

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL



“FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA
UMF 92 EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2012”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92 CIUDAD AZTECA

TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA
MC.CORONA BAEZ JUANA

DIRECTOR DE TESIS
M.E.MF. OLIVIA REYES JIMENEZ

REVISORES DE TESIS
M.EN I.C. LUIS REY GARCIA CORTES
E.M.F.MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ
E.M.F. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES

TOLUCA, MEXICO 2014



REVISOR DE TESIS

**E.M.F MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA UMF 64
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



REVISOR DE TESIS

**E.M.F. EDGAR RUBEN GARCÍA TORRES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA UMF 75
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



REVISOR DE TESIS

**M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 64
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



“FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92 DE ENERO A DICIEMBRE 2012”



DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A mi hija Hannia Itzel, quien ha sido mi inspiración y motivación para los esfuerzos que he hecho en mi vida para superarme en mi formación profesional y quien al final ha soportado cada situación difícil que pasamos debido a esos esfuerzos. Dios la bendiga por eso.

A mi padre por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo. A mi madre a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntas, siento que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A mis hermanas Isabel y Rosario quienes han sido el cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentando en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ellas tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlas cada día más. Gracias por cuidar a mi hija en mi ausencia.

A mis hermanos Moisés, Joel, Aniceto, Francisco, Alejandro y David, que con su amor me han enseñado a salir adelante, gracias por su paciencia, gracias por preocuparse por mí, por compartir sus vidas y sobre todo gracias por estar en este momento tan importante en mi vida.

A ti Rosaide por tener la paciencia y dedicación en el cuidado de mi pequeña hija.

A todas mis cuñadas, sobrinas y sobrinos fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional

A Hery por su apoyo incondicional en el transcurso de mi formación, por compartir momentos de alegría como el nacimiento de nuestra hija, y demostrarme que siempre podré contar con él.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios quien me dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi hija por alentarme a seguir luchando por mis sueños.

Agradezco a mis padres por hacer de mí una persona de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron en todos estos años.

Gracias a mis hermanas, hermanos, cuñadas, sobrinos y sobrinas por ser fuente de apoyo en todo momento

Agradezco también de manera especial a mi directora de tesis quien con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo de la presente tesis.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la elaboración de esta tesis.

A mis amigas por estar siempre apoyándome.



FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UMF 92 EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2012.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en el periodo de la adolescencia, el embarazo en la adolescencia por lo general no planeado ni deseado, es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva a una disfunción familiar así como a un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en adolescentes embarazadas derechohabientes de la UMF 92, a las cuales se les aplico la escala de depresión de zung, realizando un análisis estadístico de las variables cualitativas porcentajes y tablas por medio del programa SPSS V 20

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudió a una población de 76 pacientes, de acuerdo a los datos obtenidos un 68.4% cursan sin depresión, 22% con depresión leve y 9% con depresión moderada, de las cuales 42% son amas de casa, 47.9% son solteras y 39.5% casadas llevan una buena relación de pareja un 52%, el mayor índice de depresión lo encontramos en la semana 27 a 40, entre la edad de 17 años con un porcentaje de 23.8%. Podemos decir que las adolescentes embarazadas que presentan el mayor número de depresión son las de 17 años de edad, las cuales se encuentran en el segundo trimestre de gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil soltera.



PALABRAS CLAVE.

Adolescente, depresión, embarazo



FREQUENCY OF DEPRESSION IN THE UMF PREGNANT TEENS IN THE PERIOD 92 JANUARY -DECEMBER 2012.

ABSTRACT

INTRODUCTION

One of the most difficult problems currently facing human reproduction occurs just at the time of adolescence , pregnancy in adolescence usually unplanned and unwanted , is regarded as a biomedical problem at high risk of complications during pregnancy and delivery, leading to family dysfunction as well as increased morbidity and mortality, perinatal and neonatal care. It also has cultural and psychological implications with great personal cost , educational , family and social

GENERAL PURPOSE

To determine the frequency of depression in pregnant adolescents.

MATERIALS AND METHODS

A study of observational. Descriptive. cross-sectional prospective beneficiaries of pregnant teenagers UMF 92 , to which we applied the Zung Depression Scale , performing a statistical analysis of the qualitative variables and table percentages through the program SPSS V 20

RESULTS AND CONCLUSIONS

We studied a population of 76 patients , according to data obtained 68.4% enrolled without depression, 22 % with mild depression and moderate depression 9% , of which 42 % were housewives , 47.9 % were single and 39.5 % married bear a good relationship as 52%, the highest rate of depression is found in the week 27-40 , between the age of 17 years old with a percentage of 23.8 % . We can say that pregnant adolescents have the highest number of depression are 17 years of age, which are in the second trimester of pregnancy , presenting higher average mild depression, with a good relationship with single status .

KEYWORDS.

Adolescent, depression, pregnancy



INDICE

I. MARCO TEORICO.....	13
I.1 Depresión.....	13
I.1.2 Epidemiología.....	13
I.1.3 Cuadro clínico.....	17
1.2 Adolescencia.....	18
1.3 Embarazo.....	20
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
II.1 Argumentación.....	26
II.2 Pregunta de investigación.....	28
III. JUSTIFICACIONES.....	29
III.1 Académica.....	29
III.2 Científica.....	29
III.3 Social.....	30
III.4 Económica.....	30
IV. HIPOTESIS.....	31
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	31
IV.1.1 Unidades de observación.....	31
IV.1.2 Variables.....	31
IV.1.2.1 Dependiente.....	31
IV.1.2.2 Independientes.....	31



IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	31
V. OBJETIVOS.....	32
V.1 General.....	32
V.2 Específicos.....	32
VI. METODO.....	33
VI.1 Tipo de estudio.....	33
VI.2 Diseño del estudio.....	33
VI.3 Operacionalización de variables.....	33
VI.4 Universo de trabajo.....	34
VI.4.1 Criterios de inclusión	34
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	35
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	35
VI.5. Instrumento de investigación.....	35
VI.5.1 Descripción.....	35
VI.5.2 Validación	35
VI.5.3 Aplicación	35
VI.6 Desarrollo del proyecto	36
VI.7 Límite de espacio	36
VI.8 Límite de tiempo	36



VI.9 Diseño de análisis	36
VII. IMPLICACIONES ETICAS	37
VIII. RESULTADOS Y DISCUSION	38
IX. CUADROS Y GRAFICOS	40
X. CONCLUSIONES	44
XI. RECOMENDACIONES	45
XII. BIBLIOGRAFIA	46
XIII. ANEXOS	50



I. MARCO TEORICO

I.1.1 DEPRESION

Se define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, de acuerdo con Cobo, se puede hablar de depresión según tres enfoques diferentes, como un trastorno es decir, cuando se presentan ciertos síntomas característicos y detectables, como un síntoma aislado en compañía de otros sin relación directa; o como un síndrome, basado en la tristeza y cuyos síntomas están relacionados. Se produce por diversas causas, acontecimientos de la vida diaria (pérdida o incapacidad para hacerles frente), cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos, factores genéticos y evolutivos; que originan una alteración funcional reversible de los mecanismos de gratificación y refuerzo y tienden a mantenerse por mecanismos de retroalimentación positiva o de “circulo vicioso” que impiden o retrasan la recuperación espontanea. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el 2020, la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y la tercera causa de morbilidad, después de las enfermedades coronarias y de los accidentes de tránsito. (2).

I.1.2 EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION

Una fuente de información actualmente disponible acerca de la depresión en México es la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre el 2001 y 2002. De acuerdo a la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida y según señala Kessler una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años. La encuesta permitió estimar que la tasa de



Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas

prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población en general de 18-65 años, solamente superada por los trastornos de ansiedad con una prevalencia anual de 6.8%.

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI, estimó una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presento en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo, se asocian con la prevalencia de depresión en el “último año”. En México como en el resto del mundo, los cohortes más jóvenes padecen tasas mayores. De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año, (IC95%=6.3-8.3) con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves. El estudio de la OMS comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que la de los hombres y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso. Las cohortes femeninas más jóvenes mostraron menores puntajes de tradicionalidad en cuanto a roles de género y las nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión. La comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar posibles factores de riesgo y protección, así como factores que pueden incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos a los servicios de salud. En este sentido resulta interesante considerar los resultados arrojados por estudios realizados en 18 países de diversas regiones del mundo (3,4)

Por las particularidades intrínsecas de la mujer la depresión las afecta en mayor proporción, a razón de 3:1. En México una de cada 10 personas que



acuden a los servicios de salud públicos cursa con depresión y entre los adolescentes es mayor la probabilidad de padecer la depresión debido a que se encuentran en una etapa de cambios somáticos, fisiológicos y psicológicos, definiendo a su vez su sentido de identidad, autonomía con escasas expectativas de éxito personal y social, cuando en su país no ven posibilidades de superación. (5)

En México se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad. En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25 % y la de la ansiedad de 10 %; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales. En el embarazo, los factores asociados a la depresión son depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento antidepressivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa de tiempo completo. (6)

I.1.3 CUADRO CLINICO

La Depresión (Clave CIE-10 F32), se define como episodios leves, moderados o graves, de decaimiento del ánimo, con reducción de energía y disminución de la capacidad de sentir placer, el interés y la concentración, con frecuente cansancio, incluso con esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se perturba, disminuye el apetito, decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. Los problemas depresivos más comunes son: Depresión Mayor, Distimia y Desorden Bipolar. Es el padecimiento psiquiátrico más frecuente que el médico de atención primaria enfrenta. Sin embargo, cerca



del 50% de los médicos no muestra buena disposición para la atención de quienes la padecen, por lo que es subdiagnosticada.

La depresión se manifiesta como un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés aunque en los adolescentes se puede manifestar de otras formas como irritabilidad, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración y de culpa, dificultad para pensar, ideación suicida, pobre auto cuidado de la salud y a través de 4 problemas típicos de la adolescencia: abuso de sustancias, iniciación sexual temprana y embarazo, deserción o problemas escolares y delincuencia. (7)

I.2 ADOLESCENTE

Definir la palabra adolescente en la sociedad es muy difícil ya que no existe un consenso sobre su significado; se admite la definición propuesta por la OMS que la precisa como “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo ya que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social e historia familiar.

Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; por esta razón se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada. La adolescencia temprana se considera entre los 10 y 14 años; ésta se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y coincide con la



pubertad. La adolescencia intermedia va entre los 15 a 17 años, y corresponde a un periodo caracterizado por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano. La adolescencia avanzada se considera entre los 17 y 19 años de vida; esta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico.(8)

Los cambios puberales que ocurren en este período, inducen el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados que generan ansiedad, disgustos y rechazo por parte de los adultos, temor, culpa o vergüenza en los jóvenes, llevándolos a ocultar su sentir, lo que dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada, favoreciendo a una actitud sexual temprana, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual y de cáncer cervicouterino.

En el mundo existen más de mil millones de adolescentes que aportan anualmente 15 millones de partos y de ellos el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. En España se producen 18 000 embarazos anuales en adolescentes, 7 000 deciden interrumpirse la gestación y 800 tienen entre 11 y 15 años.

En Colombia 70 de cada 1 000 adolescentes se convierten en madres cada año, el 12 % procede de zonas urbanas y el 16 % de zonas rurales; requieren de servicios de anticoncepción porque ya han tenido un hijo y siguen siendo adolescentes.

