



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



“PREVALENCIA DE DEPRESION EN LA MUJER
ADOLESCENTE EMBARAZADA”

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN

LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dra. Zoila Ramírez Sánchez

Asesor de tesis: DR VICTOR MANUEL FARIAS RODRIGUEZ

Morelia Mich., México

Marzo de 1999



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por haberme ayudado a concluir esta especialidad y por haberme dado la fortaleza de vencer todos los obstáculos a lo largo de esta tarea profesional. Por enseñarme que el amor existe en cada instante de la vida, por abrirme caminos de bondad y afecto en todos los que me rodearon. *Señor: Para que siempre me des la fe de tu existencia y llevarla a cada ser tuyo que te necesite.*

A George mi esposo

Por haberme dado la oportunidad de superarme en el noble quehacer de la medicina, por brindarme toda su confianza, por haber estado siempre conmigo en los momentos más difíciles, por compensar en mi ausencia el cuidado de nuestro hogar y nuestros hijos y mi más infinito agradecimiento por su gran colaboración en la realización de esta tesis.

A mis padres

Por haberme enseñado desde pequeña que aún cuando existan grandes obstáculos en la vida, nunca debo darme por vencida; por inculcarme la fe en Dios, para que siempre haga el bien a los demás en forma incondicional y por siempre darme su apoyo y su amor en todo lo que yo me he propuesto hasta ahora.

A mi asesor de tesis, Dr. Victor Manuel Farías Rodríguez

Por dedicarme horas de su valioso tiempo y compartir conmigo su experiencia profesional. Mi más sincero e infinito agradecimiento por su guía incondicional. Espero algún día tener la satisfacción de retribuir su gran apoyo.

DEDICATORIA

A mis hijos Jorge Luis y José Ignacio

Por haber sobrellevado mi ausencia y ser parte de mi aliciente para seguir adelante.

A mis hermanos

Julio, Minerva, Miroslava y de manera muy especial a Deyi

Por darme siempre su apoyo y aliciente en el momento justo en que lo necesitaba.

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	19
JUSTIFICACION.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
OBJETIVOS.....	24
TIPO DE ESTUDIO.....	25
POBLACION DE ESTUDIO.....	26
VARIABLES.....	27
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	28
MATERIAL Y METODOS.....	29
ANALISIS ESTADISTICO.....	30
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	31
RECURSOS.....	32
LOGISTICA.....	33
ETICA DEL ESTUDIO.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSION.....	39
CONCLUSIONES.....	41
ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	43
GRAFICOS.....	44
ANEXOS.....	76
BIBLIOGRAFIA.....	80

INTRODUCCION

Adolescencia, etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente²⁰.

La adolescencia está comprendida desde los 10 a los 13 años en las niñas y de los 10.5 a los 14 en los niños, hasta que se alcanza el estado de adulto joven, lo cual ocurre entre los 17 y los 21 años²⁶.

La adolescencia es la etapa de la vida que empieza con la pubertad y termina cuando la independencia de la persona de sus padres ha alcanzado una congruencia psicológica razonable. El desarrollo biológico del adolescente, es un proceso gradual, que se origina en la concepción y alcanza su madurez durante los años de la enseñanza media, la mayoría de las niñas alcanza la madurez biológica a los 15 años y los niños a los 16 años.

La etapa de la adolescencia implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que son la base para el desarrollo posterior del ser humano¹¹, esta etapa se caracteriza entre otros aspectos por la búsqueda constante de experiencias, que en la esfera sexual no son la excepción¹², las actitudes que se adoptan en la sexualidad están condicionadas por los valores socioculturales prevalecientes en el entorno social, donde la escasa y contradictoria información que se recibe es determinante en el inicio precoz de la actividad sexual.

Una característica común en los adolescentes es su cambio de carácter, que puede variar desde las cumbres del regocijo y la autoconfianza, hasta las profundidades de la depresión y la desconfianza. En esta edad, también encontramos una frecuencia mayor de trastornos depresivos, que se caracterizan por perturbaciones prolongadas del carácter o estados emocionales en los que el paciente despliega sentimientos de tristeza, desamparo, soledad y autoestima reducida.

Frecuentemente su funcionamiento social y académico está incapacitado y pueden encontrarse trastornos en sus funciones vegetativas. Debe enfatizarse sin embargo, que tal como sucede con los niños prepuberales, los estados depresivos prolongados de la adolescencia pueden pasar desapercibidos debido a que el adolescente no puede tolerar los efectos dolorosos y negativos durante mucho tiempo y pueden tratar de rechazarlos mediante diversos trastornos del comportamiento, entre los cuales están la hiperactividad y las molestias somáticas. Además el adolescente a menudo está reacio a expresar y compartir sus sentimientos de desamparo y tristeza con el ambiente debido a la ocurrencia normal de oscilaciones en los estados depresivos de los adolescentes que tienen que ser distinguidos de los estados psicopatológicos, es conveniente hacer antes una breve recapitulación sobre el desarrollo biológico y psicosocial del adolescente. Los cambios fisiológicos que caracterizan a la pubertad incluyen la aceleración del crecimiento y la maduración de los órganos sexuales y sus funciones. Estos cambios están asociados con una elevación del instinto sexual del adolescente y de su agresividad. La maduración biológica también provoca que el adolescente se preocupe respecto a los cambios que sufre su cuerpo hasta el punto que, en ocasiones, esta preocupación llega a despertar un estado hipocondríaco. En el área psicosocial el adolescente se está tratando de acoplar con la tarea de obtener su independencia emocional y un sentido de identidad. La necesaria separación de las personas que trató íntimamente desde su niñez le causan inevitablemente sensaciones de tristeza y soledad en su interior. En la esfera cognoscitiva del desarrollo, el joven adolescente debe alcanzar la fase del pensamiento formal o el operacional abstracto. Tiende entonces a sobrevalorar sus experiencias emocionales y su capacidad de razonamiento, afirmando con frecuencia que nadie es capaz de entender como se "siente el realmente". Otra ganancia cognoscitiva que experimenta es su habilidad para idealizar persona y objetos que a menudo lo decepcionan debido a sus cualidades abstractas y poco reales, esto nos ayuda a comprender la vulnerabilidad del adolescente para recibir abiertamente o encubrir las observaciones que se hacen sobre el y su propensión a sentirse criticado o deprimido.

Desarrollo psicológico: en esta descripción se mencionan tres patrones de crecimiento: crecimiento continuo, crecimiento agitado, crecimiento tumultuoso; en donde se subrayan los siguientes aspectos de su desarrollo psicológico: la familia(contexto y relaciones), las relaciones interpersonales, las emociones(el mundo interior), los mecanismos defensivos y la valoración clínica global.

Crecimiento continuo: son los adolescentes menos frecuentes, es el tipo ideal, progresan durante la adolescencia con una unidad de propósito y una seguridad en si mismos de su progreso hacia una vida adulta significativa y plena, su dotación genética y ambiental es excelente, sus vidas familiares no incluyen sucesos extremadamente estresantes o alterantes. Su infancia no esta

caracterizada por la muerte o enfermedad grave de un padre o hermano. Los padres de este grupo son capaces de fomentar la independencia de sus hijos, los mismos padres crecen y cambian con sus hijos, durante los años escolares el padre del sexo opuesto es el más importante para el desarrollo normal del adolescente, a través de este padre o madre, el adolescente comprueba su sexualidad, su identidad y su valor potencial como adulto, en sus relaciones interpersonales muestran una buena capacidad para las relaciones objetales, actúan de acuerdo a su conciencia, manifiestan pocas muestras de problemas de super yo, a menudo identificándose con personas que conocen y admiran de la familia y de la comunidad escolar. Son capaces de hacer frente a los traumas exteriores, si surgen dificultades utilizan las defensas de la negación y aislamiento para proteger su Yo del bombardeo afectivo, pueden posponer la gratificación inmediata y trabajan de forma sostenida hacia una meta futura. no experimentan períodos de ansiedad o depresión como, les sucede a otros adolescentes, en general una distinción de estos adolescentes es su satisfacción general consigo mismos y con su lugar en la vida ,son seres humanos relativamente felices.

Crecimiento agitado: Se caracteriza por diferencias lo suficientemente importantes de estructura del Yo, contexto y ambiente familiar como para constituir un grupo diferente(aunque normal)es la pauta más común de los adolescentes. Las familias nucleares de este grupo tienen mas probabilidades de haber estado afectadas por sucesos comunes frecuentes como separación, muerte o enfermedad grave; las relaciones están marcadas por conflictos de opiniones y valores. Estos adolescentes no son tan confiados, su autoestima oscila, Se basan en el esfuerzo positivo de las personas que tienen importancia para ellos, como los padres y amigos, cuando no llega este refuerzo se desalientan de sí mismos y de sus capacidades. Como grupo, son capaces de formar significativas relaciones interpersonales, pero las relaciones se mantienen con un mayor esfuerzo. Algunos adolescentes de este grupo temen las incipientes sensaciones e impulsos sexuales, para ellos las relaciones significativas con el sexo opuesto llegan relativamente tarde. Presentan gran cantidad de conflictos experimentados y en sus patrones de resolución de conflictos. Aplican más energía concentrada al dominio de las tareas del desarrollo, un ciclo de progresión y regresión es más típico de este grupo las defensas utilizadas, la cólera y la proyección son diferentes a las utilizadas por el primer grupo. Aunque los adolescentes de esta categoría son capaces de enfrentarse con éxito a su ambiente esperable medio, desarrollo de su yo no es adecuado para hacer frente a fuentes de ansiedad no anticipadas, son más propensos a la depresión. En algunas ocasiones, cuando sus mecanismos fallan, experimentan una moderada ansiedad y un breve período de agitación. Cuando son desalentados por sí mismos o por los demás, muestran una tendencia a utilizar la proyección y la cólera, los adolescentes trabajan hacia sus metas vocacionales esporádicamente o con falta de entusiasmo, pero son capaces de mantener su conducta a largo plazo de acuerdo con las expectativas generales

que se habían formado, la emocionalidad es característica de los adolescentes del grupo de crecimiento agitado.

Crecimiento tumultuoso, este grupo es similar al de los adolescentes frecuentemente descritos en la literatura psiquiátrica, psicoanalítica y de la ciencia social, estos son los estudiantes que atraviesan la adolescencia con considerable agitación interior, que se manifiestan con problemas conductuales en la escuela y el hogar; proceden de contextos menos estables. Algunos de los padres de este grupo tienen conflictos matrimoniales y otros tienen una historia de enfermedad psiquiátrica en la familia, sin embargo pueden tener un ambiente y un medio familiar razonablemente normales. La separación del adolescente de la familia es dolorosa para los padres y constituye una fuente de conflictos para los adolescentes. Este hecho conforma gran parte de la crisis de identidad del adolescente. Estos adolescentes dependen considerablemente más de la cultura de los amigos que sus compañeros de edad de otros grupos, posiblemente porque reciban menos gratificaciones en sus relaciones con la familia, inician sus actividades de cortejo a una edad anterior que sus compañeros de los otros dos grupos de adolescentes. Para, estos niños que se encuentran en la primera adolescencia una mujer es una relación de dependencia, siendo la joven un sustituto de la figura materna, son ligeramente sensibles e introspectivos, suelen ser conscientes de su necesidad emocional.

Estos adolescentes no rinden académicamente durante sus años de escuela, y utilizan más energía que la habitual para hacer frente a los problemas cotidianos, si algo va relativamente bien, se sienten bien. Cuando surge una decepción inesperada, tienen problemas para encararla, les lleva más tiempo y utilizan más energía psíquica, para hacer frente a esta decepción.²⁵

En la 2ª década de la vida, especialmente en el periodo que va de los 15 a los 19 años de edad, se desarrollan procesos de suma importancia para el individuo, tales como la afirmación de la personalidad, el ejercicio pleno de la sexualidad y la función reproductiva, el potencial de bienestar y desarrollo social, el desarrollo espiritual, la concreción de proyectos de vida y el logro de independencia y autoestima. La normalidad de estos procesos depende de lo que las políticas de salud y desarrollo, los microambientes (familia, escuela, lugares de trabajo y recreación) y la sociedad le ofrezcan al adolescente y al joven de ambos sexos.²⁵

El problema de mayor trascendencia y magnitud entre los adolescentes es sin duda el embarazo no deseado lo que acarrea graves consecuencias psicosociales y biológicas (incluidos el aborto ilegal y la mortalidad materna) para las familias las madres y los niños de esos embarazos.

Las adolescentes expuestas a experiencias sexuales no protegidas y a embarazos no planeados corren un grave riesgo social, psicológico y biológico que perduran por el resto de sus vidas.

Los hijos de estas madres afrontan un pronóstico peor, ya que sus posibilidades de salud y desarrollo son escasas.

La fecundidad en la adolescente tiene un enorme efecto en los aspectos psicosociales de la salud, llegando a veces a adquirir mayor gravedad y magnitud que los biológicos 25.

El embarazo en las adolescentes se debe a muchos factores, incluyendo una subcultura en la cual se glorifica la actividad sexual, sin educación de los jóvenes sobre sus consecuencias. Otras motivaciones para la gestación en la adolescencia son la presión de los amigos, rebelión, mantener una relación y desear mayor intimidad emocional. Con frecuencia la primera relación sexual se lleva a cabo dentro de una relación que la niña desea conservar y raras veces se utiliza la anticoncepción. Se han descrito tres subgrupos psicológicos en las madres adolescentes. La propensa a problemas utiliza alcohol, fármacos, o ambos, crea problemas en la escuela y tiene malas calificaciones. Actúa por impulso y con frecuencia es parte de una contracultura de amigos que rechaza la sociedad convencional. La que sale adelante es competente y abierta a estilos de vida alternativos, pero característicamente experimenta transiciones de vida más joven que sus compañeras. La deprimida idealiza el embarazo como una manera de manejar sus sentimientos de pérdida, tristeza y vacío. Es útil distinguir entre estos tres grupos y ofrecer ayuda en respuesta a las diversas necesidades ²³.

El embarazo precoz es la gestación que se presenta en una mujer que no ha terminado su crecimiento y desarrollo somático, en el embarazo de la adolescente se observa la incapacidad materna para cuidar a un hijo y formar una familia, asimismo las complicaciones son derivadas de la inmadurez de la madre, siendo las principales: incremento de la mortalidad biológica materna, presencia de mayor riesgo de anemia, toxemia, desproporción cefalopélvica, relacionados con talla baja y mayor número de distocias, los recién nacidos de estos embarazos presentan bajo peso al nacer, prematuridad e incremento de malformaciones.

Madres y padres adolescentes se encuentran en peligro desde los puntos de vista psicológico y social, en algunos estudios en los que se han controlado con cuidado estos factores, han descubierto además que los niños de madres

adolescentes están en cierto peligro mayor de tener déficit cognoscitivos y psicológicos, lo que sería el efecto manifiesto de paternidad de mala clase, estado socioeconómico más bajo y vecindades, escuelas y expectativas profesionales desventajosas ⁶.

Ambos padres adolescentes se enfrentan a situaciones personales de conflicto como fracaso escolar, ingresos económicos bajos, divorcio, incremento del stress, trastornos emocionales debidos a patrones socioculturales que no alcanzan a sopesar debido a su inmadurez, ¹⁻².

Las madres adolescentes tienen menos probabilidades de casarse o de acceder a la educación superior y tienen más probabilidades de no tener trabajo y de tener más hijos que las mujeres que posponen el tener hijos hasta después de los 20 años de edad ¹³

El término depresión alude a una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos. Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, como la neurofisiología, la farmacobiología la psicología y la psiquiatría.. Para el neurofisiólogo, la depresión hace referencia a cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, por ejemplo una depresión cortical. Para el farmacólogo, la depresión se refiere al efecto de los fármacos que disminuyen la actividad del órgano a que se dirigen. Para el psicólogo la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognoscitivo, perceptivo o motor normal, para el psiquiatra la depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales.

Una tendencia casi universal, independientemente del país es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres que entre los hombres. La incidencia de depresiones es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres por razones que no están del todo claras, algunas explicaciones ofrecidas incluyen los diferentes estreses, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales.

El tipo principal de depresión en el adolescente es el trastorno neurótico depresivo (o neurosis depresiva). Este es un estado claro de mala adaptación que se observa generalmente en los adolescentes que sufren pérdidas definidas como la separación de los padres, un miembro de la familia, un amigo u otra persona allegada, a los cuales no logra sobreponerse. Estos adolescentes se deprimen cada vez más y son incapaces de mantener sus actividades sociales y de trabajo en la forma usual. Si no se tratan a tiempo, su trastorno depresivo puede inhibir su voluntad y su deseo de vivir. Los signos y síntomas comunes del trastorno

depresivo del adolescente son: un carácter persistentemente triste, asociado con sentimientos de desesperanza y desamparo, una sensación de autoincriminación y culpabilidad, una iniciativa y motivación disminuidas, indecisión y mala concentración alejamiento de las interacciones habituales con la familia y con los compañeros, una baja del desempeño académico y vocacional, un apetito disminuido, una reducción de la actividad física, insomnio y otros trastornos del sueño, y una evidencia de gran preocupación en relación con los temas de la vida y la muerte que incluyen con frecuencia la idea del suicidio.²

El análisis de las bases de datos epidemiológicos de diferentes países ha establecido que la tasa de prevalencia de depresión mayor en el curso de la vida es dos veces más en las mujeres que en los hombres.¹⁸ Un periodo de particular vulnerabilidad es el periodo postparto. Este periodo se caracteriza por un alto índice de enfermedades psiquiátricas y de hospitalizaciones en comparación con el embarazo, el cual ha sido considerado como una etapa de bienestar emocional. Estudios prospectivos recientes han encontrado que las tasas de depresión durante el embarazo son similares a las del periodo postparto y que la presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo está asociada con episodios depresivos durante el puerperio.¹⁹

Existen factores predisponentes para el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas, favorecido por factores sociales, económicos, familiares ambientales, psicológicos y educacionales que incrementan la incidencia de los embarazos en edades tempranas. En la familia las carencias económicas, culturales, de manifestaciones de afecto y aceptación hacia los hijos y la desunión entre sus integrantes son factores que inducen a la adolescente a la búsqueda de gratificantes y sensaciones compensatorias a lo que hay que agregar las imágenes día a día más insinuantes de la sexualidad libre que se ven o escuchan en los anuncios comerciales, películas, telenovelas o se leen en las revistas o periódicos, donde se insinúan, se hablan, se viven las relaciones sexuales sin limitaciones como un acto normal en cualquier circunstancia. Todo ello induce a la adolescente a aceptar estos mensajes sin criterio ni normas, como “lo que se usa” y para no ser diferente a lo que le han imbuido por todos los sentidos, cede ante las primeras insinuaciones sin tener la menor preparación psicológica, moral o de conocimientos para manejar las consecuencias que sus actos acarrearán, por otra parte los factores alimenticios higiénicos y ambientales, mejores que en generaciones anteriores, han hecho que las generaciones actuales maduren en la esfera sexual a edades más tempranas, no así en el área física integral ni en la esfera psicológica y emocional, cuya evolución es más lenta. Para ayudar a los menores de edad para distraer su atención de los atractivos del sexo que en ellos comienza a despertarse son importantes las actividades físicas programadas, el control de sus lecturas, de los programas, y tiempo de ver televisión, las amistades que frecuentan, las actividades familiares, el mejoramiento del ambiente familiar para que se le haga atractivo estar en casa.

