

11226
100



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
DELEGACION 2 NORESTE D.F.

“FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS”

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NORA BEATRIZ LEON OJEDA

GENERACION 2000 - 2003



IMSS

ASESOR DE TESIS: DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIOS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No 2 DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS”.**

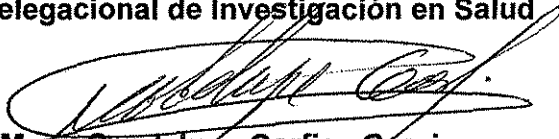
PRESENTA:

**DRA. NORA BEATRIZ LEON OJEDA
RIIMF
DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
ASESOR**

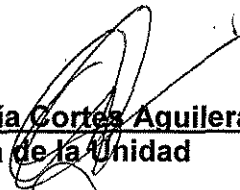
Autorizaciones:



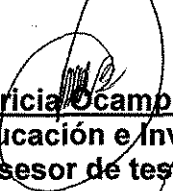
Dra. Patricia Leónor Pérez Sánchez
Coord. Delegacional de Investigación en Salud



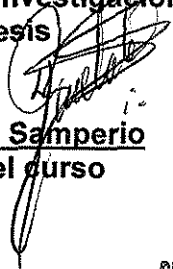
Dra. María Guadalupe Garfias Garnica
Coord. Delegacional de Educación Médica



Dra. Ana María Cortés Aguilera
Directora de la Unidad



Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefe de Educación e Investigación
Asesor de tesis



Dra. Lidia Bautista Samperio
Profa. Titular del curso



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. G. M.



DEDICATORIAS:

**A MIS PADRES Y HERMANOS:
POR EL AMOR INCONDICIONAL, ESPERANZA Y AYUDA BRINDADA YA QUE
SIN ESTA NO HUBIERA SIDO POSIBLE ALCANZAR MIS OBJETIVOS.**

GRACIAS

**A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS:
POR SUS CONOCIMIENTOS APORTADOS, LAS GRANDES EXPERIENCIAS Y
CONSEJOS BRINDADOS YA QUE CONTRIBUYERON A MI FORMACION
COMO MEDICO FAMILIAR.**

GRACIAS

AGRADEZCO:

A DIOS PORQUE SIN SU FE NO HAY CAMINO
PORQUE SIN CAMINO NO HAY ESPERANZA
PORQUE SIN CAMINO Y ESPERANZA NO HAY DESTINO

DESPUES DE LEER TODO LO QUE SE HA ESCRITO Y DESPUES DE
PENSAR TODO CUANTO PUEDE PENSARSE SOBRE DIOS Y EL ALMA, EL
HOMBRE QUE PUEDA DECIR QUE PIENSA SE ENCONTRARA FRENTE A LA
CONCLUSION DE QUE, EN ESTAS CUESTIONES, EL PENSAMIENTO MAS
PROFUNDO ES EL QUE MENOS FACILMENTE PUEDE DISTINGUIRSE DEL
SENTIMIENTO MAS SUPERFICIAL. *POE.*

INDICE

	Pág.
MARCO TEORICO	1
ANTECEDENTES	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
HIPÓTESIS DE TRABAJO	13
OBJETIVOS	13
VARIABLES	14
TIPO DE ESTUDIO	15
UNIVERSO DE TRABAJO	15
TAMAÑO DE MUESTRA	15
TIPO DE MUESTREO	16
PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN	17
METODOLOGÍA	19
CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO	19
CONSIDERACIONES ETICAS	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	20
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	22
ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	31

Marco teórico.

La adolescencia es el período en el que el ser humano presenta grandes contradicciones, confusiones y ambivalencias con su medio familiar y social. Siendo este el motivo por lo cual en la actualidad esta etapa de la vida ha tomado gran importancia, pues cada vez son más los problemas médicos y sociales que se presentan en este grupo de edad. (1)

El término Adolescencia etimológicamente proviene del latín "adolescere", que significa crecer o carecer. Algunos autores como Litte " nos dan una definición centrada en los aspectos biológicos y dice que es la etapa que sucede a la infancia y comienza con los primeros signos de la pubertad". En tanto Blos la define como "la suma total de todos los intentos para ajustarse la etapa de pubertad al nuevo grupo de condiciones internas y externas, que confrontan los individuos, enfatizando así, el desarrollo psicológico", mientras que Hallengted la define como "el período de la vida de una persona durante el cual, la sociedad en la que vive cesa de considerarlo un niño, para considerarlo como una persona adulta".

Conjuntando los elementos biológicos, psicológicos y sociales, se puede definir a la adolescencia como "una etapa de transición de la vida infantil en la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, durante esta el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y a los requerimientos socio-culturales de ese momento". En esta etapa existe desequilibrio e inestabilidad extrema, los adolescentes sufren pérdidas fundamentales, sobre su identidad infantil, valores, normas así como modificaciones corporales y físicas. En tanto los padres también experimentan sentimientos encontrados ante el eminente paso de la infancia de los hijos y el propio proceso de maduración, como mecanismo de defensa con demasiada frecuencia los padres manifiestan esta dificultad para aceptar el crecimiento con actitudes regresivas que los hacen conceputar al joven como su niño o niña.

La crisis que sufren los adolescentes sobre sus valores éticos, intelectuales y

afectivos, le generan conflictos de ambivalencia, desconfianza, ansiedad e incomprensión, que los lleva a responder con agresión, rebeldía y enfrentamientos constantes. Sin percatarse de esta situación el adulto se siente injustamente atacado, enjuiciado y amenazado, lo que le lleva a reaccionar con rechazo hacia el joven y refuerzo de su autoridad. Todo esto crea un circuito de retroalimentación, confusión e insatisfacción que con mayor frecuencia repercute en la aún no consolidada identidad del adolescente, lo que lo hace más proclive a tener actuaciones casi siempre perjudiciales para su salud.

Los padres y los medios de difusión constituyen los educadores sexuales más importantes en esta etapa, actuando a través de mecanismos espontáneos de socialización. De esta forma se transmiten mensajes que pueden estimular la adquisición de conductas riesgosas para la salud en general y particularmente en lo referido a la conducta sexo-genital. La sexualidad aparece desvirtuada, aislada de su componente afectivo y comunicativo. Se refuerza la construcción de roles sexuales estereotipados que no contribuyen a humanizar las relaciones entre los sexos.(2,3,4)

Desde el punto de vista biológico la adolescencia se inicia con los cambios físicos reconocibles de la pubertad y se divide en tres etapas:

ADOLESCENCIA TEMPRANA: Se inicia con el advenimiento del cambio puberal, época en la que aparecen nuevas maneras de expresión (sexuales y sociales) y nuevas habilidades. Se caracteriza por aumento de la introspección, aparición de sensaciones excitantes pero inexpresables en palabras y cambios de las proporciones físicas que hacen que se desestabilice la imagen corporal que se estableció durante los años escolares. Esta etapa ocurre aproximadamente entre los 12 a 14 años ; se caracteriza además por una gran labilidad emocional y vitalidad, existiendo una gran ansiedad y tensión interna que el adolescente no logra comprender, lo que lo lleva a reaccionar exageradamente ante situaciones normales, por todos estos cambios es considerada la etapa más difícil.

ADOLESCENCIA MEDIA: En esta etapa el adolescente logra integrar más los elementos de su identidad en formación, el varón se vuelve más integrado,

genuinamente viril y la niña se vuelve más femenina, en comparación con los conflictos psicológicos y sociales característicos de la etapa anterior. ADOLESCENCIA TARDIA: Etapa que se caracteriza por la consolidación de la personalidad, con estabilidad relativa y consonancia de los sentimientos y la conducta. Siendo esta etapa un periodo de elecciones en ocasiones irreversibles: trabajo, carrera profesional, etc. Siendo el paso anterior a la edad adulta. (3,4,5,6,9,10,11)

EMBARAZO EN ADOLESCENTES: Según cifras de provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo adolescente representa poco mas del 10% de todos los nacimientos a nivel mundial. Los embarazos en adolescentes Mexicanas alcanzan medio millón por año. En un estudio en 1996 se registraron más de 10 000 nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años. En la encuesta Nacional sobre fecundidad y salud diseñada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaria de Salubridad y Asistencia de México 32.7% de los adolescentes revelo haber tenido relaciones sexuales al menos en una ocasión; con mayor proporción en hombres. La edad promedio de inicio de la vida sexual en mujeres fue a los 17 años en tanto que en los varones fue a los 16 años, por lo que no es difícil creer que el 20% de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años. Mas del 95% de los embarazos en adolescentes son involuntarios, teniendo consecuencias medicas y psico-sociales negativas para madres e hijos. Las madres adolescentes enfrentan tasas mas altas de pobreza y dependencia a largo plazo, en comparación con las que retrasan la procreación y sus hijos tienden a presentar menores puntuaciones cognitivas, mas dificultad escolar, peor salud y mayores índices de delincuencia en el futuro.

