



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°78
DELEGACION ORIENTE.**

**NIVELES DE ANSIEDAD-DEPRESION Y GRADO DE FUNCIONALIDAD
FAMILIAR Y SU RELACION CON LA EVOLUCION DEL EMBARAZO EN
MUJERES TRABAJADORAS EN LA UMF 70**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ADRIAN MONTES CASTRO

ESTADO DE MEXICO ORIENTE

2019



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.

**"NIVELES DE ANSIEDAD-DEPRESION Y GRADO DE FUNCIONALIDAD
FAMILIAR Y SU RELACION CON LA EVOLUCION DEL EMBARAZO EN
MUJERES TRABAJADORAS EN LA UMF 70"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. ADRIAN MONTES CASTRO

AUTORIZACIONES



**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. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN 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.**

NIVELES DE ANSIEDAD-DEPRESION Y GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON LA EVOLUCION DEL EMBARAZO EN MUJERES TRABAJADORAS EN LA UMF 70

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ADRIAN MONTES CASTRO

AUTORIZACIONES

Concedida
E. MF ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 78 NEZAHUALCOYOTL

[Signature]
DRA. ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES

ASESOR METODOLÓGICO
MÉDICO FAMILIAR
ADSCRITO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°73 NEZAHUALCOYOTL

[Signature]
DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE



DELEG. DEL ESTADO DE MEXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD

MÉXICO
GOBIERNO DE LA SIERRA LEONA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401 con número de registro 13 CI 15 033 234 ante
COFEPRIS

H GRAL REGIONAL 196 FIDEL VELA, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 30/01/2017

LIC. ADRIAN MONTES CASTRO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**NIVELES DE ANSIEDAD- DEPRESION Y GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU
RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN MUJERES TRABAJADORAS EN LA UMF
70**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en
Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la
calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es
A U T O R I Z A D O, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1401-15

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1401

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Contenido

RESUMEN	;	Error! Marcador no definido.
MARCO TEÓRICO	;	Error! Marcador no definido.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	;	Error! Marcador no definido.
JUSTIFICACIÓN	;	Error! Marcador no definido.
HIPÓTESIS	;	Error! Marcador no definido.
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	;	Error! Marcador no definido.
DISEÑO DEL ESTUDIO	;	Error! Marcador no definido.
MUESTRA Y MUESTREO	;	Error! Marcador no definido.
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE GRUPO	;	Error! Marcador no definido.
DEFINICIÓN DE VARIABLES	;	Error! Marcador no definido.
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	;	Error! Marcador no definido.
ANÁLISIS DE LOS DATOS	;	Error! Marcador no definido.
ASPECTOS ÉTICOS	;	Error! Marcador no definido.
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	;	Error! Marcador no definido.
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	;	Error! Marcador no definido.
RESULTADOS	;	Error! Marcador no definido.
DISCUSIÓN	;	Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES	;	Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	;	Error! Marcador no definido.
ANEXO 1 EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES	;	Error! Marcador no definido.
ANEXO 2 REACTIVOS QUE INTEGRAN CADA DIMENSION	;	Error! Marcador no definido.
ANEXO 3 INTERPRETACIÓN DE PUNTAJES OBTENIDOS	;	Error! Marcador no definido.
ANEXO 4 GRUPOS CON PUNTAJES ALTOS Y BAJOS	;	Error! Marcador no definido.
ANEXO 5 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	;	Error! Marcador no definido.
ANEXO 6 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	;	Error! Marcador no definido.
ANEXO 7 CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO	;	Error! Marcador no definido.

RESUMEN

Los factores psicológicos y familiares son situaciones que pueden asociarse temporalmente y quizá casualmente al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental como la ansiedad o la depresión presente en el embarazo y la funcionalidad de la familia de la mujer embarazada.

Objetivo General: Se evaluó el desarrollo de ansiedad-depresión y grado de funcionalidad familiar y su relación con la evolución del embarazo en mujeres trabajadoras en la UMF 70, **Objetivos Específicos:** Se identificó mujeres embarazadas trabajadoras, grado de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en cada uno de los trimestres del embarazo

Material y método. Mediante un diseño de estudio prospectivo, longitudinal, analítico a mujeres embarazadas trabajadoras que acuden a atención médica, a control prenatal, excluyendo a las que presentan enfermedades crónicas, se analizó a una muestra de 231 mujeres embarazadas trabajadoras de edades entre 15 a 44 años de edad, previo consentimiento y asentimiento informado, pertenecientes a la unidad de medicina familiar 70 de Ayotla a quienes se les aplicó test de Hamilton para ansiedad y test de Hamilton para depresión y un instrumento de funcionalidad familiar durante cada uno de los trimestres del embarazo para conocer si los niveles de ansiedad y depresión se encuentran relacionadas con la evolución del embarazo.

En el periodo comprendido de abril del 2016 a febrero del 2018 los resultados fueron los siguientes: en relación con la Edad se observa que el intervalo más frecuente en edad es la de 25 a 29 años fue de 76 (33%) y el intervalo de edad

menor fue de 40-44 años con 3 pacientes (1%), en cuanto la Escolaridad la más frecuente fue de nivel Bachillerato con una frecuencia de 111 (48%) y la menor de Primaria con 6 (3%), en relación al Estado Civil el más frecuente fue Unión Libre de 121(52%) y la menor fue Divorciada 1 (4%) , el Tipo de Trabajo la más frecuente fue de Empleada de 180 (78%) la menos frecuente Obrera 23 (10%) y por Turno la más frecuente fue el Turno Vespertino de 136 (59%) y menos frecuente Turno Matutino 95 (41%), en relación con Ansiedad se observa que el intervalo más frecuente es la Ansiedad Menor fue de 186 (80.5%) y el intervalo de Ansiedad Mayor fue de 45 (19.5%), en cuanto la Depresión la más frecuente fue de Menor 210 (90.9%), y Muy Severa 6 (2.6%), en relación a Funcionalidad Familiar la más frecuente fue Funcional 116 (50.2%) y Severamente disfuncional fue de 11 (4.8%). Se realizó el análisis estadístico para la estadística descriptiva, se calculará significancia estadística con prueba estadística de relación, para la comprobación de hipótesis con χ^2 , con una significancia $p < 0.05$. **Discusión:** Niveles de ansiedad mayor y depresión muy severa y funcionalidad familiar severamente disfuncional en la UMF 70 contra otras UMF del IMSS. **Conclusiones:** Existen en la UMF 70 Niveles de ansiedad mayor y depresión muy severa y funcionalidad familiar severamente disfuncional por lo que se sugiere tener el servicio de Psicología para ofrecer atención e información y terapia orientada a las necesidades de cada una de ellas. Palabras clave. Ansiedad, depresión en el embarazo.

