



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE
ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL H.R.O. No. 87 CHIAUTLA DE TAPIA, PUEBLA”**

T E S I S
**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DRA. ALEJANDRA GOCHES ANDRADE

ASESOR CLINICO
DR. ROBERTO FELIPE DE LA FUENTE RODRIGUEZ

ASESOR EXPERIMENTAL
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” I.M.S.S.

CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2010.

No DE REGISTRO:



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“DEPRESION EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL H.R.O. NO. 87 CHIAUTLA
DE TAPIA, PUEBLA “**

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL
H.G.Z./U.M.F No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
PROFESOR TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR DEL
H.G.Z./U.M.F No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

ASESOR CLINICO

DR. ROBERTO FELIPE DE LA FUENTE RODRIGUEZ
PSIQUIATRA
ADSCRITO A LA U.M.F. No. 22 IMSS

ASESOR EXPERIMENTAL

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
MEDICO FAMILIAR
ADSCRITO AL H.G.Z. /U.M.F No. 8 IMSS

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios por darme la capacidad y el don de ser Médico y por darme una familia.

A mis padres, Paz y Simeón por el apoyo incondicional que siempre me han otorgado, por sus palabras de ánimo para luchar y seguir adelante, por darme la oportunidad pese a todas las adversidades, de tener una profesión, y por darme la vida.

A mis hermanos Gustavo, Adriana, Emmanuel, y Fernando por estar conmigo en las buenas y en las malas, y por apoyarme siempre.

A mis abuelos Vicenta, Francisco (que en paz descanse), Gregoria y Adán, por el apoyo que me han otorgado para seguir adelante.

A mis tíos Genoveva y Ricardo por estar siempre al pendiente de mí, por su ayuda incondicional.

A mis maestros que durante estos tres años compartieron conmigo sus enseñanzas, por ser los pilares más importantes de mi formación como Médico Familiar.

A ti Benjamín Amaral por llegar a mi vida en el momento justo, por tus palabras de ánimo para seguir adelante, y ser mejor en la vida, por tu apoyo incondicional para la realización de éste proyecto.

A mis amigos Rubí y Geovanni de los cuales he aprendido y compartido tantas cosas, porque con ellos he descubierto que la verdadera amistad existe.

Al Dr. Jorge Villoria Mejorada, y a su equipo de Enfermería, del CEN y de Trabajo Social por las facilidades otorgadas para la realización de esta investigación.

INDICE

PAGINAS

RESUMEN.....	7
MARCO TEORICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
JUSTIFICACION.....	21
OBJETIVOS.....	22
HIPOTESIS.....	23
MATERIALES Y METODOS.....	24
TIPO DE ESTUDIO.....	24
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	25
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	26
MUESTRA.....	26
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	27
VARIABLES.....	28
DISEÑO ESTADISTICO.....	32
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	33
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	34
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	35
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	36
CONSIDERACIONES ETICAS.....	37
RESULTADOS.....	38
CONCLUSIONES.....	52
DISCUSION.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXOS.....	58

RESUMEN

DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL H.R.O. NO. 87, CHIAUTLA DE TAPIA, PUEBLA.

AUTORES: Dra. Alejandra Goches Andrade. Dr. Roberto Felipe de la Fuente Rodríguez. Dr. Gilberto Espinoza Anrubio. Hospital Rural de Oportunidades No. 87, Chiautla de Tapia, Puebla.

OBJETIVO: Identificar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas en el H. R. O No. 87, Chiautla de Tapia, Puebla.

MATERIAL Y METODOS: Tipo de Investigación: Prospectivo, Transversal, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Pacientes embarazadas de 11 a 19 años. Criterios de exclusión: Pacientes embarazadas mayores de 19 años. Tamaño de la muestra: 100 adolescentes embarazadas. Variables: adolescente embarazada, depresión, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación. Se aplicó la Escala Clinimétrica para diagnosticar depresión (ECDD), así como el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

RESULTADOS: Se estudiaron 100 adolescentes embarazadas La media de edad fue de 17.31 años, con valor mínimo de 15 años y valor máximo de 19 años con una desviación estándar de 1.42 años, de las cuales el 48(48%) se encontraba en un rango de edad de 18 y 19 años, 37(37%) entre los 16 y 17 años y 15(15%) entre los 14 y 15 años. Se encontró por Escala Clinimétrica para Diagnosticar Depresion (ECDD) sin depresión 83(83%), con depresión 17(17%), de las cuáles con depresión leve 10(10%), depresión moderada 5(5%), y depresión grave 2(2%). Y de las pacientes que resultaron con depresión se encontró por Inventario de Depresión de Beck (BDI), con depresión leve 9(9%), depresión moderada 7(7%), y depresión grave 1(1%).

CONCLUSIONES: La frecuencia de depresión fue del 17%, dentro del rango reportado en la literatura mundial. Se debe prestar especial atención a las adolescentes embarazadas, con el fin de llegar a diagnósticos tempranos y proporcionar tratamientos oportunos.

PALABRAS CLAVE: Depresión, depresión en adolescente embarazada.

MARCO TEORICO

Introducción.

En México, al igual que en otros lugares del mundo los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa, de discapacidad y muerte. (2)

Se calcula que el riesgo de padecer depresión mayor a lo largo de la vida es entre un 3 y 12%. Aproximadamente un 25% de personas que padecen depresión no buscan atención médica. (6)

Las mujeres son más propensas que los varones a presentar depresión mayor en cualquier periodo de sus vidas en una proporción 2:1, y esta es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años en todo el mundo. (29)

La adolescente que se embaraza se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado de ánimo depresivo durante la gestación. Entre estos factores se encuentran el desarrollo propio de la adolescencia que por ser un periodo lleno de cambios anatomo-fisiológicos y adaptativos modifican la calidad y expectativas de vida, y el desarrollo mismo del embarazo con la presencia de alteraciones en los niveles de estrógeno y progesterona, así como a la supresión del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal.(5)

El embarazo es considerado una etapa de crisis que altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida.