La orientación sexual debe darse desde la escuela primaria, y en la secundaria orientación sobre las consecuencias de las relaciones sexuales y la prevención de las secuelas físicas que ellas dejan.

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esenciales una alteración del estado de ánimo unidas a problemas cognoscitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados con ella.

El estado de ánimo suele hacer referencia a los estados emocionales sostenidos que colorean toda la personalidad y la vida psíquica.

El estado de ánimo puede estar normal, elevado o deprimido. Los pacientes con estado de ánimo elevado muestran expansividad, fuga de ideas, disminución del sueño, alta autoestima e ideas de grandeza. Los pacientes con estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito e ideas de muerte o suicidio.

La categoría de trastornos afectivos del DSM –III agrupa a todos los trastornos afectivos dentro de este grupo, la subcategoría de trastornos afectivos mayores incluye al trastorno bipolar (mixto, maníaco, deprimido) y la depresión mayor (episodio único o recurrente). Existen además, dos categorías adicionales de trastorno afectivo: otros trastornos afectivos específicos (el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico) y el trastorno afectivo atípico(trastorno bipolar atípico y depresión atípica.) (Tabla 1).

En la actualidad la depresión se clasifica en dos categorías mayores de trastorno bipolar(definido por uno o más episodios maniacos) y depresión mayor o unipolar (definida por una o más depresiones sin episodios maniacos).

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL DSM-III (Tabla 1)

Trastornos afectivos mayores

Trastorno bipolar:

Maníaco

Depresivo

Mixto

Depresión mayor

Episodio sencillo o recurrente

Con melancolía o sin ella

Con rasgos psicóticos o sin ellos

Otros trastornos afectivos específicos

Trastorno ciclotímico

Trastornos distímico (neurosis depresiva)

Trastornos afectivos Atípicos

Trastorno bipolar atípico

Depresión atípica

Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados

Trastorno esquizoafectivo

Disfunciones de adaptación

Disfunciones de adaptación

Con estado de ánimo deprimido.

Trastornos del estado de ánimo DSM-III R

Trastornos bipolares

Trastorno bipolar

Mixto

Maníaco

Depresivo

Ciclotimia

Trastorno bipolar no especificado

Trastornos depresivos

Depresión mayor

Episodio único

Recurrente

Distimia (neurosis depresiva)

Trastorno depresivo no especificado.

Trastorno distímico (neurosis depresiva)

Es una alteración crónica, no psicótica que supone un humor deprimido o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades y pasatiempos cotidianos; es una enfermedad duradera de al menos dos años (uno en el caso de niños y adolescentes) con alteraciones intermitentes o sostenidas de un humor deprimido y síntomas asociados.

Las teorías e hipótesis propuestas como causas le siguen a las de los trastornos afectivos en general.

Genéticos: tienen un mayor riesgo los gemelos monocigotos que los dicigotos.

El cromosoma x se asocia más a la enfermedad bipolar o maniaco-depresiva por un gen dominante ligado al x) También se han descrito asociaciones al HLA con el trastorno afectivo bipolar.

Aunque también existen parejas padre-hijo enfermas, por probables anomalías del transporte de la membrana de litio en los glóbulos rojos.

Otros trastornos biológicos incluyen alteraciones electrolíticas, especialmente de sodio y potasio; alteraciones neurofisiológicas, anomalías neuroendócrinas (al nivel de tálamo-hipotálamo-hipófisis de la corteza suprarrenal, del tiroides y cambios gonadales) algunas alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores, en las aminas biogénicas que sirven como neurotransmisores en el SNC y periférico.

Las aminas biogénicas incluyen tres catecolaminas: dopamina, noradrenalina y adrenalina. La indolamina es otra amina biogénica representada por la serotonina. Y la acetilcolina es también una amina biogénica

Catecolaminas la hipótesis de las catecolaminas se basa en las observaciones de que los fármacos como los inhibidores de la MAO y los antidepresivos tricíclicos, que potencian o aumentan las catecolaminas cerebrales, producen estimulación de la conducta y excitación y tienen un efecto antidepresivo. Inversamente los fármacos que agotan o desactivan las aminas centrales producen sedación o depresión. El carbonato de litio, efectivo en el tratamiento de la manía, disminuye la descarga y aumenta la recaptación de noradrenalina. Se ha demostrado que puede haber escasez de noradrenalina cerebral en la depresión. Existe una disminución del metabolito 3-metoxi-4-

hidroxifeniletileno-glicol (MHPG) en el LCR y en la orina de pacientes deprimidos.

Los fármacos que reducen la noradrenalina (Metildopa, propranolol y reserpina) pueden producir depresión y la anfetamina que produce descarga sináptica de noradrenalina produce un estado de ánimo elevado.

Acetilcolina: la reacción de acetilcolina y noradrenalina ha sido implicada también en la depresión, porque algunos pacientes depresivos se deprimen aún más cuando se aumenta la actividad de la acetilcolina del SNC. El sistema colinérgico desempeña un papel en el sueño REM y la reducida latencia REM en la depresión puede reflejar una hiperactividad de la acetilcolina en el SNC.

Serotonina se ha hallado que algunos pacientes deprimidos tienen una disminución del metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en su LCR otra prueba que sugiere la implicación de la serotonina en la depresión es la observación de que el triptófano (precursor de la serotonina) alivia la depresión en algunos pacientes.

Los antidepresivos aumentan la actividad de la serotonina cerebral

Trastornos endócrinos.

Entre los síntomas somáticos observados que sugieren cambios endócrinos en los trastornos afectivos, encontramos la pérdida de apetito, de peso, insomnios, disminución del impulso sexual disfunción gastrointestinal y variaciones diurnas predecibles del estado de ánimo.

El cortisol se puede encontrar elevado en muchos pacientes deprimidos, secundario a la descarga hipotalámica del factor liberador de corticotropina. (CRF). Normalmente las vías noradrenérgicas inhiben la descarga del CRF. En los estados depresivos, la disminución de actividad de estas hormonas produce una desinhibición del CRF. En ausencia de contención aumentan los niveles del CRF disparando la función de la corteza suprarrenal y la descarga resultante de ACTH.

Podemos encontrar pacientes deprimidos que muestran falta o disminución de respuesta a la TSH a la estimulación de la hormona liberadora de tirotrópina.

Los niveles de HL y prolactina pueden mostrar un ritmo circadiano elevado.

Características de la personalidad

La indebida dependencia interpersonal y el carácter obsesivo a menudo predisponen a la depresión, así como la baja autoestima e introversión

Rasgos clínicos

El rasgo esencial del trastorno distímico es un complejo sintomático de carácter no psicótico y de al menos 2 años de duración (o un año en los niños y adolescentes). El principal síntoma es el humor deprimido. Además se produce una pérdida del interés o placer por casi todas las cosas o todas las actividades y diversiones habituales y una supresión de todas las fuentes de placer (Tabla 2).

El humor deprimido puede caracterizarse por la referencia que el paciente hace a sus sentimientos de tristeza, pesar y melancolía. El paciente deprimido puede describir la vida como algo oscuro, negro o desesperado. El humor deprimido y sus rasgos asociados pueden ser persistentes, caso en que el trastorno se considera crónico o intermitente caso en que los períodos de síntomas van separados por intervalos de humor normal, con capacidad para disfrutar del placer y desarrollar las actividades sociales de forma normal. Los periodos normales pueden durar de unos días a unas semanas. Entre los síntomas asociados figuran los comúnmente asociados con los episodios depresivos, incluyendo la falta de apetito, el cambio de peso, la pérdida de interés o placer por casi todas las actividades, la disminución del impulso sexual, la disminución de la competencia sexual, los sentimientos de culpa y autorreproche, la preocupación obsesiva por la salud, las quejas de dificultades del pensamiento, indecisión, ideas de suicidio, sentimientos de desamparo, desesperanza y pesimismo.

Criterios para el diagnóstico del trastorno distímico

(De la American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3^a. Ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.)

Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas que son característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para poder cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes o estar separadas por períodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a unas semanas, pero no más de unos meses.

Durante los períodos depresivos hay un llamado estado de ánimo depresivo (p. ej, triste, melancólico, abatido, desanimado), o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los síntomas que se describen a continuación:

1. Insomnio o hipersomnia
2. Bajo nivel de energía o cansancio crónico
3. Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación
4. Disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa
5. Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad.
6. Retraimiento social.
7. Pérdida del interés o de disfrute de las actividades placenteras.
8. Irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores)
9. Incapacidad para responder con placer a los elogios o esfuerzos
10. Menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud e inquietud
11. Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo.
12. Llanto o sollozo
13. Pensamiento repetido de muerte o suicidio.
14. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

Si el trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

Muchos pacientes inician sus síntomas durante la adolescencia o joven edad adulta, los síntomas pueden ser por largos períodos de tiempo, hasta el punto de ser considerados parte de su personalidad. Algunas veces esta depresión se inicia en la madurez, estos pacientes ofrecen una historia de adaptación social relativamente buena y un humor normal en la adolescencia con un inicio gradual

o insidioso de los síntomas depresivos o episodios de depresivos tras la reacción de duelo a la muerte de un padre, hermano o hijo problemas matrimoniales, con disputas, irritabilidad y mal funcionamiento sexual, alteración de los roles paternos, particularmente con los hijos adolescentes; o alteración de las funciones ocupacionales.

En todos los trastornos afectivos existe un elevado riesgo de suicidio, se debe prestar atención a los intentos de suicidio potencial, reconstruir la historia de los anteriores intentos suicidas, los rastros de ideación suicida y la exploración de las fantasías suicidas. Si existen se debe prestar atención a la historia del uso de la medicación, sobre todo porque los pacientes proclives del suicidio suelen ser excesivos consumidores del sistema de cuidados sanitarios. Muestran una tendencia a acumular frascos de medicaciones parcialmente utilizados. También puede ocurrir un riesgo alto para las enfermedades médicas, ya que muchas personas deprimidas posponen su atención médica oportuna o son mal diagnosticadas en razón de su anterior historia de problemas crónicos.

La hospitalización psiquiátrica para el trastorno distímico es poco común en la actualidad, aunque antes del desarrollo de los modernos tratamientos somáticos era común.

Puede haber dificultades para mantener los niveles habituales de actividad social, con menor interés por los juegos y pasatiempos y menor participación en los deportes y actividades sociales que antes de que se desarrollara la depresión, existen períodos de tratamiento social, menor iniciación de actividades sociales. El divorcio, el desempleo y los fracasos en los negocios o las ocupaciones profesionales puede ser muchas veces consecuencia de un trastorno distímico.

El determinante más importante del curso y resultado del trastorno distímico es si se reconoce o no el trastorno, cuando la depresión es reconocida y tratada intensivamente, el pronóstico mejora considerablemente en la mayoría de los casos.

Existen diversas terapéuticas psicológicas y somáticas para el tratamiento del trastorno distímico. Entre los tratamientos psicológicos, los más descritos son los derivados de las teorías de la personalidad psicoanalíticas o psicodinámicas. Entre las terapéuticas somáticas, contamos con los antidepresivos tricíclicos, que siguen siendo la principal forma de farmacoterapia, con demostrada eficacia para las depresiones.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), utilizada en grupos que no responden a la terapia con tricíclicos sobre todo los pacientes con rasgos atípicos caracterizados por la ansiedad y por síntomas histéricos y despersonalización ²⁶

El análisis de las bases de datos epidemiológicos de diferentes países ha establecido que la tasa de prevalencia de depresión mayor en el curso de la vida es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Un período de particular vulnerabilidad es el período postparto. Este período se caracteriza por un alto índice de enfermedades psiquiátricas y de hospitalizaciones en comparación con el embarazo, el cual ha sido considerado históricamente como una etapa de bienestar emocional, sin embargo estudios prospectivos recientes han encontrando que las tasas de depresión durante el embarazo son similares a las del período postparto y que la presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo está asociada con episodios depresivos durante el puerperio. un 25% de las madres adolescentes experimentan síntomas depresivos en el postparto. Un estudio de Gordon y Gordon demostró que hay una disminución de los síntomas depresivos en el período postparto cuando hay una educación y apoyo prenatales. En general se da muy poca atención a los trastornos emocionales del postparto durante las clases de atención prenatal. Las mujeres embarazadas y sus esposos o la persona que este en el grupo de alto riesgo para desarrollar depresión postparto debe recibir información adicional acerca de los síntomas de la DPP.

FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION POSTPARTO.

ASOCIADOS

Prenatales

Historia de depresión postparto.
Historia de trastorno emocional
Historia familiar de trastornos emocionales
Ansiedad y depresión durante el embarazo.

Postnatales

Tristeza de la maternidad
Preocupaciones por el niño

Ambas

Eventos adversos en la vida
Problemas matrimoniales
Poco apoyo social.

PROBABLEMENTE ASOCIADOS

Historia de síndrome premenstrual

Edad de la madre
Complicaciones obstétricas
Parto
Consideraciones de aborto
Fracaso para amamantar.

NO ASOCIADOS

Nivel educativo
Base cultural
Grupo socioeconómico
Embarazo no planeado
Sexo del niño
Lactancia
Tipo de parto.

Una tendencia casi universal, independientemente del país es la mayor prevalencia de la depresión entre las mujeres que entre los hombres. La incidencia de depresiones es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres por razones que no están del todo claras, algunas explicaciones ofrecidas incluyen los diferentes estreses, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales.

ANTECEDENTES

La población de adolescentes en México, representa el 25%, el 50% de ellos son mujeres. Entre sus principales problemas de salud destacan por frecuencia los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado, enfermedades sexualmente transmisibles y los suicidios.¹

En la ciudad de México al igual que en otros lugares de Latinoamérica el embarazo puede presentarse a temprana edad, muchas veces favorecido por el hacinamiento y el nivel cultural más bajo y el abuso sexual, situación que se ve agravada por la falta de información de los adolescentes con relación al embarazo y la forma de prevenirlo¹⁴ es por ello que se supone que la frecuencia del embarazo en este grupo de edad es igual o mayor al que presentan los países industrializados ya que en México las estadísticas oficiales registran 430 000 embarazos anuales en mujeres de 15 a 19 años de edad ¹⁵

De acuerdo con el INEGI, el porcentaje de matrimonios en mujeres menores de 19 años, en el estado de Michoacán, en el periodo comprendido de 1990 a 1992 fue del 44.56% y el de divorcios en menores de 20 años, alcanzó el 8.28% de todos los divorcios, en ese mismo periodo.

En nuestro país, existen estudios que muestran elevadas tasas de morbilidad en embarazadas menores de 18 años con resolución del embarazo mediante cesáreas hasta en un 25,3 % y fórceps en el 14.0% ³, y ha sido descrito por Klein un síndrome de fracaso con consecuencias dramáticas relacionadas con una gran variedad de fenómenos tanto de salud, demográficos, psicológicos y sociales.⁴Otros estudios reportan una frecuencia de embarazo en adolescentes (menores de 17 años) del 9.12%, de las cuales solo el 57% presentó partos eutócicos el 80% no tenía escolaridad y prácticamente el 95% desconocía los métodos anticonceptivos, un 54% no deseaba el embarazo y hasta un 3% manifestaban estar dispuestas a dar a su hijo en adopción. Todas tenían alteraciones psicológicas mayores o menores, manifestadas como ansiedad, angustia, depresión, rechazo familiar y complejo de culpa.⁵

Los expertos en este campo reconocen con certidumbre creciente que el embarazo de la adolescente es un problema de muchas facetas, con muchos factores y ninguna solución fácil. Federman manifiesta que: ninguna experiencia humana es a la vez tan privada de manera transitoria y tan prolongada desde el punto de vista público como el embarazo no deseado. El ámbito familiar desempeña pues una función muy importante en lo temprano que una niña empieza a enfrascarse en la actividad sexual ⁶. Las complicaciones médicas se dan en un contexto psicosocial nada propicio y difícilmente superable antes de

los 20 años. Los cambios psíquicos por los que está atravesando la joven: rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión ante su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento, se suman a los cambios que implica un embarazo, y producen: temores, miedos, desequilibrios emocionales y confusión de identidad que se manifiestan en forma de depresiones, somatizaciones, intento de aborto y fantasías de autodestrucción.