MARCO TEORICO

El embarazo o gestación es el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana 8 recibe el nombre de embrión, a partir de esta semana y hasta el parto se denomina feto. La duración del embarazo se basa en la edad gestacional, calculada a partir del primer día del último periodo menstrual en ciclos de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas a diferencia de la edad del desarrollo que es la calculada a partir del momento de la implantación.¹ En la actualidad la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva.² Los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia, por lo que se requiere que la mujer embarazada se encuentra en un completo estado de bienestar psicológico y emocional para la evolución adecuada del embarazo.

Existen factores de riesgo que pueden afectar la evolución normal del embarazo, es decir, son aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación, durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto que estando presentes constituyen un embarazo de alto riesgo.³

El embarazo de alto riesgo según la COMEGO es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. El embarazo de alto riesgo según Conde, es aquel que

se acompaña de factores de riesgo sociodemográficos u obstétricos, maternos o patologías médicas y obstétricas concomitantes que estadísticamente se encuentran asociados con aumento de la morbimortalidad de la madre el feto o el recién nacido. Constituye el 10 a 20 % del total de los embarazos.⁴

Los factores psicológicos y familiares son situaciones que puede asociarse temporalmente, y quizá causalmente al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental como la depresión, la ansiedad, presente en el embarazo y la funcionalidad de la familia de la mujer embarazada.⁵ Es común encontrar que en los servicios de salud se desconoce el significado transformador de estos eventos, y la atención a la madre y a su bebé se brinda bajo el modelo biologicista, dejando de lado los diferentes componentes del ser.⁶

Desde el punto de vista psíquico, el estado anímico de la embarazada se refleja en su: a) Actitud frente al embarazo, b) Actitud frente al parto, c) Actitud frente al puerperio.⁷

El embarazo es un cambio en la vida de la mujer y su pareja, se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional. La salud emocional de la mujer embarazada puede evaluarse a partir de su capacidad o no para enfrentar este evento y de su posibilidad o no de adaptarse a los cambios.

Es posible distinguir dos áreas que originan alteraciones psicológicas en la mujer embarazada: 1) aquella asociada al evento como reacción de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo o malestar psicológico y 2) aquella en la que el embarazo reactiva conflictos no resueltos a través de síntomas que causan angustia, son inconscientes, persistentes y recurrentes.

Los trastornos adaptativos (con estado de ánimo depresivo, ansiedad y mixtos) corresponden a la primera área se presentan como una reacción de ajuste al

embarazo y remiten con la resolución de sí mismo. También se encuentran el duelo y los problemas conyugales.

En la segunda área se ubicarían los trastornos del estado de ánimo siendo las más estudiadas la ansiedad y la depresión perinatal, el abuso, dependencia o abstinencia de sustancias, así también los trastornos de angustia y de personalidad.⁸

La ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que el sujeto se sienta molesto se trata de una emoción que aparece cuando se siente amenazado por un peligro que puede ser interno o externo como resultado se da una activación del sistema simpático y endocrino, al secretarse hormonas de las glándulas suprarrenales.

La depresión consiste en la disminución del estado de ánimo con un grado variable de pérdida del interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, se acompaña de síntomas psíquicos como tristeza, alteraciones de la concentración y de la memoria, así como síntomas físicos como disminución de la libido, anorexia o hiperfagia.

La pesquisa de depresión y ansiedad permite evitar el deterioro de la salud materna y las consecuencias sobre el desarrollo del embarazo. La depresión afecta a más de 350 millones de personas, afecta más a la mujer y tiene la capacidad de inducir cambios desfavorables en la salud física y psicológica.⁹

La psicopatología de la gestante puede prevenirse con mucho a base de un buen entendimiento, escuchando y guiando a la futura madre con tino, afecto y a la vez, energía, y procediendo a orientarlo en tal forma que no existan infundados temores.

La espera del nacimiento de un hijo, significan para cada mujer un acontecimiento que va a influir en la evolución del embarazo. Ello va a estar en relación con su constitución somática, con su modo de vida, con su grado de cultura y con su

edad. Juega en ello también un rol predominante, la situación moral y social, bajo las cuales se han producido la gestación y se va a producir el parto. No es lo mismo desde el punto de vista psíquico, ser madre soltera, ser madre abandonada, o ser madre, a la cual, no sólo el esposo sino los familiares y todas las personas que la rodea, le prodigan sus afectos y cuidados, que le otorgan no sólo la tranquilidad física y síquica, sino también seguridad económica y bienestar social.

En el proceso de embarazo se van a desencadenar en la mujer reacciones favorables o desfavorables que van a influenciar, en el desarrollo de la gestación y el proceso del parto y aún van a tener un rol decisivo en las relaciones psíquicas del puerperio. Sólo aquellas madres muy jóvenes y mentalmente débiles pasan por el embarazo y el parto, en forma insensata; la inmadurez les priva de participar de la alegría y felicidad de ser madres o las libera del miedo de serlo. Llegamos así al reconocimiento de que ya no podemos tratar a la gestante únicamente desde el punto de vista somático sino que teniendo en cuenta el rol altamente preponderante que juega el factor psíquico durante la gestación, para que ésta se desarrolle dentro de límites fisiológicos, lo que a su vez ha de resultar en un parto feliz.¹⁰ La mortalidad materna es considerada como un indicador del nivel de desarrollo, es resultado de una compleja interacción de factores propios de las poblaciones, así como de la capacidad de respuesta de los servicios de salud y de los factores intrínsecos de la mujer.¹¹ Abatir la mortalidad materna implica básicamente en promover en forma permanente, por un lado la cultura del autocuidado de la salud y la asistencia a los servicios médicos en las primeras semanas del embarazo y durante el evento obstétrico, así mismo, elevar la calidad de los servicios de atención, Institucional como favoreciendo la capacitación específica en el diagnóstico y tratamiento.¹², pero sin dejar de lado el aspecto psicológico de la mujer durante el embarazo, tomando en cuenta y evaluando la funcionalidad de la familia.

