatría para su evaluación, diagnóstico definitivo e inicio de tratamiento en caso de ser necesario.
- A las mujeres que se encuentren en algún grado de disfuncionalidad familiar de acuerdo al test de APGAR se enviara a orientación familiar en la consulta de medicina familiar.

9.-RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Para la realización de este estudio se contara con 2 personas para la realización de las entrevistas, 1 residente de medicina familiar y el otro con carrera a fin al eje biomédico.

Lugar: Hospital General Regional No.1, Cuernavaca, Morelos, en la consulta externa de medicina familiar en los turnos matutino y vespertino en Cuernavaca Morelos.

No se necesita financiamiento externo.

Recursos	Costo :
Hojas.	\$55.00
Lapiceros.	\$125.00
Computadora.	----
Copias de cedulas de recolección de datos.	\$325.00
Impresiones	\$50.00
Total	\$555.00

10.-RESULTADOS.

La población total estuvo integrada por 180 mujeres embarazadas con una media de edad de 28.1 ± 6.5 con un límite inferior de 17 y máximo de 45 años. Del total de la población mayor de 40 años fueron 9 mujeres embarazadas.

Respecto a la variable ocupación la más frecuente fue el de administrativos con un 34.4%, con un estado civil de casadas y unión libre la suma fue del 87%.

En el nivel de escolaridad la más frecuente fue el nivel medio superior completo e incompleto con un 65%, seguidos con una licenciatura que fue de 22.78%. La única mujer con primaria incompleta tenía 37 años.

La mediana en la población de mujeres embarazadas de acuerdo a la variable: número de integrantes por familia fue 3 integrantes (3,4), con un mínimo de 2 y máximo de 10 integrantes. De las mujeres que refirieron tener algún tipo de adicción solo fue el 1.1% y menos del 1% refirió haber consumido algún tipo de fármaco prescrito por el médico. **(Tabla 1).**

“Se utilizó métodos paramétricos (media) y no paramétricos (mediana) de acuerdo a su distribución normal y valores extremos, al acceder los datos en stata.”

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS,	VALORES
Edad*	27(23,32.5)
Estado civil ++	
Soltera	21(11.7%)
Casada	81(45%)
Unión libre	78(43.3%)
Convivencia de pareja++	
Si	160(88.9%)
No	20(11.1%)
Ocupación ++	
Funcionarios	4(2.2%)
Profesionistas	24(13.3%)
Administrativos	62(34.4%)
Comerciante	14(7.8%)
Vigilancia	3(1.7%)
Obreras	9(5%)
Ama de casa	52(28.9%)
Estudiante	12(6.7%)
Escolaridad. ++	
Primaria incompleta	1(0.6%)
Secundaria incompleta	7(3.9%)
Secundaria completa	14(7.8%)
Preparatoria incompleta	50(27.8%)
Preparatoria completa	67(37.2%)
Licenciatura incompleta	16(8.9%)
Licenciatura completa	25(13.9%)
Integrantes de familia *	4(3,4)
Adicción ++	
Si	2(1.11%)
No	178(98.89%)
Consumo de fármacos prescritos. ++	
Si	179(99.44%)
No	1(0.56)

Simbología: *Medianas con rangos intercuartiles, ++ Frecuencias (%)

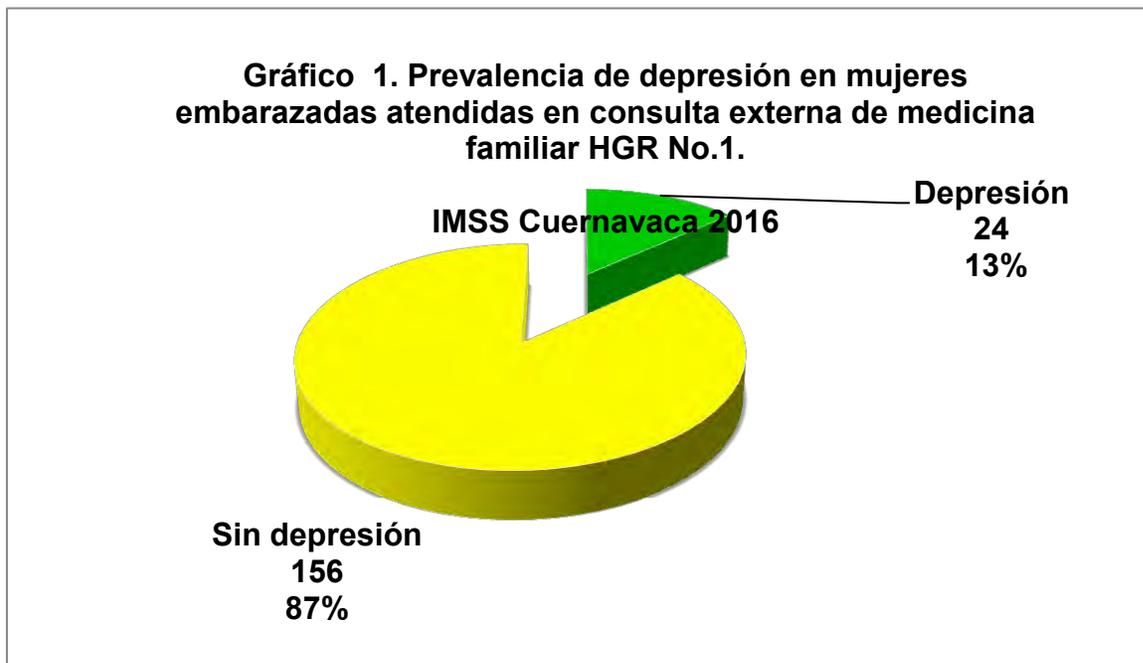
En la población de 180 mujeres embarazadas fue dividida en 60 mujeres embarazadas correspondiente para cada trimestre (primero, segundo y tercero) con una media de 22.5 ± 10.7 de semanas de gestación. La media de gestas fue de 2.1 ± 0.9 , de estas mujeres 4 de cada 10 mujeres habían tenido 2 o más partos 3 de cada 10 habían tenido una cesárea previa a esta gesta y solo el 17.22% había reportado haber sufrido algún aborto. **(Tabla 2).**