La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo cual se asocia con síntomas depresivos, y es de gran importancia la calidad de apoyo que recibe la adolescente embarazada de su pareja y de su familia de origen, ya que el apoyo social disminuye la vulnerabilidad hacia la depresión, especialmente durante su embarazo y al comienzo de la adaptación como madre (30). Estos hallazgos exigen que los servicios de salud mental desarrollen instrumentos

diagnósticos que proporcionen la sensibilidad y especificidad para un adecuado diagnóstico y tratamiento de las pacientes.

El episodio depresivo mayor consiste en un periodo de al menos dos semanas, en las que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades.

El sujeto debe experimentar al menos cinco síntomas ó más, de una lista que incluye: cambios en el apetito o peso corporal; alteraciones en el sueño y la actividad psicomotora; falta de energía y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y/o intentos suicidas.

Dicha sintomatología debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente, si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas consecutivas. El evento debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La depresión en el embarazo se caracteriza por profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, con sus padres y el medio social en general. Lo que permite conceptuar a este periodo como una etapa de crisis del desarrollo dentro del ciclo vital femenino.

La depresión en el embarazo responde a la característica de cualquier trastorno depresivo y solo es matizada por los contenidos emocionales, cognitivos y representacionales, propios de la gestación. (25)

La Organización Mundial de la Salud OMS estima que para el año 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y la tercera causa de morbilidad después de las enfermedades coronarias y de los accidentes por vehículo automotor y se estima que actualmente hay 340 millones de personas con depresión. (9)(11)

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en las mujeres es de un 3.2% y en los hombres del 1.9%.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el 2002 estima que dos millones de mexicanos han padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia, casi una cuarta parte de los 7.3 millones que han padecido un episodio de depresión alguna vez en su vida. En sujetos de 18 a 65 años, el 9.1 % de la población ha cursado con un trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres, en donde el trastorno mas prevalente fue el episodio depresivo mayor en un 3.3%.(12)

Mediante el CBTD (Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico) realizado en la población infantil y adolescente de la Ciudad de México en 1995, los síndromes sugestivos de un trastorno depresivo fueron los más frecuentes, prevalencia de un 2.6% para el síndrome depresivo con mayor gravedad IDEP-2s. (35)

Según la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988 encontraron una prevalencia de depresión de un 34% de la población estudiada donde el sexo femenino ocupó un 17% y los hombres un 8.5%. En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida del 8.3% con un claro predominio de las mujeres. (31)

La prevalencia de depresión mayor en América Latina y el Caribe fue de un 8.7%, y 4.3% en algún momento de la vida, la frecuencia de la enfermedad fue casi el doble en mujeres (32). En otro estudio se encontró que 2% de niños y adolescentes de hasta 18 años, ha padecido un episodio de depresión mayor, con un promedio de siete episodios a lo largo de su vida (Benjet y cols., 2004). (33)

En la población general de Guayaquil, Ecuador se dan cifras de 0.3% en la edad preescolar, 1.8% de depresión mayor y 6.4% de trastorno distímico en escolares y 4.9% en adolescentes de 14 a 16 años, por lo

que se puede observar una tasa de depresión con aumento progresivo en función de la edad. (28)

La OMS afirma que la mujer tiene entre dos y tres veces más posibilidad de padecer depresión, así mismo durante el embarazo y el posparto en países industrializados se presenta con una frecuencia del 10 al 15%. (13)

En un estudio realizado en la sala de espera de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología en el 2001, en mujeres mexicanas embarazadas se encontró una prevalencia de depresión del 14%. Así mismo los reportes en Inglaterra han sido de un 16% y en Portugal se ha encontrado una prevalencia del 16.7%. (34)

Cada año, entre 7% y 13% de las mujeres experimenta depresión mayor, especialmente en los años reproductivos. La prevalencia en embarazadas puede ser de 4% a 30%, en mujeres gestantes de bajos recursos económicos se han informado frecuencias de hasta un 50%.

La prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación varían de un 2% a un 51%, mayor en los últimos dos trimestres del embarazo. Evans y colaboradores encontraron una prevalencia de 9.1% a las 8 semanas después del parto.

En un estudio realizado en Perú en 2004 se encontró una prevalencia de depresión mayor de 13.5% que vivían en la comunidad y en otro estudio realizado en una sala de maternidad de Perú fue del 17%. (29)

Investigaciones previas han demostrado que los antecedentes de abuso infantil, los trastornos psiquiátricos previos (depresión, ansiedad, abuso de alcohol, o sustancias psicoactivas), la alta paridad, el insuficiente apoyo social, los conflictos de pareja, el embarazo no planificado, la condición de madre adolescente, primípara o soltera el bajo nivel educacional y el haber tenido un aborto previo se asociaron significativamente con las enfermedades psiquiátricas durante el embarazo. (29)

En los adolescentes que sufren depresión se han encontrado como parte de la historia vital de ellos una relación poco satisfactoria desde el

punto de vista emocional con los padres, hermanos y otros familiares además muchos de éstos jóvenes tienen un padre o una madre que padece un trastorno afectivo, con claras repercusiones en la interacción familiar y durante la adolescencia los conflictos con los padres aumentan, con actitudes de rebeldía, conductas oposicionistas y dificultades en la socialización.

La depresión en uno de los padres significa para el hijo la falta de apoyo emocional, la falta de estímulos positivos y la escasa comunicación interpersonal. La disolución del subsistema conyugal es uno de los factores más estresantes de la vida. (28)

Dentro de los factores de riesgo que se asocian a un embarazo temprano en la dimensión individual, incluyen la menarquía a una edad cada vez más precoz, la vulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, carencias de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y el uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos.