En los Estados Unidos las relaciones sexuales y el embarazo en la adolescencia ocupan el primer lugar entre los países desarrollados, a pesar de que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades tempranas.

En Cuba entre 1985 y 1990 la tasa de fecundidad de las adolescentes urbanas era de 8,5 hijos por cada 1 000 mujeres, con una proporción de



nacimientos en este grupo de 23 %. Esta cifra ha ido disminuyendo paulatinamente; aunque se consideran todavía elevadas, con 16 % de proporción de nacimientos en este grupo poblacional.(9,10)

I.3 EMBARAZO

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

La edad media del periodo de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea



serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada.

De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización.

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.

(10)

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematuridad. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica. El 80% de adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. Aunque el embarazo en las adolescentes tiende a disminuir con el tiempo, sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial. La reproducción del mismo esquema de una generación a otra plantea el problema de la prevención, muy lejos de ser perfecta. Se trata de un verdadero problema



de salud pública que no será fácil de resolver. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido. Se ha reportado que más de 8.1% de las adolescentes de 12-15 años tuvieron dos o menos visitas a control prenatal, menos que el porcentaje de las embarazadas de 16-19 años y de las adultas. Además, en este grupo de adolescentes son más bajos el promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y el Apgar y mayor frecuencia de cesárea. (11)

Otterblad y su grupo reportan que las adolescentes menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo de parto pretérmino, muerte fetal tardía y mortalidad perinatal, pero este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características socioeconómicas. Básicamente, este efecto se debe a la pobreza económica, al bajo nivel de escolaridad, a la falta de recursos de atención de salud y al rechazo que la sociedad le brinda a esta población. (12)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que hay en el mundo más de mil millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad; el embarazo en esta etapa representa poco más de 10 % de los nacimientos en el mundo. Para disminuir el número de embarazos durante la adolescencia, se debe proveer educación y acceso a los anticonceptivos, sin embargo, los adolescentes encuentran dificultades y barreras para acceder a los anticonceptivos y muestran desconfianza en cuanto a la confidencialidad. Estudios de casos y controles realizados en países como Sudáfrica y Reino Unido asocian el embarazo durante la adolescencia con la baja prevalencia del uso de anticonceptivos. (13)



Por otro lado, se ha reportado que cuando hay intención de embarazarse por parte de las adolescentes, estas no utilizan métodos anticonceptivos.

Se estima que en el año 2000 ocurrieron en el país 366 000 nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representó una tasa de fecundidad de 70 por mil mujeres en este grupo de edad. La fecundidad de la población adolescente es la más alta de todo el periodo reproductivo de la mujer. En México, hacia el año 2000, 30 % de las mujeres en edad fértil no usaba métodos anticonceptivos modernos. Entre las adolescentes mexicanas, 30 % no utilizó métodos anticonceptivos durante su primer contacto sexual, según datos de una muestra nacional realizada en el año 2006. Un estudio de una encuesta nacional previa había documentado que entre las adolescentes que informaron haberse embarazado, la iniciación de la vida sexual a temprana edad, la baja escolaridad y el estado civil de casadas incrementaron el riesgo. (14)

En México, el porcentaje de nacimientos registrados de madres menores de 20 años en el año 2005 fue de 17.4. En el estado de Chihuahua, este porcentaje correspondió a 20.4 y para el año 2007 se incrementó a 21.8.9 Esto situó a Chihuahua como el estado con el porcentaje más alto de todo el país. (15)

En el embarazo es frecuente hallar trastornos del sueño, ganancia de peso y fatiga y estas anomalías coinciden con los signos propios de la depresión, en esta última se encuentra además una tristeza inexplicable, pérdida de interés, sentimientos de culpa e irritabilidad, baja autoestima, falta de placer en actos que normalmente hacían feliz a la persona, sentimientos de desesperanza y abandono y hasta pensamientos de muerte.(16)

La depresión en el embarazo es un factor de riesgo para la depresión recurrente en toda la vida de la mujer y es conocido que tanto la depresión prenatal como la postnatal afectan negativamente el desarrollo del niño.⁷

Así mismo, la presencia de estas patologías durante el embarazo se asocia a una mala atención prenatal, nutrición inadecuada, depresión post-parto,



suicidio, mayor incidencia de partos prematuros y neonatos pequeños para la edad gestacional. A pesar de la importancia de las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación, uno de los problemas terapéuticos más observados en la literatura ha sido la ausencia de tratamiento apropiado. Se han utilizado, entre otros, fármacos antidepressivos, aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto. (17)

Entre otras cosas, si convertirse en madre es un acontecimiento significativo, el ser madre durante la adolescencia es una experiencia impactante: por el hecho de que adoptar el rol de madre sin tener todavía la madurez psicológica necesaria. Por otra parte, el significado de ser madre se instituye en la sociedad, convencionalmente; aunque, casi siempre ocurre como consenso grupal o social, ya que es un código de información que concierne a un objeto en particular, y ante el cual tiene como respuesta un comportamiento particular.

El embarazo adolescente ha sido presentado como una pauta de socialización tradicional que privilegia la maternidad entre ciertos grupos, en especial en zonas rurales y poblaciones pobres, pero también como un problema biomédico que eleva la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, con aumento de las tasas de morbilidad materna, perinatal y neonatal y que además tiene repercusiones en la esfera social habiendo sido llamado el síndrome del fracaso o puerta de entrada a la pobreza, porque se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, por lo general mal remunerado. La censura social sobre la joven y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos. Se recomienda el aplazamiento del inicio de la maternidad hasta el fin del período de la adolescencia. (18)



A pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno, las razones pueden ser múltiples, se le atribuye al género gran importancia pues la menarquia en las últimas décadas se inicia en las adolescentes entre los 9 y 12 años. Por otra parte el adolescente puede tener creencias equivocadas como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como; lástimas, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad.

