

*Médico Residente de Medicina Familiar de Unidad de Medicina Familiar No 67 Ciudad Juárez, Chihuahua, México, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, adscrito al Hospital General Zona no. 35, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. IMSS. ***Médico especialista en Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 67, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. IMSS.

ORCID

*0009-0001-7984-4745

**0009-0005-7220-2802

***0009-0006-1700-4472

El presente es un artículo **open access** bajo licencia: **CC BY-NC-ND** (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 03-02-2026

Aceptado: 25-05-2026

Correspondencia:

Dra. Sonia Leticia Castañeda-Sánchez.

Correo electrónico:

doctorax8@yahoo.com.mx

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento de ninguna fuente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Disfunción familiar y depresión durante el embarazo en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Family Dysfunction and Depression During Pregnancy in a Family Medicine Unit in Ciudad Juarez, Chihuahua, Mexico

Disfunção familiar e depressão durante a gravidez em uma Unidade de Medicina Familiar em Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Sonia Leticia Castañeda-Sánchez,* Nadia Melina Saldivar-García,** Ulises García-Rodríguez.***

DOI: 10.62514/amf.v28i3.251

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación de disfunción familiar y depresión en embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar. **Métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal. Muestra no probabilística, en embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar Número 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Se aplicó la prueba de APGAR FAMILIAR para la exploración de la funcionalidad familiar y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Se solicitó la firma de consentimiento informado a las pacientes entrevistadas. **Resultados:** La media de edad fue 24.5 ± 5 años, predominó el grupo de 18-24 años (61.8%), unión libre (46.5%) y escolaridad preparatoria (50.6%). La prevalencia de depresión fue 14.2% (12.4% leve, 1.8% moderada); disfunción familiar 14.1% (12.4% leve, 1.8% moderada). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar ($\chi^2=22.692$, $p<0.001$). **Conclusiones:** La disfunción familiar se asoció significativamente con la depresión en este grupo de embarazadas en el primer nivel de atención. Se recomienda establecer estrategias de tamizaje psicosocial durante el control prenatal para la detección temprana y atención integral de la depresión en embarazadas.

Palabras clave: Embarazo, depresión, disfunción familiar.

Abstract

Objective: To determine the association between family dysfunction and depression in pregnant women registered at a family medicine unit. **Methods:** Observational, analytical, and cross-sectional study. Non-probability sample of pregnant women from Family Medicine Unit Number 67 of the Mexican Social Security Institute in Ciudad Juarez, Chihuahua, Mexico. The Family APGAR test was used to assess family functioning, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale was administered. Informed consent was obtained from all interviewed patients. Results:

The mean age was 24.5 ± 5 years, with the 18-24 age group predominating (61.8%), common-law marriage (46.5%) and a high school education (50.6%). The prevalence of depression was 14.2% (12.4% mild, 1.8% moderate); family dysfunction was 14.1% (12.4% mild, 1.8% moderate). A statistically significant association was found between depression and family dysfunction ($\chi^2=22.692$, $p<0.001$). **Conclusions:** Family dysfunction was significantly associated with depression in this group of pregnant women at the primary care. It is recommended that psychosocial screening strategies be implemented during prenatal care for the early detection and comprehensive care of depression in pregnant women.

Keywords: Prenatal care, Family medicine, Depression

Resumo

Objetivo: Determinar a associação entre disfunção familiar e depressão em gestantes cadastradas em uma unidade de medicina familiar. **Métodos:** Estudo observacional, analítico e transversal. Amostra não probabilística de gestantes da Unidade de Medicina Familiar nº 67 do Instituto Mexicano de Seguro Social em Ciudad Juárez, Chihuahua, México. O teste Apgar Familiar foi utilizado para avaliar o funcionamento familiar e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi aplicada. O consentimento informado foi obtido de todas as pacientes entrevistadas. **Resultados:** A idade média foi de $24,5 \pm 5$ anos, com predominância da faixa etária de 18 a 24 anos (61,8%), casamento de facto (46,5%) e ensino médio completo (50,6%). A prevalência de depressão foi de 14,2% (12,4% leve, 1,8% moderada); a de disfunção familiar foi de 14,1% (12,4% leve, 1,8% moderada). Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre depressão e disfunção familiar ($\chi^2=22,692$, $p<0,001$). **Conclusões:** A disfunção familiar esteve significativamente associada à depressão neste grupo de gestantes atendidas na atenção primária. Recomenda-se a implementação de estratégias de triagem psicossocial durante o pré-natal para a detecção precoce e o cuidado integral da depressão em gestantes.