Sentimientos de minusvalía y baja autoestima se dan frecuentemente, ya sea por los conflictos que arrastran estas jóvenes o por la exposición al rechazo inicial: de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante la situación y antes que reconocerlo, se culpan mutuamente sobreprotegiendo a la joven, pero al mismo tiempo dirigiéndole reclamos, hostigándola y a veces maltratándola físicamente. En ocasiones tratan de obligar a sus hijas a un matrimonio precoz y forzado, que la mayoría de las veces resulta inestable y termina en divorcio. La jovencita que no había desertado con anterioridad, deja los estudios y se enfrenta a una frustración personal; cuando los continúa, es tomada como una carga por sus compañeros o compañeras sobre todo cuando trabajan en equipo. La mayoría de las veces estas jóvenes siguen viviendo en casas de sus padres o en las de sus suegros, ya estén casadas o no, así que se vuelven más dependientes de sus padres o suegros y tienen más necesidad de someterse a las reglas familiares dadas las necesidades de apoyo para su hijo. Los roles cambian, los abuelos asumen un lugar de abuelos padres, produciendo confusión tanto a los padres como a los jóvenes y al bebé, quien establece su primera relación humana con una madre hermana. A largo plazo, las confusiones de afecto y relación dificultan la confianza básica y seguridad personal del hijo, produciendo consecuencias de gran importancia.^{6 10}

Se ha reportado que existe depresión postparto hasta en un 10 % de las mujeres embarazadas²¹ y en un 25% en embarazadas adolescentes que la depresión prenatal ofrece un riesgo substancial mayor para esta, asimismo se sugiere el un tratamiento a base de una psicoterapia interpersonal como alternativa²⁷.

Se menciona que tanto la depresión mayor, así como los síntomas de depresión que no llenan los criterios para el diagnóstico de depresión pueden afectar crónicamente las decisiones de la mujer acerca del manejo de su embarazo²². Estudios prospectivos recientes han encontrado que las tasas de depresión del embarazo son similares a las del período postparto y que la ansiedad o depresión durante el embarazo está asociada con episodios depresivos durante el puerperio. Gordon y Gordon demostró que hay una disminución de los síntomas depresivos en el período postparto cuando hay educación y apoyo prenatales. La depresión postparto puede causar un deterioro funcional

significativo en la madre y puede tener secuelas adversas a más largo plazo sobre los lazos maternos y el desarrollo cognoscitivo y conductual del niño.

La depresión es uno de los trastornos más comunes en el primer nivel de atención médica, no afecta solo a quien la sufre, sino también a su entorno social²⁸.

Se ha considerado la depresión, actualmente como un problema de salud pública. Estos cuadros se han incrementado en forma alarmante en los últimos años, siendo su prevalencia en la población general del 5.8 al 10%²⁹.

Se ha estimado la prevalencia de los trastornos depresivos en la infancia entre el 0.15 y el 2%. La prevalencia de depresión mayor en prepúberes es de 1.8%, y en adolescentes, oscila entre 3.5 y el 5%. Las niñas refieren síntomas depresivos en proporción significativamente superior que los varones, la distimia en la adolescencia es del 3.3%.³⁰

JUSTIFICACION

Existen infinidad de reportes, principalmente en los países en vías de desarrollo de las elevadas incidencias de embarazo en adolescentes, la mayoría de los mismos no planeados ni deseados. De acuerdo con el INEGI, el porcentaje de matrimonios en mujeres menores de 19 años, en el estado de Michoacán, en el periodo comprendido de 1990 a 1992 fue del 44.56% y el de divorcios en menores de 20 años, alcanzó el 8.28% de todos los divorcios, en ese mismo periodo. Asimismo se encuentra ya abundantemente reportado el incremento de la morbimortalidad materno infantil en este grupo de edad, por lo que consideramos este como un gran problema médico, social y psicológico, dentro de este último, encontramos depresión en el adolescente, manifestada principalmente por angustia, tristeza, pesimismo, sentimiento de fracaso, descontento, sentimiento de culpa, cambios en la estimulación propia, dificultad para trabajar, agotamiento, anorexia, aversión de si mismo, aislamiento social e indecisión.

En la UMF 80 Morelia se tienen reportados durante 1996 un total de 1383 embarazos en mujeres menores de 19 años, de los cuales 426 cursaron con un embarazo y parto normal y el resto presentaron diferentes complicaciones tanto durante la gestación como en la resolución de la misma.

Con el propósito de evaluar la frecuencia, de la depresión en este importante grupo poblacional, así como para valorar la conveniencia de dar un enfoque preciso de rutina a esta patología dentro de la atención médica familiar prestada por el instituto a las adolescentes embarazadas para de esta manera detectar la presencia de depresión y el inicio del manejo específico preparto, llevando de esta manera una medicina preventiva en cuanto a complicaciones psicosociales que son frecuentes durante el embarazo y postparto; mejorando así la relación del binomio madre-hijo así como las expectativas de una buena integración familiar; motivo por el cual se ha diseñado el presente estudio.

Por las implicaciones psicológicas del embarazo en las adolescentes y dada su alta prevalencia se justifica estudiar un fenómeno, al parecer no modificable en nuestra sociedad, en donde las condiciones familiares y sociales deben ser evaluadas, así como las características del fenómeno depresivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El embarazo en la adolescencia es un factor que influye para que la prevalencia de depresión sea mayor que en la población general?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de la depresión en la mujer embarazada adolescente.

Objetivos específicos

Correlación entre edad y depresión

Correlación nivel educacional y depresión.

Correlación tipo de familia y depresión.

Correlación entre embarazo deseado y depresión.

Correlación entre embarazo no deseado y depresión.

Correlación entre comunicación padres-hija y depresión

Correlación entre estado civil y depresión

Correlación entre depresión y personas con quien viven

TIPO DE ESTUDIO

Es descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. Encuesta descriptiva.

POBLACION DE ESTUDIO

La muestra se tomará de la población que acude a la consulta externa de medicina familiar (consultorios de medicina familiar) de las clínicas UMF No.80 de Morelia Michoacán, tomándose de manera aleatoria, a través de la tabla de números aleatorios.

Tomando en cuenta la siguiente fórmula $X^2 = \frac{(o-e)^2}{e^2}$

$$X^2 = \frac{1.6 \times 0.95}{0.05}$$

$$X = 135$$

VARIABLES

Variable dependiente:

Adolescente embarazada.

Variables independientes:

Depresión

CRITERIOS DE INCLUSION

Mujeres embarazadas

De 12 a 18 años de edad

Que deseen participar en el estudio.

Atendidas en los consultorios de medicina familiar del UMF No.80 de Morelia, Mich.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Adolescentes gestantes que no acepten participar en el estudio.

Mujeres que hayan recibido psicoterapia

Cuestionarios incompletos o incomprensibles

MATERIAL Y METODOS

Se estudiarán todas las pacientes adolescentes embarazadas, que acudan al módulo materno infantil, y consulta externa del UMF No.80 de Morelia, durante los meses de septiembre a diciembre de 1998, se les aplicará un cuestionario, elaborado con 26 reactivos (mismos que ya fueron validados), (anexo 1) los cuales nos evaluarán edad, escolaridad, ocupación y tipo de familia; La depresión será evaluada mediante un test modificado a partir del test de Beck, para determinar presencia o ausencia de depresión; el cual contempla: angustia, tristeza, pesimismo, sentimiento de fracaso, descontento, sentimiento de culpa, cambios en la estimulación propia, dificultad para trabajar, agotamiento, anorexia, aversión de sí mismo, aislamiento social e indecisión, cada uno de estos reactivos se medirá en una escala del 0 a 3, Tomándose, un promedio de la suma de estos reactivos menor o igual a 18 como indicativo de depresión y mayor de 18 como probable ausencia de depresión, dicho test será aplicado una sola ocasión por residentes de medicina familiar y enfermeras del módulo materno-infantil.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizarán medidas de tendencia central y dispersión. Prueba de Chi cuadrada para correlación de variables.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Depresión: Perturbaciones prolongadas del carácter o estados emocionales en los que el paciente despliega sentimientos de tristeza, desamparo, soledad, y autoestima reducida.

Adolescencia, etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.²⁰

La adolescencia está comprendida desde los 10 a los 13 años en las niñas y de los 10.5 a los 14 en los niños, hasta que se alcanza el estado de adulto joven , lo cual ocurre entre los 17 y los 21 años.

RECURSOS

Humanos: Personal médico, asistentes médicos y trabajo social. y enfermería.

Físicos: Se utilizará el área, consultorios de la consulta externa de medicina familiar

LOGISTICA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Elaboración del proyecto de investigación y bibliografía	Noviembre de 1997 a enero de 1998.
Autorización del proyecto:	Febrero de 1998
Recolección de información	Septiembre a diciembre de 1998
Ordenamiento de la información	Enero de 1999
Análisis de la información	Febrero de 1999
Presentación de tesis	Marzo de 1999

ETICA DEL ESTUDIO

Se realizara consentimiento informado a la paciente para tocar temas éticos relacionados con la evaluación y dinámica de la personalidad

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio establecen la presencia de depresión en el 22% del total de la muestra estudiada, lo cual establece una frecuencia de 30 adolescentes embarazadas con dicho problema. De acuerdo al cuestionario aplicado para medir depresión en la adolescente embarazada se encontró que de 0 a 10 puntos se encontraron 3 casos equivalentes al 2.2%, de 11 a 18 puntos 27 casos que establece un 17.2%. De 19 a 30 puntos se observó una frecuencia de 85 casos para un porcentaje de 62.98%, de 31 y más puntos la frecuencia se estableció en 17 casos que nos da un porcentaje de 12.58%. (Tabla 1, gráfica 1)

Asimismo la media de inicio de vida sexual activa (IVSA) fue de 15.9 y D.S. de 0.28. Llama la atención el inicio de vida sexual activa temprano en cada una de las edades: el 8.2% inicia a los 14 años de edad, 23% a los 15 años, 33.3% a los 16 años, 25.2% a los 17 años y 7.4% a los 18 años (Tabla 2, gráfica 2)

Llama la atención que una alta proporción el 31.9% de los embarazos de las adolescentes lo manifiestan como no deseados, no así el 68.1% (Tabla 3, gráfica 3). Asimismo el 57.8% conoce la metodología anticonceptiva, con relación a una alta proporción 42.2% que desconoce los métodos de planificación familiar. (tabla 4, gráfica 4)

De acuerdo a la edad fueron incluidas en la muestra mujeres adolescentes entre 14 a 18 años, de las cuales 6 de ellas correspondían a los 14 años de edad, 5 de 15 años, 36 mujeres de 16 años, 35 de 17 años y 53 de 18 años. La media de las adolescentes fue establecida en 16.9 años, con una desviación estándar (D.S.) de 1.0. (Tabla 5, gráfica 5) En el caso de sus parejas la media de edad fue de 21.2 años de edad y D.S. de 3.6.

El 87.4 por ciento de ellas correspondían a mujeres casadas, solo el 8.9% permanecían solteras y en unión libre el 3.7%. (Tabla 6, gráfica 6)

La ocupación del grupo establece que el 88.2% están dedicadas a las actividades del hogar, un porcentaje del 8.1 son empleadas, solo el 3% estudian y el 0.7% son obreras. (Tabla 7, gráfica 7)

En cuanto al nivel de educación recibida el 0.7% son analfabetas, 25.2% tienen primaria completa, el 60.7% nivel secundaria, el 10.4 bachillerato, 2.2% carrera técnica, el 0.7% profesional. Se adicionó una variable más en cuanto a su inclinación por el estudio, señalando el 78.5% su deseo de seguir estudiando, con relación al 21.5 que contestó no desear estudiar (Tabla 8, gráfica 8).

Con relación al tipo de religión que practican el 95.6% pertenece a la religión católica y un 4.4 a otro tipo de religiones como la presbiteriana y testigos de Jehová (gráfica 9)

Respecto a las toxicomanias el 94.8% de la muestra no fuman y solo el 5.2% tiene esta característica. El 99.3% no tienen antecedentes de alcoholismo y solo el 0.7, equivalente a una persona que tiene este tipo de toxicomanias (gráfica 10).

La actividad laboral de su pareja establece que solo el 0.7 % desarrolla alguna actividad técnica, el 41.5% son empleados y el 57.8% restante desarrolla actividades ubicadas en oficios. El nivel educativo de los mismos, el 20.7% estudió primaria, el 60% secundaria, el 7.4 bachillerato, 3% carrera técnica, el 2.2% profesional. La edad de la pareja de las adolescentes establece que el 47.4% se encuentra entre 16 y 20 años, 43.7% entre 21 y 30 años y 3% de 30 a 40 años. (gráfica 11)

Se señala que el 21.5% de las parejas aún recibe ayuda económica de padres o hermanos para cubrir sus necesidades básicas, no así el 78.5% que niega esta dependencia. (tabla y gráfica 12)

El estado civil de los padres de la adolescente manifiesta que el 80.7% son casados, 1.5 son madres solteras, 4.4% en unión libre, 9.6% viudez, 3.7% divorciados. En cuanto a las toxicomanias de los padres de la adolescente señala que en el 43.7 el padre tiene alcoholismo, en relación al 8.9% de las madres.(tabla y gráfica 13)

En cuanto al tipo de dinámica de pareja de los padres manifiestan las adolescentes en el 6.7% la dinámica es muy mala, en el 48.9 % la señalan como regular, en el 0.7% como buena y en el 12.6 no la perciben por ausencia de alguno de ellos.(tabla y gráfica 14)

Las adolescentes embarazadas manifiestan en el 86.7% una buena relación con los padres, a diferencia del 13.3% donde no existe una adecuada relación.(tabla y gráfica 15)

En cuanto al número de hermanos de la familia nuclear de la adolescente embarazada se estableció un porcentaje de 75.6% quienes sus familias eran de 1 a 5 hermanos y un 24.4% con familias de 5 y más hermanos (tabla y gráfica 16).

La adolescente reconoce problemas familiares en el 23.7% del total de la muestra, la mayor proporción 76.3% señala no tener problemas de este tipo. (Tabla y gráfica 17)

Los resultados por cada ítem del cuestionario de Beck modificado son los siguientes: El primer ítem se refiere a la tristeza, el 9.6% refiere a éste estado de ánimo de manera constante, 16.3% con frecuencia, 60% ocasional y 14.1% nunca.

El ítem No. 2 corresponde al pesimismo, en donde el 9.6% refiere siempre estar deprimido, 12.6% con mucha frecuencia, 38.5% ocasional y el 39.2% nunca.

El ítem No. 3 referido al sentimiento de fracaso, en el 7.2% manifiesta como siempre, el 21.2 con mucha frecuencia, el 52.4% ocasional y el 19.2 nunca.

En el ítem No. 4 la evaluación señala el descontento, en la opción siempre el porcentaje fue de 0, el 11.8% contestó con frecuencia, 61.5% ocasional y 26.7% nunca.

El ítem No. 5 evalúa el sentimiento de culpa, el 9.6% refiere la opción siempre, mientras que el 20.7% señala con frecuencia, 57.8% a veces y 11.9 nunca.

El ítem No. 6 establece la percepción en el sentido de aversión propia en la opción siempre el porcentaje establecido fue de 8.2, la opción con frecuencia 16.3%, contestaron la opción a veces 50.4% y nunca el 25.2%.

El ítem No. 7 evalúa el aislamiento social en la opción de siempre el valor es de 11.85%, frecuente 18.52%, a veces 27.41% y nunca 42.22%

El ítem No. 8 evalúa la indecisión, en la opción siempre el valor fue de 5.2%, frecuente 19.3%, a veces 45.9 y nunca 29.6.

El ítem No. 9 valora los cambios en la autoestima, establece los siguientes valores, para la opción siempre 4.3%, frecuente 25.9, a veces 33.3, nunca 36.3.

El ítem No. 10 valora las dificultades en la capacidad laboral, se establece un porcentaje en la opción siempre de 4.4%, frecuente 11.1%, a veces 54.8%, nunca 29.6%.

El ítem No. 11 valora la astenia y adinamia secundarias al proceso depresivo, encontrando un valor de 5.2% en la opción siempre, 14.1% en frecuente, 57.8% a veces y 23 nunca.

El ítem No. 12 la presencia de anorexia, se presentó en la opción siempre con un valor de 9.63%, frecuente 11.85, a veces 33.3%, nunca 45.2%.

Las manifestaciones de depresión mas frecuentemente encontradas fueron cambios en la estimación propia, sentimiento de culpa, aislamiento social, sentimiento de fracaso, tristeza y aversión de si misma (grafica 32).

DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos, la proporción de mujeres adolescentes embarazadas si bien no es un porcentaje elevado, 22%, si duplica la prevalencia de la depresión que se presenta en la población en general y cuadriplica a los datos que existen para depresión en adolescentes; los resultados en este sentido son contradictorios y podríamos establecer de entrada un sesgo importante del estudio cuando se correlaciona la depresión con el embarazo no deseado, en donde la proporción alcanza un 35.9%, lo anterior a que no se verificó la relación causa efecto en el cuestionario estructurado entre depresión y embarazo deseado. Sin embargo, al correlacionar tales hechos a través de Ji cuadrada establece un valor de p de 0.04, lo cual nos señala la correlación estadísticamente significativa entre embarazo no deseado y depresión. No se establece además una correlación entre embarazo y la relación con los padres, el valor de Ji cuadrada es no significativo, por lo tanto, podemos inferir que en el fenómeno del embarazo de la adolescente en nuestro estudio parece no guardar relación con la problemática familiar y el ambiente social pudiera tener una mayor trascendencia en la génesis del embarazo en adolescentes, tales como educación sexual y roles sociales mas complejos que establecen interacciones para que las relaciones sexuales se den cada vez a una edad mas temprana y que es necesario abordar en estudios posteriores.