Otro aspecto a considerarse es los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas. (19)

Aunque las tasas de natalidad han descendido para las adolescentes en la mayoría de países desarrollados, en América Latina y el Caribe, los descensos han sido escasos; por tanto el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública desafiante, a pesar de los progresos en la mejora de los servicios materno-infantiles y los cambios culturales en la región. (20)

Hallazgos consistentes en la investigación sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres



que en los hombres Algunos investigadores consideraban que la presencia de acontecimientos vitales graves se relacionaba para predecir depresión sólo en algunos casos, y que acontecimientos menos graves no se relacionaban en la predicción de la depresión. Sin embargo, en años recientes se ha observado que formas más leves de estrés en la vida cotidiana sí pueden desempeñar un papel importante en el inicio de la depresión. (21)

La incidencia creciente de este padecimiento y sus complicaciones a mediano y largo plazo hacen necesaria la instalación de un tratamiento temprano, oportuno y eficaz que incluya el uso de medicamentos antidepressivos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y el tratamiento psicosocial, como la psicoeducación, la psicoterapia interpersonal, y la psicoterapia cognitivo conductual; a esto se le conoce como tratamiento multimodal.(22,23)

La investigación de los trastornos mentales basada en criterios DSM-IV, incluyendo con especial relevancia la centrada en los trastornos depresivos, está examinando cada vez más la significación clínica de los síntomas y/o impedimento como una variable complementaria al diagnóstico. Estudios con adolescentes han mostrado que jóvenes con diagnósticos subumbrales de trastornos depresivos pueden tener consecuencias adversas en sus vida y niveles de impedimento, por el contrario, también se ha observado que cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno no es por sí mismo indicador de la presencia de un trastorno incapacitante ni de necesidad de tratamiento (24-25)



1.4 ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESION DE ZUNG

La “Escala Autoaplicada de Depresión de Zung”, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica, derivada en cierto modo de la escala de Depresión de Hamilton. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.(26)

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas. Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, e índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92).[27,28]

Los índices de correlación con otras escalas (escala de Depresión de Hamilton, inventario de Depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0,50 y 0,80. (27))



II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es un problema de orden mundial y en México no es la excepción, en nuestro país además de la problemática psicológica que conlleva el transcurrir y sobrellevar la adolescencia, se suma el enorme rezago social y educativo que mantienen a un gran número de jóvenes en la ignorancia y sin la necesidad de tomar decisiones libres, informadas y complicadas acerca de su vida en general así como en los aspectos sexuales y reproductivos.

Si a esto se le suma la inaccesibilidad a servicios especializados de atención, se aumenta aún más el riesgo de embarazos no planeados, los cuales afectan directamente en la vida y salud de las adolescentes. Siendo la parte más importante el alto índice de nacimiento de hijos de madres adolescentes y de muertes maternas en este grupo de edad.

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, considerada desde un punto de vista biológico como un fenómeno universal, ya que en cualquier grupo racial y cultural sus etapas y características biológicas son las mismas; pero desde el punto de vista psicosocial las características de los y las adolescentes se expresarán según las demandas y expectativas que la sociedad les fije. De allí, que la Organización Mundial para la Salud, la considera como la época en la que los jóvenes definen su posición con la familia, sus compañeros y la sociedad donde viven.

En esta etapa los jóvenes luchan con la transición de la niñez a la edad adulta, por lo tanto, constituye una etapa difícil de la vida, puesto que se tienen que enfrentar tanto a los cambios físicos, psicológicos y la maduración sexual necesaria para alcanzar el pleno ejercicio de su sexualidad. En efecto, es la etapa más compleja en la vida del ser humano,



por los cambios que en ella se operan. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2009), señala que muchos de las y los adolescentes se ven seriamente involucrados en problemas por no haber recibido una adecuada orientación sexual a tiempo, por parte de la familia, la escuela y demás instituciones del Estado, siendo uno de estos problemas el embarazo no deseado a temprana edad.

En tal sentido, el embarazo en adolescentes en el ámbito mundial, es considerado un problema emergente de salud pública y representa además, un problema social por las graves consecuencias médicas, psicológicas, económicas y demográficas que provoca. A esto, se suma no sólo su incidencia creciente, sino también, el hecho de que ocurra a edades cada vez más tempranas.

Al respecto, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia señala que: El 42% de las adolescentes en edades de 14 a 19 años, en todo el mundo, están embarazadas, el 33,95% ya son madres, dos de cada cinco de ellas, no habían salido de la primaria. Asimismo, las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidad de morir en el embarazo que las mujeres mayores de 20 años, constituyendo esta situación un problema de salud pública. Lo anterior denota el grave problema que representa a escala mundial la depresión y embarazo y a temprana edad, debido a que cada día, aumentan la cantidad de niñas que dejan de vivir su etapa de adolescentes, para convertirse en madres y tener que afrontar todos los problemas de criar bebés, sin la preparación y maduración emocional necesaria; además, del riesgo que representa el proceso del embarazo por las implicaciones en la salud.

La OMS estima un incremento cada día de la mortalidad infantil en un 5,6% bien sea por la madre o por la criatura al nacer. Asimismo, señala que el



Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas

riesgo de morir debido a causas maternas, es cinco veces más altas para mujeres de 10 a 14 años, que para las que tienen 20 o más años.

Un informe de evidencia de la agencia federal Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), afirma que la depresión es tan común en las mujeres durante el embarazo, como lo es después del parto. Los proveedores de salud y los pacientes pueden fallar en reconocer la depresión durante el embarazo, ya que los síntomas de depresión, tales como cansancio, problemas para dormir, cambios emocionales y aumento de peso, también pueden ocurrir con el embarazo y así no identificar en forma oportuna la depresión en estas pacientes.

¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas de la unidad de medicina familiar 92?



III. JUSTIFICACION

III.1 Académica

A través del presente estudio, establecer a la depresión como una enfermedad relacionada con las adolescentes embarazadas y de esta manera diagnosticar oportunamente esta patología y poder generar un perfil de atención integral en el primer nivel de atención.

III.2 Científica

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. El embarazo adolescente puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquía) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

El embarazo durante la adolescencia es un fenómeno que ha llamado la atención mundial desde el siglo pasado, particularmente en los últimos 30



años se acentuó la investigación para describir con mayor precisión el fenómeno. Las cifras estadísticas muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto, pues la frecuencia (en términos absolutos) del embarazo adolescente se ha incrementado.

III.3 Social

A través de esta investigación se pretenderá dar información sobre el impacto que ocasiona el embarazo en el proyecto de vida de las adolescentes embarazadas

III.4 Económica

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Generando un alto costo en los sistemas de salud.

Las adolescentes y madres adolescentes provienen de un hogar de recursos económicos bajos, su vida se les hace muy complicada porque a sus padres se le dificultan cubrir las necesidades de la joven y del recién nacido, mientras dure su proceso de formación académica. Pocas logran culminar y obtener una carrera, pero muchas desertarán de los estudios por las implicaciones económicas y con ello, se truncarán sus proyectos de vida.



IV: HIPOTESIS

Si la paciente adolescente se embaraza entonces tiene mayor riesgo de tener depresión.

IV.1 elementos de la hipótesis

IV.1.1 unidades de observación

Adolescentes embarazadas de la UMF 92

IV.1.2 variables

IV.1.2.1 dependiente

Depresión

IV.1.2.2 independientes

Adolescente embarazada

IV.1.3 elementos lógicos de relación

Si, la, se, entonces, tiene, mayor, riesgo, de, tener,



V. OBJETIVOS

V.1 general

- Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas.

V.2 específicos

- Identificar la relación de la ocupación y la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas.
- Identificar en que trimestre del periodo gestacional se encuentra el mayor índice de frecuencia de depresión.
- Identificar la edad que tiene la adolescente embarazada
- Identificar la relación del estado civil con la depresión
- Identificar el tipo de relación que tiene la adolescente embarazada con su pareja



VI METODO

VI.1 tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo

VI.2 diseño del estudio

El presente estudio se realizó en la UMF 92 de la subdelegación oriente del IMSS, la cual se encuentra localizada en Av. Central esquina santa Prisca, considerando a las pacientes que acudan a la consulta de dicha unidad, en ellas se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para aplicar la escala de Zung. Es un estudio observacional por lo que no se realizó manipulación de variables.

VI.3 operacionalización de variables

variables	Definición teórica	Definición operacional	Nivel de medición	indicadores	Ítem
Depresión	trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día	De acuerdo a la escala de Zung 25-49 normal 50-59 leve 60-69 moderada Más 70 severa	Cualitativa nominal ordinal	1.sin depresión 2.Leve 3.Moderada 4.Severa	1
Adolescente embarazada	Es el estado fisiológico de la mujer de 10 a 19 años que se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a termino	1-12sem 13-27sem 27-40 sem	cuantitativa	1.1er trimestre 2.2° trimestre 3.3er trimestre	2
Edad	Tiempo que una persona, ha vivido	Número de años	Cuantitativa	años	3



	desde que nació	registrados hasta el momento del estudio	continua		
Estado civil	Condición de cada persona en relación con derechos y obligaciones civiles.	de acuerdo al reporte civil mexicano	Cualitativa nominal	1.Casada 2.Soltera 3.Unión libre 4.viuda	4
Escolaridad	Grado de estudios	Número de años cursados	Cualitativa nominal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.otra	5
Ocupación	Es el tipo Trabajo empleo, oficio que desempeña una persona	Actividad a la que se dedica el paciente	Cualitativa nominal	1.Empleado 2.Sin empleo 3.Ama de casa 4.estudiante	6
Relación de pareja	Conjunto de dos personas que tienen alguna correlación	De acuerdo a como lo califique la paciente	cualitativa	1.Buena 2.Regular 3.Mala	7

VI.4 universo de trabajo

Pacientes adolescentes embarazadas que acudieron a la UMF 92 y cumplieron con los criterios de inclusión

La muestra se tomó a conveniencia.

VI.4.1 criterios de inclusión

- Adolescentes de 10 a 19 años embarazadas
- Derechohabiente en la unidad medicina familiar 92
- Aceptación voluntaria para contestar la encuesta



VI.4.2 criterios de exclusión

- Edad mayor a 19 años
- No ser derechohabiente de la unidad de medicina familiar
- No aceptar contestar la encuesta

VI.4.3 criterios de eliminación

- Responder la encuesta en forma incompleta
- Seleccionar más de una opción en la respuesta

VI.5. Instrumento de investigación

VI.5.1 descripción

La escala autoaplicada de depresión de Zung, (Self-Rating Depression Scale, SDS) desarrollada por Zung en 1965. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. . Fue una de las primeras en validarse en nuestro país

VI.5.2 validación

Los datos de esta escala son sensibilidad 91% y especificidad 72% de cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general.

VI.5.3 aplicación

Es una escala psicométrica compuesta por 20 preguntas, cada una con 4 posibles opciones de respuesta que valoran el estado de ánimo. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte de tiempo



y la mayor parte del tiempo) Dicha escala tiene un rango de puntuación de 20 a 80 puntos y se interpreta de acuerdo a los siguientes puntos de corte: no depresión <50 puntos, depresión leve 51-59 puntos, depresión moderada 60-69 puntos, depresión grave >69 puntos.