Tabla 2. Características Gineco-obstétricas en las mujeres estudiadas.

VARIABLE	VALOR
Trimestre ++	
Primero	60(33.3%)
Segundo	60(33.3%)
Tercero	60(33.3%)
Semanas de gestación ++	23.5(11,32)
Consultas prenatales++	4.5 (2,7)
Gestas *	2(1,3)
Número de partos previos++	
1	75.7%
2	20.3%
3	4%
Número de cesáreas previos++	
1	77.3%
2	22.7%
Antecedente de Aborto++	
Si	31(17.22%)
No	149(82.78%)

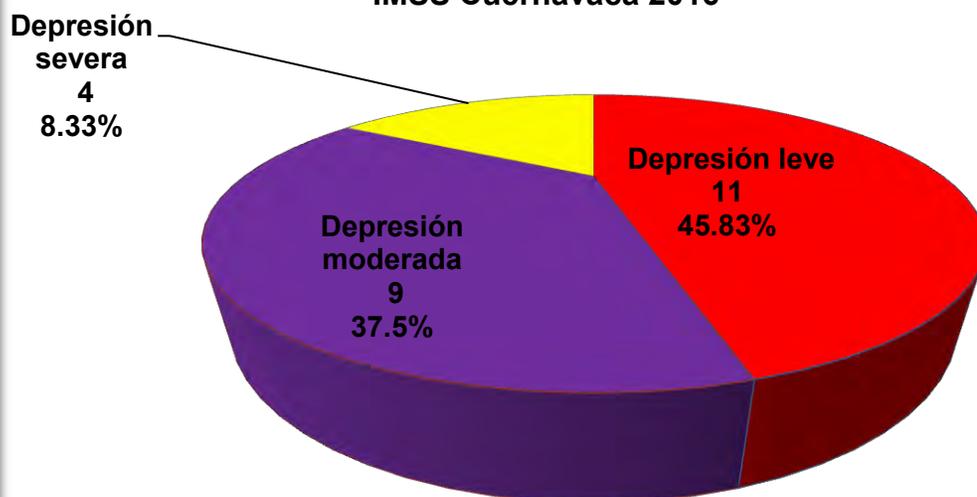
*Medianas con rangos intercuartiles, ++ Frecuencias (%)

Respecto a la categorización de depresión de acuerdo al instrumento Escala Beck II, tomando como punto de corte un puntaje \geq a 10 puntos, mostró una frecuencia de 24 mujeres embarazadas con algún grado de depresión, que corresponde al 13.33%. **Gráfico 1.**



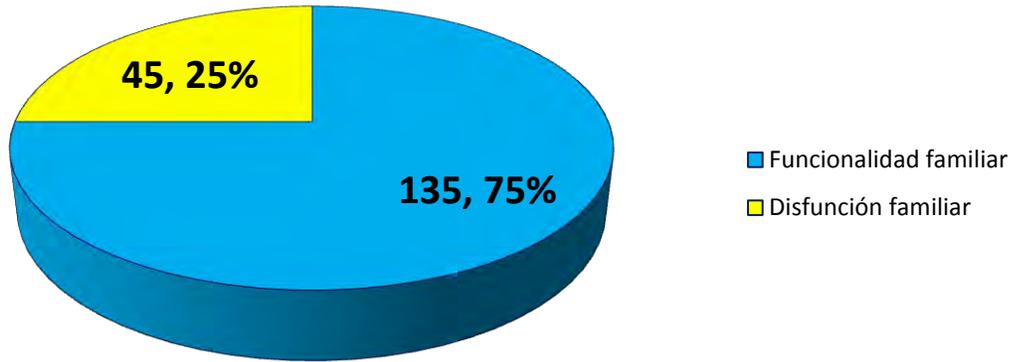
De la frecuencia total de las mujeres que respondieron con algún grado de depresión el 45.8% estaba levemente deprimido, seguidos del moderado con 37.5% y gravemente deprimido con un 16.7% **Gráfico 2.**

**Gráfico 2. Grados de depresión en mujeres embarazadas
atendidas en la consulta externa de medicina familiar en
HGR No.1
IMSS Cuernavaca 2016**