Los síntomas mas importantes de acuerdo a la evaluación realizada con el cuestionario son: con proporciones similares del 30.3% de la muestra se encuentra los cambios en la autoestima, el sentimiento de culpa y el aislamiento social, seguidos con porcentajes de 29% al sentimiento de fracaso, 25.9% a la tristeza y 24.4% con la aversión propia.

Existe una diferencia de un año entre las medias de edad e inicio de vida sexual activa en la población de adolescentes en general y la de la muestra estudiada, 16.9 y 15.9% respectivamente, señalando los periodos de ejercicio sexual y embarazo de corto tiempo, aunado con el desconocimiento sobre metodología anticonceptiva en un 42.2%, lo que no implica, que el hecho de conocer uno a varios métodos anticonceptivos necesariamente deban utilizarlos.

Llama la atención que el 87.4% de la mujeres adolescentes embarazadas son casadas, en relación al 9% en unión libre y solo un 4% de solteras; aún cuando no podemos inferir si el embarazo es el factor determinante como producto de la presión social y familiar ejercida para llevar a cabo el matrimonio, si podemos

establecer que juega un papel importante que debe ser sujeto de revisiones posteriores.

El embarazo en la adolescente manifiesta en nuestro estudio que el 85.9% tienen menos de 9 años de escolaridad y solo el 14.1% es superior a 9 años, situación que explica las limitaciones en aspectos conocimientos en el área de sexualidad o de acceso a la información; debemos partir que en una proporción importante son embarazos no planeados, dado que, el 78.5% de ellas manifiesta su deseo de continuar sus estudios escolares, corroborado en que el 88.2% de la muestra se dedica exclusivamente a las actividades del hogar, otro porcentaje, 8.9%, se ha integrado a actividades productivas y solo el 3% continua con actividades escolares.

La dependencia económica es manifiesta en nuestro estudio, dado que el 57.8% de las parejas se encuentran viviendo con familiares directos, generalmente padres, estableciendo con ello, quizá la creación de familias extensas con una red de comunicación y dinámica mas compleja y difícil, que impedirá en muchos aspectos a la consolidación de pareja y la relación entre padres e hijos. Lo anterior se correlaciona también con la actividad laboral del hombre, en éste caso llama la atención que la media de edad de ellos es de 21.2 años, con una desviación estándar 3.2 y el 93.3% de ellos ubican sus actividades laborales como empleados o desarrollan oficios diversos, actividades que por si mismas explican la dependencia económica antes citada.

Es importante señalar que el 32.5% de las mujeres con un embarazo se correlacionó con la depresión y solo el 22 % de las mujeres adolescentes con mas de un embarazo presentaron ésta característica, al correlacionarlos a través de Ji cuadrada se establece un valor de p de 0.32, la depresión no es proporcional al número de embarazos.

Otras variables correlacionadas son la edad de las adolescentes y la presencia o no de depresión en donde se manifiesta a través de Ji cuadrada que no existe correlación estadísticamente significativa entre éstas dos variables.

CONCLUSIONES

Del presente estudio se desprende las siguientes conclusiones: Que el problema de la depresión en las mujeres adolescentes embarazadas debe considerarse como importante, ya que el 22% de ellas cursa con depresión, que es mas del doble de las proporciones observadas en la población en general que van del 3 al 10%. Debe considerarse como un fenómeno de trascendencia médico social sobre todo cuando se analiza el ámbito social, en el Estado de Michoacán el 44.6% de los matrimonios corresponde a mujeres adolescentes.

Los síntomas mas importantes de la depresión son los cambios en la autoestima, sentimiento de culpa, aislamiento social, sentimiento de fracaso, tristeza.

Los estudios previos muestran que dentro de los factores predisponentes del embarazo en adolescentes refieren la baja escolaridad y el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, en nuestro estudio, mas de un 50% conocen uno o mas métodos anticonceptivos y el 86% tienen menos de 9 años de instrucción escolar, situación que nos permite reconocer la falta de programas educativos escolares tendientes a mejorar el conocimiento integral de los aspectos de la sexualidad en los adolescentes.

La baja escolaridad, esto es, menos de 6 años de instrucción solo se presentó en el 25% de la muestra, por lo tanto podemos señalar de manera indirecta la insuficiencia en los programas escolares para incluir a la educación sexual como asignatura, sobre todo cuando existen datos en nuestro estudio que el embarazo no parece ser una consecuencia directa de los problemas en las familias de origen de las mujeres adolescentes, sino que el ambiente social parece tener un carácter mas determinante que es necesario abordar en otros estudios, sobre todo en los aspectos de aculturación occidental.

El embarazo obliga a las mujeres adolescentes a establecer matrimonios de manera muy temprana, sin tener con su pareja, la capacidad económica, psicológica, para afrontar los problemas de necesidades básicas tales como casa, alimentación; lo anterior obliga a la pareja a vivir con los padres, formando con ello una red familiar más compleja que limita la consolidación de pareja, perpetuando con ello la dependencia emocional y la disfunción familiar.

El conocimiento de la metodología de planificación familiar es alto, aún cuando sea en forma parcial, lo anterior establece que el conocimiento de algunos métodos no garantiza que la adolescente no se embarace.

El presente estudio cumple la función de explorar algunos aspectos básicos de la depresión en la adolescente embarazada pero es necesario se

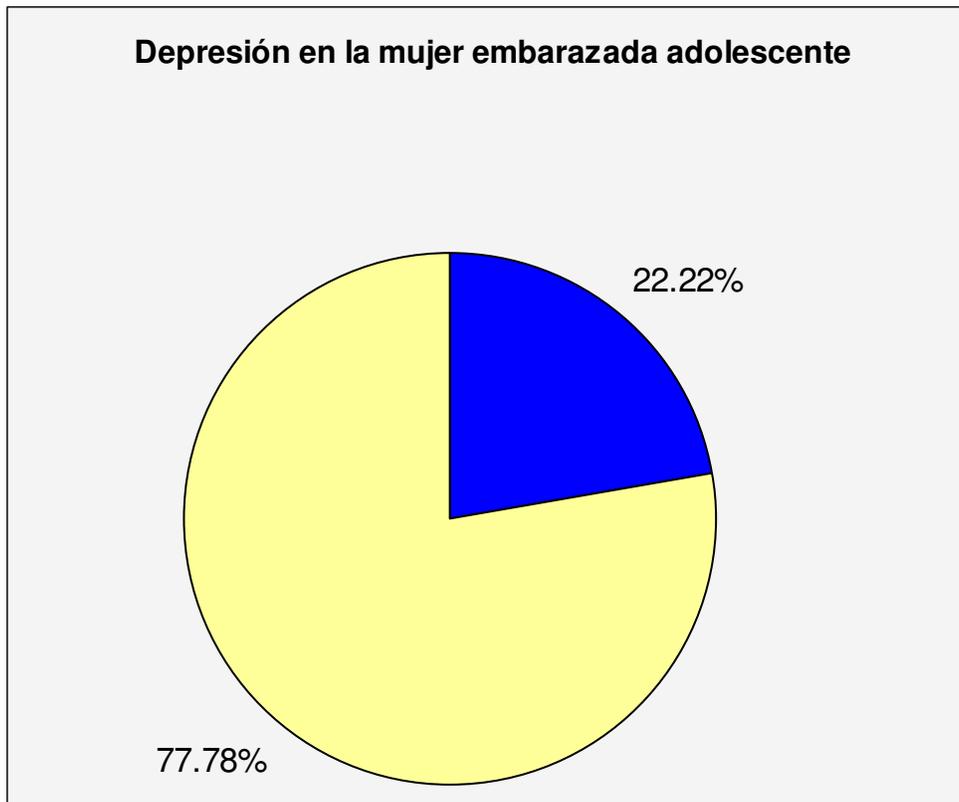
continúe con esta línea para tener respuesta a las interrogantes que quedan sin responder y nos permitan en el futuro un mejor abordaje del problema.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

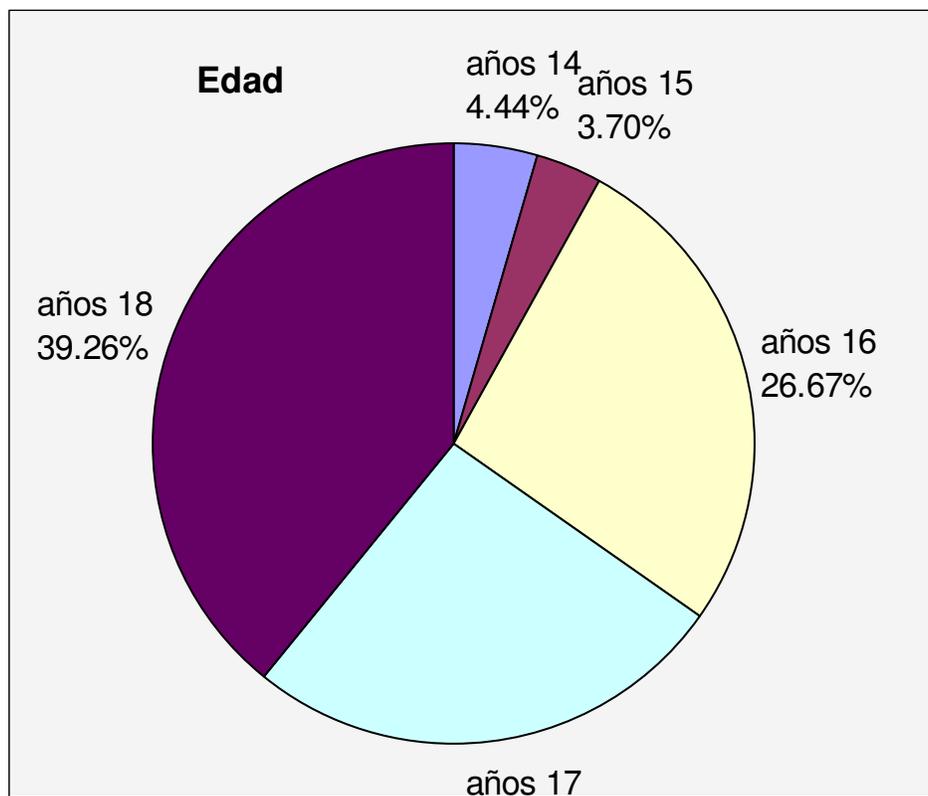
- Dar atención a los trastornos emocionales postparto durante las clases de educación prenatal.
- Desarrollar estrategias de intervención orientadas al fortalecimiento de la participación grupal y social de los adolescentes de ambos sexos.
- Crear mecanismos de adecuación de los servicios existentes al cuidado de la salud de los adolescentes.
- Contribuir a la creación de una masa crítica de personal de salud y ciencias sociales y reforzar los centros de redes intra e internacionales para la promoción de la salud integral de los adolescentes.
- Lograr ejecutar planes y programas que otorguen los espacios que la gente joven necesita para mantener la salud, el bienestar y el grado de desarrollo humano beneficioso para ellos que serán los cuidados del futuro.

GRAFICOS

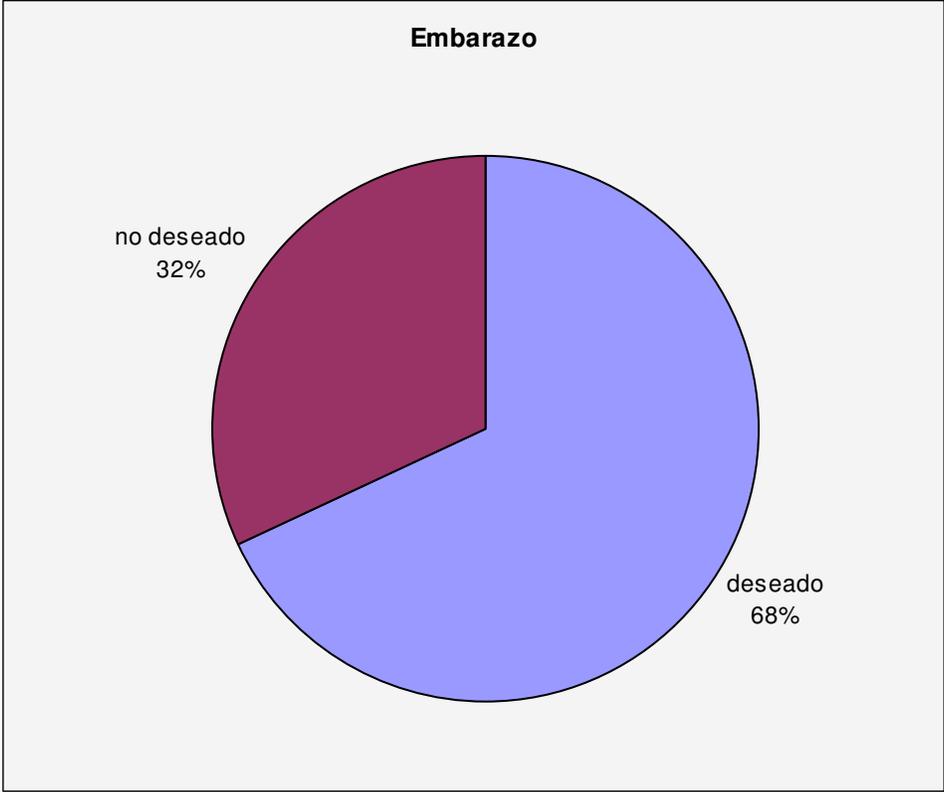
Grafica 1 Prevalencia de depresión en la mujer adolescente embarazada.



Grafica 2 Edad de inicio de vida sexual de la mujer adolescente embarazada.

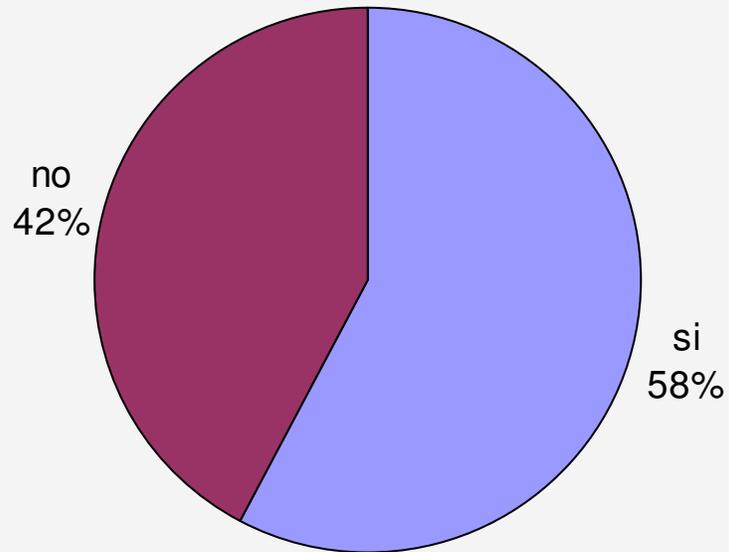


Grafica 3 Proporción de adolescentes quienes deseaban y no deseaban su embarazo.



Grafica 4 Adolescentes que conocían métodos de planificación familiar.

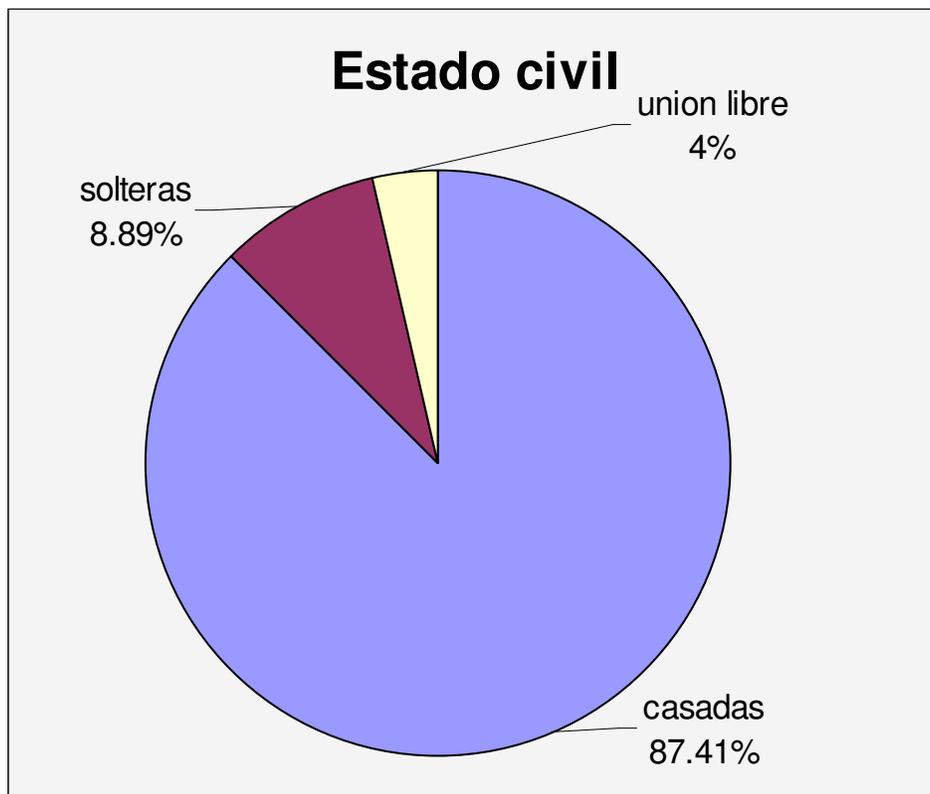
adolescentes que conocen métodos de planificación familiar



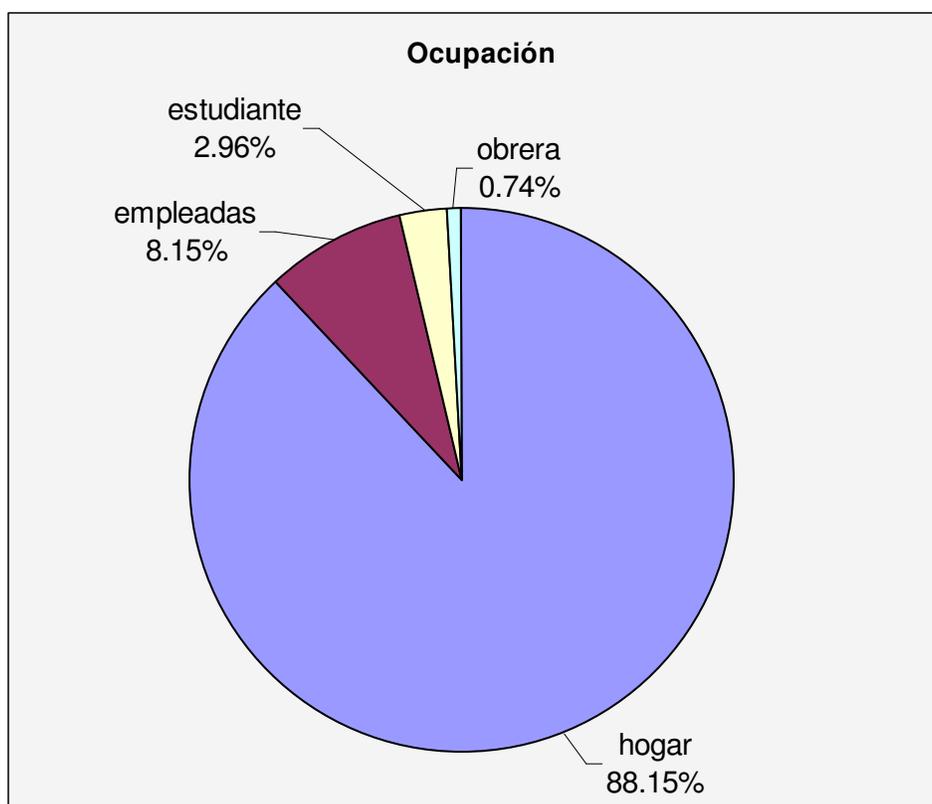
Grafica 5 Edad de las mujeres embarazadas adolescentes y de sus parejas.