En la dimensión familiar se encuentran estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, padre ausente y carencias afectivas.

En la dimensión social se encuentra la erotización de los medios de comunicación. (27)

Las madres jóvenes y las madres solteras son menos capaces de controlar los comportamientos de las adolescentes, por lo tanto las hijas están en más riesgo de comprometerse en comportamientos sexuales de riesgo y experimentar la maternidad adolescente. (26)

La clasificación según DSM IV: son episodio afectivo (episodio depresivo mayor), y trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor)

Los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor son:

A.- Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo ó (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

NOTA: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ej., llanto).

NOTA: En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2.- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto o lo que observen los demás)

3.- Pérdida importante de peso sin hacer régimen ó aumento de peso (ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida ó aumento del apetito casi cada día.

NOTA: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.- Insomnio o Hipersomnia casi cada día.

5.- Agitación ó enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6.- Fatiga ó pérdida de energía casi cada día.

7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B.- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C.- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., droga, medicamento) o una enfermedad médica (ej., hipotiroidismo)

E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracteriza por una incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Dentro del Diagnóstico Diferencial incluyen: Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, episodio único:

A.- Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B.- El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no esta superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C.- Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco.

NOTA: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad medica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas: Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos. Crónico.

Con síntomas catatónicos. Con síntomas melancólicos. Con síntomas atípicos. De inicio en el periodo de posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente: En remisión parcial, en remisión total. Crónico. Con síntomas catatónicos. Con síntomas melancólicos. Con síntomas atípicos. De inicio en el posparto.

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, recidivante:

A.- Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

NOTA: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B.- Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C.- Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

NOTA: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y / o los síntomas: Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos. Crónico. Con síntomas catatónicos. Con síntomas melancólicos. Con síntomas atípicos. De inicio en el periodo posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente: En remisión parcial, en remisión

total. Crónico. Con síntomas catatónicos. Con síntomas melancólicos. Con síntomas atípicos. De inicio en el posparto.

Especificar: Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica). Con patrón estacional.

El Diagnóstico Diferencial incluye al Episodio mixto, al Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y al Trastorno distímico.

La Psicoterapia ha sido efectiva y se ha demostrado en estudios con 12 sesiones, que mejora la sintomatología depresiva y funcionalidad psicosocial, es de gran utilidad en embarazadas con depresión leve. Basada en el análisis de la relación del padre con el bebé, dando soporte emocional y ayuda a la resolución de problemas, a través de Terapia cognitiva-conductual. Terapia interpersonal y Terapia de resolución de problemas (16).

El tratamiento con antidepresivos debe realizarse en función de los síntomas, del grado de disfunción y de los episodios previos que presenta el paciente. El inconveniente de los tratamientos farmacológicos con antidepresivos son los efectos adversos que pueden ocasionarle al feto, principalmente en las primeras 12 semanas de gestación debido al desarrollo del cerebro y del sistema nervioso central. La decisión para prescribir fármacos antidepresivos debe evaluar el riesgo beneficio. (20)

El tratamiento médico antidepresivo es de elección en la depresión moderada a severa. No existe alguna contraindicación absoluta para la medicación antidepresiva durante el embarazo o la lactancia. La mayoría de las guías recomiendan a los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), son usados ya que se ha visto que tienen una mayor eficacia en las mujeres. (5) (37)

En Junio del 2005 el New England Journal of Medicine publico que los ISRS (prozac (fluoxetina), paxil (paroxetina),) aumentaban el riesgo de malformaciones al feto, sin embargo el riesgo es reducido. En Noviembre del 2005 la American College of Obstetricians and

Ginecologists cambia a categoría D, al ISRS Paxil (paroxetina) por sus altos efectos teratogénicos. (19)

Se han hecho estudios prospectivos acerca de la incidencia de malformaciones en bebés expuestos prenatalmente a la fluoxetina (prozac), paroxetina (paxil), sertralina (altruline), venlafaxina (effexor), contra bebés no expuestos y se ha visto que solo entre el 1-3 % de la población total de los bebés llegan a presentar defectos específicos y que el riesgo absoluto de presentar malformaciones es muy bajo. (18)

La FDA ha clasificado a los ISRS (fluoxetina, sertralina) en categoría C, por lo tanto evaluar riesgo beneficio. La administración de antidepresivos ocasiona menor edad gestacional del bebé y aumenta el riesgo de parto pre término.

La respuesta con antidepresivos es gradual y se manifiesta entre la segunda y sexta semana de inicio del tratamiento. (21)

Como principio general se prefiere una aproximación no medicamentosa para el tratamiento de la depresión durante el embarazo.

POTENCIAL DE TERATOGENIA DE LOS ANTIDEPRESIVOS
CATEGORIA (FDA)

MEDICAMENTOS	RIESGO POTENCIAL DE TERATOGENIA
ISRS	
FLUOXETINA	C
PAROXETINA	D
SERTRALINA	C

La depresión es un concepto que puede medirse de forma consistente y válida, de forma categórica u ordinalmente. Cuando se diagnostica se le asigna una categoría. La forma más confiable para el establecimiento de un diagnóstico es a través de una Entrevista estructurada (SCID, por sus siglas en inglés Structured Clinical Interview, 1995) ó las Entrevistas para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN, por

sus siglas en inglés Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, 1990). Pero estos no pueden emplearse rutinariamente por la falta de personal entrenado y por el tiempo que toma su aplicación.

Otros instrumentos que evalúan dimensionalmente la depresión lo hacen mediante la medición de la intensidad de los síntomas depresivos presentes en el sujeto, estos instrumentos han sido sometidos a estudios de validez y confiabilidad y están incluidos en el Manual de Mediciones en Psiquiatría de la Asociación Psiquiátrica Americana. (3)

1.- Inventario de Depresión de Beck (Bek Depression Inventory, BDI, 1961) mide en una escala auto aplicada de 21 ítems., los síntomas concretos de la depresión, la intensidad de la depresión, valorados de 0 a 3. Permite rápida cuantificación y sensible a los cambios terapéuticos.