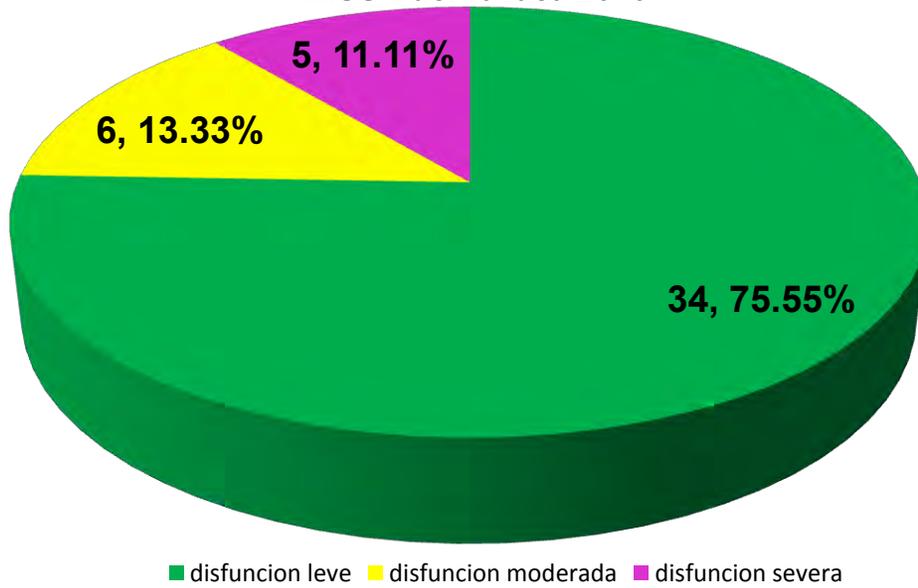
En la población estudiada, se les aplicó el instrumento para evaluar su funcionalidad familiar "APGAR Familiar", donde se obtuvo que 4 de cada 10 mujeres tenían algún tipo de disfuncionalidad familiar. **Gráfico 3.**

Gráfico 3. Prevalencia de disfuncionalidad familiar en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar HGR No.1 IMSS Cuernavaca 2016



Los grados de disfunción familiar se clasifican de acuerdo al punto de corte correspondientes de la siguiente forma: disfunción leve 16-13 puntos, disfunción moderada 12-10 puntos, disfunción severa menor a 9 puntos. En la población de mujeres embarazadas que presentaron disfunción familiar fueron (45) con un total del 25%, distribuidas de la siguiente forma: Disfunción leve con 34 mujeres embarazadas con un (75.55%), Disfunción moderada con 6 mujeres embarazadas con un (13.33%), Disfunción severa con 5 mujeres embarazadas (11.11%), como se muestra en **Gráfico 4**.

Gráfico 4. Grados de disfuncionalidad familiar en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar HGR No.1 IMSS Cuernavaca 2016



Hubo asociación estadísticamente significativa entre las embarazadas con algún grado de depresión y algún grado de disfuncionalidad familiar con un valor de $\chi^2 = 0.00$ (Tabla 3).

GRADOS DE DEPRESIÓN	DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR				p*
	NORMAL	DISFUNCIÓN LEVE	DISFUNCIÓN MODERADA	DISFUNCIÓN SEVERA	
NO DEPRIMIDO	129(82.7%)	23 (14.7%)	0(0)	4 (2.6%)	=0
DEPRESIÓN LEVE	5(45.5%)	6(54.5%)	0 (0)	0(0)	
DEPRESIÓN MODERADA	0(0)	4(44.4%)	5(55.6%)	0(0)	
DEPRESIÓN SEVERA	1(25%)	1(25%)	1(25%)	1(25%)	
					* χ^2

Se analizó las diferencias entre estas dos mismas variables con algún tipo de disfunción y en aquellas con algún tipo de depresión en los diferentes trimestres se observó que en el primer trimestre del embarazo hubo dos mujeres con depresión moderada, una se encontró con disfunción leve y otra en disfunción moderada. En el segundo trimestre del embarazo solo 6 mujeres presentaron estas dos variables de las cuales 4 tenían depresión y disfunción familiar leve y una presentó depresión moderada con una disfunción leve y otra con esa misma depresión pero con disfunción moderada.

Se observó un incremento de la depresión y disfunción en la depresión en el tercer trimestre del embarazo sin embargo no fue estadísticamente significativo ($p=0.294$) con dos personas con depresión leve y disfunción leve, incrementándose a 5 con depresión moderada de las cuales el 40% tenían disfunción leve y 60% disfunción moderada, las personas con depresión moderada fueron 3 personas de las cuales tenían disfunción leve, moderada y severa (25%

respectivamente). (Datos no mostrados en tablas)

Se comparó los grados de depresión con las variables sociodemográficas para relacionar si los valores obtenidos tienen valor estadístico con un valor de $p < 0.05$.

De todas las variables estudiadas solo la de adicción al tabaco tuvo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) lo cual se puede llegar a interpretar que las mujeres con algún grado de adicción pueden ser proclives a algún tipo de depresión en el desarrollo del embarazo (**Tabla 4**). De estas dos mujeres que presentaron depresión moderado en el embarazo estaban cursando en el segundo trimestre del embarazo y al compararse con aquellas que no tenían adicción resulto estadísticamente significativo ($p < 0.000$) (datos no mostrado en tablas).

4.-TABLA COMPARATIVA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON DEPRESIÓN.