La funcionalidad familiar se refiere a las manifestaciones de adherencia, afecto, manejo y aceptación de los miembros en un núcleo familiar.

En la familia funcional: a) las relaciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros, se muestran satisfechos de estar juntos reconocen que cada uno tiene intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad; b) no existen coaliciones internas ni competencias entre ellas; c) los límites de la familia son claros y todos la ven como unidad; d) es una estructura de negociación para arreglar conflictos, hay una comunicación clara que permite la espontaneidad; e) existe empatía y f) hay apoyo emocional. En la familia disfuncional: a) hay líneas intergeneracionales borrosas; b) no existe actitud negociadora; c) se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás; d) los límites de la familia son imprecisos; e) las pautas de interacción resultan fijas y rígidas y f) las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.

Los indicadores para medir el funcionamiento familiar son: a) cumplimiento eficaz de sus funciones; b) desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros; c) existencia de reglas y roles flexibles; d) comunicación clara y efectiva que permita compartir problemas y f) capacidad de adaptarse a los cambios. La evaluación del funcionamiento familiar cuenta con un instrumento que mide los índices de función o disfunción familiar con este propósito se desarrolló el Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Adaptabilidad: habilidad de la familia para

cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.¹³ Los cambios fisiológicos que se producen en el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción.¹⁴

La tensión que genera las demandas exigidas por el puesto laboral en el embarazo expresadas en jornadas semanales a 50 horas y falta de apoyo social se asocian al bajo peso al nacer, en otro estudio hallaron correlaciones positivas entre las demandas psicológicas y la baja talla del neonato.

Otra variable que tomar en cuenta es el tiempo de trabajo que la gestante labora durante su embarazo ya que hay una asociación entre el mismo y trastornos de embarazo como la amenaza de pretérmino y la amenaza de aborto.

También son significativos los resultados que apuntan a las variables que aportan al estudio del bajo peso al nacer y otros trastornos relacionados con el periodo del embarazo que coinciden con variables clínicas y sociodemográficas como el sangrado vaginal, amenaza de parto pretérmino, la talla y el peso materno o el nivel socioeconómico.¹⁵

La evidencia sugiere que la tensión laboral favorece aumento de la presión arterial contribuyendo a la aparición de patologías como la hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, arteriosclerosis, infartos al miocardio, lo que se manifiesta en forma importante en la mujer embarazada.

El mecanismo sugerido es que el incremento de presión arterial es un factor de riesgo para el desarrollo de la arterioesclerosis por lo que probablemente la tensión laboral contribuya a la morbilidad y mortalidad, otros mecanismos estarían actuando entre estos la baja variabilidad cardíaca que se asocia a una activación repetida del sistema nervioso simpático.¹⁶

Los trastornos mentales son el resultado de la interacción de factores de riesgo genético y ambiental. El estrés materno proviene de factores psicosociales, complicaciones obstétricas, enfermedades psiquiátricas, respuesta emocional al embarazo, estas producen respuestas emocionales y fisiológicas en la madre las que repercuten en el feto. Las respuestas emocionales y fisiológicas de la madre a estresores producen cambios fisiológicos y metabólicos como hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, desnutrición y presencia de sustancias tóxicas. Existen pruebas de que los trastornos neurológicos y del comportamiento tienen su origen durante la vida fetal.¹⁷

Las manifestaciones psicológicas en el embarazo, es un proceso complejo en el que intervienen factores psicológicos y fisiológicos internos y externos, emocionales y cognitivos, adaptativos y patológicos que se producen ante situaciones de desequilibrio entre demandas y recursos. Está relacionado con la inhibición del sistema inmunitario y por tanto influye a nivel psicológico y biológico, afecta la salud y la evolución de las enfermedades.

7

Las alteraciones en el estado emocional tienen relevancia en la gestación y desarrollo de sus hijos se producen cambios neurohormonales como activación del sistema ergotropo-adrenérgico-simpático, aumento de la producción de neuropéptidos hipotalámicos (vasopresina, oxitocina y hormona de corticotropina (CHR), vasopresina junto con CRH estimula la secreción de adrenocorticotropina (ACTH).¹⁸

Se ha demostrado que la ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo que influyen en el desarrollo del embarazo.

La escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems, que permite determinar el grado de ansiedad del paciente, funciona como una entrevista semi-estandarizada, en donde se evalúa, en una escala de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima) las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades

intelectuales, depresión y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos.

El test de Hamilton para la depresión es una escala (de observación) heteroaplicada que ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento. La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960 fue revisada y modificada por el mismo autor en el año 1967 reduciéndola a 21 ítems de estos los 4 últimos no son útiles de valorar la gravedad o intensidad de la depresión por lo que en la práctica se ha utilizado una versión de 17 ítems.

Existen 2 versiones adaptadas al español, la primera por Conde en el año 1984 con una versión de 22 ítems y la segunda por Ramos-Briera y Cordero en 1986 quienes adaptaron y validaron la versión reducida de 17 ítems Su contenido se centra en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que tienen más peso.¹⁹

Fiabilidad: En sus 2 versiones esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92 según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0.92 en un estudio llevado a cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores entre 0.65 y 0.9.

Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y Escala de Melancolía de Bech oscila entre 0.8 y 0.9. Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia y mantienen un buen rendimiento en población geriátrica. Posee buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación con el tratamiento, aunque se ha sugerido que sería, más sensible a los cambios acontecidos en los síntomas de ansiedad que en los de depresión. Similares resultados se han obtenido en el estudio de validación de la versión española. El

índice de melancolía o subescala formada por los ítems arriba citados ha mostrado una, muy estrecha correlación con la versión completa de la escala y una sensibilidad al cambio terapéutico similar a ésta y similar también a la escala de Montgomery-Asberg.