Palavras-chave: Cuidados pré-natais, Medicina de família, Depressão

Introducción

La depresión durante el embarazo constituye un problema relevante de salud pública debido a su alta frecuencia y subdiagnóstico, lo que limita el tratamiento y seguimiento oportuno de las gestantes. La falta de atención adecuada puede afectar el desarrollo cognitivo y social del recién nacido, así como el vínculo madre-hijo. Muchas mujeres no identifican los síntomas depresivos o consideran que forman parte normal del embarazo, además de percibir que expresar malestar emocional podría interpretarse como “un fracaso” en su rol materno. Entre los factores de riesgo asociados destacan: *el bajo nivel educativo, desempleo, antecedentes de aborto, embarazo no deseado, temor al parto, violencia prenatal u obstétrica, eventos estresantes y disfunción familiar*.¹⁻³

La depresión perinatal es un trastorno complejo caracterizado por alteraciones emocionales, físicas y conductuales que suelen manifestarse desde el segundo o tercer trimestre de embarazo. Clínicamente puede presentarse con ánimo deprimido, pérdida de interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño, fatiga y cambios en el apetito; sin embargo, algunos síntomas pueden confundirse con cambios fisiológicos propios de la gestación o patologías concomitantes como anemia o trastornos tiroideos. Asimismo, pueden existir manifestaciones atípicas como irritabilidad, cefalea o consumo de sustancias.¹⁻⁵

El embarazo representa una etapa de importantes cambios hormonales, físicos, psicológicos y sociales que influyen directamente en la salud mental de la mujer. El incremento de estrógeno y progesterona altera la regulación de neurotransmisores relacionados con el estado de ánimo, favoreciendo síntomas de ansiedad, tensión emocional o depresión. Además, las modificaciones corporales, náuseas, fatiga, cambios en la imagen corporal y nuevas responsabilidades familiares y sociales pueden generar estrés, ambivalencia emocional y disminución de la autoestima.⁶⁻⁹ La salud mental perinatal comprende desde la concepción hasta el posparto y los primeros años de vida del recién nacido, por lo que su atención integral resulta fundamental. Dentro de los factores psicosociales asociados a la depresión prenatal, la disfunción familiar ocupa un papel importante. La familia debería constituir una fuente de apoyo, protección y desarrollo emocional; sin embargo, en familias disfuncionales predominan dinámicas de conflicto, violencia, invalidación emocional y falta de límites adecuados, generando ambientes estresantes y perjudiciales para sus integrantes.⁹⁻¹⁰ Estas dinámicas pueden ocasionar dificultades en la regulación emocional, problemas de

vinculación, tolerancia a la violencia y escasa capacidad para resolver conflictos, incrementando la vulnerabilidad psicológica durante el embarazo.^{10,11}

La depresión prenatal se asocia a consecuencias adversas tanto maternas como fetales. Entre ellas se describen: *parto prematuro, bajo peso al nacer, trastornos hipertensivos del embarazo, depresión posparto y alteraciones en el desarrollo cognitivo y conductual del niño*.^{12,13} Además, la madre puede presentar: *menor calidad de vida, incremento de conductas de riesgo, ideación suicida y dificultades con el vínculo afectivo y la lactancia materna*.^{13,14} A pesar de ello, gran parte de la investigación y atención clínica continúa enfocándose en la depresión posparto, dejando limitada la detección temprana de la depresión prenatal.¹⁵ El diagnóstico oportuno es fundamental; actualmente una de las herramientas más utilizadas para su tamizaje es la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo*, la cual permite identificar pacientes con riesgo y orientar una evaluación integral posterior.¹⁶⁻¹⁸ El tratamiento de primera línea -en cuadros leves a moderados- es la psicoterapia y las intervenciones no farmacológicas, incluyendo ejercicio físico supervisado.^{2,3} En casos moderados o graves pueden utilizarse antidepresivos, principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como fluoxetina, sertralina y citalopram, considerados de los más seguros durante la gestación.¹⁹⁻²⁰ El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación de disfunción familiar y depresión en embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar

Métodos

Estudio observacional, analítico y transversal en mujeres embarazadas atendidas en la unidad de medicina familiar No 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Mediante una muestra no probabilística durante el periodo de enero a junio del año 2025. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, en cualquier trimestre de gestación, que aceptaran participar mediante consentimiento informado.