Variables	ESCALA DE BECK				P
	NO DEPRIMIDOS	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA	
Edad*	27(23,32)	28(17,32)	36(28,38)	29.5(24,34.5)	**0.072
Estado Civil++					
Soltera	18 (85.7%)	2(8.5%)	1(4.8%)	0(0)	***0.955
Casada	71(87.7%)	5(6.2%)	3(3.7%)	2(2.5%)	
Unión libre	67(85.9%)	4(5.1%)	5(6.4%)	2(2.6%)	
Convivencia con pareja++					
Si	139(86.9%)	9(5.6%)	8(5%)	4(2.5%)	***0.765
No	17(85%)	2(10%)	1(5%)	0(0%)	
Ocupación.					
Funcionarios	3(1.9%)	0(0%)	1(11.1%)	0(0%)	***0.144
Profesionistas	20(12.8%)	2(18.1%)	1(11.1%)	1(25%)	
Empleadas	59(37.8%)	1(9.1%)	1(11.1%)	1(25%)	
Comerciantes	11(7.0%)	1(9.1%)	2(22.2%)	0(0%)	
Vigilantes	2(1.3%)	1(9.1%)	0(0%)	0(0%)	
Obreras	8(5.1%)	0(0%)	0(0%)	1(25%)	
Ama de casa	43(27.6%)	4(36.4%)	4(44.4%)	1(25%)	
Estudiante	10(6.4%)	2(18.2%)	0(0%)	0(0%)	
Escolaridad					
Primaria incompleta	1(0.6)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	***0.091
Secundaria incompleta	7(4.5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
Secundaria completa	13(8.33%)	7(63.64%)	0(0%)	1(25%)	
Preparatoria incompleta	37(23.7%)	2(18.2%)	6(66.67%)	0(0%)	
Preparatoria completa	63(40.4%)	0(0%)	1(11.11%)	1(25%)	
Licenciatura incompleta	15(9.6%)	0(0%)	0(0%)	1(25%)	
Licenciatura completa	20(12.8%)	2(18.2%)	2(22.22)	1(25%)	
Integrantes de familia.*	4(3,4)	3(3,4)	3(3,5)	3(2.5,3.5)	**0.316
Adicción					
Si	0(0%)	0(0%)	2(22.22%)	0(0%)	***0.005
No	156(100%)	11(100%)	7(77.78%)	4(100%)	
Ingesta de fármacos prescritos ++					
Si	156(100%)	11(100%)	8(88.9%)	4(100%)	***0.072
No	0(0%)	0(0%)	1(11.1%)	0(0%)	

Simbología: *Medianas con rangos intercuartiles **kruskallwallis ++ Frecuencias (%)
 + Chi²
 ***Exact Fisher.

En los antecedentes gineco obstétricos, hubo diferencias estadísticamente significativos en las variables de gestas y partos, observándose que en la variable de gestas entre mayor número de gestas menor es la probabilidad de padecer de depresión ($p < 0.01$) y en los partos es lo contrario entre mayor sea el número de partos existe una disminución en el porcentaje de las mujeres no deprimidas siendo que de una fue mayor del 90% disminuyendo dramáticamente a 60% en aquellas mujeres con 3 partos ($p < 0.05$). (Tabla 5).

TABLA 5 COMPARATIVA DE VARIABLES GINECO OBSTÉTRICAS CON DEPRESIÓN.

VARIABLES	ESCALA DE BECK				P
	NO DEPRIMIDOS	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA	
Trimestre ++					
Primero	54(34.6%)	3(27.3%)	2(22.2%)	1(25%)	***0.294
Segundo	52(33.3%)	6(3.7%)	2(22.2%)	0(0%)	
Tercero	50(32.0%)	2(18.2%)	5(55.6%)	3(75%)	
Semanas de Gestación *	23 (11,31.5)	21(12,28)	30(18,33)	32.5(20.5,37)	**0.544
Consulta Prenatales*	4.5 (2,7)	4(2,6)	3(2,6)	7(4,9)	**0.63
Gestas *	2(1,3)	2(1,2)	3(3,3)	1(1,2)	**0.012
Número de partos previos++					
1	53 (94.6%)	2(3.6%)	1(1.8%)	-	***0.03
2	12(80%)	0(0%)	3(20%)	-	
3	2(66.7%)	0(0%)	1(33.3%)	.	
Número de Cesáreas previos++					
1	45(88.2%)	2(3.9%)	3(5.9%)	1 (2%)	***0.370
2	11(73.3%)	2(13.3%)	2(13.3%)	0(0%)	
Antecedente de Aborto					
Si	29(18.59%)	1(9.09%)	0(0%)	1(25%)	***0.462
No	127(81.41%)	10(90.91%)	9(100%)	3(75%)	

*Medianas con rangos intercuartiles **kruskallwallis ++ Frecuencias (%) + χ^2
 ***Exact Fisher.

Al comparar los aspectos sociodemográficos con el APGAR familiar en las mujeres estudiadas, se logró observar que las adicciones son la única variable con nivel de significancia ($p < 0.05$) es decir las mujeres con algún tipo de adicción pueden presentar algún tipo de disfunción familiar.

Otra variable que es de atención es aquella de fármacos prescritos pueden condicionar algún tipo de disfunción familiar. Es decir, al comparar por trimestre, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$) entre aquellas que no tomaban y las que ingerían algún tipo de fármaco, es decir las mujeres que

consumían algún fármaco tenían algún tipo de disfunción leve (16.9%) y severa (3.4%) y aquellas que no tenían disfunción familiar (79.7%).