Es importante evaluar la depresión, considerada como un estado en que existe pérdida del interés en la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfruta presencia de fatiga o falta de energía, inquietud o sensación de enlentecimiento, sentimientos de culpa o minusvalía, dificultades para concentrarse, alteraciones del sueño, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas con psicoterapia, las técnicas de relajación, la terapia cognitivo- conductual como la psicoterapia de apoyo puede ser útiles para tratar ansiedad que acompaña a la depresión, para los síntomas anímicos suele preferirse la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia interpersonal. Farmacoterapia. Se debe considerar su uso en embarazadas con depresiones moderadas a severas o cuando hay alta probabilidad de recidiva. La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el periodo grávido proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina.

Más del 40% de las mujeres embarazadas sufren de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos y del 10 al 15% desarrolla una enfermedad depresiva. Intervenciones psicoterapéuticas. Para mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas o con síntomas leve se recomienda psicoterapia. La terapia cognitivo-conductual y la interpersonal se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad. Farmacoterapia. La fluoxetina, la sertralina dosis de 20 a 40mg se traducen en niveles plasmáticos bajos en el lactante.²⁰

El informe mundial sobre 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. El estado de ánimo es uno de los factores que determinan como se relacionan las personas con la familia, los compañeros de trabajo y los amigos. La etapa del embarazo es un cambio vital para la vida de la mujer y de su grupo familiar en el cual se produce un alto grado de estrés que poder en juego las capacidades de adaptación individual y grupal. La OMS considera que para 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad, las mujeres son más propensas a presentar depresión en cualquier periodo de su vida en una proporción de 2:1 con los hombres siendo una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15-44 años. En el país la prevalencia de la ansiedad en adolescentes oscila de 5 a 20%.²¹

Ansiedad durante el embarazo. La OMS cada año registra aprox. 211 millones de embarazos en el mundo. En México datos obtenidos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 las madres sumaban poco más de 23 millones, el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 49 años era de 2.0 hijos.

10

Durante el embarazo se presentan una serie de connotaciones que motivan un aumento de las situaciones de estrés, ansiedad y depresión. Una es la edad son más frecuentes los embarazos después de los 35 a 40 años, otra en la mayor frecuencia de embarazos por técnicas de reproducción asistida, así como el estrés que generan las pruebas de diagnóstico prenatal. El embarazo es un estado biológico que causa cambios físicos, químicos y psicológicos. Estos cambios tienen una gran influencia en las conductas y emociones de la mujer, de ahí que la liberación de catecolaminas como son la adrenalina, noradrenalina, dopamina generadas bajo situaciones de estrés se traducen en un estado de ansiedad que repercuten hemodinámicamente en la embarazada. Las mujeres con un nivel excesivo de ansiedad interfieren con su funcionamiento psicológico y social, presenta sufrimiento y múltiples dificultades psicosociales, incluye a su compañero y a la familia, interfiriendo negativamente en la relación con su bebé. Hay

evidencia que puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología del bebé como bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y desarrollo del feto.²²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACION

En el país y en el estado de México el número anual de embarazos es considerablemente importante, cuya atención de primera intención realiza el médico familiar, quien debe estar preparado para abordar el proceso del embarazo de una forma integral, yendo más allá del proceso puramente médico y abarcar la evaluación integral de las pacientes tomando en consideración factores como del entorno familiar en el que se desenvuelve la paciente embarazada, su situación social, laboral, psicológica, personal ya que se ha descrito en diversos estudios que factores psicológicos, sociales, económicos y familiares tienen también efectos determinantes sobre la evolución del embarazo y que la familia siempre juega un papel importante en el proceso salud enfermedad, estudios psicodinámicos han demostrado que la mujer embarazada es psicológicamente más dependiente de las personas que se encuentran alrededor de ella, se encuentra en un estado de vulnerabilidad física psicológica y fisiológica, la fase perinatal, es descrita como una fase de máxima vulnerabilidad para la mujer , principalmente en países en vías de desarrollo como México debido a las eventuales complicaciones que pueden surgir, asimismo por los profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja , sus padres y el feto por lo que ha sido conceptualizado este periodo como una “crisis del desarrollo” del ciclo vital femenino

Conociendo que los altos niveles altos de ansiedad, depresión o alteraciones en la funcionalidad familiar afecta al recién nacido, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación.

En la mujer embarazada que acude a atención prenatal, no se le evalúa el estado emocional en que se encuentra, lo que puede provocar que factores que psicológicos y familiares presentes participen en una evolución desfavorable del embarazo como parto pretérmino, abortos espontáneos o enfermedades recurrentes durante todo el embarazo, así como relaciones conflictivas con la familia. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Los niveles de ansiedad-depresión y el grado de funcionalidad familiar se relacionan con la evolución del embarazo en mujeres embarazadas trabajadoras en la UMF 70?

JUSTIFICACION

Debido a que cada día mueren unas 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto donde en un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo , se vuelve imperativo analizar las variables psicosociales de las pacientes embarazadas , ya que numerosos estudios han concluido que la evolución del embarazo, está influenciado también por problemas psicosociales además de un riesgo biológico verdadero, el médico familiar como principal actor del primer nivel de atención debe estar siempre interesado en la situación biopsicosocial en la que se desenvuelve la paciente embarazada con el objetivo de identificar a aquellas con carencia de apoyo familiar, intervenir de manera positiva en el problema y modificar en la medida de lo posible el resultado final de la gestante mejorando su entorno familiar y creando redes de apoyo social y familiar que disminuyan el riesgo de complicaciones lo que se traducirá en una disminución de la morbi-mortalidad materna en nuestro medio, lo anterior basado en la realidad que demuestran estudios psicodinámicos los cuales han determinado que la paciente embarazada manifiesta una especie de “regresión emocional” con una tendencia a ser más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas y necesita de un mayor apoyo emocional de quienes las rodean, por desgracia muchas mujeres sobre todo de ambientes urbanos, no cuentan con esta red de apoyo por lo que se encuentran más aisladas y tienen que enfrentar todos estos cambios y ajustes solas, es importante conocer los factores de riesgo de nuestras pacientes para integrar un diagnóstico de salud familiar y prever riesgos de complicaciones sociales como la violencia, el abandono, rechazo, ignorancia, la falta de acceso a los servicios de salud que conllevan indiscutiblemente a complicaciones de tipo médico , el presente estudio tiene como objetivo el conocer cuál es el factor de riesgo psicológico y la funcionalidad familiar presentes en pacientes embarazadas que acuden a la UMF

70 en Ayotla, Ixtapaluca en el Estado de México, en aras de detectar a aquellas con mayor riesgo de complicaciones y diseñar estrategias adecuadas para mejorar los resultados de los embarazos, ya que los factores de riesgo han sido estudiados principalmente en adolescentes embarazadas; es importante conocer las características de las familias de las mujeres embarazadas de nuestro medio, para identificar aquellas con entornos poco propicios y otorgar un atención oportuna.