Resultado mayor a 17 puntos se plantea la necesidad de intervención, a partir de 30, depresión moderada y grave.

2.- Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, 1960), formada por 21 ítems donde se recaban los síntomas más comunes de todos los tipos de depresión. La aplica el facultativo tras aplicar la entrevista valorando de 0 a 2 los distintos síntomas. Mide el efecto terapéutico.

3.- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. (1979) Formada por 10 ítems, mide la intensidad de la depresión y el efecto del tratamiento. La aplica el facultativo.

4.- Escala de Depresión de Bech-Rafaelsen (1980). Formada por 11 ítems, mide la respuesta al tratamiento y la aplica el facultativo.

5.-Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (1965). Formada por 20 ítems, mide la intensidad de la depresión (poco sensible a cambios en el tiempo).

6.- Escala de Raskin (1970). Formada por 3 ítems, y mide la respuesta al tratamiento, aplicable a pacientes deprimidos hospitalizados.

7.- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES (Radoff 1977). formada por 20 ítems. Identifica depresión (por tamizaje), es sensible a los cambios en el tiempo, se aplica a la población general, y es autoaplicable.

8.- Escala Clinimétrica para Diagnosticar Depresión (ECDD). Formada por 3 ítems iniciales para buscar síntomas que sospechen depresión, posteriormente cuenta con 13 ítems más para buscar síntomas que confirmen depresión. La aplica el facultativo. (3)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en adolescentes embarazadas es un padecimiento que se encuentra con una elevada frecuencia, y que sin embargo, no es diagnosticada en forma precisa, o bien el tratamiento no es el más adecuado, lo que ocasiona que un gran número de pacientes continúen durante el transcurso de su embarazo con la sintomatología, afectando el curso natural del mismo y el estado de ánimo de la adolescente.

El embarazo en adolescentes es un proceso tan complejo debido a la gran cantidad de factores que intervienen, aunado a las crisis propias del embarazo y de la adolescencia, y del ambiente social en el que se desarrolla, afectando su estado emocional y haciéndola más vulnerable a presentar trastornos del estado de ánimo. Es por ello que el enfoque principal de esta investigación es encontrar respuesta a una pregunta, ¿Cuál será la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Rural Oportunidades No. 87?

JUSTIFICACION

La depresión en adolescentes embarazadas es un problema de salud pública, que ha ido en aumento sin que sea diagnosticada en etapas tempranas, en México, un promedio de 400,000 nacimientos al año representan el 20% del total de embarazos provenientes de madres que no han cumplido los 20 años de edad.

Es por eso que resulta pertinente efectuar un estudio que permita evaluar de manera cuantitativa la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas, para realizar un diagnóstico temprano y oportuno de la enfermedad, y dar una atención integral mediante programas específicos de atención médica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Rural Oportunidades No. 87.

OBJETIVOS PARTICULARES

Identificar si existe diferencia en cuanto a la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas del H.R.O No. 87 en comparación con la incidencia mundial.

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

La depresión en adolescentes embarazadas se presenta con la misma frecuencia en las pacientes del H.R.O No. 87 que en la reportada en la literatura mundial.

HIPOTESIS NULA

La depresión en adolescentes embarazadas se presenta en menor frecuencia en el H.R.O No. 87 que en la reportada en la literatura mundial.

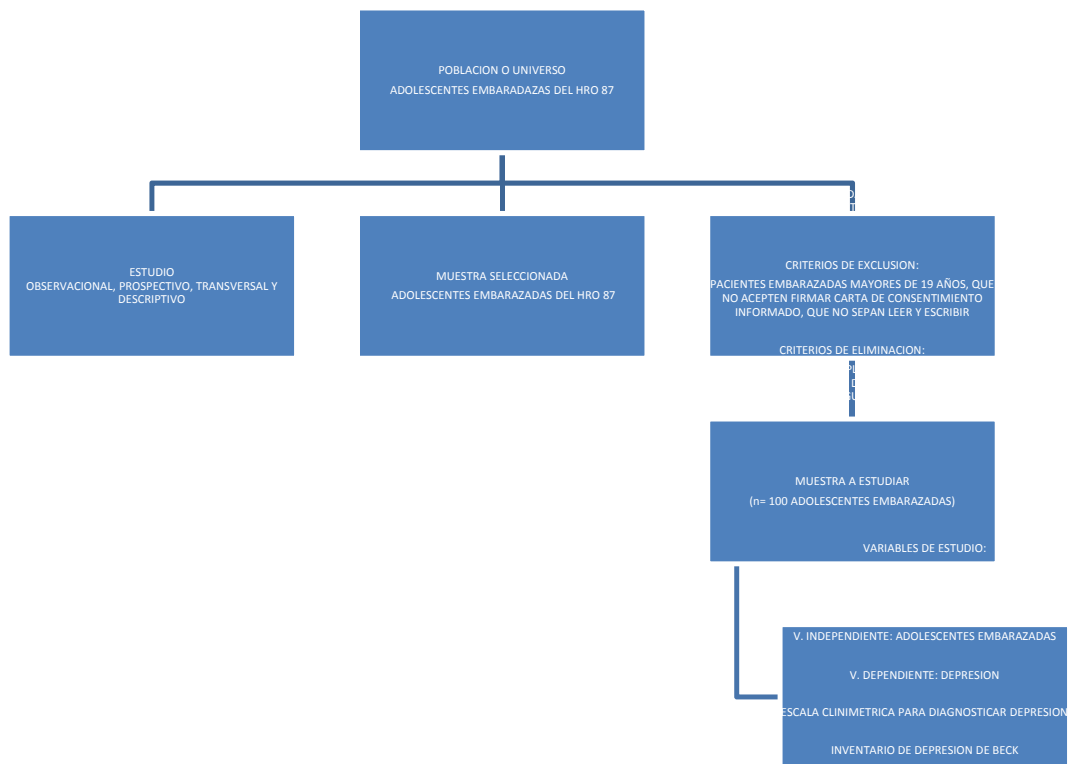
MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se trató de un estudio observacional (no experimental) de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. Se limita a observar los fenómenos tal y como ocurren, sin intervenir en su desarrollo, llevado a cabo con el único objetivo de describir una o más características, que en este caso fue identificar la frecuencia de depresión, de una población específica (adolescentes embarazadas de 11 a 19 años) del H.R.O No. 87, a través de la medición estructurada de estas variables:

1. Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
2. Según el número de mediciones de una misma variable o el período y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
3. Según el control de la variable o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
4. De acuerdo con la inferencia del investigador en cuanto al fenómeno que se estudia: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION



POBLACION O UNIVERSO

El estudio se delimitó a una población de tipo rural compuesta por adolescentes embarazadas que asistieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital Rural Oportunidades No. 87 en el periodo comprendido de Septiembre - Octubre del 2009.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

Se desarrolló en el área de la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital Rural Oportunidades No. 87, delegación Chiautla de Tapia, Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo comprendido de Septiembre – Octubre del 2009.

MUESTRA

La selección de la muestra fue del tipo no probabilístico, donde se tomaron un total de 100 adolescentes embarazadas que asistieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital Rural Oportunidades No.87.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes embarazadas de 11 a 19 años de edad. Pacientes embarazadas adscritas a la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.R.O No. 87.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes embarazadas mayores de 19 años. Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado. Antecedente de enfermedad psiquiátrica. Pacientes que no sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no completen el cuestionario. Seleccionar más de una opción en una pregunta.

VARIABLES

- 1.- ADOLESCENTE EMBARAZADA
- 2.- EDAD
- 3.- SEXO
- 4.- ESTADO CIVIL
- 5.- OCUPACION
- 6.- ESCOLARIDAD

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
1. ADOLESCENTE EMBARAZADA	CUALITATIVA	NOMINAL	ADOLESCENTE EMBARAZADA
2. EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
3. SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO
4. ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERA 2= CASADA 3= UNION LIBRE
5. OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1=HOGAR 2=ESTUDIANTE
6. ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	ORDINAL	1= PRIMARIA COMPLETA 2= PRIMARIA INCOMPLETA 3=SECUNDARIA COMPLETA 4=SECUNDARIA INCOMPLETA

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
ENFERMEDAD**

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LA VARIABLE
DEPRESION	CUALITATIVA	ORDINAL	1= DEPRESION LEVE 2=DEPRESION MODERADA 3=DEPRESION GRAVE 4=SIN DEPRESION

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
ESCALA CLINIMETRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION (ECDD)**

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LA VARIABLE
DEPRESION	CUALITATIVA	DICOTOMICA	1= DEPRESION LEVE 2=DEPRESION MODERADA 3=DEPRESION GRAVE 4=SIN DEPRESION

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI)**

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LA VARIABLE
DEPRESION	CUALITATIVA	TIPO LIKERT	1= DEPRESION LEVE 2=DEPRESION MODERADA 3=DEPRESION GRAVE 4=SIN DEPRESION

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DEFINICION DE VARIABLES

1. ADOLESCENTE EMBARAZADA

DEFINICION CONCEPTUAL. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el embarazo que ocurre durante la adolescencia de la madre entre los 11 y 19 años de edad, se presenta antes que la progenitora haya alcanzado la madurez emocional como física, necesarias para asumir la maternidad.

DEFINICION OPERACIONAL. Madre adolescente entre los 11 y 19 años de edad que pertenezca al Hospital Rural Oportunidades No. 87, Chiautla de Tapia.

2.- DEPRESION

DEFINICION CONCEPTUAL. Definición conceptual: Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.

DEFINICION OPERACIONAL. Se medirá esta variable por medio de los puntajes obtenidos en la Escala Clinimétrica para diagnosticar depresión y el Inventario de depresión de Beck.

3. EDAD

DEFINICION CONCEPTUAL. Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

DEFINICION OPERACIONAL. Por número de años cumplidos.

4. SEXO

DEFINICION CONCEPTUAL. Diferencia física y consecutiva del hombre y la mujer

DEFINICION OPERACIONAL. Masculino, femenino.

5. ESTADO CIVIL

DEFINICION CONCEPTUAL. Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

DEFINICION OPERACIONAL. Soltero, casado, unión libre.

6. OCUPACION

DEFINICION CONCEPTUAL. Como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad.

DEFINICION OPERACIONAL. Hogar, estudiante.

7. ESCOLARIDAD

DEFINICION CONCEPTUAL. Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.

DEFINICION OPERACIONAL. Primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura.

DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS (versión 17) de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. ESCALA CLINIMETRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION

Esta escala fue desarrollada y validada para evaluar síntomas con alto índice de sospecha de depresión a manera de 3 ítems iniciales, los cuáles cuentan con sólo 2 respuestas ya sea SI ó NO, si de estos nos dan 2 de 3 positivos o todos positivos, entonces se procederá a realizar los siguientes 13 ítems que nos van a confirmar la depresión. Al finalizar la entrevista entonces se procederá a la suma de lo obtenido para clasificar el nivel de depresión.

Si de los 3 ítems iniciales aplicados se obtiene una sola respuesta positiva o ninguna, entonces se da por terminada la Entrevista. (36)

2. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Para reforzar la información obtenida de la Escala Clinimétrica para diagnosticar depresión, se aplicará en aquellos pacientes que obtuvieron 2 de 3 preguntas positivas, el Inventario de Depresión de Beck el cual consta de 21 ítems, donde los primeros 15 hacen referencia a los síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos-vegetativos.