En los antecedentes gineco-obstétricos se observó que al igual que en la depresión entre mayor sea el número de partos disminuye la percepción de funcionalidad familiar siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

11. DISCUSIÓN:

La depresión es la principal causa de discapacidad entre mujeres. En particular, mujeres en edad fértil están en alto riesgo, la maternidad puede aumentar el riesgo de depresión. La depresión durante el período perinatal puede tener consecuencias devastadoras, no sólo para las mujeres que experimentan, también para los niños y la familia.

En el estudio que se realizó se obtuvo una prevalencia de depresión en mujeres embarazadas que fue de 13,33%; correspondiente a 24 mujeres embarazadas, coincidente con los valores de referencia mundial, que indican que oscila entre un 5 y 25%. Al igual estudio mencionado, la diferencia es que nuestra muestra fue mayor y a diferencia del estudio mencionado, la diferencia es que nuestro estudio se incluyó los tres trimestres de embarazo ya que en todos los trimestres encontramos mujeres embarazadas con algún grado de depresión.

Esto coincide con el estudio de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Edna Gabriela Delgado Quiñones, donde se estudiaron 103 mujeres embarazadas la edad fue de 15 a 41 años, las semanas de gestación de la 28-34 semanas de gestación, en donde se aplicó la escala de depresión Posnatal de Edimburgo y un cuestionario sociodemográfico, se obtuvo que el 23.3% ($n=24$) presentaron depresión.

En el estudio “Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas” de María de Jesús Sumano, Oaxaca 2014, quien estudio depresión en mujeres embarazadas, obteniendo 21 mujeres embarazadas con depresión lo que correspondió a un 14

%, semejante a lo encontrado en este trabajo, respecto al predominio el primer trimestre obtuvo una frecuencia mayor con un 38.1%, que difiere en lo encontrado en nuestro estudio realizado donde se obtuvo una frecuencia mayor : 10 mujeres embarazadas con depresión en el tercer trimestre con un 5.56%, probablemente es diferente en nuestro estudio por el tamaño de muestra o factores ambientales externos.

De acuerdo a los resultados en nuestro estudio la edad en donde se presentó algún grado de depresión fue el grupo de edad 35-39 años es donde se observó mayor frecuencia de algún grado de depresión con un total de 6 mujeres embarazadas que corresponde a 3.34%, seguido del grupo de edad 30-34 años con un total de 5 mujeres embarazadas con 2.79%, predominando algún grado de depresión en mujeres embarazadas mayores de 30 años, comparado con otros grupos de edad.

Los resultados difieren en el estudio “Ansiedad y depresión en mujeres embarazadas” realizado por Karina G Sainz Aceves, que se llevó a cabo en UMF No.51, Guadalajara Jalisco, 2013. La población de mujeres embarazadas que se estudiaron fue 103 embarazadas, con una prevalencia de depresión 67%, con un promedio de edad de 27.7 años; la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%. En la población de mujeres embarazadas la frecuencia mayor eran empleadas 62.1%, semejante a nuestro estudio realizado, sin embargo de acuerdo a la prevalencia de depresión (67%), difiere completamente a nuestro estudio y a lo reportado a la bibliografía nacional, probablemente por la muestra reducida.

Con lo que respecta a la asociación de depresión y disfuncionalidad en mujeres embarazadas no existe evidencia de estudios realizados, sin embargo se encontró un artículo que da un panorama, de la estadística de depresión en mujeres en edad fértil y disfuncionalidad familiar como un factor de riesgo:

En el estudio “ Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar” donde se encuestaron a 400 mujeres de 20 a 59 años de edad, para determinar la disfuncionalidad se obtuvo a través de la escala APGAR de la muestra resultaron 296 mujeres tenían una funcionalidad familiar y 104 mujeres presentaron un grado de disfuncionalidad familiar, en cuestión de la variable de depresión se obtuvo 192 mujeres negativo para depresión y 208 positivas para depresión , sin embargo el mayor porcentaje se presentó en mujeres de 40 años y más.

En cuanto a las variable analizadas para asociación con depresión: escolaridad, trabajo, convivencia con pareja, disfuncionalidad familiar, la que obtuvo valor estadístico fue disfuncionalidad familiar con una $p = 0.000$ en mujeres menores de 40 años.

En otro estudio latinoamericano: “Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas” realizado por Mariela Borda Pérez, Colombia 2012. En este estudio se evaluó 151 embarazadas en control prenatal, en el primer semestre se estudiaron variables sociodemográficas, gineco-obstétricos y antecedentes psicológicos y psiquiátricos.

La depresión fue de 19.2 % la edad media de 24,78 años (+/- 5,35), los factores de riesgo, con tendencia a la asociación, fueron: historia de aborto anterior OR 3,39 (IC95 % 1,41–8,15), algún grado de disfunción familiar OR 2,78 (IC95 % 1,08- 7,1) y actividad fuera del hogar 2,92 (IC95%1,03 – 8,23).

En el estudio Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a control prenatal en Colombia. Se estudiaron 190 mujeres embarazadas adolescentes (12-21 años), de acuerdo al aspecto familiar se evaluó con el Test de APGAR, donde se obtuvo buena funcionalidad familiar($n=53$, 27.9%), disfunción leve ($n=44$, 23.2%), disfuncionalidad familiar moderada ($n=51$, 26.8), disfunción severa ($n=42$, 22.1%).al relacionar la variable depresión ($n=49$ mujeres

embarazadas) y la variable de disfuncionalidad familiar, se obtuvo un $p=0$, con valor estadísticamente significativo .