Este estudio es novedoso porque no existen estudios similares en la unidad.

Es interesante conocer los resultados para mejora las condiciones emocionales en la mujer embarazada en la unidad.

Es útil porque se cuenta con un número alto de mujeres embarazadas y los médicos nos enfocamos a los aspectos físicos del embarazo y soslayamos los aspectos emocionales y familiares de las mujeres embarazadas.

Es factible llevarlo a cabo porque se cuenta con los recursos materiales y humanos para llevarlo a cabo.

HIPÓTESIS

Los niveles de ansiedad-depresión y grado de funcionalidad familiar se relacionan con la evolución del embarazo en las mujeres trabajadoras en la UMF 70.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

El estudio se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar No 70 del IMSS ubicada en la zona oriente del Estado de México, la cual cuenta con 15 consultorios en los dos turnos tanto matutino, vespertino y servicio de atención médica continua las 24 horas del día. Los pacientes acuden por voluntad propia y son atendidos en su consultorio de adscripción.

DISEÑO DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Prospectivo, Longitudinal y Analítico ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

MUESTRA Y MUESTREO

La muestra se tomó de la población de estudio es decir 231 derechohabientes embarazadas trabajadoras de la UMF 70 de Ayotla.

Se estudio a mujeres embarazadas que cuenten con un trabajo en el momento del estudio, que acudan a consulta de control prenatal y que cuenten con los siguientes criterios.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE GRUPO

CRITERIOS DE INCLUSION

- Diagnóstico de embarazo confirmado por una prueba inmunológica de embarazo
- Cuenten con un trabajo fijo
- Acepten participar en el estudio
- Carta de consentimiento informado.
- Acudan a control prenatal desde el primer trimestre del embarazo

14

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Mujer con embarazo con patologías crónicas preexistentes
- Que cuenten con diagnóstico previo de depresión.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Mujeres con instrumentos llenados en forma incompleta
- Cambio de unidad de adscripción
- Pérdida de vigencia de derechos
- Muerte

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tamaño de la muestra

Fórmula:

$$n = Z^2 \times pq / d^2 (N-1) z^2 pq$$

En dónde:

n= tamaño de la muestra requerido

N= universo 304 pacientes trabajadoras con embarazo

Z= nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1.96)

p= prevalencia estimada de mujer trabajadora 5%

d= margen de error de 5% (valor estándar de 0.10)

q= proporción de los que no cuentan con características a estudiar 2%

Con respecto a la formula anterior, tomando en cuenta a la población embarazada de la UMF 70 que se encuentra con un total de **231** pacientes

DEFINICION DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Definición Operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	El tiempo cronológico desde el día de nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad	Cuantitativa Continua	Años
Escolaridad	Tiempo que dura la enseñanza	Grado escolar completado	Cualitativa ordinal	1 =No sabe leer y escribir 2= Primaria 3= Secundaria 4= Bachillerato 5 = Licenciatura
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no	Respuesta a la pregunta del estado civil de acuerdo con las opciones:	Cualitativa Nominal	1 =Soltera 2 =Casada 3= Unión libre 4 =Divorciada 5=Viuda

	pareja	soltera, casada, unión libre, divorciada o viuda.		
No. Gesta	Número de embarazos		Cualitativa	1. Primer embarazo 2. Segundo embarazo o más
Mujer trabajadora	Actividad manual o intelectual	Actividad manual o física que realiza la personal y recibe remuneración económica.	Cualitativa Nominal	1= obrera 2= empleada 3= profesionalista
Ansiedad	El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción	Test de Hamilton 20 preguntas	Cualitativa Ordinal	1 =Menor 2 =Mayor
Depresión	Presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o	Test de Hamilton	Cualitativa ordinal	1 =Ligera/menor 2= Moderada 3 =Severa 4 =Muy severa

	falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito			
Funcionalidad familiar	Instrumento para la aplicación de atención en familias disfuncionales.	Prueba de percepción del funcionamiento familiar. 14 preguntas	Cualitativa ordinal	1 = Funcional 2= Moderada funcional 3=Disfuncional 4=Severamente disfuncional.
Evolución del embarazo	Proceso que tiene una mujer embarazada que inicia desde la gestación hasta el nacimiento.	Tiempo de duración del embarazo, que culmina con la expulsión del producto de la concepción.	Cualitativa Ordinal	1= termino 2= pretérmino 3= amenaza de aborto 4= aborto

Variables independientes:

Depresión

Definición conceptual: Presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito

Definición operacional: es el resultado del test de Hamilton el cual mide: depresión leve, moderada, severa y muy severa.

Ansiedad

Definición conceptual: El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

Definición operacional: es el resultado del test Hamilton el cual se mide: ansiedad menor o mayor

Funcionalidad familiar

Definición conceptual: Instrumento para la aplicación de atención en familias disfuncionales

Definición operacional: es el resultado del instrumento FF-SIL el cual se mide: familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional o severamente disfuncional.

Variable dependiente

Evolución del embarazo

Definición conceptual: Proceso que tiene una mujer embarazada que inicia desde la gestación hasta el nacimiento.

Definición operacional: Tiempo de duración del embarazo, que culmina con la expulsión del producto de la concepción y que se considera normal o anormal dependiendo del tiempo que dura.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Posterior al dictamen de aceptado el estudio por un Comité local de investigación, se solicitó autorización de las autoridades de la unidad para llevar a cabo el presente estudio. Se localizo a las embarazadas por medio las sesiones educativas que se les brinda el día viernes y se les invitará a participar en el estudio, se les explico la importancia del llenado de los instrumentos en cada uno de los trimestres del embarazo. Se les dio a llenar los instrumentos antes de la sesión educativa en cada uno de los trimestres del embarazo. El muestreo se realizó en forma no probabilística por conveniencia

ANALISIS DE LOS DATOS

Se utilizó estadística descriptiva la población en estudio. Para variables cuantitativas se utilizó promedios y desviación estándar. Para variables cualitativas se utilizó proporciones.