El embarazo en adolescentes ha sido ampliamente estudiado desde la perspectiva de las complicaciones medicas entre estas, las más relevantes son: Preeclampsia/ Eclampsia, hemorragia, infección, parto predetermino, retardo en el crecimiento intrauterino, desproporción cefalopélvica, cesárea, parto con fórceps y muerte perinatal. (6,12,13,14)

El impacto psicosocial del embarazo a edad temprana incide directamente en la alta proporción de muertes infantiles en el primer año de vida de los hijos de madres adolescentes. (15)

Actualmente la salud sexual de los adolescentes se ha constituido en un problema para nuestro país, esto condicionado por las características socioculturales actuales que han prolongado el período de autosuficiencia laboral y económica de los jóvenes lo que los lleva a mantener relaciones sexuales de riesgo con el consiguiente problema de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo SIDA. Por tal motivo la Organización Mundial de la Salud ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de los adolescentes. Además la mortalidad se duplica en ellas al comparar sus tasas de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años. (16)

La Depresión en la actualidad, de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud es un serio problema de Salud Pública. Esto es debido al incremento notorio de su prevalencia en los últimos años de 10-15% en población general. La presentación de síntomas somáticos, como el insomnio, la cefalea, la anorexia, la disminución del deseo sexual (depresión enmascarada), hace que el enfermo visite al médico, quien si no tiene presente la posibilidad de este trastorno afectivo, puede originar serios problemas iatrogénicos en el enfermo. La depresión es pues, un estado de desaliento profundo marcado por apatía, negatividad emocional e inhibición conductual. Es todo lo concerniente a como se alteran los sentimientos de las personas y como es que esta alteración tiene una repercusión no solo en su "humor", sino también en sus capacidades mentales, sus actitudes y su forma de apreciar a las demás personas y a todas las cosas que los rodean, pero especialmente, así como, la forma en como se conciben. Conlleva una carga de problemas e incertidumbres relacionados con todos sus aspectos, desde sus síntomas hasta su diagnóstico e inclusive desde su tratamiento y sus efectos secundarios. El principal problema con la palabra depresión es que, coloquialmente se utiliza de maneras inadecuadas, aplicándose

a una serie de actitudes o situaciones que tergiversan el verdadero significado, sugiriendo la presencia de una enfermedad mental, y que en algunos casos, puede parecer muy severa. Comúnmente se utiliza para expresar un estado anímico decaído o una forma de tristeza que puede ser muy ligera y temporal (1,16,17).

La Depresión ha estado con la humanidad desde el principio de la misma, a lo largo de la historia del ser humano. Antiguamente conocida como melancolía, palabra utilizada por Hipócrates para describir la depresión. ya desde los griegos era conocida como un desorden del estado de ánimo; considerada por ellos como un exceso de melancolía o "bilis negra" en el cuerpo de quien la padecía, como la llamó Areteo de Copadocia. La palabra melancolía se deriva del griego melas, que significa "negro" y chole, que significa "bilis", Galeno lo reafirma. Paracelso en el siglo XIV habla tanto de la depresión endógena como de la exógena. Los griegos creían que esta enfermedad, ya fuera física o mental, era originada por la falta de equilibrio en el cuerpo entre lo que ellos conocían como los "cuatro humores o fluidos del cuerpo: sangre, bilis(amarilla), melancolía(bilis negra) y flema. Se cree que los griegos sabían bastante sobre los síntomas de la depresión, puesto que la asociaban con el adormecimiento, la irritabilidad, y la aversión hacia la comida. En el siglo XIX Emil Kraepelin habla de la melancolía atónita, Kahlbaum utilizó el termino de distimia. Se logro un mejor conocimiento acerca de la naturaleza tanto de la melancolía, la depresión y de otros desordenes mentales hasta que apareció el científico austriaco Sigmund Freud (1856-1939) quien publica en 1911 su trabajo duelo y melancolía.

La depresión es una entidad muy frecuente, la expresión clínica de los síntomas depresivos oscila entre ligeros cambios temporales de humor y una psicosis depresiva grave e incapacitante. Hay una tendencia a verse como un fracasado, aunque este no sea el caso. También es común una disminución en la actividad, una pérdida de la función sexual y el apetito. En 1981 el DSMIII en su tercera edición cambia los nombres por Trastorno distímico para la Neurosis depresiva y de trastorno afectivo para la psicosis maniaco depresivo y en 1994 clasifico a los estados de animo en trastornos bipolares y depresivos (trastorno distímico, y

trastorno depresivo mayor: episodio único y recurrente) (1,16)

Desde el punto de vista fisiológico podemos hablar de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina en la química cerebral (sustancias químicas que son liberadas en pequeñas cantidades por los extremos de las fibras nerviosas, como respuesta al arribo de un estímulo nervioso, los cuales son mensajes que se transfieren de una neurona a otra, y el funcionamiento cerebral depende de esta comunicación entre ellas), principalmente el llamado serotonina que al encontrarse disminuido condiciona la presencia de la depresión; así como, las alteraciones de la función tiroidea, pueden contribuir a las tasas excesivas de depresión en mujeres. La hormona tiroidea aumenta la sensibilidad de receptores B adrenérgicos postsinápticos, que a su vez, afectan el estado de ánimo. Además, la depresión puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del humor. Los síntomas se desarrollan de manera gradual durante un periodo de muchos meses o, de manera más impresionante, durante un periodo más breve, en muchos casos después de una pérdida importante o una crisis de estrés, aunque no es necesario que ocurra así. En general, cuanto más temprana sea la edad de iniciación más probable que haya recurrencias.

La depresión clínica que se prolonga más de lo previsto puede considerarse como un síndrome (conjunto de síntomas) e incluye lo siguiente: Alteración importante del ánimo. Animo deprimido, sensación de insuficiencia, apatía crisis de llanto, ideas suicidas, sentimientos de culpa; así como cambios importantes en la energía personal, fatigabilidad general y pérdida del interés en las actividades habituales, retardo de las funciones, desde pérdida del apetito hasta alteraciones del sueño, pues se observa con frecuencia que las pacientes no pueden conciliar el sueño o se despiertan de madrugada. Hay síntomas somáticos, cefaleas, crisis de ansiedad o palpitaciones. Son frecuentes los síntomas hipocondríacos; Así como también cambios sensoriales. Por lo que se refiere a las funciones intelectuales se manifiesta menos capacidad de concentración y hay afectación de la memoria y la orientación. En cuanto al aspecto, presentan una expresión facial deprimida y uniforme. La conducta puede ser agitada (excitada y activa) o retardada.

No es necesario que ocurran todos estos síntomas para que se efectúe él

diagnostico de depresión

(16,18)

Reconocimiento de la depresión; Aarón Beck, una autoridad en depresión formuló un cuestionario para medir la depresión, en el que contempla los aspectos afecto cognitivos en los primeros catorce apartados y vegetativo somáticos en los siete restantes; los indicadores que mide con esta escala son: 1).Tristeza; 2).Pesimismo;3).Percepción de fracaso; 4).Insatisfacción; 5).Sensación de culpa; 6).Sensación de castigo; 7). Autoestima baja ; 8).Autocrítica elevada; 9).Ideación suicida; 10).Tendencia al llanto; 11).Irritabilidad; 12).Aislamiento; 13).Indecisión; 14).Interés por las cosas; 15).Esfuerzo por hacer las cosas; 16).Dificultad para dormir; 17).Sensación de cansancio; 18).Pérdida del apetito; 19).Pérdida de peso; 20).Interés por la salud; 21).Disminución de la libido e incluyo una última pregunta acerca del estado de ánimo al momento de contestar el instrumento y él sugiere que la persona que responda a este debe suponer que experimenta algo mas que una fluctuación menor en el estado de animo cuando existen cinco condiciones:

- 1.-Tiene una opinión negativa consistente de sí mismo
- 2.-Se critica y se culpa a sí mismo con frecuencia.
- 3.- Les da interpretaciones negativas a acontecimientos que por lo general no le importarían
- 4.- El futuro se ve poco prometedor y negativo.
- 5.-Siente que sus necesidades son abrumadoras.(16)

El comportamiento de la depresión señala una mayor probabilidad de esta en mujeres, siendo dos veces mayor que en los hombres. Los años de mayor riesgo de depresión en mujeres coincide a grandes rasgos con el periodo de la menarca y la menopausia . Además, los fenómenos de la reproducción, en particular el nacimiento de los hijos, tienen gran relación con síntomas y trastornos depresivos. El riesgo excesivo en mujeres refleja en gran parte su probabilidad aumentada de un primer episodio entre los 15 y los 44 años de edad. Las autoridades creen que las condiciones sociales y ambientales son la razón principal de esta diferencia.