VI.6 desarrollo del proyecto

El presente estudio se realizó en la UMF 92 de la subdelegación oriente del IMSS, la cual se encuentra localizada en Av. Central esquina santa Prisca, considerando a las pacientes que acudan a la consulta de dicha unidad, en ellas se aplicaran los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para aplicar la escala de Zung.

VI.7 límite de espacio

Lugar donde se realizó: en Unidad de Medicina Familiar de primer nivel de atención médica perteneciente al IMSS localizada en La Delegación 15 Oriente del Estado de México, número 92, Se realizó la aplicación de la escala autoaplicable de depresión de Zung en las adolescentes embarazadas derechohabientes de esta unidad.

VI.8 límite de tiempo

El estudio se realizó de enero a diciembre del 2012

VI.9 diseño de análisis

La recolección de los datos se realizó en base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20



Análisis se realizó por medio de estadística descriptiva con medidas de tendencia central (moda, media, desviación estándar, frecuencia).

Como medida de asociación Chi cuadrada con nivel de significancia al 0.05%.

El presente estudio se realizó en la UMF 92 de la subdelegación oriente del IMSS, la cual se encuentra localizada en Av. Central esquina santa Prisca, considerando a las pacientes que acudan a la consulta de dicha unidad, en ellas se aplicaran los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para aplicar la escala de Zung.

VII. IMPLICACIONES ETICAS

De acuerdo a las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el artículo 17 y 18 de la misma, y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, se explicará a cada paciente el motivo del estudio, donde sus datos sociodemográficos y psicométricos se utilizaran solo con fines de investigación.

En los lineamientos y políticas en materia de investigación del IMSS, sólo se utilizarán para fines de investigación, se solicitará su autorización verbal y por medio del consentimiento informado, toda su información se mantendrá anónima, se tendrá además por escrito la declaración donde se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg.

Considerando el presente protocolo el riesgo se considera mínimo de acuerdo al Reglamento

La ley General de Salud en materia de Investigación para la salud artículo 17 fracción II.

Previo consentimiento informado. Anexo 1.



VIII. RESULTADOS Y DISCUSION

VIII.1 RESULTADOS

En el presente estudio “frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 92” en el que se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, siendo una muestra a conveniencia, obteniendo una población de 76 pacientes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión se puede mencionar en la tabla 1, De acuerdo a los datos obtenemos que un 68.4% cursan sin depresión, depresión leve en un 22% y 9% con depresión moderada, de un total de 76 pacientes. Tabla 2 De acuerdo a los datos obtenemos que un 68.4% cursan sin depresión, depresión leve en un 22% y 9% con depresión moderada, de un total de 76 pacientes. Tabla 3 Con una frecuencia mayor en adolescentes solteras (47.4%), 39.5 Son casadas. Tabla 4. Se encuentra un 68% entre las 27 y 40 semanas de gestación. Tabla 5. El 50% de las adolescentes considera que su relación de pareja es buena y el 17% considera que es mala. Tabla 6. El 50% de las adolescentes considera que su relación de pareja es buena y el 17% considera que es mala. El mayor índice de depresión lo encontramos en las embarazadas con 27-40 semanas de gestación con un porcentaje de 22.4% con depresión leve. Tabla.8. Las que mayor presentan depresión leve son las que tienen 17 a. con 23.8%, depresión moderada las de 18^a. con 12.9%.



VIII.2 DISCUSION

En México se ha informado una prevalencia de depresión de 17 a 22 %. En el mundo se refiere que dos de cada 10 embarazadas presentan depresión y dos de cada 10 tienen síntomas depresivos. Lo anterior varía de acuerdo con la forma de evaluar y diagnosticar la depresión, así como el punto de corte y las diferentes escalas (como la de Hamilton y la de Beck).

De acuerdo con el sistema de estadísticas oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los últimos tres años no se encontró registro de este diagnóstico en las unidades de primer nivel ni en las estadísticas delegacionales ni como motivo de consulta o envió a segundo nivel de atención médica. De acuerdo a los datos obtenemos que un 68.4% cursan sin depresión, depresión leve en un 22% y 9% con depresión moderada, de un total de 76 pacientes. Tabla 2 De acuerdo a los datos obtenemos que un 68.4% cursan sin depresión, depresión leve en un 22% y 9% con depresión moderada, de un total de 76 pacientes. Tabla 3 Con una frecuencia mayor en adolescentes solteras (47.4%), 39.5 Son casadas. Tabla 4. Se encuentra un 68% entre las 27 y 40 semanas de gestación. Tabla 5. El 50% de las adolescentes considera que su relación de pareja es buena y el 17% considera que es mala. Tabla 6. El 50% de las adolescentes considera que su relación de pareja es buena y el 17% considera que es mala. El mayor índice de depresión lo encontramos en las embarazadas con 27-40 semanas de gestación con un porcentaje de 22.4% con depresión leve. Tabla.8. Las que mayor presentan depresión leve son las que tienen 17 a. con 23.8%, depresión moderada las de 18ª. con 12.9%.



IX. CUADROS

Tabla 1. Depresión en adolescentes embarazadas UMF 92 IMSS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sin depresión	52	68.4	68.4	68.4
depresión leve	17	22.4	22.4	90.8
Depresión moderada	7	9.2	9.2	100.0
Total	76	100.0	100.0	

Fuente de información: encuesta

De acuerdo a los datos obtenemos que un 68.4% cursan sin depresión, depresión leve en un 22% y 9% con depresión moderada, de un total de 76 pacientes.

Tabla 2. Ocupación en adolescentes embarazadas UMF 92 IMSS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Empleado	16	21.1	21.1	21.1
ama de casa	32	42.1	42.1	63.2
Estudiante	28	36.8	36.8	100.0
Total	76	100.0	100.0	

Fuente de información: encuesta

De acuerdo a los datos obtenemos que un 21.1% cursan sin depresión, depresión leve en un 42.1% y 36.8% con depresión moderada, de un total de 76 pacientes.