El paciente tiene que seleccionar la alternativa de respuesta que refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas que van de 0 a 3. De 0-9 puntos: sin depresión, de 10-18 puntos: depresión leve, de 19-29 puntos: depresión moderada y mayor de 30 puntos: depresión severa.

METODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la aplicación de los datos de identificación y de los instrumentos de forma directa y en espacio privado a las adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Rural Oportunidades No. 87. Se dio un tiempo de 30 minutos para la aplicación de la Escala Clínicométrica para Diagnosticar Depresión (ECDD), aquellas pacientes que resultaron con depresión se les procedió posteriormente a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck. (BDI)

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se realizó la aplicación de las encuestas de manera directa, explicando cada una de las preguntas de los cuestionarios a cada paciente, explicándole que debería contestar según su opinión o percepción. Si el encuestado preguntaba el significado de una palabra, se le daba la definición en ese momento del cuestionario. No se mencionó lo que se obtendría como resultado al inicio de la aplicación del instrumento, hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto el residente de Medicina Familiar cumplió las funciones de investigador, recolector y analista de datos, con apoyo del asesor clínico. Así como apoyo del personal de Enfermería, CEN, y de Trabajo Social para la captación de las adolescentes embarazadas. Se contó como recursos materiales a las hojas recolectoras de información, bolígrafos, lápices, gomas, papel de impresión, computadora, copias fotostáticas, Software de computadora (Microsoft Word, Excel), Encuesta Clinimétrica para Diagnosticar Depresión impresa e Inventario de Depresión de Beck impreso.

CONSIDERACIONES ETICAS

La presente Investigación se realizó de acuerdo a las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, de la asociación Medica Mundial garantizando a las pacientes entrevistadas el mejor método diagnóstico con el que cuenta la Institución. Se solicitó el consentimiento verbal y consentimiento por escrito de las pacientes entrevistadas. La información obtenida se manejó de forma confidencial y con fines de Investigación. La presente Investigación está bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las Normas de Investigación Institucional y aceptada por el Comité Local de Investigación.

RESULTADOS

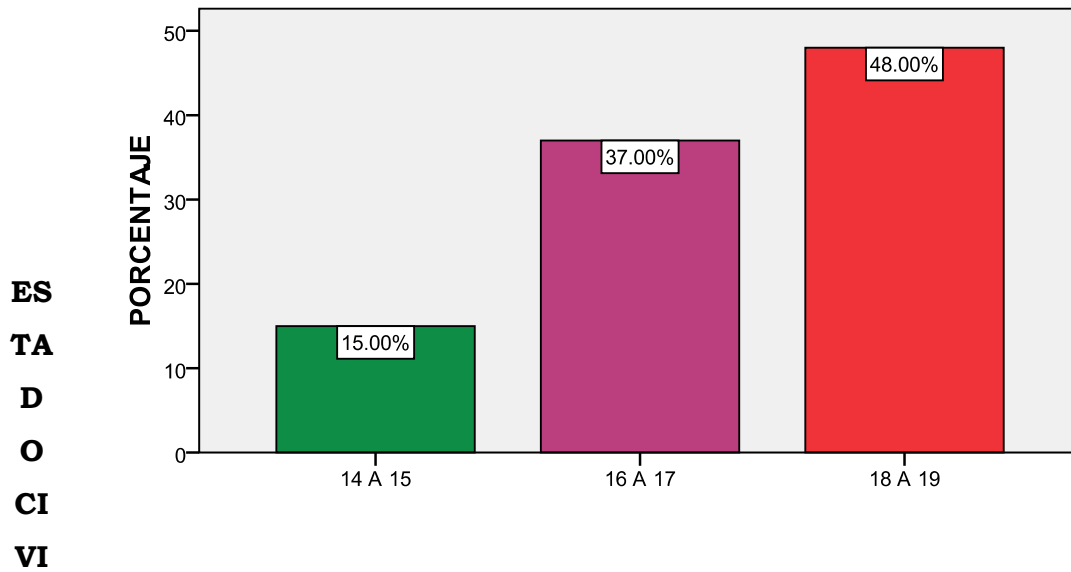
- Se estudiaron 100 (100%) adolescentes embarazadas de las cuales la media de edad fue de 17.31 años, con valor mínimo de 15 años y valor máximo de 19 años y una desviación estándar de 1.42 años, de las cuales el 48 (48%) se encontraba en un rango de edad de 18 y 19 años, 37 (37%) entre los 16 y 17 años y 15 (15%) entre los 14 y 15 años.
- En estado civil se encontraron en unión libre 37 (37%), solteras 34 (34%), casadas 29 (29%).
- En escolaridad se encontraron con secundaria incompleta 59 (59%), secundaria completa 33 (33%), primaria completa 6 (6%), y con primaria incompleta 2 (2%).
- En ocupación se encontraron 76 (76%) que se dedicaban al hogar y 24 (24%) eran estudiantes.
- De las 100 (100%) adolescentes estudiadas se encontraron sin depresión 83 (83%) y con depresión 17 (17%).
- Se encontró por Escala Clinimétrica para Diagnosticar Depresion (ECDD) sin depresión 83 (83%), con depresión 17 (17%), de las cuáles con depresión leve 10 (10%), depresión moderada 5 (5%), y depresión grave 2 (2%). Y de las pacientes que resultaron con depresión se encontró por Inventario de Depresión de Beck (BDI), con depresión leve 9 (9%), depresión moderada 7 (7%), y depresión grave 1 (1%).
- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas con depresión por edad fue de la siguiente forma: 8 (8%) en rango de edad de 18 a 19 años. 6 (6%) en rango de edad de 16 a 17 años, y 3 (3%) en rango de edad de 14 a 15 años.
- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas sin depresión por edad fue de la siguiente forma: 40 (40%) en el rango de edad de 18 a 19 años, 31 (31%) en el rango de edad de 16 a 17 años y 12 (12%) en el rango de edad de 14 a 15 años.

- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas con depresión por estado civil fue de la siguiente forma: 10 (10%) fueron solteras, 4 (4%) estaban casadas y un 3 (3%) vivían en unión libre.
- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas sin depresión por estado civil fue de la siguiente forma: 34 (34%) vivían en unión libre, 25 (25%) estaban casadas y un 24 (24%) eran solteras.
- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas con depresión por escolaridad fue de la siguiente forma: 9 (9%) tenían secundaria incompleta, 4 (4%) con secundaria completa, 2 (2%) con primaria incompleta y 2 (2%) con primaria completa.
- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas sin depresión por escolaridad fue de la siguiente forma: 50 (50%) con secundaria incompleta, 29 (29%) con secundaria completa y 4 (4%) con primaria completa.
- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas con depresión por ocupación fue de la siguiente forma: 14 (14%) se dedicaban al hogar y solo 3 (3%) eran estudiantes.
- En el caso de distribución de adolescentes embarazadas sin depresión por ocupación fue de la siguiente forma: 62 (62%) se dedicaban al hogar y solo 21 (21%) eran estudiantes.

EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 A 15	15	15%
16 A 17	37	37%
17 A 18	48	48%
TOTAL	100	100%

EDAD



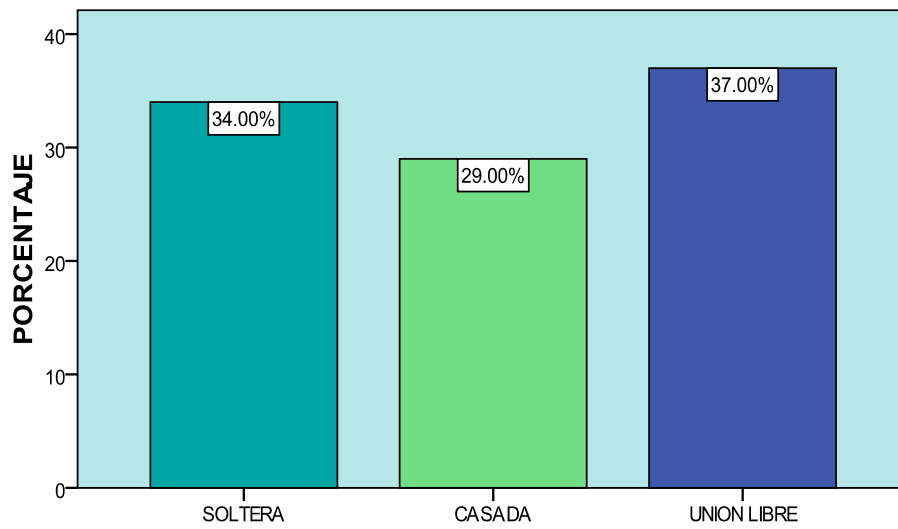
L

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	34	34%



CASADA	29	29%
UNION LIBRE	37	37%
TOTAL	100	100%

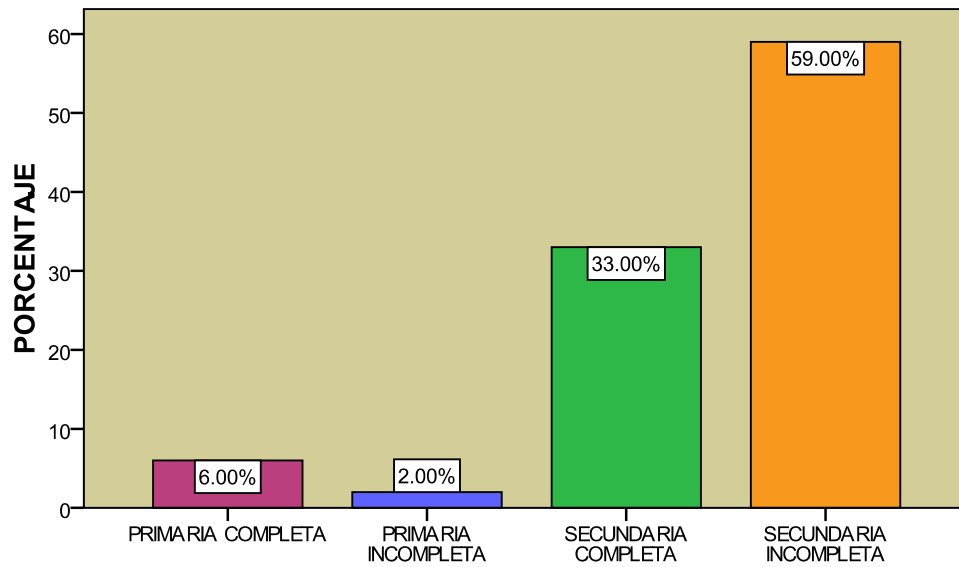
ESTADO CIVIL



ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA COMPLETA	6	6%
PRIMARIA INCOMPLETA	2	2%
SECUNDARIA COMPLETA	33	33%
SECUNDARIA INCOMPLETA	59	59%
TOTAL	100	100%