Entre los factores que contribuyen a mayor riesgo de depresión en las mujeres se incluyen conflictos entre el trabajo y la maternidad, estrés reproductivo, la tensión de proporcionar apoyo emocional a otros, pleitos conyugales, abuso físico y sexual y la pobreza. En el ámbito Nacional la pobreza se concentra en los niños y en las mujeres pobres. Como resultado las mujeres pobres con frecuencia sufren el estrés asociado a la condición de madres solteras, la pérdida del control sobre sus vidas, una vivienda deficiente y vecindarios peligrosos.(12)

Antecedentes científicos.

Se ha reconocido a la depresión como el cuarto padecimiento que afecta a la población mundial en cuanto al peso de esta enfermedad se ha identificado como responsable de uno de cada diez años de vida perdidos por la población. Se calcula que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar después de los problemas cardíacos. Un cálculo similar en nuestro país sobre la discapacidad y muerte prematura por trastornos depresivos mayores, indica una tasa de 74.6 en los varones y una tasa de 148.6 en las mujeres.

Los padecimientos afectivos, específicamente el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia (TD), pertenecen al grupo de padecimientos psiquiátricos más frecuentemente encontrados entre los adolescentes, tanto en poblaciones clínicas como epidemiológicas (19). Han sido las enfermedades que se han relacionado más con el bajo aprovechamiento académico y desde hace más de diez años se ha observado que los padecimientos afectivos se vinculan directamente con menor desempeño escolar y menor socialización (20); ya en estudios más recientemente reportados se observa que en un 92% de los adolescentes deprimidos manifiestan un decremento en su productividad académica (21).

Las poblaciones clínicas de adolescentes manifestaban hace veinte años prevalencia del 28% para el TDM (22,23), debido al incremento secular de este padecimiento los índices hoy en día de esta enfermedad son del 38% (24) al 40% (25). Los estudios epidemiológicos sobre adolescentes, basados en muestras de escolares europeos y norteamericanos, han reportado índices de entre 1.6% y 8% (26), sin embargo, existen investigaciones abiertas rusas y japonesas que han identificado prevalencias de síntomas depresivos severos en 19% y 57%, respectivamente, de sus adolescentes evaluados (27,28). Probablemente, la variabilidad de los resultados en los reportes de prevalencia clínica y epidemiológica se relacionan con las características culturales y sociales específicas de las muestras. En cambio existen muy pocos estudios en poblaciones abiertas de adolescentes mexicanos o de origen latino. En 1992 se

realizó una investigación en Guatemala la cual determinó que 35% de los adolescentes de su muestra abierta cursaban con TDM (29); en 1995 Medina-Mora y sus colaboradores demostraron que los síntomas depresivos diferenciaban a un grupo de adolescentes de la ciudad de México que usaban drogas contra los adolescentes que no las usaban (30); las interacciones entre los adolescentes y sus padres, y su relación con los síntomas de la ansiedad, también han sido estudiados en la capital mexicana (31). Llama la atención que fuera de la región se hayan estudiado a grupos hispanos.

Las diferencias relacionadas con las características culturales y sociales, así como el incremento secular de la depresión, han sido revisados ampliamente en otras publicaciones (26); debe enfatizarse que la cohesión familiar, más que la estructura de la misma, se ha relacionado con TDM y TD en los adolescentes (32), una mala relación entre los padres se relaciona significativamente con la depresión en los hijos (33). Pese al acuerdo generalizado de que los jóvenes, tanto niños como adolescentes, reportan con mayor confiabilidad los síntomas internalizados (26), se han utilizado los informes de maestros y padres para medir los síntomas depresivos; las evaluaciones de los maestros identifican menor competencia social que las evaluaciones de los propios adolescentes deprimidos (34), el acuerdo diagnóstico entre la madre y el adolescente en entrevistas diagnósticas ha sido bajo con valores $K < 0.40$ tanto para el TDM como para el TD (35). La forma de evaluar la sintomatología depresiva ha sido fundamentalmente por medio de las escalas de severidad, se han utilizado instrumentos auto aplicables como la Escala de Beck (21,32, 36,37) o la Escala de Birlson (38)

Planteamiento del Problema.

De acuerdo a cifras provenientes del Fondo para la Población de La Naciones Unidas, se estima que en el año 2000, 17,5 % (6.09 billones) de la población mundial tendrá entre 15 y 24 años de edad.

Actualmente se registra un incremento en el número de embarazos en la población adolescente, situación fisiológica que se asocia con demasiada frecuencia con complicaciones obstétricas y perinatales que comprometen el estado de salud del binomio madre e hijo. El embarazo en adolescentes representa poco más del 10% de todos los nacimientos en el mundo.

En el Hospital General Gea González en el año 2 000 se realizo un estudio cuyo objetivo era determinar la frecuencia de depresión en una muestra de adolescentes embarazadas y los factores de riesgo potenciales asociados a la presencia de depresión. Esta investigación no logró demostrar la asociación de factores de carácter sociodemográfico a la presencia de depresión, la cual si fue demostrada en un 39% de las adolescentes incluidas en el estudio. Debido a la alta frecuencia de depresión reportada en esta población, resulta necesaria su identificación e instalación de programas de apoyo psicológico de base para las adolescentes embarazadas que permita identificar y tratar oportunamente patrones de riesgo en el vínculo materno-infantil durante el embarazo y así evitar o limitar complicaciones sobre la salud, pues es bien conocido que el estado depresivo de las madres adolescentes pueden influir de manera importante sobre la calidad de los cuidados otorgados al recién nacido así como en el proceso de auto-cuidado de su propia salud, lo que puede considerarse como una situación de riesgo de este grupo prioritario de atención médica.

(17).

La Unidad de Medicina Familiar cuenta con una población 7 417 adolescentes mujeres, durante el año 2000 en la Unidad de Medicina Familiar No 94 se

atendieron 2 087 embarazos de primera vez de los cuales 172 correspondió a adolescentes. Desconocemos la frecuencia con que se presenta depresión en este grupo. Sin embargo es importante la identificación temprana de esta entidad ya que es susceptible de ser manejada por el personal multidisciplinaria de atención a la salud.

Con base a todo ello nace la siguiente Pregunta de investigación.

¿La frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas es mayor comparada con la frecuencia de depresión de las adolescentes no embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 94?

Hipótesis de trabajo.

La frecuencia de depresión entre las adolescentes embarazadas es mayor que la frecuencia de depresión en las adolescentes no embarazadas.

Objetivos.

General

- Determinar la frecuencia de depresión entre las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas.

Específicos

- Identificar la diferencia de depresión entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No 94.

Hipótesis de trabajo.

La frecuencia de depresión entre las adolescentes embarazadas es mayor que la frecuencia de depresión en las adolescentes no embarazadas.

Objetivos.

General

- Determinar la frecuencia de depresión entre las adolescentes embarazadas y las adolescentes no embarazadas.