La depresión se evaluó por medio de la *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo*, utilizando un punto de corte ≥ 13 . La funcionalidad familiar se evaluó mediante el test APGAR familiar, clasificando a las participantes en funcionalidad familiar normal o disfunción familiar. Ambos instrumentos cuentan con validación en población mexicana. Se realizó análisis estadístico descriptivo y se evaluó la asociación entre disfunción familiar y depresión mediante la prueba de χ^2 considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. El estudio se condujo conforme a los principios éticos para la investigación en seres humanos. Se entregó carta de consentimiento informado la cual fue firmada por las

participantes. Los resultados se notificaron al médico familiar correspondiente para seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 170 mujeres embarazadas, con edad media de 24.5 ± 5 años. La prevalencia de depresión fue del 31%, mientras que la disfunción familiar se identificó en el 14% de las participantes. Dentro de las características sociodemográficas predominó el grupo de edad de 18-24 años (61.8%), unión libre (46.5%), escolaridad preparatoria (50.6%), ocupación empleada (69.4%) y nivel socioeconómico medio bajo (67.1%). Las mujeres con disfunción familiar presentaron mayor frecuencia de síntomas depresivos en comparación con aquellas con funcionalidad familiar normal. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión ($\chi^2 = 22.692$; $p < 0.001$).

Discusión

Diversas investigaciones señalan que entre el 10 y 20% de las mujeres presentan síntomas depresivos durante el embarazo o el puerperio, especialmente aquellas con bajo apoyo social, dificultades económicas o relaciones de pareja inestables.¹ Con relación a la funcionalidad familiar, aunque la mayoría de las participantes no presentó disfunción familiar, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión durante el embarazo ($\chi^2 = 22.692$, $p < 0.001$). Las embarazadas con algún grado de disfunción familiar mostraron una mayor proporción de síntomas depresivos en comparación con aquellas con familias funcionales. Estos hallazgos coinciden con publicaciones recientes que destacan que la falta de apoyo familiar, conflictos de pareja y condiciones psicosociales adversas incrementan significativamente el riesgo de depresión prenatal y estrés emocional durante la gestación.^{21,22}

Los resultados también guardan similitud con estudios realizados en unidades de atención primaria y hospitales públicos, donde se han reportado prevalencias variables de depresión prenatal, asociadas principalmente a bajo nivel socioeconómico, ausencia de pareja estable, embarazos no planeados y escaso apoyo social. Investigaciones recientes han señalado que los síntomas depresivos tienden a incrementarse durante el segundo y tercer trimestre del embarazo debido a cambios hormonales, preocupaciones sobre el parto y adaptación emocional a la maternidad.^{1,21-23} Una de las limitaciones del estudio que al mismo tiempo abre la puerta para una investigación futura se refiere a que el seguimiento de las pacientes se realizó con el servicio de trabajo social y con los médicos tratantes -pero no directamente con los investigadores-.

Desde la perspectiva de la medicina familiar, estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias de tamizaje rutinario de depresión y funcionalidad familiar durante el control prenatal, especialmente en mujeres con factores sociodemográficos de riesgo. La detección temprana y las intervenciones oportunas, como: *consejería, fortalecimiento de redes de apoyo y atención psicológica breve*, pueden disminuir complicaciones obstétricas y mejorar el bienestar materno-infantil.²³ La disfunción familiar se asocia significativamente con la presencia de depresión durante el embarazo. La evaluación sistemática de la funcionalidad familiar en atención primaria constituye una estrategia clave para la detección temprana y el abordaje integral de la salud mental materna desde la medicina familiar.

Agradecimientos

Se agradece a las pacientes embarazadas que participaron en el estudio, así como al personal de la UMF No 67 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez, Chihuahua, México; quienes ofrecieron un importante apoyo para su realización.