Para comprobación de la hipótesis estadística inferencial con una significancia estadística de $p < 0.05$

Los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio se apega a las Normas éticas, con apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Cuando se realicen experimentos con animales, el investigador principal debe hacer explícito que se apegará a las normas y reglamentos institucionales y a los de la Ley General de Salud, al Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, con la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos Mexicanos.

El estudio representa un riesgo mínimo para las participantes, ya que consiste en una evaluación de su estado psíquico y evaluación de la funcionalidad familiar.

RECURSOS HUMANOS Y FISICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Factibilidad: El estudio fue factible ya que conto con los recursos necesarios para su realización.

Viabilidad: fue viable ya que alude a un problema de salud que requiere diversas investigaciones para su comprensión y modificación, aunado a que no transgrede la legislación en materia de investigación en seres humanos.

Se conto con cada paciente embarazada trabajadora que acepte la realización del Instrumento de investigación

Recursos materiales

Material	Cantidad
Encuestas escritas	231

Material impreso	500
Aula	1
Sillas	20
Lápices	20

Recursos humanos

1 investigador

1 trabajadora social

RESULTADOS

En el estudio de Niveles Ansiedad-Depresión y Grado de Funcionalidad Familiar y su relación con la Evolución del Embarazo en Mujeres Trabajadoras en la U.M.F No.70 que se realizó en la UMF 70 del IMSS en periodo comprendido del mes de noviembre del 2016 al mes de junio de 2017 se obtuvieron la siguiente información sociodemográfica en relación con la Edad se observa que el intervalo más frecuente en edad es la de 25 a 29 años fue de 76 (33%) y el intervalo de edad menor fue de 40-44 años con 3 pacientes (1%), en cuanto la Escolaridad la más frecuente fue de nivel Bachillerato con una frecuencia de 111 (48%) y la menor de Primaria con 6 (3%), en relación al Estado Civil el más frecuente fue Unión Libre de 121(52%) y la menor fue Divorciada 1 (4%), el Tipo de Trabajo la más frecuente fue de Empleada de 180 (78%) y la menos frecuente Obrera 23 (10%) y por Turno la más frecuente fue el Turno Vespertino de 136 (59%) y menos frecuente Turno Matutino 95 (41%). Tabla 1.

Tabla 1 Datos sociodemográficos del estudio Niveles de Ansiedad-Depresión y Grado de funcionalidad Familiar y su relación con la Evolución del embarazo en Mujeres Trabajadoras en la UMF 70

Variables	N-231	
	Frecuencia	%
Edad		
▪ 15 a 19 años	19	8
▪ 20 a 24 años	68	29
▪ 25 a 29 años	76	33
▪ 30 a 34 años	42	18
▪ 35 a 39 años	23	10
▪ 40 a 44 años	3	1
Escolaridad		
▪ Primaria	6	3
▪ Secundaria	67	29
▪ Bachillerato	111	48
▪ Licenciatura	47	20
Estado Civil		
▪ Soltera	49	21
▪ Casada	60	26
▪ Unión Libre	121	52
▪ Divorciada	1	4
Tipo de trabajo		
▪ Obrera	23	10
▪ Empleada	180	78
▪ Profesionista	28	12
Turno		
▪ Matutino	95	41
▪ Vespertino	136	59

FUENTE: Encuesta realizada a la población con embarazo de la UMF 70 del IMSS, en el periodo comprendido del mes de Noviembre del 2016 al mes de Junio de 2017

En el estudio de Niveles de Ansiedad-Depresión y Grado de Funcionalidad Familiar y su relación con la Evolución del Embarazo en Mujeres Trabajadoras en la U.M.F No.70 que se realizó en la UMF 70 del IMSS en periodo comprendido del mes de Noviembre del 2016 al mes de Junio de 2017 se obtuvieron la siguiente en relación con Ansiedad se observa que el intervalo más frecuente es la de

Ansiedad Menor fue de 186 (80.5%) y el intervalo de Ansiedad Mayor fue de 45 (19.5%), en cuanto la Depresión la mas frecuente fue de Menor 210 (90.9%), y Muy Severa 6 (2.6%), en relación a Funcionalidad Familiar la más frecuente fue de Funcional 116 (50.2%) y Severamente disfuncional fue de 11 (4.8%). Tabla 2.

Tabla 2 Ansiedad, Depresión y Disfunción familiar del estudio Niveles de Ansiedad-Depresión y Grado de funcionalidad Familiar y su relación con la Evolución del embarazo en Mujeres Trabajadoras en la UMF 70

Variables	N-231	
	Frecuencia	%
Ansiedad		
▪ Menor	186	80.5
▪ Mayor	45	19.5
Depresión		
▪ Menor	210	90.9
▪ Moderada	12	5.2
▪ Severa	3	1.3
▪ Muy Severa	6	2.6
Funcionalidad familiar		
▪ Funcional	116	50.2
▪ Moderada	78	33.8
▪ Disfuncional	26	11.3
▪ Severamente disfuncional	11	4.8

FUENTE: Encuesta realizada a la población con embarazo de la UMF 70 del IMSS, en el periodo comprendido del mes de Noviembre del 2016 al mes de Junio de 2017

DISCUSIÓN

En el estudio Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel²³ los resultados muestran que el rango de edad con mayor depresión fue de 16 a 20 años, se observó que el estado civil con mayor número de embarazadas deprimidas es el de unión libre

En estudio Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas²⁴ se estudiaron 103 embarazadas con un promedio de edad de 27.7 años (DE 5.53), 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%

En el estudio Depresión perinatal: Detección y Tratamiento²⁵ el trastorno puede ocasionar consecuencias negativas a la madre, el entorno familiar y en especial a la descendencia en la etapa de feto/lactante o incluso en épocas más tardías de la vida

En el estudio Depresión y Ansiedad en Embarazadas²⁶ de las cuales 67.3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66.1% algún nivel de depresión

En la Depresión en el embarazo²⁷ En México se observa que entre 12 y 14% de las embarazadas presenta depresión y entre 21.7 y 30.7%, sintomatología depresiva. Las embarazadas con depresión tienden a adoptar comportamientos poco saludables, por ejemplo, no buscan atención prenatal temprana y tienden a asumir conductas de riesgo, como; abuso de sustancias e inadecuada alimentación materna, esto incide en mayor riesgo de que el infante tenga bajo peso al nacer y de sufrir retraso en el desarrollo. Aunado a lo anterior, la depresión en el embarazo incrementa la probabilidad de padecer depresión posparto.