Específicos

- Identificar la diferencia de depresión entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No 94.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Categoría
Depresión	Trastorno persistente del estado de ánimo caracterizado por tristeza, temor, angustia, indiferencia, pesimismo, irritabilidad, lentitud para pensar y disminución de la autoestima, suele acompañarse de pérdida del apetito, peso o sueño y de sentimientos de culpa.	Se considerará depresión a la puntuación superior a 10, obtenida por medio de la escala de Beck.	Cualitativa	Ordinal	Sin depresión: 0-10 puntos. Depresión leve: 11-17 puntos Depresión moderada: 18-24 puntos. Depresión grave: 25 ó mas puntos.
Edad	Años cumplidos a contabilizar a partir de la fecha de nacimiento.	Edad referida en el instrumento anexo al cuestionario Beck.	Cuantitativa	Discreta	
Escolaridad	Currículo establecido por las Instituciones educativas.	Grado máximo de estudios referido en el instrumento anexo al cuestionario Beck.	Cuantitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato
Ocupación	Actividad de base a la cual una persona dedica la mayor parte de su tiempo	Actividad referida en el instrumento anexo al cuestionario Beck	Cualitativa	Categoría	Estudiante Hogar Empleada
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Aquella que refiere la paciente en el instrumento anexo al cuestionario Beck	Cualitativa	Categoría	Soltera Casada Unión libre Otras
A.G.O.	Reseña histórica sobre el comportamiento y desarrollo reproductivo de la mujer.	Antecedentes de tipo ginecológico y obstétrico referidos por la adolescente.			
		Características reproductivas:	Cuantitativa	Discreta	
		<ul style="list-style-type: none"> • Menarca. • Inicio Vida sexual. • Número de parejas. • Número de embarazos. • Número de partos. • Número de Cesáreas • Número de abortos 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo deseado 	Cualitativa		SI-No

Tipo de estudio.

- Observacional.
- Transversal.
- Prolectivo
- Comparativo.

Universo de trabajo.

Corresponde a la población femenina adolescente de 14 a 19 años de edad Derechohabiente de la UMF no. 94 que para el año 2 000 fue de 7 417 de las cuales 172 presentaron embarazo de primera vez.

Tamaño de la muestra.

Se utiliza el programa estadístico Epi-info 6 para encuesta poblacional descriptiva con las siguientes consideraciones:

- Tamaño poblacional: 172
- Prevalencia esperada: 39%
- Peor resultado: 50%
- Nivel de confianza: 95%
- Tamaño de Muestra: 52 para cada uno de los grupos.

Tipo de estudio.

- Observacional.
- Transversal.
- Prolectivo
- Comparativo.

Universo de trabajo.

Corresponde a la población femenina adolescente de 14 a 19 años de edad Derechohabiente de la UMF no. 94 que para el año 2 000 fue de 7 417 de las cuales 172 presentaron embarazo de primera vez.

Tamaño de la muestra.

Se utiliza el programa estadístico Epi-info 6 para encuesta poblacional descriptiva con las siguientes consideraciones:

- Tamaño poblacional: 172
- Prevalencia esperada: 39%
- Peor resultado: 50%
- Nivel de confianza: 95%
- Tamaño de Muestra: 52 para cada uno de los grupos.

Tipo de estudio.

- Observacional.
- Transversal.
- Prolectivo
- Comparativo.

Universo de trabajo.

Corresponde a la población femenina adolescente de 14 a 19 años de edad Derechohabiente de la UMF no. 94 que para el año 2 000 fue de 7 417 de las cuales 172 presentaron embarazo de primera vez.

Tamaño de la muestra.

Se utiliza el programa estadístico Epi-info 6 para encuesta poblacional descriptiva con las siguientes consideraciones:

- Tamaño poblacional: 172
- Prevalencia esperada: 39%
- Peor resultado: 50%
- Nivel de confianza: 95%
- Tamaño de Muestra: 52 para cada uno de los grupos.

Tipo de muestreo.

El muestreo será de tipo no probabilístico por conveniencia.

Procedimiento para obtener la muestra.

El procedimiento para la recolección de la muestra se realizará por diversas vías:

- **Medicina Familiar:** Se solicitó colaboración a todo el personal médico y asistente médica de la Unidad a fin de que todas las pacientes de 14 a 19 años que asistan a consulta sean enviadas a Trabajo Médico Social sitio en donde con la colaboración de los Trabajadores sociales será aplicado el instrumento de identificación de depresión.
- **Planificación Familiar:** Se cuenta con la colaboración de los 2 Médicos encargados de este servicio a fin de que apliquen el instrumento a las pacientes que cubran los criterios para su inclusión a este estudio.
- **Medicina Preventiva:** Se solicitó colaboración a todo el personal de enfermería a fin de que las pacientes que cubran con los requisitos de inclusión sean enviadas a Trabajo Social Médico para la aplicación del instrumento.
- **Laboratorio:** Se solicitó a químicos y laboratorista colaboración a fin de que las pacientes que cubran con los requisitos de inclusión sean enviadas a Trabajo Social Médico para la aplicación del instrumento.
- **TAOD:** Se solicitó la colaboración de este personal a fin de que envíen a las pacientes que cubran con los criterios de inclusión al servicio de Trabajo Social Médico.

A los trabajadores de todas estas áreas mediante una sesión se les dio a conocer

Tipo de muestreo.

El muestreo será de tipo no probabilístico por conveniencia.

Procedimiento para obtener la muestra.

El procedimiento para la recolección de la muestra se realizará por diversas vías:

- **Medicina Familiar:** Se solicitó colaboración a todo el personal médico y asistente médica de la Unidad a fin de que todas las pacientes de 14 a 19 años que asistan a consulta sean enviadas a Trabajo Médico Social sitio en donde con la colaboración de los Trabajadores sociales será aplicado el instrumento de identificación de depresión.
- **Planificación Familiar:** Se cuenta con la colaboración de los 2 Médicos encargados de este servicio a fin de que apliquen el instrumento a las pacientes que cubran los criterios para su inclusión a este estudio.
- **Medicina Preventiva:** Se solicitó colaboración a todo el personal de enfermería a fin de que las pacientes que cubran con los requisitos de inclusión sean enviadas a Trabajo Social Médico para la aplicación del instrumento.
- **Laboratorio:** Se solicitó a químicos y laboratorista colaboración a fin de que las pacientes que cubran con los requisitos de inclusión sean enviadas a Trabajo Social Médico para la aplicación del instrumento.
- **TAOD:** Se solicitó la colaboración de este personal a fin de que envíen a las pacientes que cubran con los criterios de inclusión al servicio de Trabajo Social Médico.

A los trabajadores de todas estas áreas mediante una sesión se les dio a conocer

los objetivos del trabajo y los criterios que se tiene para la formación de la muestra.

Al personal de Trabajo Social y a los Médicos de Planificación Familiar se les capacito sobre las características del instrumento y su aplicación.

Criterios de selección de la muestra.

Grupo de estudio

Criterios de inclusión:

- Adolescentes embarazadas de 14 a 19 años de edad, derechohabientes de la UMF No. 94.
- Que acepten participar en el estudio a través de responder instrumento de medición para depresión en forma completa.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes adolescentes embarazadas de 14-19 años de edad que se encuentren bajo tratamiento de padecimientos psiquiátricos.
- Que estén consumiendo fármacos psicotrópicos.
- Que estén recibiendo terapia individual o familiar.
- Que refieran consumo de alcohol por lo menos una vez a la semana.
- Que refieran el consumo de algún tipo de drogas no aceptadas socialmente.

los objetivos del trabajo y los criterios que se tiene para la formación de la muestra.

Al personal de Trabajo Social y a los Médicos de Planificación Familiar se les capacito sobre las características del instrumento y su aplicación.

Criterios de selección de la muestra.

Grupo de estudio

Criterios de inclusión:

- Adolescentes embarazadas de 14 a 19 años de edad, derechohabientes de la UMF No. 94.
- Que acepten participar en el estudio a través de responder instrumento de medición para depresión en forma completa.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes adolescentes embarazadas de 14-19 años de edad que se encuentren bajo tratamiento de padecimientos psiquiátricos.
- Que estén consumiendo fármacos psicotrópicos.
- Que estén recibiendo terapia individual o familiar.
- Que refieran consumo de alcohol por lo menos una vez a la semana.
- Que refieran el consumo de algún tipo de drogas no aceptadas socialmente.

Grupo Control

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 14 a 19 años de edad no embarazadas derechohabientes de la UMF No. 94
- Que acepten participar en el estudio a través de responder instrumento de medición para depresión en forma completa.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes adolescentes de 14-19 años de edad que se encuentren bajo tratamiento de padecimiento psiquiátrico.
- Que estén consumiendo fármacos psicotrópicos.
- Que estén recibiendo terapia individual o familiar.
- Que refieran consumo de alcohol por lo menos una vez a la semana.
- Que refieran el consumo de algún tipo de drogas no aceptadas socialmente.

Metodología.