Tabla 3. relación de semanas de embarazo con depresión en adolescentes de UMF 92 IMSS

		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	
1-12 semanas	% dentro de semanas de embarazo	55.6%	44.4%		100.0%
	% dentro de depresión	9.6%	23.5%		11.8%
	% del total	6.6%	5.3%		11.8%
13-27 semanas	% dentro de semanas de embarazo	73.3%	13.3%	13.3%	100.0%
	% dentro de depresión	21.2%	11.8%	28.6%	19.7%
	% del total	14.5%	2.6%	2.6%	19.7%
27-40 semanas	% dentro de semanas de embarazo	69.2%	21.2%	9.6%	100.0%
	% dentro de depresión	69.2%	64.7%	71.4%	68.4%
	% del total	47.4%	14.5%	6.6%	68.4%
Total	% dentro de semanas de embarazo	68.4%	22.4%	9.2%	100.0%
	% dentro de depresión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	68.4%	22.4%	9.2%	100.0%

Fuente de información: encuesta

El mayor índice de depresión lo encontramos en las embarazadas con 27-40 semanas de gestación con un porcentaje de 22.4% con depresión leve.



**Tabla 4. Relación de edad con depresión en adolescentes embarazadas UMF 92
IMSS**

		depresión			Total
		Sin depresión	depresión leve	Depresión moderad	
15	% dentro de edad		100.0%		100.0%
	% dentro de depresión		5.9%		1.3%
	% del total		1.3%		1.3%
16	% dentro de edad	83.3%	16.7%		100.0%
	% dentro de depresión	9.6%	5.9%		7.9%
	% del total	6.6%	1.3%		7.9%
17	% dentro de edad	70.6%	17.6%	11.8%	100.0%
	% dentro de depresión	23.1%	17.6%	28.6%	22.4%
	% del total	15.8%	3.9%	2.6%	22.4%
18	% dentro de edad	71.4%	23.8%	4.8%	100.0%
	% dentro de depresión	28.8%	29.4%	14.3%	27.6%
	% del total	19.7%	6.6%	1.3%	27.6%
19	% dentro de edad	64.5%	22.6%	12.9%	100.0%
	% dentro de depresión	38.5%	41.2%	57.1%	40.8%
	% del total	26.3%	9.2%	5.3%	40.8%
Total	% dentro de edad	68.4%	22.4%	9.2%	100.0%
	% dentro de depresión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	68.4%	22.4%	9.2%	100.0%

Fuente de información: encuesta

Las que mayor presentan depresión leve son las que tienen 17 a. con 23.8%, depresión moderada las de 18^a. con 12.9%.



Tabla 5. Estado civil adolescentes embarazadas UMF 92 IMSS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casada	30	39.5	39.5
	Soltera	36	47.4	86.8
	unión libre	10	13.2	100.0
	Total	76	100.0	100.0

Fuente de información: encuesta

Con una frecuencia mayor en adolescentes solteras (47.4%), 39.5 Son casadas..

Tabla 6. Relación de pareja adolescentes embarazadas UMF 92 IMSS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	buena	40	52.6	52.6
	regular	23	30.3	82.9
	mala	13	17.1	100.0
	Total	76	100.0	100.0

Fuente de información: encuesta

El 50% de las adolescentes considera que su relación de pareja es buena y el 17% considera que es mala.



X.CONCLUSIONES

Es importante llevar a cabo la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritó tratamiento y en las adolescentes embarazadas o con algún antecedente de riesgo. Como se refiere en la literatura, el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para depresión, lo cual concordó con lo identificado en esta población

Podemos decir que las adolescentes embarazadas que presentan el mayor número de depresión son las de 17 años de edad, las cuales se encuentran en el segundo trimestre de gestación, presentando en mayor promedio depresión leve, con una relación de pareja buena, con estado civil soltera.

El objetivo del estudio de identificar la frecuencia de depresión es relevante ya que en nuestro medio y en nuestra población, el incremento de la incidencia y prevalencia de la depresión en adolescentes embarazadas ha llegado a hacer un problema de salud pública, nos involucra a todos los niveles de servicio y en nuestro caso como médicos familiares de primer nivel, reconocer los factores que contribuyan al incremento, así como plantear estrategias para controlarlo, de ahí que nuestro estudio nos plantea la necesidad de valoración psicológica o psiquiátrica en el caso de considerar como un factor para patología de tipo depresivo y así enviarlos oportunamente a segundo nivel de ser necesario.



XI. RECOMENDACIONES

Después de analizar los resultados de la investigación, se hace necesaria la formulación de las siguientes recomendaciones:

- Se deben propiciar espacios de reflexión y análisis de las potencialidades de las adolescentes, en donde se reconozca su capacidad para el cambio personal y social.
- Se incorpore para todos los subsistemas, la cátedra de Educación Sexual
- Contar con un grupo interdisciplinario competente y sensible en las instituciones educativas y de salud para la atención y orientación a las madres adolescentes y adolescentes embarazadas.
- Promover la participación activa de los adolescentes en toda actividad que se relacione a su salud sexual, buscando su empoderamiento.
- Lograr la articulación en redes sociales y de salud con los diferentes actores sociales institucionales y de la comunidad, a favor del desarrollo integral y la salud de la adolescencia y juventud como condición para desarrollo sostenible.
- Búsqueda intencionada de depresión en adolescentes embarazadas en el primer nivel de atención.