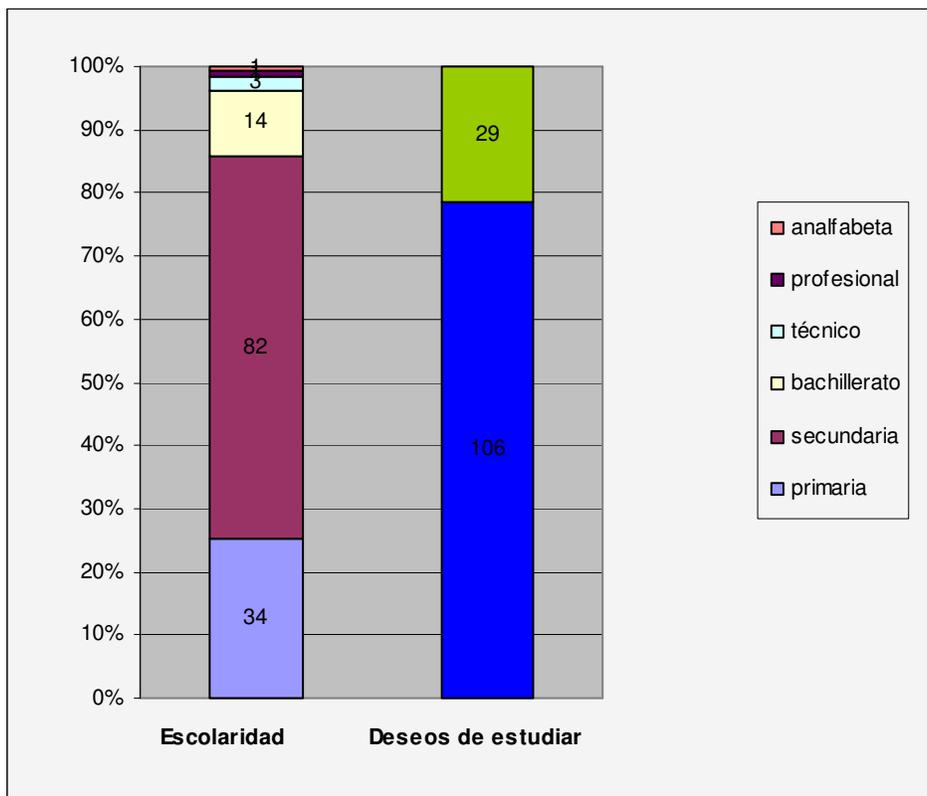
Grafica 6 Estado civil de las mujeres embarazadas.



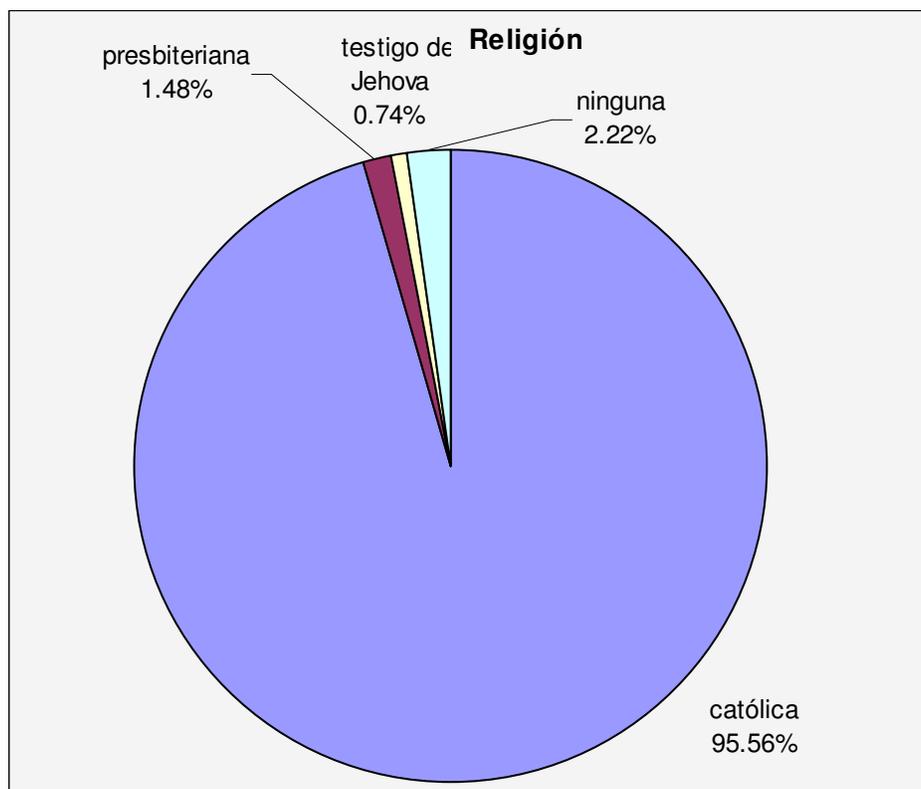
Grafica 7 Ocupación de las mujeres adolescentes embarazadas.



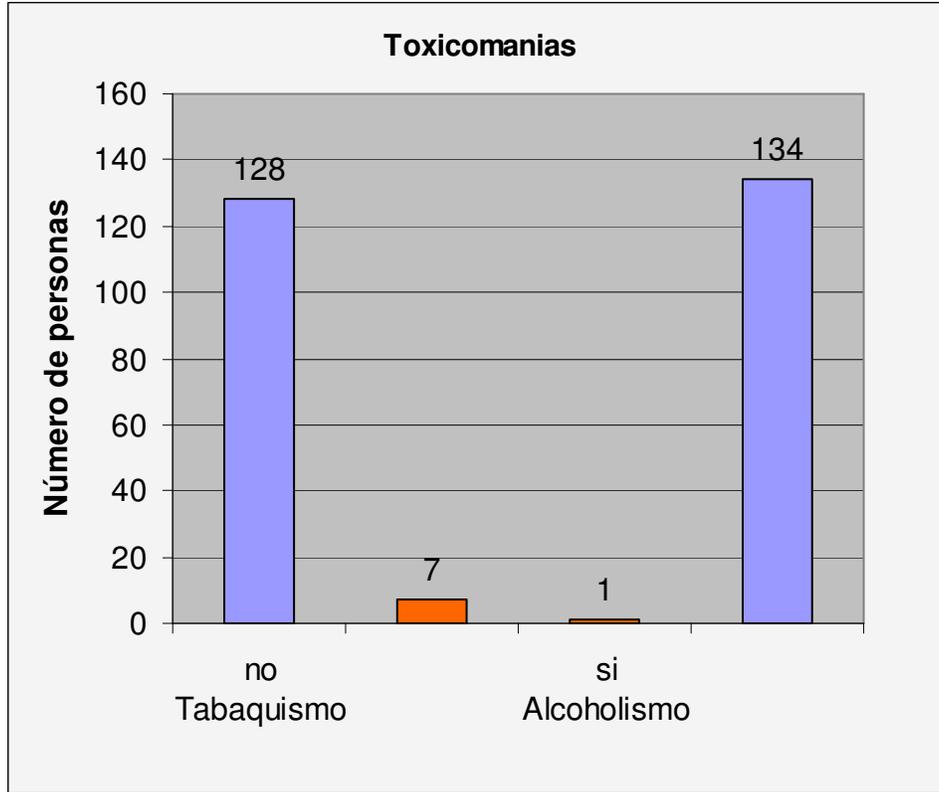
Grafica 8 Proporción de la escolaridad de la muestra de adolescentes estudiada y su deseo por continuar sus estudios.



Grafica 9 Religión que practican las mujeres embarazadas adolescentes en nuestro estudio.

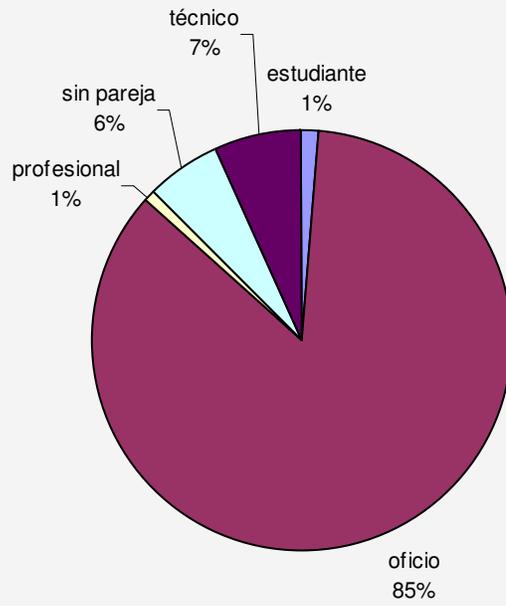


Grafica 10 Proporción de pacientes estudiadas que refieren toxicomanías.

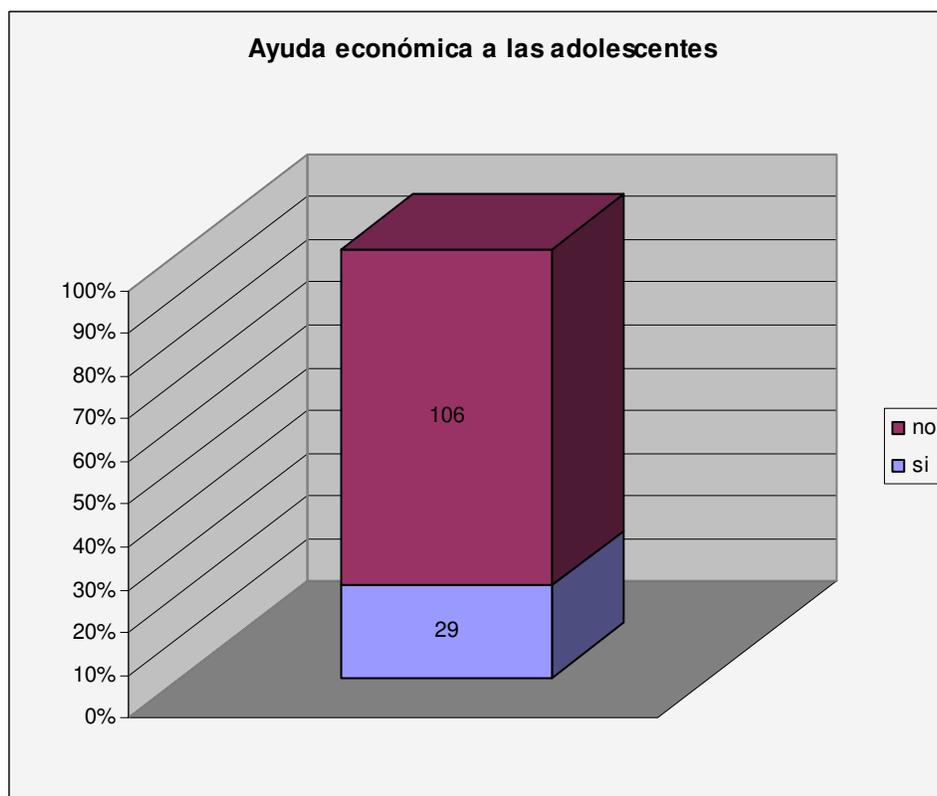


Grafica 11 Actividad laboral que desarrolla la pareja de las pacientes estudiadas.

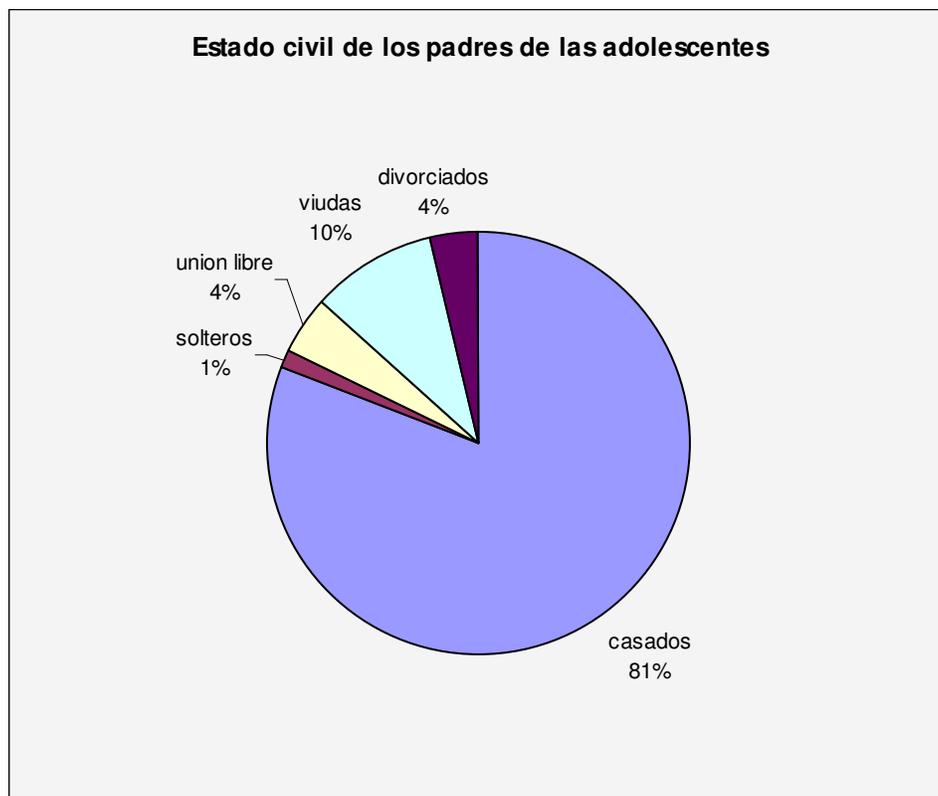
Ocupación de la pareja



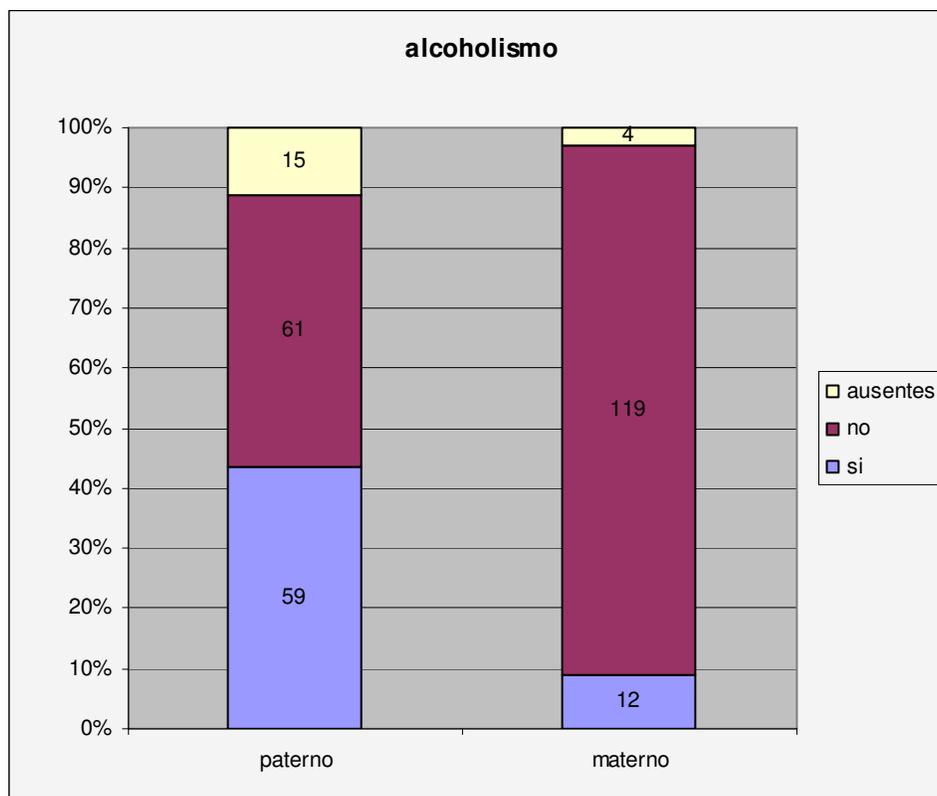
Grafica 12 Proporción de parejas adolescentes que reciben ayuda económica de sus padres o algún otro familiar.