Previo aprobación del proyecto por el Comité Local de Investigación, se procedió a realizar reunión con personal y Jefes de los servicios involucrados con el propósito de dar formalidad a su participación y se estableció con claridad las características que debía presentar la población en estudio. De manera más concreta se estableció reunión con Trabajadoras Sociales de ambos turnos y con los 2 médicos de Planificación Familiar capacitándolos y unificando los criterios de aplicación del instrumento así como las características de este. Diariamente la investigadora estableció contacto con los colaboradores aplicadores del instrumento a fin de identificar o corregir alguna posible desviación en el proceso de recolección de datos.

Una vez que la muestra estuvo completa se emitió constancia de agradecimiento a los participantes y se procedió a su vaciado en la base de datos del programa del paquete estadístico para la ciencias de la salud spss versión 6.

Características del Instrumento.

El inventario para Depresión de Beck fue traducido al español por Torres Castillo y validado en nuestro país en el año de 1991; este cuestionario es uno de los más utilizados en México, tiene como característica el de ser auto-aplicable, además es un instrumento confiable (0.89) que se ha utilizado para identificar a la adolescente embarazada con un síndrome depresivo y comprende la evaluación de síntomas depresivos afecto-cognitivos en los primeros catorce apartados y de síntomas vegetativo-somáticos en los siete restantes. Consta con 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y una amplitud de puntuación global de 0 a 3.(Anexo 1)

Se agregó una encuesta acerca de antecedentes gineco-obstétricos, como fueron inicio de menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa, número de parejas, número

Metodología.

Previo aprobación del proyecto por el Comité Local de Investigación, se procedió a realizar reunión con personal y Jefes de los servicios involucrados con el propósito de dar formalidad a su participación y se estableció con claridad las características que debía presentar la población en estudio. De manera más concreta se estableció reunión con Trabajadoras Sociales de ambos turnos y con los 2 médicos de Planificación Familiar capacitándolos y unificando los criterios de aplicación del instrumento así como las características de este. Diariamente la investigadora estableció contacto con los colaboradores aplicadores del instrumento a fin de identificar o corregir alguna posible desviación en el proceso de recolección de datos.

Una vez que la muestra estuvo completa se emitió constancia de agradecimiento a los participantes y se procedió a su vaciado en la base de datos del programa del paquete estadístico para la ciencias de la salud spss versión 6.

Características del Instrumento.

El inventario para Depresión de Beck fue traducido al español por Torres Castillo y validado en nuestro país en el año de 1991; este cuestionario es uno de los más utilizados en México, tiene como característica el de ser auto-aplicable, además es un instrumento confiable (0.89) que se ha utilizado para identificar a la adolescente embarazada con un síndrome depresivo y comprende la evaluación de síntomas depresivos afecto-cognitivos en los primeros catorce apartados y de síntomas vegetativo-somáticos en los siete restantes. Consta con 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una y una amplitud de puntuación global de 0 a 3.(Anexo 1)

Se agregó una encuesta acerca de antecedentes gineco-obstétricos, como fueron inicio de menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa, número de parejas, número

de embarazo, partos, abortos, cesáreas, en caso de encontrarse embarazada, si es o no deseado el embarazo y un apartado con variables confusoras que fueron preguntas acerca de toxicomanías, alcoholismo, o si estaban ingiriendo algún medicamento de tipo psicotrópico o bien si presenta alguna enfermedad de tipo psicológica o depresión al momento de la entrevista que aplicaron los encuestadores y que al resultar adecuadas se procedió a la aplicación del cuestionario (Anexo 2)

Consideraciones éticas.

La investigación se realizará en base a los acuerdos de la declaración de Helsinki y la modificación en 1994 en base a la Ley General de Salud y en los instructivos del IMSS. Así mismo se les solicitar su consentimiento por escrito.(Anexo 2)

Análisis estadístico de la información.

Hipótesis estadísticas

H1: Existe una mayor frecuencia de depresión en la adolescente embarazada en comparación con la adolescente no embarazada.

H₀: No existe una mayor frecuencia de depresión en la adolescente embarazada comparada con la adolescente no embarazada.

Elección de la prueba estadística:

Tipo de variable: cualitativa

de embarazo, partos, abortos, cesáreas, en caso de encontrarse embarazada, si es o no deseado el embarazo y un apartado con variables confusoras que fueron preguntas acerca de toxicomanías, alcoholismo, o si estaban ingiriendo algún medicamento de tipo psicotrópico o bien si presenta alguna enfermedad de tipo psicológica o depresión al momento de la entrevista que aplicaron los encuestadores y que al resultar adecuadas se procedió a la aplicación del cuestionario (Anexo 2)

Consideraciones éticas.

La investigación se realizará en base a los acuerdos de la declaración de Helsinki y la modificación en 1994 en base a la Ley General de Salud y en los instructivos del IMSS. Así mismo se les solicitar su consentimiento por escrito.(Anexo 2)

Análisis estadístico de la información.

Hipótesis estadísticas

H1: Existe una mayor frecuencia de depresión en la adolescente embarazada en comparación con la adolescente no embarazada.

H₀: No existe una mayor frecuencia de depresión en la adolescente embarazada comparada con la adolescente no embarazada.

Elección de la prueba estadística:

Tipo de variable: cualitativa

de embarazo, partos, abortos, cesáreas, en caso de encontrarse embarazada, si es o no deseado el embarazo y un apartado con variables confusoras que fueron preguntas acerca de toxicomanías, alcoholismo, o si estaban ingiriendo algún medicamento de tipo psicotrópico o bien si presenta alguna enfermedad de tipo psicológica o depresión al momento de la entrevista que aplicaron los encuestadores y que al resultar adecuadas se procedió a la aplicación del cuestionario (Anexo 2)

Consideraciones éticas.

La investigación se realizará en base a los acuerdos de la declaración de Helsinki y la modificación en 1994 en base a la Ley General de Salud y en los instructivos del IMSS. Así mismo se les solicitar su consentimiento por escrito.(Anexo 2)

Análisis estadístico de la información.

Hipótesis estadísticas

H1: Existe una mayor frecuencia de depresión en la adolescente embarazada en comparación con la adolescente no embarazada.

H₀: No existe una mayor frecuencia de depresión en la adolescente embarazada comparada con la adolescente no embarazada.

Elección de la prueba estadística:

Tipo de variable: cualitativa

Número de muestras: dos muestras.

La prueba seleccionada es la prueba de comprobación de hipótesis no paramétrica U de Mann - Whitney para dos muestras independientes.

Para el análisis del comportamiento de variables socio demográficas se utilizara la prueba para comprobación de la hipótesis no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Decisión para rechazo de Hipótesis nula:

Se rechazará H_0 si se obtiene una $p > 0.05$.

Presentación de resultados.

La recolección de la información de esta investigación se realizó del mes de abril al mes de agosto del año en curso. La muestra se integró con un total de 104 adolescentes de 14 a 19 años de edad, en el momento del estudio 52 cursaban con embarazo las que se integraron al grupo en estudio y 52 más no embarazadas que se integraron al grupo control.

Nivel de depresión en el grupo de adolescentes embarazadas: Resultaron un total de 33 pacientes sin depresión (63.4%), con depresión leve 11 pacientes (21.2%), presentaron depresión moderada 7 adolescentes (13.5%) y depresión grave 1 paciente (1.9%)

Nivel de depresión en el grupo de adolescentes no embarazadas: Hubo un total de 31 pacientes sin depresión (59.6%), con depresión leve 11 pacientes (21.2%), en cuanto a depresión moderada 5, pacientes (9.6%) y por último con depresión grave 5 pacientes (9.6%) (Tabla y gráfico No.1).

Características sociodemográficas del grupo de adolescentes embarazadas: La edad promedio de las integrantes de este grupo fue de 18.27 años, con una desviación estándar de ± 1.03 . En cuanto a su escolaridad la moda fue de estudios a nivel secundaria en el 42.3% (22), seguida del nivel bachillerato en el 40.4% (21) y finalmente el nivel primaria en el 17.3% (9) (Tabla y gráfico No.2) Las labores del hogar fue la ocupación más frecuentemente referida en un porcentaje del 57.7% (30), las dedicadas al estudio fueron el 19.2% (10), se refirieron como empleadas el 23.1% (12) (Tabla y gráfico No.3). De acuerdo a su estado civil el 51.9% (27) son casadas, el 28.8% (15) vive en unión libre, el 19.2% (10) son solteras (Tabla y gráfico No. 4). Con respecto a los antecedentes ginecológicos y obstétricos, el promedio de inicio de la menarca fue a los 12.4 años con una desviación estándar de ± 1.4 ; la edad promedio de inicio de vida sexual fue a los 16.6 años con una desviación estándar de ± 2.47 ; el promedio de número de parejas sexuales fue de 1.22 con una desviación estándar de ± 0.42 ; el número promedio de embarazos encontrado fue de 1.34 con una desviación estándar de ± 0.48 ; en cuanto al promedio en el número de partos, cesáreas y abortos fue de 1 en cada uno de ellos, por último en el 55.8% (29) de las adolescentes refirieron desear el embarazo en tanto que el 44.2% (23) no lo deseaban.