Referencias

1. Secretaría de Salud. En México, dos de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo o después del parto [Internet]. Gobierno de México. Published May 10, 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/en-mexico-dos-de-cada-10-mujeres-presentan-depresion-durante-el-embarazo-o-despues-del-parto?idiom=es>
2. Yáñez GC. Depresión en el embarazo, lo que debemos saber como médicos de APS [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina. Published December 1, 2020. Accessed May 19, 2026. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2021/04/articulo-depresion-en-embarazo.pdf>
3. Albertini JGL, Benute GRG, Francisco RPV, Galletta MAK. Factors associated with depression during pregnancy in women receiving high- and low-risk prenatal care: a predictive model. *Front Psychiatry*. 2024;15:1326151. Published 2024 Jul 9. doi:10.3389/fpsy.2024.1326151
4. Falek I, Aciri M, Dominguez J, et al. Management of depression during the perinatal period: state of the evidence. *Int J Ment Health Syst*. 2022;16(1):21. Published 2022 Apr 25. doi:10.1186/s13033-022-00531-0
5. National Institute of Mental Health. Depresión [Internet]. National Institute of Mental Health. Accessed May 19, 2026. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>
6. Rodrigo A, Barranquero GM. Estado de ánimo en el embarazo [Internet]. Reproducción Asistida ORG. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/estado-de-animo-embarazo/>
7. Cigna Healthcare. Cambios emocionales durante el embarazo [Internet]. Cigna Healthcare. Published July 10, 2023. Accessed May 19, 2026. Disponible en: Cigna Healthcare – Cambios emocionales durante el

- embarazo
8. Bridle L, Walton L, van der Vord T, et al. Supporting Perinatal Mental Health and Wellbeing during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1777. Published 2022 Feb 4. doi:10.3390/ijerph19031777
 9. Moreira B. Educación en valores para la convivencia familiar: desde la mirada axiológica del trabajador social [Internet]. Published July 20, 2022. Accessed May 19, 2026. Disponible en: Dominio de las Ciencias – Educación en valores para la convivencia familiar, doi:10.23857/dc.v8i3.2853.
 10. Delgado-Ruiz, K., & Barcia-Briones, M. (2020). Familias disfuncionales y su impacto en el comportamiento de los estudiantes. *Polo del Conocimiento*, 5(12), 419-433. doi:https://doi.org/10.23857/pc.v5i12.2064
 11. Psychology Today. 5 lessons learned growing up in dysfunctional environments [Internet]. Psychology Today. Accessed May 19, 2026. Disponible en: Psychology Today – Dysfunctional environments
 12. Hassoon SM, Zeidan MAK, Ahmed S. Impact of depression in women during pregnancy. *Clin Psychiatry*. 2021;7(S6):118. doi:10.36648/2471-9854.7.S6.118.
 13. Quiñones F, Winters C, Hu L, Suvarnakar A. Untreated major depression during gestation: the physical and mental implications in women and their offspring. *Georgetown Med Rev*. 2023;1(1). doi:10.52504/001c.83340.
 14. Lang E, Colquhoun H, LeBlanc JC, et al. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ*. 2022;194(28):E981-E989. doi:10.1503/cmaj.220290
 15. Hankin BL, Demers CH, Hennessey EP, et al. Effect of Brief Interpersonal Therapy on Depression During Pregnancy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(6):539-547. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.0702
 16. Sioma-Markowska U. Pregnancy depression—a potential factor for postpartum depression [Internet]. Published March 2021. Accessed May 19, 2026. Disponible en: PubMed – Pregnancy depression and postpartum depression, doi:10.12740/PP/OnlineFirst/131699.
 17. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica: prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Published 2021. Accessed May 19, 2026. Disponible en: CENETEC – Depresión prenatal y posparto
 18. Oquendo CM, Lartigue BT, González-Pacheco I, et al. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008;22(3):195-202.
 19. H Clínic de Barcelona. Published 2020. Accessed May 19, 2026. Disponible en: Hospital Clínic Barcelona – Uso de antidepresivos en embarazo y lactancia
 20. Parpinel G, Rosso G, Galante A, et al. Effect of Depressive Disorders and Their Pharmacological Treatment during Pregnancy on Maternal and Neonatal Outcome. *J Clin Med*. 2022;11(6):1486. Published 2022 Mar 9. doi:10.3390/jcm11061486
 21. Contreras-Carreto, Nilson A., Villalobos-Gallegos, Luis, & Mancilla-Ramírez, Javier. (2022). Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cirugía y cirujanos*, 90(1), 128-132. Epub 14 de febrero de 2022. https://doi.org/10.24875/ciru.20001246
 22. Reyna-Martínez M, González-Ramírez MT, Vanegas-Farfano MT. Depresión y estrés percibido en una muestra de parejas mexicanas durante el embarazo primerizo. *Pensam Psicol*. 2022;20(2):1-15. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI20-2.depm.
 23. Suárez-Rico BV, González-Ludlow I, Mendoza-Ortega JA, et al. Depression and Anxiety During Pregnancy in Mexican Women: Prevalence and Associated Factors in the OBESO Cohort Study. *J Clin Med*. 2025;14(23):8364. Published 2025 Nov 25. doi:10.3390/jcm14238364