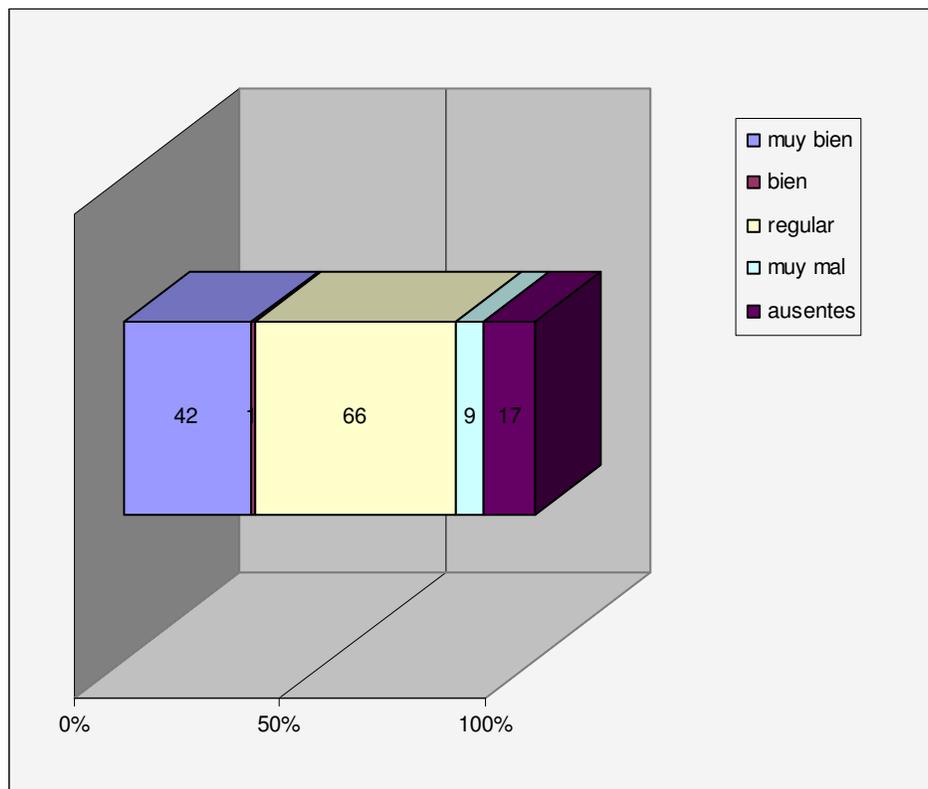
Grafica 13 Estado civil de los padres de las adolescentes de la muestra.



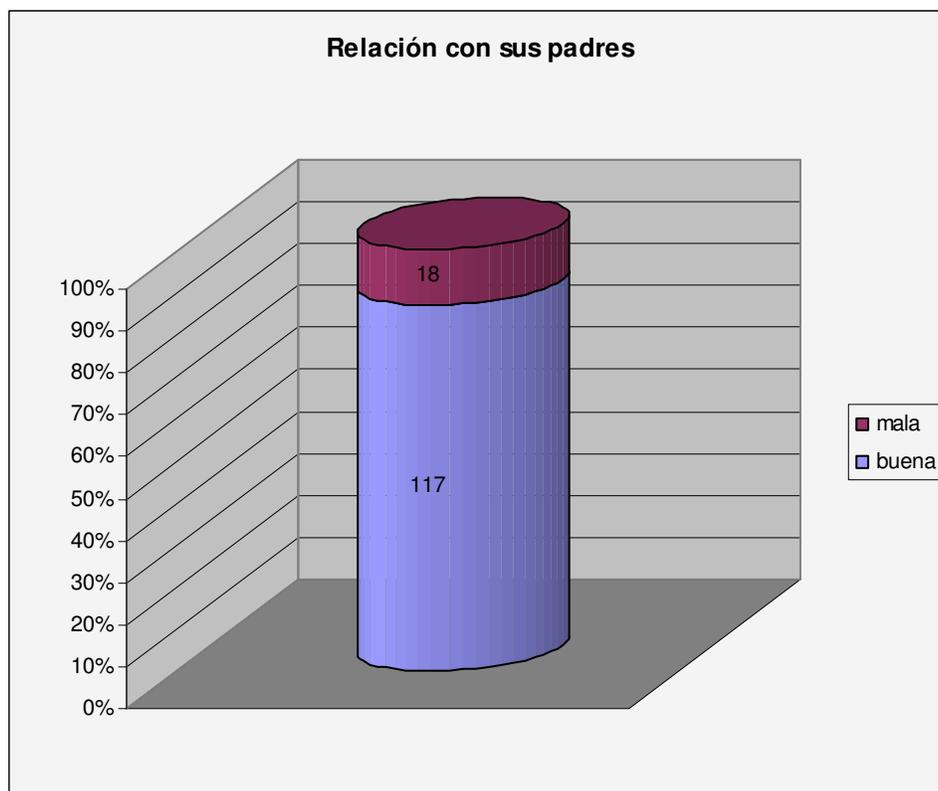
Grafica 14 Presencia de toxicomanías en los padres de las adolescentes embarazadas en estudio.



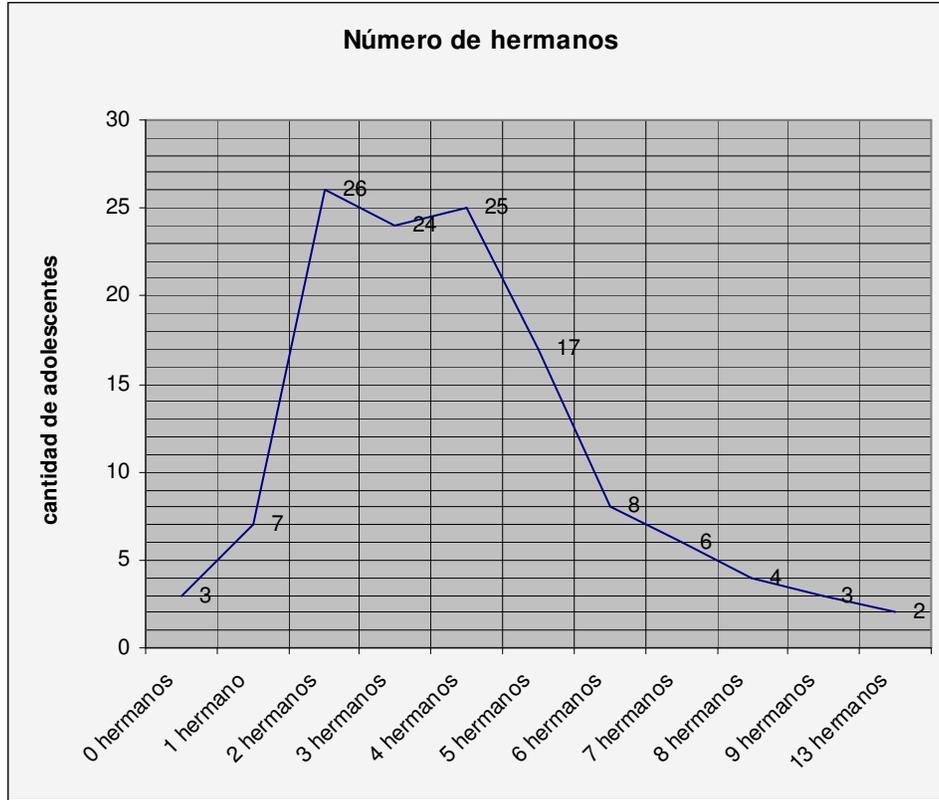
Grafica 15 Dinámica de pareja de los padres de las adolescentes embarazadas.



Grafica 16 Proporción de adolescentes en estudio que no llevan una buena relación intrafamiliar con sus padres.

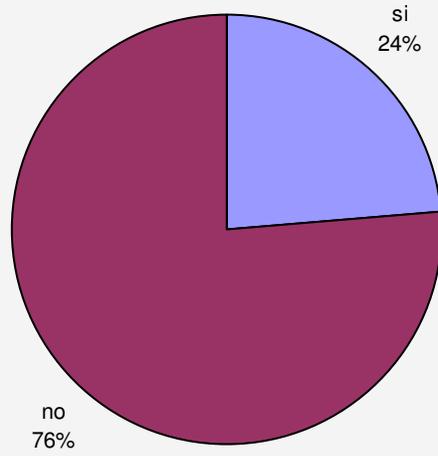


Grafica 17 Número de hermanos de las mujeres embarazadas adolescentes en estudio.

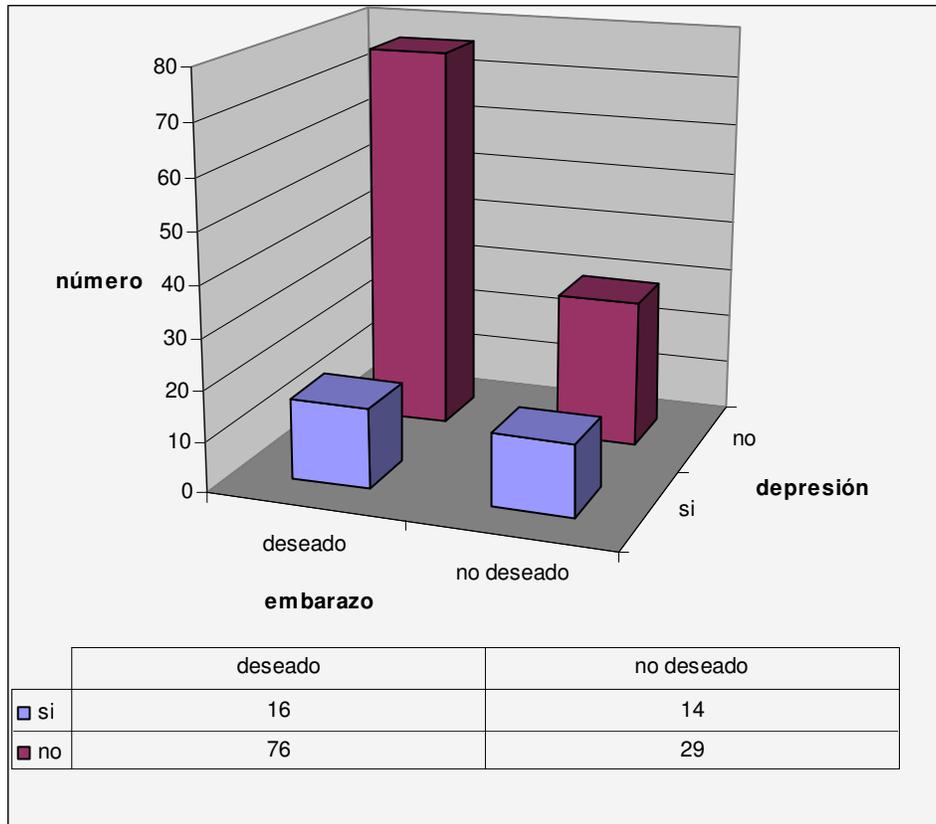


Grafica 18 Proporción de adolescentes que reconocen tener problemas familiares.

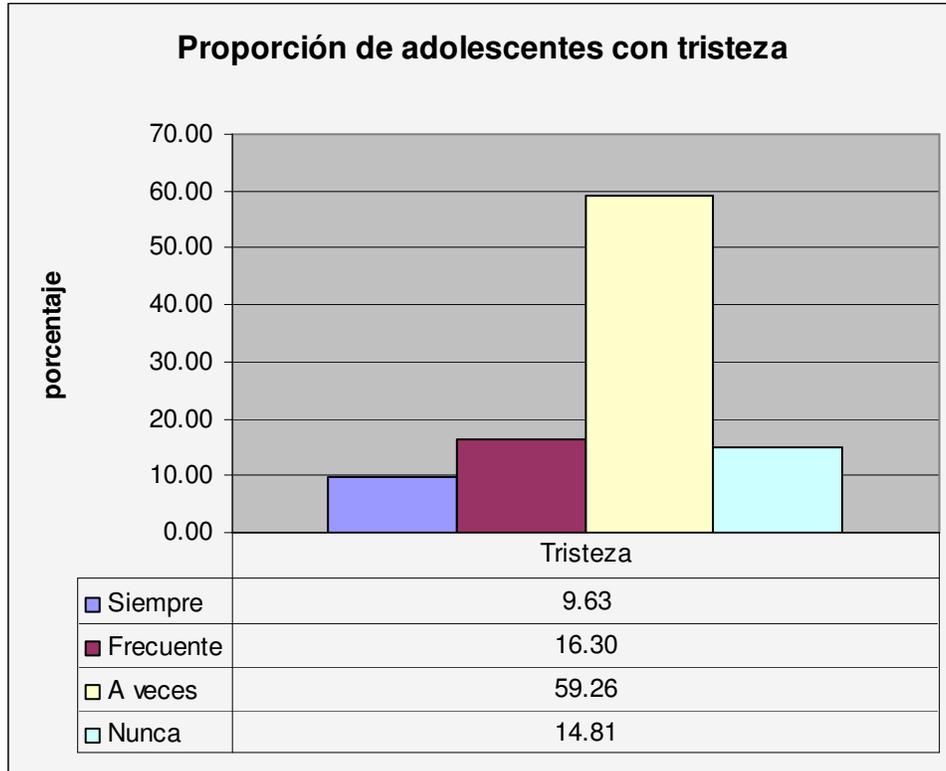
problemas familiares



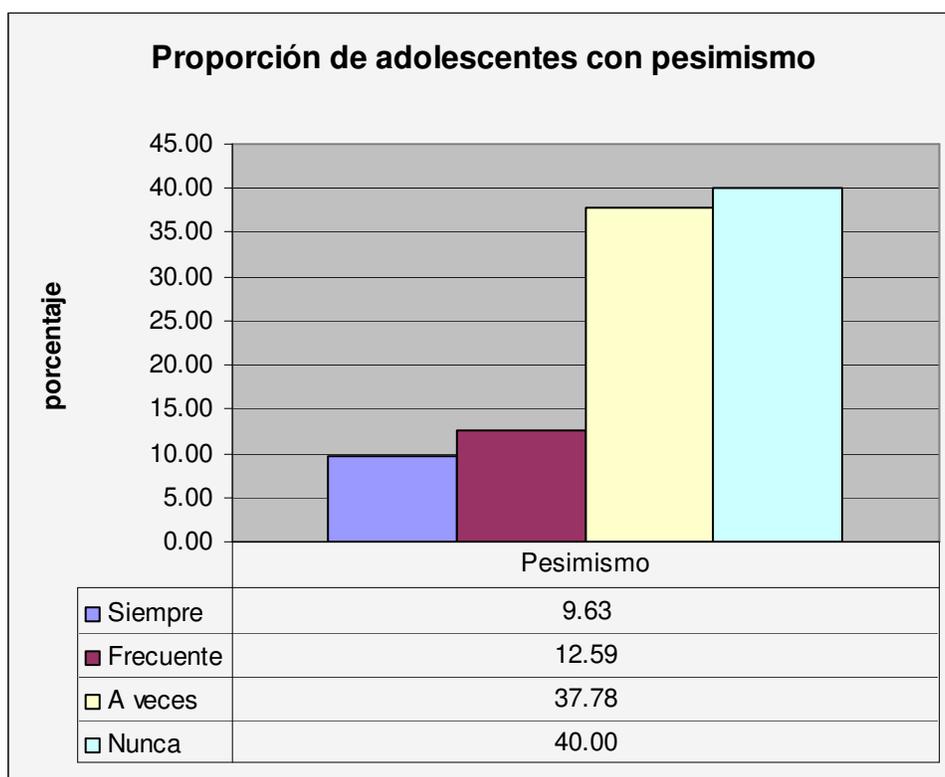
Grafica 19 Depresión en relación con el embarazo deseado y no deseado



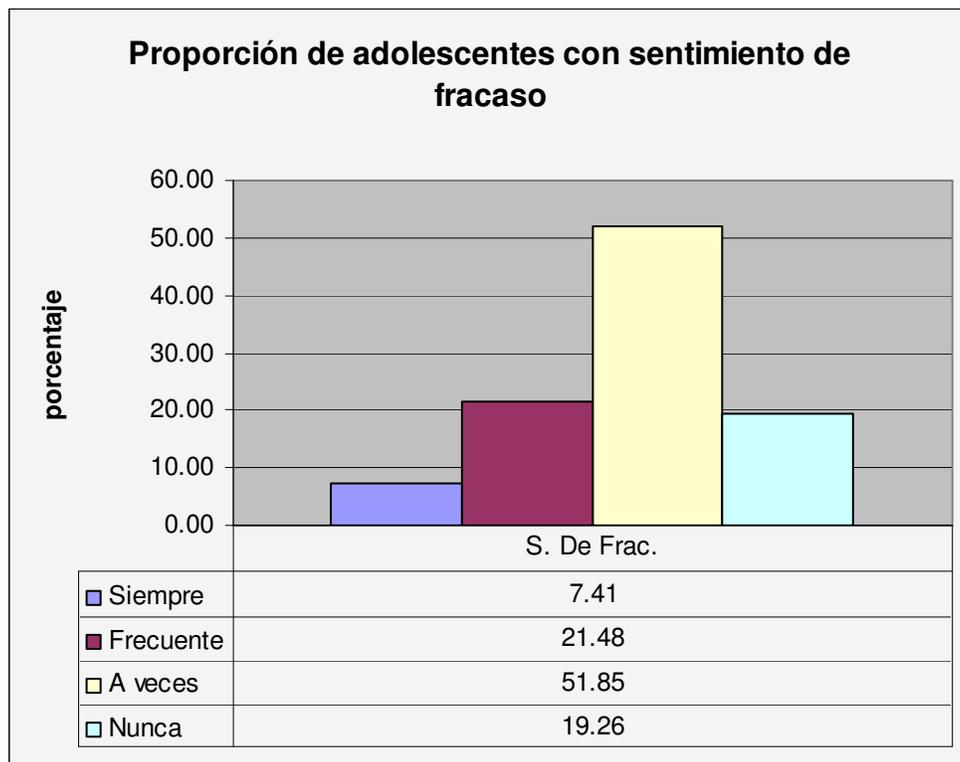
Grafica 20 Valoración de la tristeza en el cuestionario.