Características sociodemográficas del grupo de adolescentes no embarazadas: Su edad promedio fue de 16.63 años con una desviación estándar de ± 1.65 . En cuanto a su nivel de escolaridad el mayor porcentaje correspondió al nivel bachillerato 53.8% (28), siguiéndole el nivel secundaria en un 42.3% (22) y por último el nivel primaria con un 3.8% de (2). La ocupación más frecuente fue la de estudiante en un 71.2% (37), seguida por la ocupación de empleada en el 15.4% (8), en tanto que solo el 13.5% (7) se dedican a las labores del hogar. El estado civil que presentó una mayor moda fue el de soltera en un 76.9% (40), un 17.3% (9) refirió estar casada y en unión libre el 5.8% (3). Con respecto a los antecedentes ginecológicos y obstétricos el promedio de inicio de la menarca fue a los 12.2 años con una desviación estándar de ± 1.10 ; la edad promedio de inicio de vida sexual fue a los 16.26 años con una desviación

estándar de +/- 2.51; el promedio de número de parejas fue de 1.22 con una desviación estándar de +/-0.43; el promedio de número de embarazos fue de 1.58 con una desviación estándar de +/- 0.79; con respecto a los partos hubo un promedio de 1.30 con una desviación estándar de +/- 0.67; relativo al promedio obtenido por cesáreas fue de 1.25 presentando una desviación estándar de +/- 0.50 y por último en abortos el promedio fue de 1.00. (tabla No. 1) se ilustran los resultados útiles para el análisis estadístico de las variables sociodemográficas para determinar la presencia de depresión. De la evaluación correspondiente se determinó la moda y el promedio de cada variable, como son: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, edad de inicio de vida sexual activa, menarca, número de: parejas , embarazos, partos, cesáreas, abortos, así como, si el embarazo es deseado o no.

Resultados del análisis estadístico inferencial.

El nivel de depresión de la adolescente embarazada en comparación con la adolescente no embarazada según la prueba estadística no para-métrica denominada U de Mann-Whitney fue una $p=0.560$ no significativa estadísticamente.

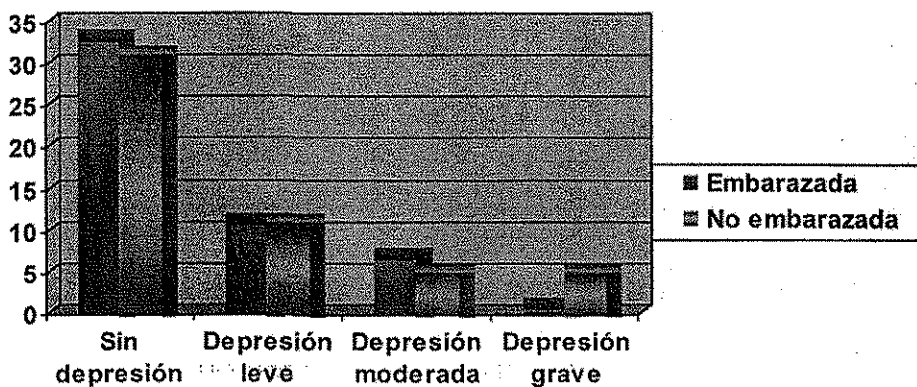
Cuadro No. 1.

Depresión en adolescentes embarazadas y no embarazadas

TIPO DE DEPRESION	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
SIN DEPRESION	33	31
DEPRESION LEVE	11	11
DEPRESION MODERADA	7	5
DEPRESION GRAVE	1	5

Figura No. 1

Depresión en adolescentes embarazadas y no embarazadas

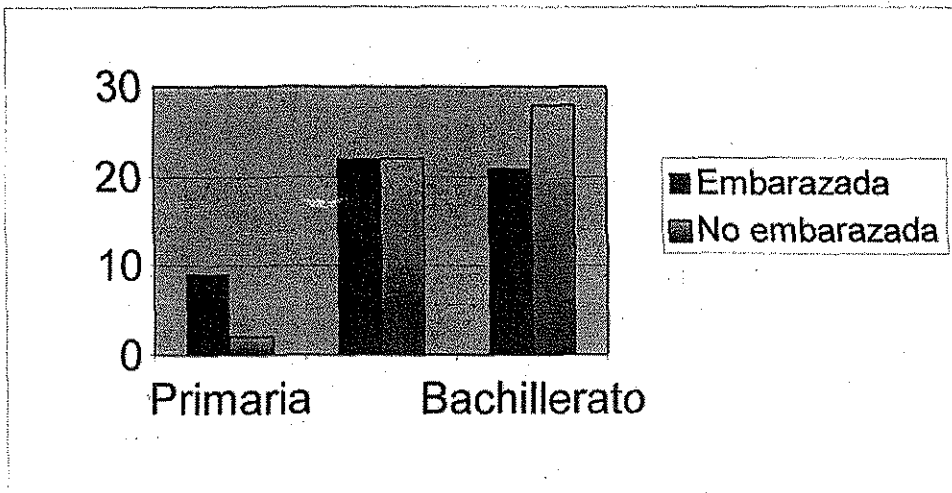


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No.2
Escolaridad y tipo de paciente

ESCOLARIDAD	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
PRIMARIA	9	2
SECUNDARIA	22	22
PREPARATORIA	21	28

Figura No. 2
Escolaridad en adolescentes

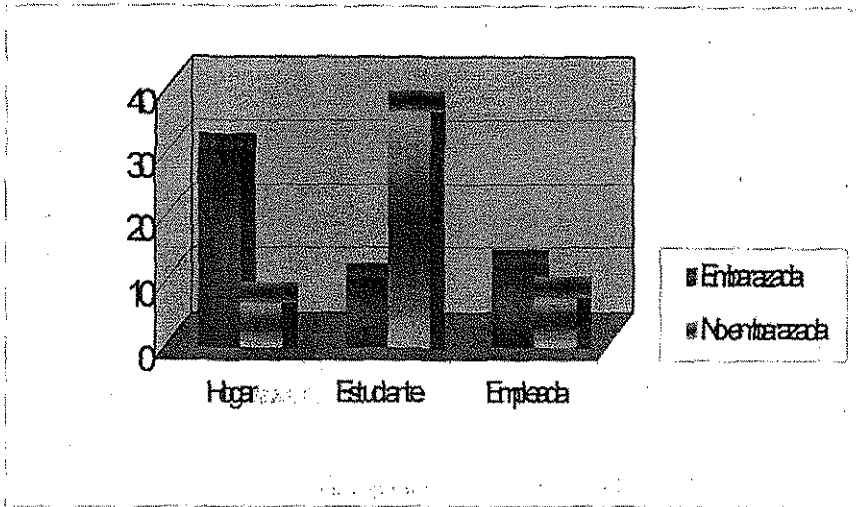


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No.3
Ocupación y tipo de paciente

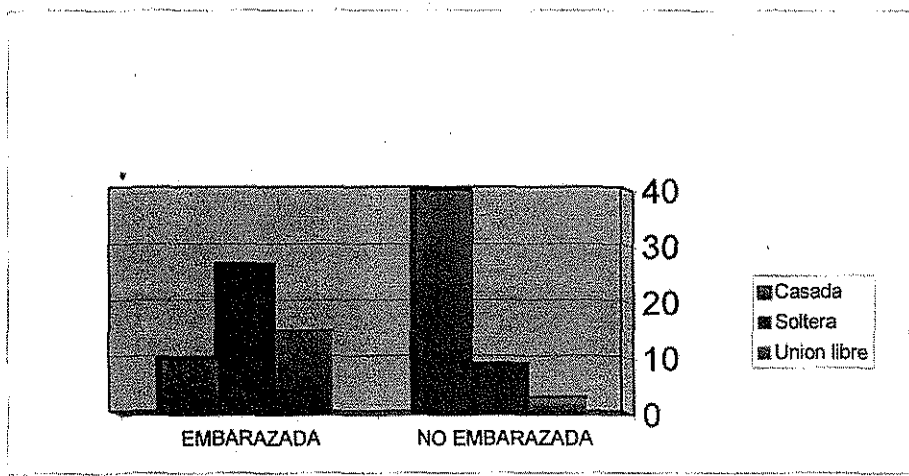
OCUPACION	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
HOGAR	30	7
ESTUDIANTE	10	37
EMPLEADA	12	8

Figura No. 3
Ocupación en adolescentes



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura No.4
Estado civil en adolescentes



Cuadro No. 4
Estado civil en adolescentes

ESTADO CIVIL	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
SOLTERA	10	40
CASADA	27	9
UNION LIBRE	15	3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Análisis de resultados.