En nuestro estudio la muestra fue de 180 mujeres embarazadas: se obtuvo un total de 24 mujeres con depresión que corresponde al 13.33%, el 45.8 % levemente deprimido, moderadamente deprimido 37.5% y gravemente deprimido 16.7%, semejante a los estudios presentados y a la bibliografía internacional, en cuestión de disfuncionalidad familiar el presentar algún grado depresión, aumenta 23 veces el riesgo de padecer algún grado de disfuncionalidad familiar siendo significativo estadísticamente una $\chi^2 p= 0.00$, con valor estadístico , como se mostró en los estudios anteriores.

12. CONCLUSIONES:

El diagnóstico de depresión en mujeres embarazadas atendidas en las Unidades de Medicina Familiar, no se han registrado por varios años en nuestra unidad, lo que nos hace pensar que muy probablemente que este dato se deba a que no se realiza la búsqueda intencionada de esta patología y es alarmante ya que se obtuvo que la prevalencia de depresión de 24 mujeres embarazadas que corresponden a un 13.33%. Con una frecuencia mayor para Depresión leve 11 (45.83%), Depresión moderada 9 (37.5%), Depresión severa 2 (8.33%).

Se encontró que la prevalencia de disfunción familiar se presentó en 45 mujeres embarazadas con un 25 %, distribuida en los siguientes grados Disfunción leve 34(75.55%), Disfunción moderada 6 (13.33%), Disfunción severa 5 (11.11%).

Se encontró una fuerza de asociación con valor estadístico significativo entre las variables de depresión y disfuncionalidad familiar con una prueba exacta de chi cuadrada $p=0.00$

Se obtuvo que la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa de medicina familiar del Hospital General Regional No.1, Cuernavaca Morelos, fue de un 13.33 %, encontrándose que la depresión es un problema presente en las mujeres embarazadas y que desafortunadamente esta patología es sub-diagnosticada y no evaluada en todos aquellos servicios que tienen contacto con la mujer embarazada.

-SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES:

El médico familiar como médico de primer contacto, juega un papel esencial y piedra angular en detecciones oportunas, con su enfoque preventivo, su habilidad para detectar factores de riesgo, la realización de diagnóstico y terapéutica precoz para sus pacientes, además de tener conocimiento para estudiar familias: su dinámica familiar, funcionalidad familiar, etc. Y la realización de instrumentos para determinar si existe alteración en estos ámbitos.

El médico familiar en su práctica diaria lleva el control prenatal, siendo una prioridad la mujer embarazada teniendo el objetivo final un binomio sano, por lo tanto la identificación de factores de riesgo y una atención biopsicosocial es una tarea diaria en nuestro consultorio, sin embargo la esfera psicológica y familiar se ha olvidado como médico ante la excesiva carga de trabajo y los 15 minutos para cada paciente, teniendo un enfoque biológico.

Por lo cual considero que la mujer embarazada en su atención médica se realice detección de depresión y funcionalidad familiar por el impacto en los sistemas de salud, las repercusiones sociales, laborales, económicas y familiares.

Las mujeres embarazadas “sanas” tengan una atención continua por el médico familiar y no en la consulta “materno- infantil” donde son atendidas por una enfermera, perdiendo la relación médico-paciente y la detección oportuna de esta patología o capacitarlas para el apoyo de la realización de detecciones.

Las mujeres embarazadas atendidas por ginecología, reciban una atención integral y consideren el papel fundamental de la familia en proceso salud enfermedad de su paciente.

El médico familiar debe realizar la búsqueda intencionada de síntomas de depresión realizar detecciones (test), de depresión y funcionalidad familiar , para realizar un diagnóstico oportuno , referencia precoz a psiquiatría/psicología para la implementación de un tratamiento , para evitar conflictos familiares, inasistencia laboral , afección al binomio madre-hijo que se asocian con el parto pretérmino, bajo peso al nacer, inasistencia a las citas de control prenatal , mayor uso y gasto de los servicios de salud y suicidio o muerte.

Probablemente podríamos solicitar apoyo a trabajo social para aplicar el cuestionario de manera sistemática cuando dan las pláticas de orientación a la embarazada y proporcionar el resultado a partir de la segunda consulta al médico familiar para establecer las acciones necesarias oportunamente.

13-VARIABLES.