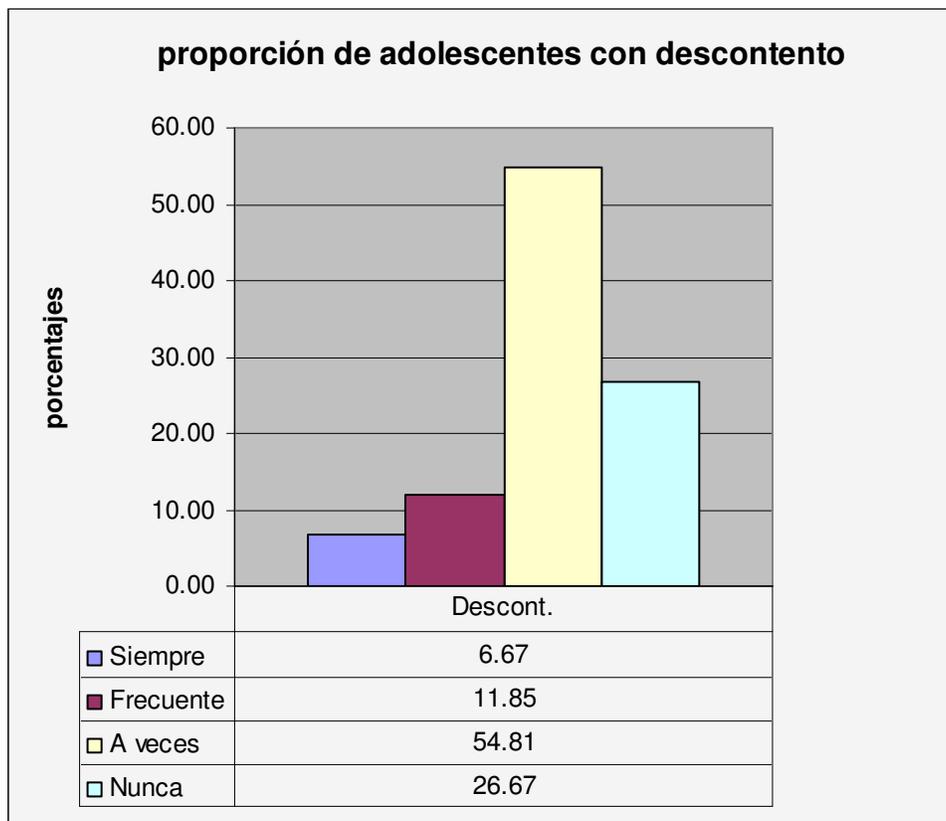
Grafica 21 Valoración del pesimismo en el cuestionario.



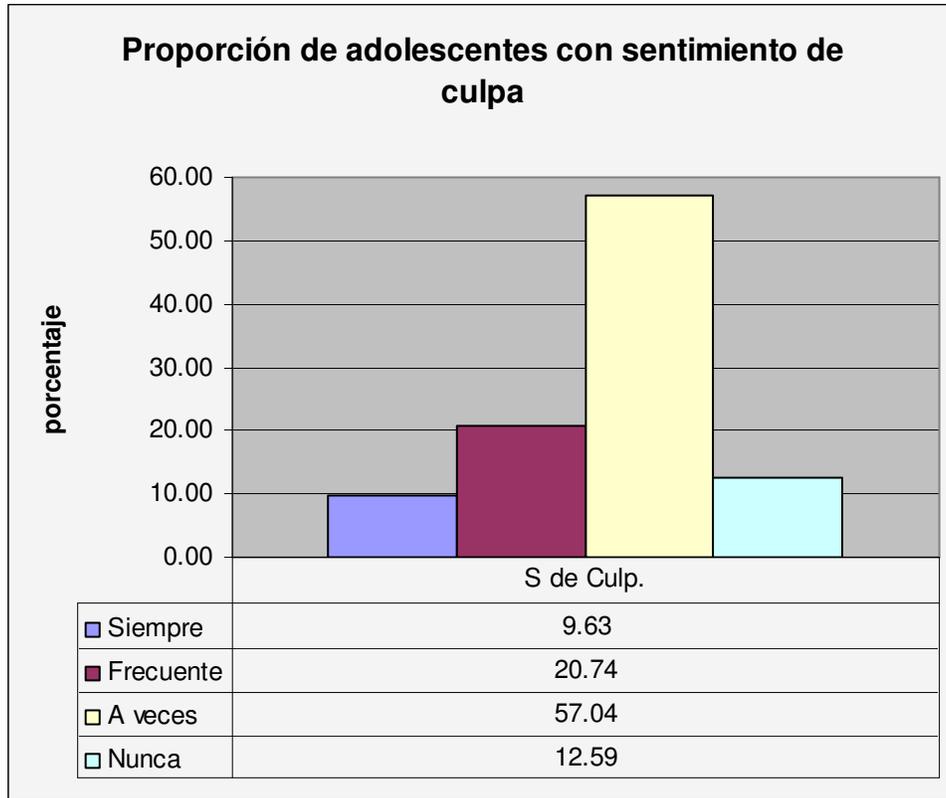
Grafica 22 Valoración del sentimiento de fracaso en las adolescentes



Grafica 23 Valoración del descontento en las adolescentes.

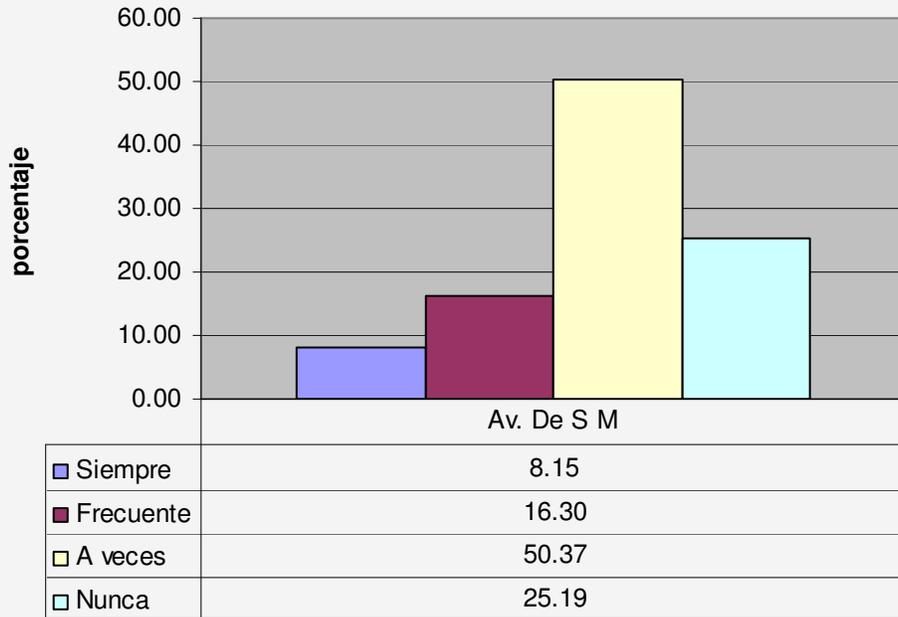


Grafica 24 Valoración del sentimiento de culpa en las adolescentes.

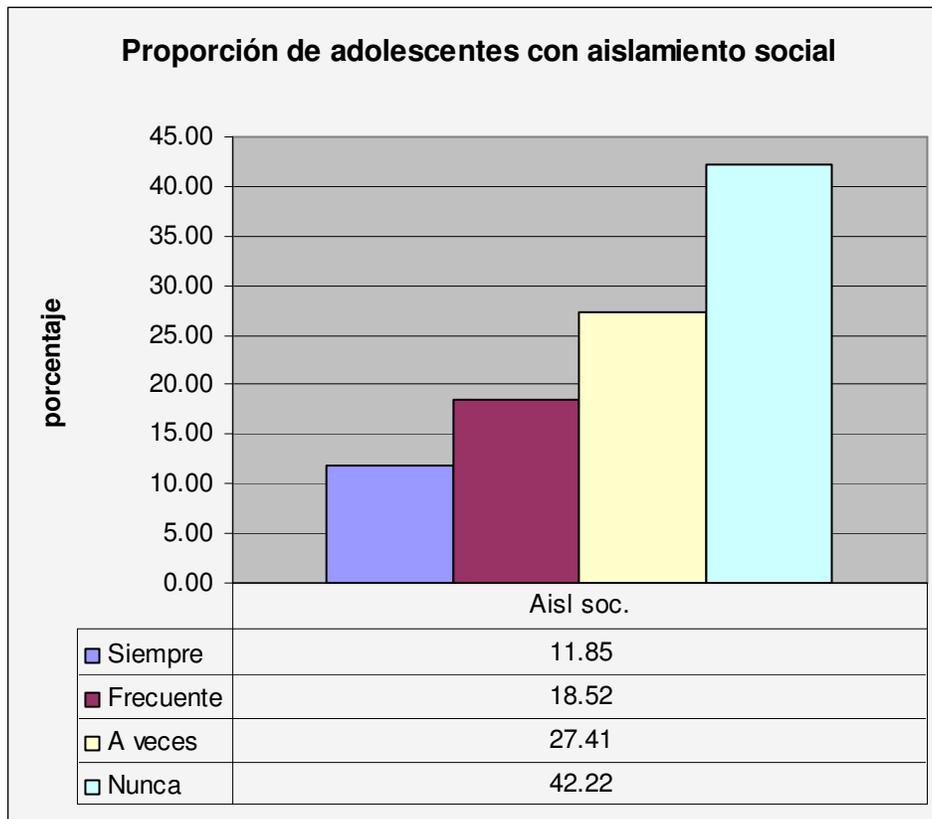


Grafica 25 Valoración de la percepción en el sentido de aversión propia, en las adolescentes.

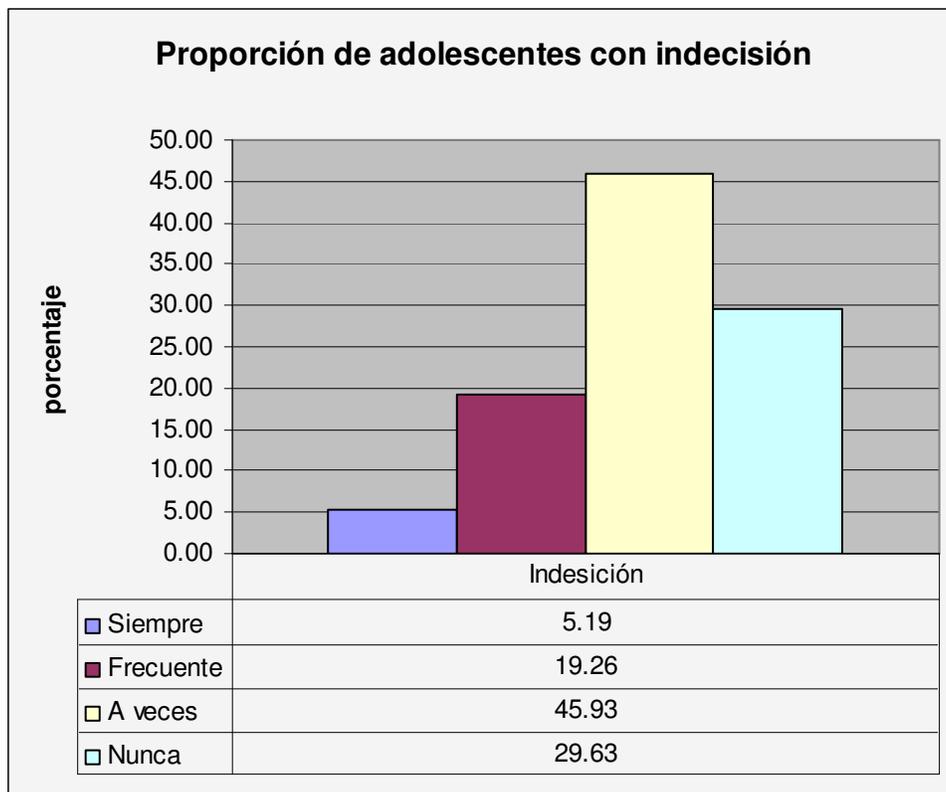
Proporción de adolescentes con aversión de si misma



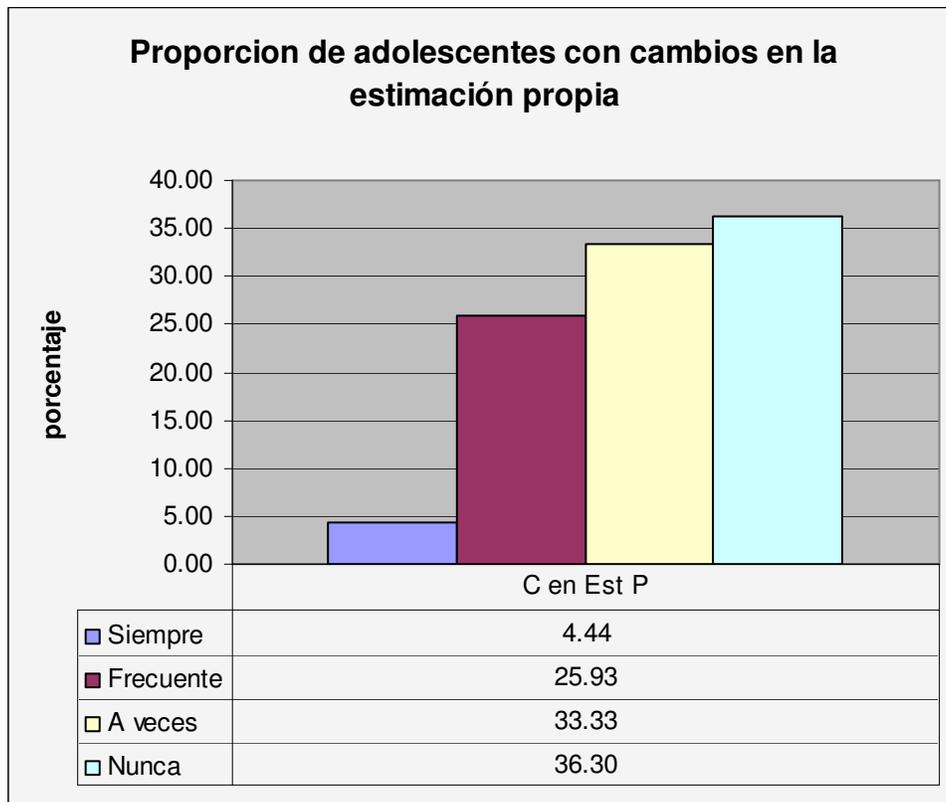
Grafica 26 Valoración del aislamiento social en las adolescentes.



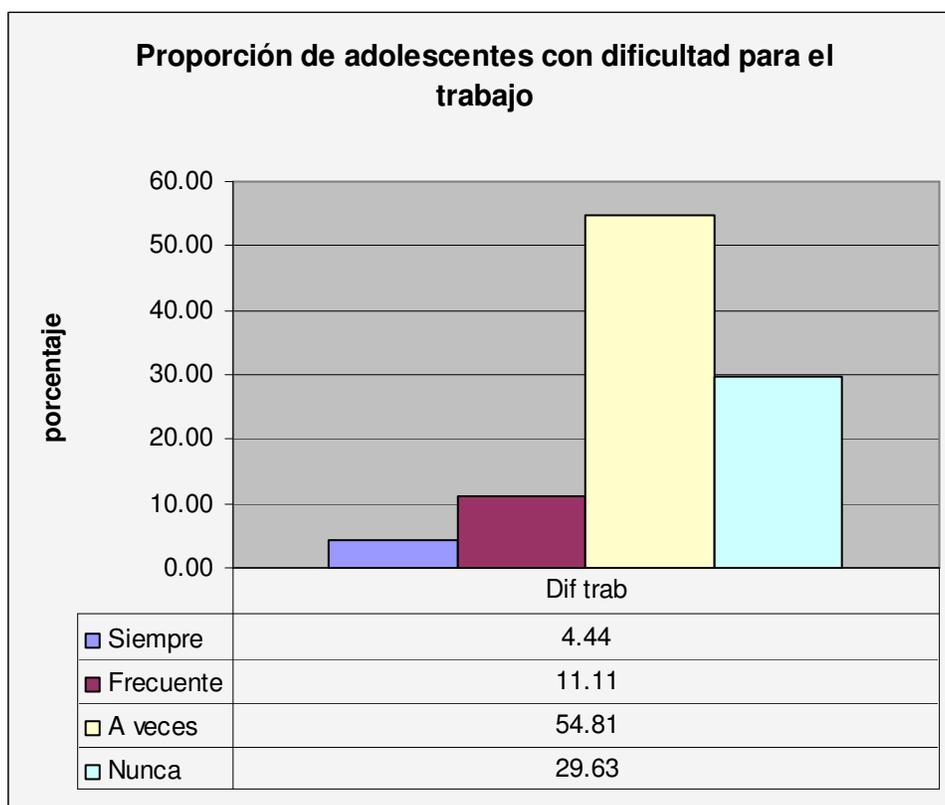
Grafica 27 Valoración de la indecisión en las adolescentes.