Entre los factores más frecuentemente relacionados con la depresión en el embarazo, se encuentra tener historia de depresión y/o de pensamientos suicidas alguna vez en la vida, así como tener antecedentes de abortos, ser multípara, soltera, con escaso apoyo social y no haber planeado o deseado el embarazo. Factores de riesgo muy similares –como historia de depresión e ideación suicida, ser multípara, no haber deseado el embarazo y no contar con apoyo– también se han identificado en madres mexicanas, así como vivir en unión libre versus estar casada.

La violencia de la pareja también incrementa el riesgo de sintomatología depresiva 6.2 veces, y el abuso en la infancia y adolescencia, particularmente la concurrencia de abuso sexual, físico y verbal se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva (3.1 veces) y ansiosa (3.7 veces) en embarazadas e ideación suicida a lo largo de su vida (13.7 veces)

CONCLUSIONES

En la investigación realizada acerca de los niveles de ansiedad- depresión y grado de funcionalidad y su relación con la evolución del embarazo en mujeres trabajadoras en la UMF 70 en Ayotla Estado de México se concluyó que existe ansiedad mayor y depresión muy severa y funcionalidad familiar severamente disfuncional por lo que se sugiere tener el servicio de Psicología para ofrecer atención e información y terapia orientada a las necesidades de cada una de ellas.

En consecuencia, se sugiere proponer la creación de centros de consejería para mujeres embarazadas trabajadoras (redes de apoyo) en donde exista atención individual e información orientada a las necesidades de cada paciente, proponer la creación de nuevas estrategias de intervención, orientación y difusión sobre el uso adecuado de métodos de planificación familiar, promover la unión familiar para evitar desintegraciones familiares ya que el núcleo familiar es la principal fuente de apoyo de las embarazadas para disminuir o erradicar conductas de riesgo y prevenir o disminuir la incidencia de embarazo y proporcionar información completa a la embarazada y su familia sobre las complicaciones inherentes del embarazo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Gráfica de Gant

ACTIVIDADES	Año	2016												2017												2018	
		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F		
1. Delimitación del tema a estudiar		X	X	X																							
2. Recuperación, revisión y selección de la bibliografía		X	X	X																							
3.- Pregunta de investigación, Marco teórico		X	X	X																							
4. Planteamiento del problema: Objetivos, Justificación, hipótesis, Diseño, planteamiento del análisis estadístico		X	X	X																							
5.- Bibliografía y anexos Registro en SIRELCIS y envió a CLIS					X																						
6.- Número de Folio por CLIS					X																						
7.- Realización de modificaciones y reenvío a CLIS						X	X																				
8.- Autorización de protocolo por CLIS								X	X																		
7. Recolección de la información										X	X	X	X	X	X	X											
8. Análisis de los resultados															X	X	X	X	X	X	X	X					
9. Escritura de informes																						X	X	X			
10.- Notificación del término al CLIS.																									X		
11.- Difusión del Trabajo de Investigación.																									X		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suarez M, El Médico Familiar y la atención a la familia. Rev. Pac. Medicina Familiar. 2006, 3 (4) 95-100
2. González I, Reflexiones acerca de la Salud Familiar. Rev Cub de Medicina General Integral. 2006:16(5) :508-512
3. Herrera V. Riesgo Reproductivo Revista de Ginecología y obstetricia México 2009
4. Lauro I, Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial ciencias médicas. 2002; vol. 2 p13-31
5. Conde-Agudelo A, Embarazo de alto riesgo. MD.CARTA DE LA SALUD. Fundación clínica del Valle Lili Junio 2005, (6) 61
6. Revista Aquichan Colombia Año 7 volumen 7 abril de 2007 Colombia. Teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto
7. Gómez M, Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo.Reprod Hum 2007; 21: 111-121
8. Gómez L, Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada Psic Ibero 2006 14 (2) 28-35
9. Diaz Mardorys, Depresión y ansiedad en embarazadas Salus 2013 17(2) 25-30.
10. Gómez M, Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo.Reprod Hum 2007; 21: 111-121
- 11.Ordaz K, Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el Estado de Morelos. Ginecol Obstet Mex 2010; 78 (7) : 357-364
12. Gómez B, Mortalidad Materna en el Estado de México Rev Med Crit 2008 (6) 199-203
13. Vargas J, Escuela para padres: El funcionamiento Familiar. Centro Regional de Investigación en psicología. 2008 (3) 1 19-22 2009
14. Gómez M, Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Grupo de control de trabajo y seguimiento del embarazo en la atención primaria. México 2010

15. Marrero M, Estrés psicosocial laboral en embarazadas del sector salud de ciudad de la Habana, Cuba 2005-2006 Rev Per Med Exp y Salud Pub 2008 25(2) 200-2003
16. Serrano R, Estrés laboral y salud Anales de Psicología 2009 25 (1) 150-159
17. Gavira A, Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología Rev. Col Psiq 35 (2) 210-224
18. Ribas O, Como influye el estrés materno durante el embarazo en la psicopatología futura del feto Tesina
19. Diaz Mardorys, Depresión y ansiedad en embarazadas Salus 2013 17(2) 25-30
20. Jadresic M, Depresión en el embarazo y el puerperio Rev Chi Neuropsiq 48 (4) 269-278
21. Sainz A, Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas Aten Fam 2013 20(1) 25-27
22. Gongora R, Ansiedad durante el embarazo Des Cien Enf 18 (7) Agosto 2010
23. Ruiz-Acosta GJ, Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel Salud y Administración Volumen 4 Numero 12 Septiembre-Diciembre 2017
24. Sainz-Aceves KG, Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas Aten Fam. 2013;20 (1): 25-27.
25. Jadresic M. Enrique, Depresión perinatal: Detección y Tratamiento Rev. Med. Clin. Condes 2014;25 (6) 1019-1028
26. Diaz, Mardorys AR, Depresión y Ansiedad en Embarazadas Salus vol.17, Num. 2 agosto 2013 pp. 25-30
27. Medina Mora ME, La depresión y otros trastornos psiquiátricos ANM 2015

ANEXOS

Anexo 1

Cédula sociodemográfica

CEDULA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Instrucciones: llenar con una X dentro del paréntesis según corresponda.