Nombre de la variable.	Tipo de variable (en el estudio)	Definición Operacional.	Tipo	Escala de medición	Indicador
Funcionalidad Familiar.	Dependiente.	Es la familia integrada con convivencia de padres e hijos, con el propósito de promover el crecimiento de dicho sistema. El instrumento: APGAR familiar.	Cuantitativa discreta Cualitativa Ordinal Politomica	Ordinal	- Normal: 17-20 puntos - Disfunción leve: 16-13 puntos - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: menor o igual a 9
Depresión	Independiente.	Enfermedad mental común con disminución del ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito y mala concentración y llevar a fallas en sus tareas diarias. Esta dada por la evaluación de la Escala de Beck II que de acuerdo al puntaje se clasifica en no deprimido, ligeramente deprimido, moderadamente deprimido, gravemente deprimido.	Cuantitativa discreta Cualitativa Ordinal Politomica	Ordinal	De 0 a 9 puntos: no deprimidos. De 10 a 15 puntos: ligeramente deprimidos. De 16 a 24 puntos: moderadamente deprimidos. De 25 a 62 puntos: gravemente deprimidos.
Semanas de gestación.	Covariable	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Obtenida por Interrogatorio directo.	Cuantitativa Continua	Razón	Semanas de la concepción al momento de la entrevista.
Edad.	Confusora	Rango en años en la que la mujer puede concebir un producto. Obtenida por Interrogatorio directo.	Cuantitativa Discreta	Razón.	Años cumplidos en el momento de la entrevista.
Integrantes de una familia.	Covariable	Personas que viven bajo el mismo techo, con o sin lazos consanguíneos	Cuantitativa Discreta.	Razón	Numero arábigo
Estado civil.	Covariable	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Obtenida por Interrogatorio directo.	Cualitativa	Nominal	Casada Unión libre Soltera
Ocupación,	Covariable	Actividad que realiza una persona a cambio de dinero. Obtenida por Interrogatorio directo.	Cualitativa	Ordinal	Funcionarios- públicos. Administrativos Técnicos Profesionista Ama de casa Estudiante
Convivencia de pareja.	Confusora	Existencia de la pareja para realizar actividades en la casa o funciones dentro del hogar. Obtenida por Interrogatorio directo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica.	Si No
Adicción	Confusora	Afición desmesurada a algo. Obtenida por Interrogatorio directo.	Cualitativa	Nominal	Tabaquismo, Alcoholismo Droga

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CORRELACIÓN DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1 , CUERNAVACA, MORELOS.”

14.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ELECCIÓN DEL TEMA Y PRESENTACIÓN												
PRESENTACIÓN AL ASESOR												
CORRECCIONES												
ENVIÓ DEL PROYECTO												
CORRECCIONES												
REGISTRO												
TOMA DE MUESTRA												
ELABORACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS												
PRESENTACIÓN A ASESORES Y SINODALES												
PRESENTACIÓN FINAL E IMPRESIÓN												
ENTREGA DE TESIS												



**Elaboró: Ríos Rivera Gabriela.
Residente de tercer grado de Medicina Familiar.
Hospital General Regional No. 1**

15.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Casper RC (editor). Women's health: hormones, emotions and behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- 2.-American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2001.
- 3.-Oates R M. Perinatal Psychiatric Syndromes: Clinical Features. Psychiatric 2010; 8.
- 4.-Jadresic ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de Neuropsiquiatría, vol. 48, núm.4, diciembre-2010: 269-278.
- 5.- Goméa AE. Depresión en el embarazo y el posparto.Vol. 26 núm. 1 enero 2007.
- 6.- Esquinaca Ramos J, García América A, Platas Vargas EC, Guía de práctica clínica IMSS Diagnóstico y tratamiento trastorno depresivo. 2009. Disponible: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- 7.-Jadresic EM. Depresión perinatal: detección y tratamiento perinatal. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6):1019-1028.
- 8.-Ceballos MI .Depresión durante el embarazo, epidemiología en mujeres mexicanas. Revista médica Instituto Mexicano del Seguro Social.2010, 48 (1):71-74
- 9.- Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR. Las Mujeres y la Depresión: Descubriendo la Esperanza, Publicación de Instituto Nacional de la Salud Mental Núm. SP 11-4779.
- 10.- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systemic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol, 106(2005), pp. 1071-1083.
- 11.- Aceves K, Chávez B, Díaz Sandoval MA, Robles M. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Aten Fam. 2013; 20(1):25-27.S
- 12.-Sumano MJ, Vargas JE. Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. Instituto Mexicano del Seguro Social .E-Magazine Conductitlán 1(1) 33-47. Abril – Octubre 2014.

- 13.- Borda Mariela, Forero Claudia. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (3): 394-404.
- 14.- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5ª ed. Panamericana; 2014.
- 15.-Instrumentos de evaluación para depresión. [Consultado septiembre 2015] Disponible:http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
- 16.-Inventario de depresión de Beck. [Consultado en septiembre 2015]Disponible en: <http://psiquiatria-mexico.com/data/documents/Beck=20depresi=C3=B2n.pdf>
- 17.- Huerta JL. La familia en el proceso de salud-enfermedad. San Luis Potosí: Tangamanga; edición 2007. Editorial Alfil. 1998. Pp.37-42.
- 18.- Irigoyen AE, Morales H. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México: Medicina Familiar de México; 2004: 173-203.
- 19.- Minuchin S, Fishman H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1985: 156-68
- 20.-Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Med Fam. 2003; 4(2):130-5.
21. - Lyn N, Lee DC, Benzies K, Duffett L, Stewart M. Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children, Issues in Mental Health Nursing, 33:7, 445-457.
- 22.-Pérez L .La familia y los procesos de enfermar. Año 1, Vol. 1, No. 1 Jun- Dic 2009.
- 23.- Nuño BL, Flores F. La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. Salud Mental. 2004; 27(4):26-34.
- 24.-Maddaleno M, Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. Editores. Salud Familiar.1ª ed. División Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
- 25.- Cogollo Z, Gómez E. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas

depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 38, núm. 4, 2009: 637-644 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia.