Los resultados de este estudio demostraron que las adolescentes embarazadas no presentan una mayor frecuencia de depresión en comparación con las adolescentes no embarazadas, lo que demostró estadísticamente.

Sin embargo, llama la atención el predominio de depresión grave en el grupo de adolescentes no embarazadas. El análisis de cada una de las variables sociodemográficas nos muestra lo siguiente: en el rubro de edad entre ambos grupos, se presentó una ligera diferencia en cuanto al promedio, siendo a mayor edad de los adolescentes embarazadas en comparación con las no embarazadas, lo que posiblemente nos habla de que a mayor edad este menor temor a embarazarse.

En cuanto a su escolaridad se observó que las adolescentes embarazadas presentan un nivel de estudios por debajo de las adolescentes no embarazadas las que tuvieron un nivel de bachillerato, situación que pudiera estar vinculada con dos situaciones, la primera es que el embarazo las haga desertar de los estudios o bien que al no tener sus expectativas puestas sobre el estudio estas se canalicen a la formación de una familia. Otra situación importante de señalar es que el grupo con menor grado de estudios presenta mayores niveles de depresión.

En relación con la ocupación identificamos que la adolescente con más frecuencia son embarazadas casadas y dedicadas a las labores del hogar, en tanto, que las no embarazadas en su mayoría son solteras dedicadas al estudio. Por lo que suponemos que quizás debido a l tiempo libre con que cuentan las adolescentes y la falta de realización de alguna actividad u ocupación que las distraiga pueden estar mayormente predisuestas a la presencia de embarazo y depresión.

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos no encontramos diferencias significativa entre la aparición de la menarca, inicio de vida sexual activa, el número de parejas, el número de embarazos, el número de partos, el número de cesáreas y el número de abortos. Por último hubo un porcentaje de 55.8% de adolescentes embarazadas que si deseaban su embarazo..

CONCLUSIONES:

Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio podemos establecer las siguientes consideraciones:

- Que el embarazo no parece ser un factor desencadenante de depresión en las adolescentes estudiadas, ya que no se identificaron diferencias significativas entre los grupos de estudio.
- Se identificó que la escolaridad y el uso del tiempo libre protegen a la adolescente del riesgo de presentar depresión y/o embarazo.
- El no tener claro un proyecto de vida predispone a la adolescente a una mayor posibilidad de depresión, ya que las adolescentes casadas y dedicadas a las labores del hogar presentaron un mayor nivel de depresión.
- No permitiéndonos rechazar la hipótesis nula, lo que nos lleva a aceptar que no se presenta una mayor frecuencia de depresión en la adolescente embarazada comparada con la adolescente no embarazada.
Para determinar la influencia de las variables socio-demográficas sobre los niveles de depresión se realizó la prueba de kruskall-Wallis identificando para la variable edad una $p=0$ y para la variable ocupación una $p=0.003$.
- Siendo estas significativas, por lo que podemos concluir que estas características sí tienen influencias sobre el nivel de depresión.

TABLA No. 1

Fuente: encuesta aplicada

VARIABLES	EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
EDAD (X)	18.27	16.63
ESCOLARIDAD (Mo)	Secundaria	Bachillerato
OCUPACIÓN (Mo)	Hogar	Estudiante
ESTADO CIVIL (Mo)	Casada	Soltera
MENARCA (X)	12.4	12.2
IVSA (X)	16.6	16.2
No. DE PAREJA (X)	1.22	1.22
No. DE EMBARAZO (X)	1.34	1.58
No. DE PARTO (X)	1	1.30
No. DE CESAREAS (X)	1	1.25
No. DE ABORTOS (X)	1	1
EMBARAZO DESEADO (%)	55.8%	—

BIBLIOGRAFÍAS:

- 1) MacLaren Liz. Como entender y aliviar la depresión. México: Grupo Editorial. Tomo, 2000. Pág. 8,17,28,110.
- 2) Arrabal M. Rodríguez de Lecea Francisco. Diccionario Enciclopédico Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1998. Vol.1 Pág. 43
- 3) Blos Peter. "Psicoanálisis de la Adolescencia", México: Ed. J: Mortiz, 1971 Págs. 29, 134, 166.
- 4) Joffe Alain, C. Strasburger Victor. Clínicas Médicas de Norteamérica. Medicina del adolescente. México: Ed. Mc Graw -Hill Interamericana, 2000: Vol.: 4, pág. 757
- 5) <http://www.Extension.umn.edu/distribution youthdevelopment/ DA3083.html>.
- 6) Behrman-Kliegman Nelson. Compendio de Pediatría Desarrollo del niño y el adolescente. Philadelphia: Saunders Co. Interamericana, Mc. Graw-Hill, 1995: Págs. 221-55.
- 7) Piaget Jean y Inhelder B. "Psicología del niño", Madrid: Morata,1978. Págs. 132 y 155.
- 8) Freud Sigmund. "Introducción al narcisismo", España: Ed. Biblioteca Nueva Madrid, 1972. Tomo VI.
- 9) Polaneczky Margaret, MD y Kim O'connor. Fertility family planning and women's health. Clínicas pediátricas de Norteamérica, México: McGraw-Hill, 1999. Vol.3 Pag.689.
- 10) Bleger. "La identidad en el adolescente" Ed. Paidós. Asappia, Buenos Aires, 1973. pág. 38 .
- 11) Inhelder B. y Piaget J. "De la lógica del niño a la lógica del adolescente". Ed. Paidós Buenos Aires, 1972 Págs. 290.
- 12) Novales C Xavier de Jesús. Medicina Interna Temas de medicina pediátrica. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2000. Pág. 303.
- 13)De la Garza Carlos. Primigesta adolescente. Ginecología y Obstetricia de México.1997; Vol. 65:533.
- 14) Ortigosa Eduardo, Ma Irma. Evaluación de un curso educativo sobre la etapa gestacional exclusivo para adolescentes embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México.1999; Vol. 67.

- 15) Valdez –Banda Fernando, Valle V. Oscar. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente en comparación con la población adulta. Hospital general de Tijuana. 1996; Vol.64. Pág. 213-69.
- 16) Coon Dennis. Psicología: Exploración y aplicaciones. 8va Edición. México. Internacional Thomson Editores, S.A de CV. 1999. Pág. 465-628.
- 17) Luis Villanueva. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. HGZ Dr. Manuel Gea González. 2000; Vol. 68 Pág. 145-48
- 18) B. Frank Julia, Weith Karen, Ellen Minerva y Z. Lieberman Daniel. Clínicas médicas de Norteamérica. Temas de salud de la mujer, parte II. México: McGraw-Hill, 1998. Vol.82 Num.2. pag.335.
- 19) Hammen C, Rudolph KD: Childhood depression. En: Child psychopathology. Mash EJ, arkley RA The Guilford press, 1996. pag. 153-95.
- 20) Fleming JE, Offord DR, Boyle MG. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study. Br J Pshyatry, 1997: Vol. 36. Pág.458-65.
- 21) Heiligenstein E, Guenther G, Hsu K y cols: Depression and Academic impairment in college students. J Am Coll Health. 1996, Vol: 45 Pag.59-64.
- 22) Carlson GA, Caintwell DP: A survey for depressive symptoms, Syndrome and disorder in a child psychiatric population. J Child Psychol Psychiatry, 1980, Vol.21: Pag.19-25.
- 23) Robbins DR, Alessi En, Cook SC y cols: J Am Acad Child Psychiatry The use of the research diagnostic criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric impatiens. 1982, Vol. 21: Pág. 251-5.
- 24) De la Peña F, Ulloa Re, Páez F: Coexistencia de Múltiples Trastornos Psiquiátricos en los Adolescentes. Comorbilidad del Trastorno Depresivo mayor en Adolescentes, Prevalencia, Severidad del Padecimiento y Funcionamiento Psicosocial. Reunión Internacional del XX Aniversario, México, 1998
- 25) Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E: Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 1995, Vol.34: Pag.570-90.
- 26) Birmaher B, Ryan ND Williamson DE y cols: Childhood and Adolescent depression: A review of the past 10 years. Part 1. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996, Vol. 35: Pag.1427-1439.