22

FOLIO _____ Nombre _____

Edad _____ NSS _____

Turno Matutino () Vespertino ()

Escolaridad

Sabe leer y escribir ()

Primaria ()

Secundaria ()

Bachillerato ()

Licenciatura ()

Estado Civil

Soltera ()

Casada

Unión libre ()

Divorciada ()

Viuda ()

Número de Gesta

Primera ()

Dos o más ()

Tipo de trabajo

Obrera ()

Empleada ()

Profesionista ()

Anexo 2. Carta de consentimiento informado.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Niveles de ansiedad-depresión y grado de funcionalidad familiar y su relación con la evolución del embarazo en mujeres trabajadoras en la UMF 70						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	U.M.F No.70 ubicada en C. Nicolás Bravo S/N Fraccionamiento José de la Mora CP 56556, Ayotla, Ixtapaluca, Estado de México						
Número de registro:	CLIES 2017-1401-15						
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el grado de ansiedad existente en la mujer embarazada trabajadora y su funcionalidad familiar adscrita a la U.M.F No.70						
Procedimientos:	Se tomará una muestra representativa de la población embarazada trabajadora, se procede al llenado de la cédula de recolección de datos y aplicación de los instrumentos de evaluación Test de Hamilton para ansiedad y FF-SIL. Una vez obtenido los datos se vaciarán a una plataforma electrónica para analizar la información y representar por medio de gráficas y tablas, para realizar su interpretación y emitir conclusiones.						
Posibles riesgos y molestias:	No existe riesgos o molestias en la aplicación de dicho protocolo, el tiempo requerido para contestar los 2 instrumentos de mediciones es de 10 min para FF-SIL Y 15 min para Test de Hamilton ya que las preguntas son de fácil comprensión						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el grado de ansiedad en la mujer trabajadora y de esta manera ampliar el conocimiento de su funcionalidad familiar como finalidad de formular estrategias que beneficien a la población afectada						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez obtenidos los resultados se darán informes y las conclusiones necesarias						
Participación o retiro:	El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de éste estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proteger la información actualizada que se obtenga durante el estudio.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							

Beneficios al término del estudio:	Se proporcionará un volumen de la Tesis realizada al Departamento de enseñanza de la U.M.F No.70 para consultar los resultados obtenidos y se fomentará la formación del Médico en relación a la detección y atención de las familias con problemas de comunicación y de esta manera reducir el incremento en la incidencia del embarazo en la población trabajadora.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Montes Castro Adrián, Médico residente de primer año. Matricula 99157220 Cel. 5537325607
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Anexo 3. Test de Hamilton para depresión

TEST DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Nombre _____

Instructivo. El presente test es para identificar el nivel de depresión que pueda estar presente en este momento. A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Adelante de cada frase marque con una X la casilla que mejor refleje su situación actual.

Respuestas	Marcar con X
Esta tristeza me produce verdadero sufrimiento	
No me encuentro triste	
Me siento algo triste y deprimida	
Ya no puedo soportar esta pena	
Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	
Me siento desanimada cuando pienso en el futuro	
Creo que nunca me recuperaré de mis penas	
No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	
No espero nada bueno de la vida	
No espero nada, esto no tiene remedio	
He fracasado totalmente como persona (madre, hija, profesional, etc)	
He tenido más fracasos que la mayoría de la gente	
Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	
No me considero fracasado	
Veo mi vida llena de fracasos	
Ya nada me llena	
Me encuentro insatisfecho conmigo misma	
Ya no me divierte lo que antes me divertía	
No estoy especialmente satisfecho	
Estoy harto de todo	
A veces me siento despreciable y mala persona	
Me siento muy infame (perversa, canalla) y despreciable	
No me siento culpable	
Presiento que algo malo puede sucederme	
Siento que merezco ser castigada	
No pienso que esté siendo castigada	
Siento que me están castigando o me castigaran	
Quiero que me castiguen	
Estoy descontenta conmigo misma	
No me aprecio	
Me odio (me desprecio)	
Estoy asqueado de mi	
Estoy satisfecha de mi misma	
No creo ser peor que otras	
Me acuso a mí misma	
Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme	
Siento que tengo muchos y muy graves defectos	
Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	
Siento que estaría mejor muerto	

Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera	
Tengo planes decididos de suicidarme	
Me mataría si pudiera	
No tengo pensamientos de hacerme daño	
No lloro más de lo habitual	
Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo	
Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo	
Ahora lloro más de lo normal	

Anexo 4. Test de Hamilton para ansiedad

TEST DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

Nombre _____

Instructivo: a continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Delante de cada frase marque una X a la casilla que mejor refleje su situación.

R = Raramente
A = Algunas veces
M = Muchas veces
S = Siempre

RESPUESTAS	R	A	M	M
Me siento más nerviosa y ansioso de lo normal				
Siento miedo sin ver la razón para ello				
Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor				
Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar				
Siento que todo va bien y nada malo puede suceder				
Los brazos y las piernas se me ponen trémulas y me tiemblan				
Me siento molesta por los dolores de cabeza, cuello y espalda				
Me siento débil y me canso con facilidad				
Me siento tranquila y puedo permanecer sentada fácilmente				
Siento que mi corazón late con rapidez				

Estoy preocupada por los momentos de mareo que siento				
Tengo periodos de desmayo o algo así				
Puedo respirar bien con facilidad				
Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies				
Me siento molesta por los dolores de estómago y digestiones				
Tengo que orinar con mucha frecuencia				
Las manos las siento secas y cálidas				
Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo				
Puedo dormir con facilidad y descansar bien				
Tengo pesadillas				

Anexo 5. Escala de funcionalidad familiar FF-SILL

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente

SITUACIONES	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los interés y necesidades de cada cual son respetados por el					

núcleo familiar					
14.Nos demostramos el cariño que nos tenemos					