26.- Suarez MA, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Med. La Paz, 20(1); Enero - Junio 2014.

27.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Consultado septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

28. - Epidemiology of women and depression. J. Affect disord, 74 (2003):5-13

29. - Thombs BD, Ziegelstein RC. Does depression screening improve outcomes in primary care settings? BMJ, 348 (2014): 1253.

30.- Deater K, Pickering K, Dunn J, Golding J. Family Structure and Depressive Symptoms in Men Preceding and Following the Birth of a Child .The Avon Longitudinal Study of Pregnancy childhood Study Team. Volumen 155 Issue 6, June 1998, pp. 818-823.

31.- Wagner FA, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental 2012; 35:3-11

32.-Thombs BD, Arthurs E, Coronado S, Roseman M, Deslisle VC, Leavens A. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review .J Psychosom Res.2014 Jun; 76(6): 433-46.

**13.-ANEXOS:
INSTRUMENTO I:**



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

• **Datos Personales:**

Nombre completo :	
Edad :	
Afiliación :	
UMF de adscripción :	
Domicilio :	
No. Integrantes de la familia:	
Edo. Civil :	
Parejas previas si corresponde.	
Teléfono :	
Ocupación :	
Escolaridad:	
Adicciones: tabaco, alcohol o droga.	

E-mail:	
---------	--

1. Antecedentes Patológicos:

Padece enfermedades crónicas: _____

¿Cuáles?: _____

2. Antecedentes Ginecológicos y obstétricos:

Gesta	Partos	Cesáreas	Abortos

- Fecha de su última menstruación: _____
- Fecha probable de parto: _____
- Semanas de gestación : _____
- Trimestre:

- Número de consultas de control prenatal: _____
- Consume los medicamentos indicados por su médico para el control de su embarazo: SI NO

INSTRUMENTO II:

ESCALA DE BECK II:

Instrucciones: Marque con una x la respuesta que usted considere correcta de acuerdo a su situación:

1.-Tristeza.	
0. No me siento triste.	
1. Me siento triste.	
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo	
2.-Pesimismo	
0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.	
1. Me siento desanimado de cara al futuro.	
2. siento que no hay nada por lo que luchar.	
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	
3.-Sensación de fracaso	
0. No me siento fracasado.	
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.	
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.	
3. Soy un fracaso total como persona.	
4.-Insatisfacción	
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.	
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.	
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.	
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	
5.-Culpa	
0. No me siento especialmente culpable.	
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
3. Me siento culpable constantemente	
6.-Expectativas de castigo	
0. No creo que esté siendo castigado.	
1. siento que quizás esté siendo castigado.	
2. Espero ser castigado.	
3. Siento que estoy siendo castigado.	
7.-Autodesprecio	
0. No estoy descontento de mí mismo.	
1. Estoy descontento de mí mismo.	
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.	
3. Me detesto.	
8.-Autoacusación	
0. No me considero peor que cualquier otro.	
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.	
2. Continualmente me culpo por mis faltas.	
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.	
9.-Idea suicidas	
0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.	

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.	
2. Desearía poner fin a mi vida.	
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.	
10.-Episodios de llanto	
0. No lloro más de lo normal.	
1. Ahora lloro más que antes.	
2. Lloro continuamente.	
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.	
11.-Irritabilidad	
0. No estoy especialmente irritado.	
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
2. Me siento irritado continuamente.	
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.	
12.-Retirada social	
0. No he perdido el interés por los demás.	
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.	
2. He perdido gran parte del interés por los demás.	
3. he perdido todo interés por los demás.	
13.-Indecisión	
0. tomo mis propias decisiones igual que antes.	
1. Evito tomar decisiones más que antes.	
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
3. Me es imposible tomar decisiones.	
14.- Cambios en la imagen corporal.	
0. No creo tener peor aspecto que antes	
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.	
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.	
3. Creo que tengo un aspecto horrible.	
15.-Enlentecimiento	
0. Trabajo igual que antes.	
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.	
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.	
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.	
16.-Insomnio	
0. Duermo tan bien como siempre.	
1. No duermo tan bien como antes.	
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.	
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.	
17.-Fatigabilidad	
0. No me siento más cansado de lo normal.	
1. Me canso más que antes.	
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.	
18.-Pérdida de apetito	

0. Mi apetito no ha disminuido.	
1. No tengo tan buen apetito como antes.	
2. Ahora tengo mucho menos apetito.	
3. he perdido completamente el apetito.	
19.-Pérdida de peso	
0. No he perdido peso últimamente.	
1. He perdido más de 2 kilos.	
2. He perdido más de 4 kilos.	
3. He perdido más de 7 kilos.	
20.- Preocupaciones somáticas.	
0. No estoy preocupado por mi salud	
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.	
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.	
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.	
21.-Bajo nivel de energía.	
0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.	
1. La relación sexual me atrae menos que antes.	
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.	
3. He perdido totalmente el interés sexo.	
2. Ahora tengo mucho menos apetito.	
3. he perdido completamente el apetito.	

Total _____

INSTRUMENTO III:

Instrucciones: Marque con una x la respuesta que usted considere correcta de acuerdo a su situación:

- **APGAR FAMILIAR:**

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia : 1.-El tiempo para estar juntos. 2.- Los espacios de la casa. 3. El dinero.					

Total : _____