- 27) Iovchuck NM, Batygina GZ. Prevalence and clinical manifestations Of depression in school Adolescent Population. Zh Nevrol Psikhiatr Mi S S.Korsakova; 1998. Vol. 98: Pag.3336.
- 28) Lewinsohn PM, Clarke GN, Seley JR y cols. Mayor depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to Recurrence. J Am Acad Child Adolesc Pshychiatry, 1994, Vol.33: Pag.809-18.
- 29) Berganza CE, Aguilar G: Depression in Guatemalan adolescents, Adolescence; 1992, Vol. 27: Pag.771-82.
- 30) Medina-Mora ME, Villatoro JA, Lopez EK, Benzon S y cols. Factors associated with initiation, continued use and psychoactive Substance abuse among Mexican adolescents. Gac. Med México, 1995; Vol. 131: Pág.383-93.
- 31) Hernandez-Guzman L, Sánchez Sosa JJ: Parent child Interaction Predict anxiety in Mexican adolescents. Adolescence, 1996, Vol. 31: Pags.955-63.
- 32) Carrison CZ, Waller JL, Cuffe SP y cols: Incidence o major Depressive disorder and dysthymia in young adolescents. J Am Acad Child Psychiatry, 1997, Vol. 36: Pag.458-465.
- 33) Abou-Nazel MW, Fahmy SI, Younis IA y cols. A study of depression among Alexandria preparatory school adolescents. J Egypt Public Health Assoc. 1991, Vol. 66: Pag.649-674.
- 34) Dalley MB, Bolocofsky DN, Karlin NJ: teacherratings and self-Ratings of social competency in adolescents with low and high- Depressive symptoms. J Abnormal Child Psychol. 1994, Vol. 22: Pag. 477-485.
- 35) Andrews VC, Garrison CZ, Jackson KL y cols: Mother-Adolescent agreement on the symptoms and diagnoses of adolescent depression and conduct disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993, Vol. 32: Pag.731-8.
- 36) Ehrenberg MF, Cox DN, Koopman RF: The prevalence of depression in high school students. Adolescence, 1990, Vol. 25: Pág.905-12.

- 37) Olsson G, Von Knorring AL: Beck's depression inventory as a Screening instrument for adolescent depression in sweden: gender differences. Acta Psychiatr Scand, 1997, Vol. 95: Pag.277-282.
- 38) Pastore DR, Fisher M, Friedman SB. Violence and mental health Problems among urban high school students. J Adolesc Health, 1996, Vol. 18: Pag.320-4.

ANEXO NO.1.

En este cuestionario hay diversos enunciados, por favor lee cada uno y escoge de cada grupo el que mejor describa como te has sentido esta última semana, incluyendo este día. Marca con una X el que hayas elegido; aunque algunas oraciones parezcan aplicarse a tu caso, marca sólo una. Asegúrate de leer todas las aseveraciones de cada grupo antes de contestar.

1.) No me siento triste	
Me siento triste	
Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme	
Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto	

2.) No me siento desanimado acerca del futuro	
Me siento desanimado acerca del futuro	
Siento que no tengo para que pensar en el porvenir	
Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.	

3.) No me siento como una fracasada	
Siento que he fracasado mas que otras personas	
Conforme veo hacia atrás, en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos	
Siento que como persona soy un completo fracaso	

4.) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre	
No disfruto las cosas como antes	
Ya no tengo satisfacción de nada	
Estoy insatisfecha y molesta con todo	

5.) No me siento culpable	
En algunos momentos me siento culpable	
La mayor parte del tiempo me siento culpable	
Me siento culpable todo el tiempo	

6.) No siento que seré castigada	
Siento que puedo ser castigada	
Siento que seré castigada	
Siento que estoy siendo castigada	

7.) No me siento descontenta conmigo misma	
Me siento descontenta conmigo misma	
Me siento a disgusto conmigo misma	
Me odio a mi misma	

8.) No siento que sea peor que otros	
Me critico a mismo por mi debilidad y mis errores	
Me culpo todo el tiempo por mis errores	
Me culpo por todo lo malo que sucede	

9.) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme	
Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría	
Quisiera suicidarme	
Me suicidaría si tuviera la oportunidad	

10.) No lloro más que de costumbre	
Lloro más que antes	
Lloro todo el tiempo	
Podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera	

11.) Ahora no estoy más irritable que antes	
Me molesto o irrito mas fácilmente que antes	
Me siento irritada todo el tiempo	
No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban	

12.) No he perdido el interés en la gente	
No me interesa la gente como antes	
He perdido la mayor parte de mi interés en la gente	
He perdido todo el interés por la gente	

13.) Tomo decisiones tan bien como siempre	
Pospongo decisiones con mas frecuencia que antes	
Se me dificulta tomar decisiones	
No puedo tomar decisiones en nada	

14.) No siento que me vea más fea que antes	
Me preocupa verme fea	
Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea fea	
Creo que me veo horrible	

15.) Puedo trabajar tan bien como antes	
---	--

Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo	
Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa	
No puedo trabajar para nada	

16.) Duermo tan bien como antes	
No duermo tan bien como antes	
Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir	
Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.	

17.) No me canso mas de lo habitual	
Me canso mas fácilmente que antes	
Me canso de hacer casi cualquier cosa	
Me siento muy cansada de hacer cualquier cosa.	

18.) Mi apetito es igual que siempre	
Mi apetito no es tan buen o como antes	
Casi no tengo apetito	
No tengo apetito en lo absoluto	

19.) No he perdido peso o casi nada	
He perdido mas de 2.5 Kilos	
He perdido mas de 5 kilos	
He perdido mas de 7.5 Kilos	

Estoy a dieta SI () NO ()

20.) Mi salud me preocupa mas que antes	
Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento	
Estoy tan preocupada por mis molestias físicas, que es difícil que pueda pensar en otra cosa	
Estoy tan preocupada por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa	

21.) Mi interés por el sexo es igual que antes	
Estoy menos interesada en el sexo que antes	
Ahora estoy menos interesada en el sexo que antes	
He perdido completamente el interés en el sexo	

PREGUNTAS ANEXAS:

Señala tu respuesta en el recuadro correspondiente

Cual es tu edad:	
------------------	--

Tu escolaridad es de:	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Otros
-----------------------	----------	------------	--------------	-------

Tu Estado Civil es:	Soltera	Casada	Unión Libre	Otros.
---------------------	---------	--------	-------------	--------

Tu ocupación es:	Estudiante	Hogar	Empleada
------------------	------------	-------	----------

A que edad presentantes tu primera menstruación:	
--	--

A que edad tuviste tu primera relación sexual	
---	--

Cuántas parejas sexuales has tenido	
-------------------------------------	--

Cuántas veces te has embarazado	
---------------------------------	--

Cuántos partos has tenido	
---------------------------	--

Cuántos abortos has tenido	
----------------------------	--

Cuántas cesáreas has tenido	
-----------------------------	--

Tu embarazo actual es planeado:	SI () NO ()
---------------------------------	------------------

ANEXO NO. 2

Preguntas para identificar criterios de inclusión:

¿Consumes bebidas alcohólicas? Si _____ No _____

Con que frecuencia: Cada quince días () Cada Mes () Dos o tres veces por año ()

- En caso de consumo de alcohol una frecuencia quincenal o mensual agradezca la cooperación y de por terminada la aplicación.

¿Consumes algún tipo de drogas? Si _____ No _____

En caso afirmativo ¿Qué tipo de droga es? _____

- En caso de consumo de drogas no permitidas agradezca y de por terminada la aplicación.

¿Actualmente te encuentras en tratamiento médico psicológico para depresión o alguna otra enfermedad psiquiátrica? Si _____ No _____

- En caso de tratamiento con drogas de uso psiquiátrico agradezca y de por terminada la aplicación.