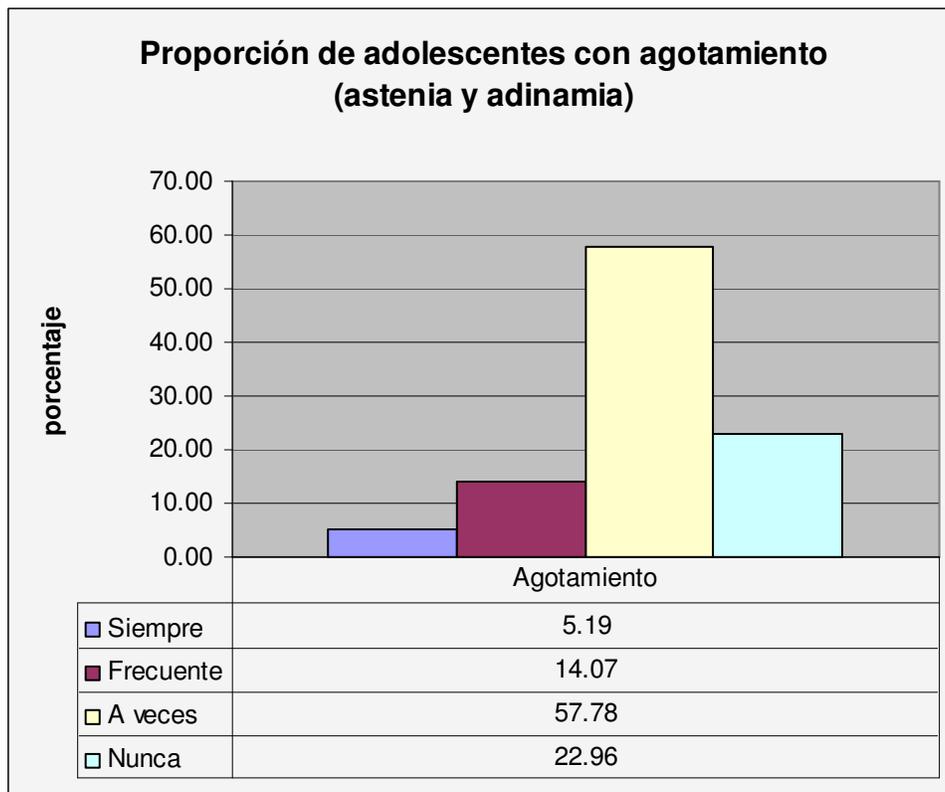
Grafica 28 Valoración en los cambios en la autoestima de las adolescentes.



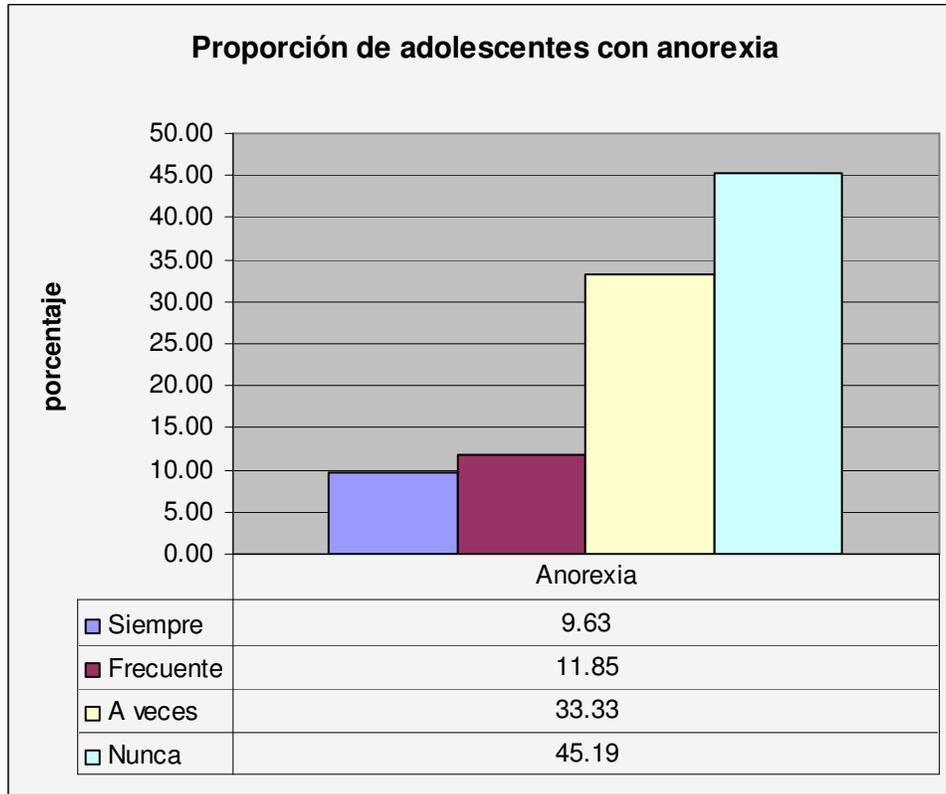
Grafica 29 Valoración de la dificultad en la capacidad laboral de las adolescentes.



Grafica 30 Valoración de la astenia y adinamia secundarias al proceso depresivo de las adolescentes.

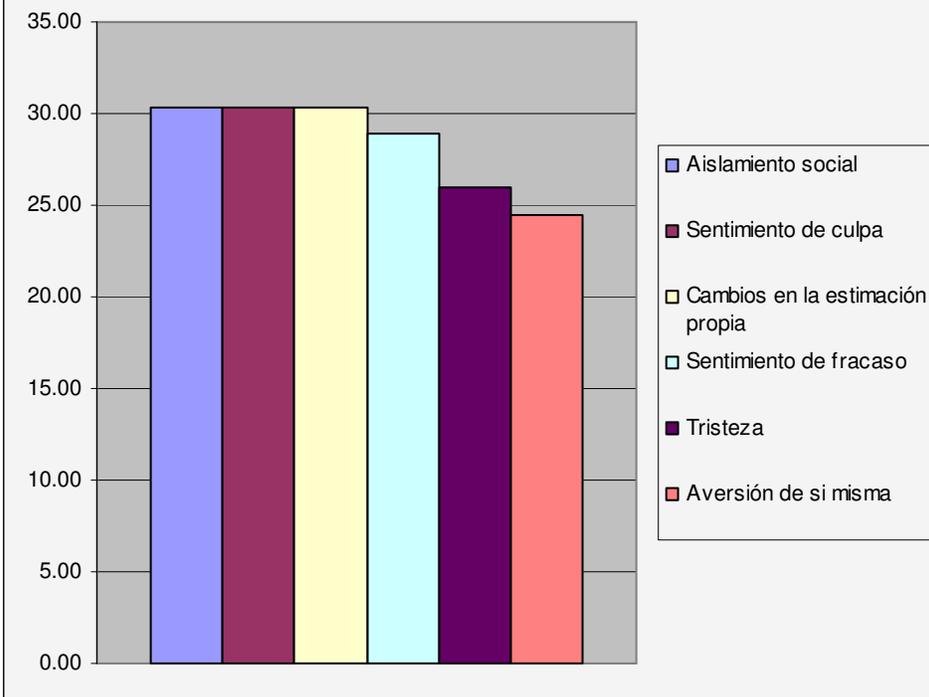


Grafica 31 Valoración de la presencia de anorexia en las adolescentes.



Grafica 32 Principales alteraciones encontradas en las adolescentes embarazadas.

Principales alteraciones encontradas



ANEXO 1

FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO

1. Edad: _____.
2. Estado Civil: _____.
3. Ocupación: _____.
4. Escolaridad: _____.
5. ¿Le gusta estudiar? _____.
6. Religión: _____.
7. ¿Fuma? _____. ¿Toma? _____.
8. ¿A que edad comenzó a tener relaciones Sexuales?: _____
9. Cuantos embarazos ha tenido: _____
10. Ocupación de su pareja: _____.
11. Escolaridad de su pareja: _____.
12. Edad de su pareja _____.
13. ¿Recibe usted ayuda económica? _____. ¿De quien? _____.
14. ¿Deseaba usted su embarazo? _____.
15. Estado civil de sus padres: casados ____ padres solteros ____ viudos ____
divorciados __ unión libre _____.
16. Ocupación de su padre: _____ ¿Toma bebidas alcohólicas? _____.
17. Ocupación de su madre _____ ¿Toma bebidas alcohólicas? _____.
18. ¿Cómo se llevan sus padres entre sí? :muy bien ____ regular ____ muy mal _____.
19. ¿Se lleva Ud. bien con sus padres? si ____, no _____.
20. ¿Puede usted hablar libremente con sus padres? _____.
21. ¿Cuántos hermanos tiene? _____.
22. ¿Se lleva bien con sus hermanos? Sí ____, no _____.
23. ¿Existen o tiene problemas familiares? Si ____, no _____. ¿Qué tipo de
problemas? _____.
24. ¿Con quien? Padre ____, madre ____, hermanos ____, esposo ____, otros ____
especifique _____.
25. ¿Con quien vive? _____
26. ¿Conoce los métodos de planificación familiar? _____

INSTRUCCIONES

Lea atentamente las preguntas y encierre en un círculo el cero, el uno el dos, o el tres, de acuerdo a la pregunta que corresponda a su estado de ánimo o como usted se sienta generalmente.

EJEMPLO:

0.- Nunca me enfermo porque siempre he sido una persona que goza de salud.

1.- Algunas veces me enfermo pero sin tener consecuencias mayores en mis labores.

2.- Frecuentemente me enfermo que tengo problemas en mi trabajo o en mis actividades.

3.- Siempre me siento enfermo que no puedo hacer nada.

En el ejemplo anterior se señaló la pregunta del número uno porque un supuesto paciente consideró que la pregunta del número Uno es correspondiente a su propia situación. De esta forma queremos que usted señale en el grupo de preguntas que a continuación le preguntamos.

TRISTEZA

- 0.- Siempre me siento o me he sentido tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
- 1.- Con frecuencia estoy melancólico o deprimido la mayor parte del tiempo que no puedo animarme.
- 2.-A veces me siento triste o deprimido.
- 3.-Nunca estoy triste o deprimido.

PESIMISMO

- 0.-Siempre estoy pensando que el futuro no tiene remedio para mi y que las cosas no me habrán de mejorar.
- 1.- Con mucha frecuencia pienso o siento que el futuro solamente me produce problemas.
- 2.- A veces siento que el futuro me produce inseguridad de mi mismo.
- 3.-Nunca me he sentido desilusionado y desalentado por el futuro.

SENTIMIENTO DE FRACASO

- 0.-Siempre he sido o soy un fracaso con personas (Hombres, mujeres, esposo, esposa, padre o madre)
- 1. Con mucha frecuencia al examinar mi vida pasada, me doy cuenta que ha sido una cadena de fracasos.
- 2.- A veces he fracasado en algo que me he propuesto.
- 3.- Nunca he fracasado en nada.

DESCONTENTO

- 0.- Siempre he estado o estoy descontento con todo y por todo.
- 1.-Con frecuencia pienso que ya no hay nada que me satisfaga.
- 2.-A veces siento que ya no disfruto las cosas como antes.
- 3.-Nunca me he sentido particularmente descontento.

SENTIMIENTO DE CULPA

- 0.-Siempre me he sentido como si fuera muy malo y que no sirvo para nada.
- 1.- Con frecuencia me siento culpable de todo lo que hago.
- 2.-A veces llego a sentirme culpable de lo que hago.
- 3.-Nunca me he sentido culpable de nada.

AVERSION DE SI MISMO.

- 0.-Siempre me he odiado tanto que no me soporto ni a mi mismo.
- 1.- Con mucha frecuencia me siento molesto conmigo mismo.
- 2.-A veces me siento desilusionado conmigo mismo.
- 3.-Nunca me he sentido desilusionado de mi mismo.

AISLAMIENTO SOCIAL

- 0.-Siempre he sido una persona solitaria y no me interesa relacionarme con los demás.
- 1.-Con mucha frecuencia pierdo el interés por relacionarme con los demás o personas las cuales poco me interesan.
- 2.-A veces la gente ya no me interesa tanto como antes.

3.-Nunca he perdido interés por relacionarme con la demás gente.

INDECISION.

0.-Nunca he podido tomar decisiones..

1.-Con mucha frecuencia tengo grandes dificultades para tomar decisiones.

2.-A veces siento que no puedo tomar decisiones.

3.-Siempre he podido tomar decisiones.

CAMBIOS EN LA ESTIMACION PROPIA

0.- Siempre me he sentido feo y repulsivo

1.-Con mucha frecuencia pienso que mi persona ha sufrido cambios permanentes que me hace que no sea atractivo.

2.-A veces me preocupa que mi aspecto sea el de una persona vieja, sorda y poco atractiva.

3.-Nunca me preocupa la edad, el peso y la talla de mi persona.

DIFICULTAD PARA TRABAJAR

0..-Siempre me ha dado flojera para trabajar.

1.- Con mucha frecuencia hago demasiado esfuerzo para empezar las labores cotidianas.

2.-A veces siento esforzarme más que otros días- para realizar las labores cotidianas.

3.-Nuncame ha dado flojera para trabajar.

AGOTAMIENTO

0.-Siempre me ha fatigado demasiado hacer cualquier cosa física o mental.

1.-Con frecuencia me fatiga hacer cualquier cosa física o mental.

2.-A veces siento que me esfuerzo más que otros días para realizar las funciones cotidianas.

3.-Nunca he sentido que me fatigue física o mentalmente.

ANOREXIA

0.-Siempre he sentido que mi apetito es mucho más malo que antes.

1.-Con mucha frecuencia tengo problemas para lograr un buen apetito.

2.-A veces siento que mi apetito no es tan bueno como antes.

3.-Nunca he tenido problemas con mi apetito.

BIBLIOGRAFIA

1. Francisco F, María C. et al . Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53: 84-88.
2. Shen J T: Medicina de la adolescencia, 1a edición. Manual Moderno, 1983, 338-340.
3. Jiménez R A, Panduro B J. et al. Análisis de 400 embarazos en adolescentes. Ginecol Obstetr Mex 1992,60:53.
4. Martínez A H, Ricalde B C. et al. Embarazo en adolescentes características y morbilidad. Ginecol Obstetr Mex 1992,60:55.
5. Sereno C J, Castillo H E, Mendoza P R. Embarazo en la adolescente. Un reto socio-médico. Ginecol Obstetr Mex 1992,60:55-56.
6. Davis S. Embarazo en adolescentes. Clin Pediatr Norteam 1989; 3: 715-32.
7. Toro C R. Embarazo en adolescentes. Ginecol Obstetr Mex 1992, 60: 291-95.
8. Pick W S, Aguilar G J. et al. Planeando tu vida. 5a edición. Editorial Limusa, 1988, 113-16.
9. Consejo nacional de población gobierno del estado de Michoacán: Guía básica de educación sexual para el maestro de secundaria. Morelia Mich.: Consejo nacional de población gobierno del estado de Michoacán, 1992, 127-30.
10. Rodríguez R G, Aguilar G J. Sexualidad de la gente joven.1a Edición. Fundación Mexicana para la planeación familiar A C, 1989, 73-87.
11. Suarez E, Roberts E. et al. Adolescencia y juventud. Aspectos demográficos y epidemiológicos. La Salud del adolescente y el joven en las Américas Washington OPS 1985: 3-19.
12. Martínez S, Picaso J, Pineda L. Interacción materno infantil de madres adolescentes, Psicología interamericana 1994; 2 (2): 15-24.
13. Behrman R E, Kliegman R M, et al. Nelson tratado de pediatría, 14a Edición, 1992, 1: 642-43.
14. Weiss P, Díaz-Loving R, Andrade P, Atking LG. Reporte final de investigación: adolescentes en la ciudad de México, estudio psicosocial en las prácticas anticonceptivas y embarazo no deseado. Conclusiones y recomendaciones. Facultad de psicología, México, D.F.; UNAM, 1987.
15. CONAPO. Programa nacional de planificación familiar 1990-1994. México, D.F., 1991.
16. Saucedo G J. Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex 1995, 52: 451-54.
17. R Martínez y Martínez et al. La salud del niño y del adolescente. 3ª edición 1995, 1217.
18. Weissman MM, Bland R, Joyce PR et al. Sex differences in rates of depression: Cross national perspectives. J Affect Dis 1993; 29: 77-84.
19. Zachary N. Stowe, MD, et al. Mujer y depresión. AM J OBSTET GYNECOL.1995, 173 632-3.

20. Adolescencia", *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 99*. © 1993-1998 Microsoft
 21. Spinelli MG. Interpersonal Psychoteraphy for depressed antepartum women: a Pilot study. *Am J Psychiatry* 1997 Jul; 154 (7) 1028-30.
 22. Coverdale-JH; Mc Cullough-LB, et al, Clinical implications o respect for autonomy in the psychiatric treatment of pregnant patients with depresion. *Psichyatric Serv*, 1997 Feb; 48 (2): 209-12.
 23. Alan H.C, Martín L: Gestación en la Adolescente. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos 1997 1398.
 24. Nelson, Richard E Behrman et al: Crecimiento y desarrollo. Tratado de pediatria vol 1: 33, 1992.
 25. Brunstetter R W, Silver L B: Normal adolescent development In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed 4 p 1608, 1985.
 26. Harold I Kaplan, Benjamín J. Sadock Trastorno distímico. *Compendio de Psiquiatría* 2ª ed. pag.265-268.1996.
 27. Troutman B, Cutrona C. Nonpsychotic postpartum depresion among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1900; 99:69.
 28. Felix Arturo, Graciela Mota, et al. Depresión en jubilados no activos. *Rev. Med. IMSS* Vol 33 No.1 enero-febrero 1995, PP.51-54.
 29. Rush AJ. Depresion in primary care: Detection, Diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 1993; 47: 1776-1788.
- Waldo E Nelson, Robert M Kliegman et al. Trastornos afectivos, *Tratado de pediatria* Vol 1 14ª edición 1992, pp 73