XII. BIBLIOGRAFIA

1. Cantero TE, Ramírez PJ, factores psicosociales y depresión laboral: una revisión, Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2009;47 (6): 627-636.
2. Ceballos MI, Sandoval JL, Jaimes ME, Medina PG, Madera GJ, Francisco Y, et al. Depresión durante el embarazo epidemiología en mujeres mexicanas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48: 71-74.
3. Andrade PP, Betancourt OD, Vallejo CA, Segura CB, Rojas RM. Prácticas parenterales y sintomatología depresiva en adolescentes. Salud Mental 2012;3:29-36.
4. Barrientos AV, Mendoza SH, Sainz VL, Pérez HG .depresión y tipología Familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Archivos de Medicina Familiar 2010;12(3):
5. Humberto TL, Juan TP, Medina JM, Briones GJ, Meneses CJ. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Rev Mex de Pediat 2009;76 (1) 9-12
6. Blázquez MM, Torres FI, Pavón LP, Gogiascoechea FM, Blázquez DC. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. Salud en Tabasco 2010;1 (16):883-890.
7. Bonilla SO. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2010; 3 (61):207-213.



8. Martínez L, Romano WK. Depresión en adolescentes embarazadas. Enseñanza e investigación en psicología 2009;2(4):261-274.
9. Erlinda SV, María AM. ansiedad y depresión durante el embarazo. Informe médico 2013,15(2):51-56
10. Humberto TL, Torres PJ, Temahuaya FI. Embarazo en las adolescentes y su contenido semántico de amor, sexo y embarazo. Rev Mex de Pediat 2012 79 (3) 119-123
11. Panduro BJ, Jiménez CM, Pérez MJ, Panduro ME, Peraza MD. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol obstet Mex 2012;80(11) 694-704.
12. Osorio MI, Hernández M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle de Cuaca Colombia 2006. Colombia Medica 2011;42(3) 303-308.
13. Huanco AD, Ticona RM, Ticona VM, Huenco AF. frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital del Ministerio de Salud de Perú 2008. Rev Chil Obstet Ginecol 2012,77(2) 122-128.
14. Acosta VM, Cadenas AV. El embarazo en adolescentes factores socioculturales. Rev Med Inst Mex Seguro Social 2012; 50(4) 371-374.
15. Veytia LM, González AN, Andrade PP. Depresión en adolescentes el papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Mental 2012;35. 35:37-43.



16. Villas FR, De la Peña OF, Nogales I. tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental* 2011;34:403-407.

17. Cova SF, Rincón GP, Valdipia PM, Melipillon AP .prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes del sexo femenino. *Rev Chil Pediatr* 2008;79(6): 607-613.

18. MH Campbell MH, Maynard D, Roberti JW, Emmanuel JH. A Comparison of the Psychometric Strengths of the Public-domain Zung Self-rating Depression Scale with the Proprietary Beck Depression Inventory-II in Barbados. *West Indian Med J* 2012; 61 (5): 483

19. Zavala GM, Bautista TJ. Depresión en Mujeres en Perimenopausia de una comunidad Rural de Huimantla .*Arc. de Med.* 2009;5(4)23-37

20. Cantero-Tellez EA, Ramirez-Paez JA, Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión, *Rev Med Ins Mex Seguro Soc.* 2009;47 (6):627-636.

21. La depresión una crisis global, organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva 9 octubre 2012 disponible: <http://www.paho.org/gut/index.php?option=com> recuperado 23 mayo 2013

22. Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J *Rev. Salud Mental* 2012;35 (1):3-11

23. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Rev. Salud Publica Mex* 2013;55:74-80



24. Pereyra R, Ocampo J Silva V, Vélez E Costa D, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2010;27(4):520-526.
25. Lezama S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. Rev Psychol Colombia, 2012;6(1) : 91-101.
26. Zavala M, Bautista J, Quevedo E. Depresión en mujeres con perimenopausia de una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México. Archivos de Medicina (internet); 2009 disponible en : <http://www.archivosdemedicina.com> recuperada: 15agosto 2013
27. Zung WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965;12:63-70.



Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas

XIII. ANEXOS

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas"

Patrocinador externo (si aplica): NO

Lugar y fecha: UMF 92 IMSS, 2012

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: determinar frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas

Procedimientos: Aplicar escala de auto aplicación de depresión de Zung a las adolescentes embarazada
Adscritas a la UMF 92

Posibles riesgos y molestias: Inconformidad con las preguntas del cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Identificar niveles de depresión en adolescentes embarazadas y así poder canalizarlas para recibir un tratamiento adecuado

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro: EL TUTOR PODRÁ ACEPTAR O NO SU PARTICIPACION

Privacidad y confidencialidad: TODA LA INFORMACIÓN SERA CONFIDENCIAL.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: (Si aplica)

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:, Corona Báez Juana Núm. Cel. 0452411171256

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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, **Clave: 2810-009-013**



Frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas

ESCALA DE AUTOEVALUACION PARA LA DEPRESION DE ZUNG

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELACION DE PAREJA: _____

SEMANAS DE EMBARAZO: _____

Por favor marque una x la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. me siento decaído y triste				
2. por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. tengo problemas para dormir por la noche				
5. como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. tengo problemas de estreñimiento.				
9. mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. me canso sin razón alguna.				
11. mi mente está tan clara como siempre.				
12. me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. estoy más irritable de lo normal.				
16. me es fácil tomar decisiones.				
17. siento que soy útil y me necesitan.				
18. mi vida es bastante plena.				
19. siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20. todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				



CLAVES DE MEDICION PARA LA ESCALA DE AUTOEVALUACION DE DEPRESION DE ZUNG

Por favor marque una x la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1.me siento decaído y triste	1	2	3	4
2. por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. tengo problemas para dormir por la noche	1	2	3	4
5. como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. siento que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4
20. todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

El rango de calificación es de 20-80

25-49 normal.

50-59 ligeramente deprimido.

60-69 moderadamente deprimido.

70 o más severamente deprimido.