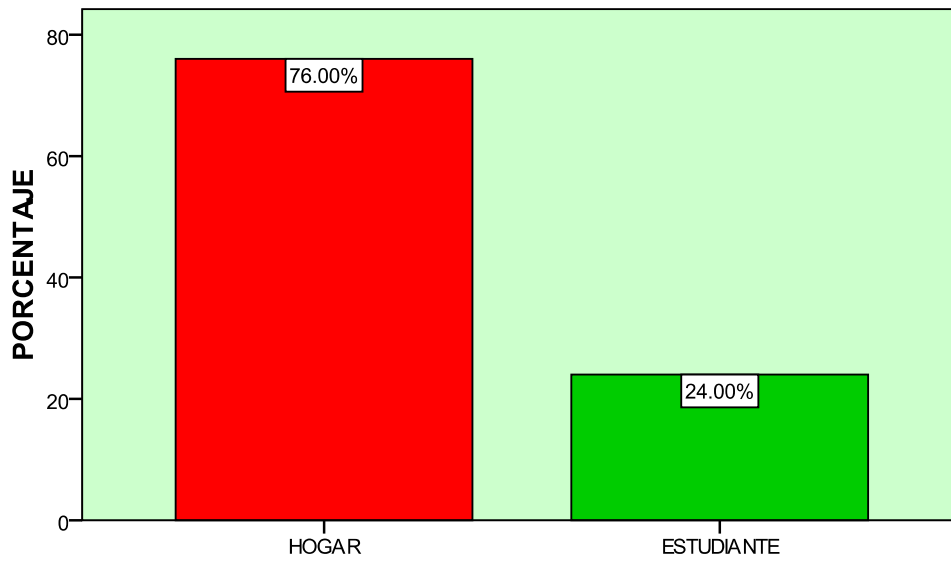
ESCOLARIDAD



OCUPACION

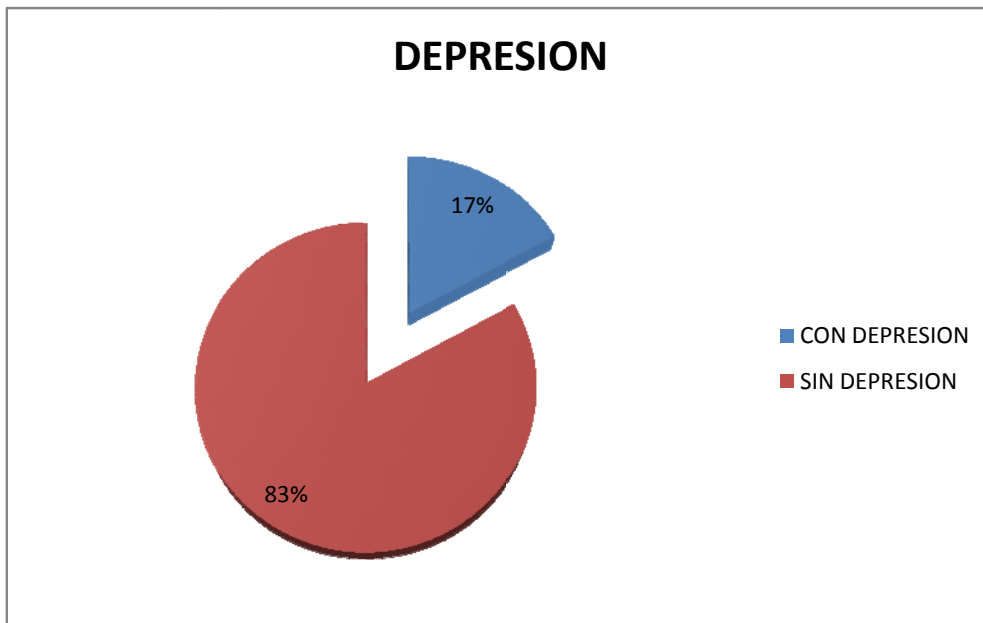
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	76	76%
ESTUDIANTE	24	24%
TOTAL	100	100%

OCUPACION



DEPRESION

DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON DEPRESION	17	17%
SIN DEPRESION	83	83%
TOTAL	100	100%

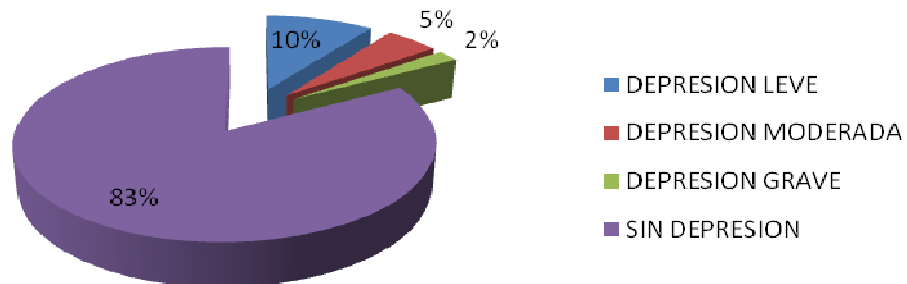


ESCALA CLINIMETRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION (ECDD)

DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-----------	------------	------------

DEPRESION LEVE	10	10%
DEPRESION MODERADA	5	5%
DEPRESION GRAVE	2	2%
SIN DEPRESION	83	83%
TOTAL	100	100%

ESCALA CLINIMETRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION (ECDD)

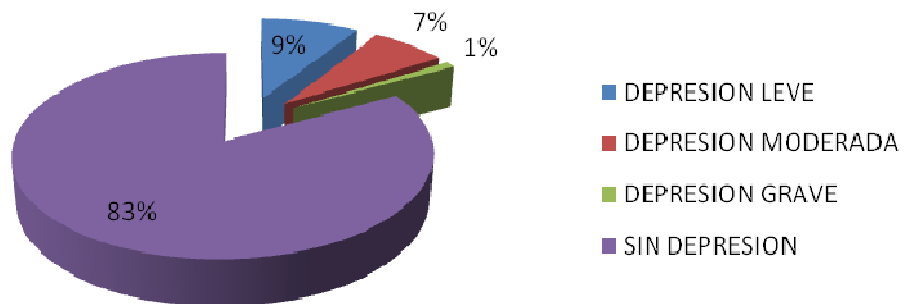


INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI)

DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE

DEPRESION LEVE	9	9%
DEPRESION MODERADA	7	7%
DEPRESION GRAVE	1	1%
SIN DEPRESION	83	83%
TOTAL	100	100%

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI)

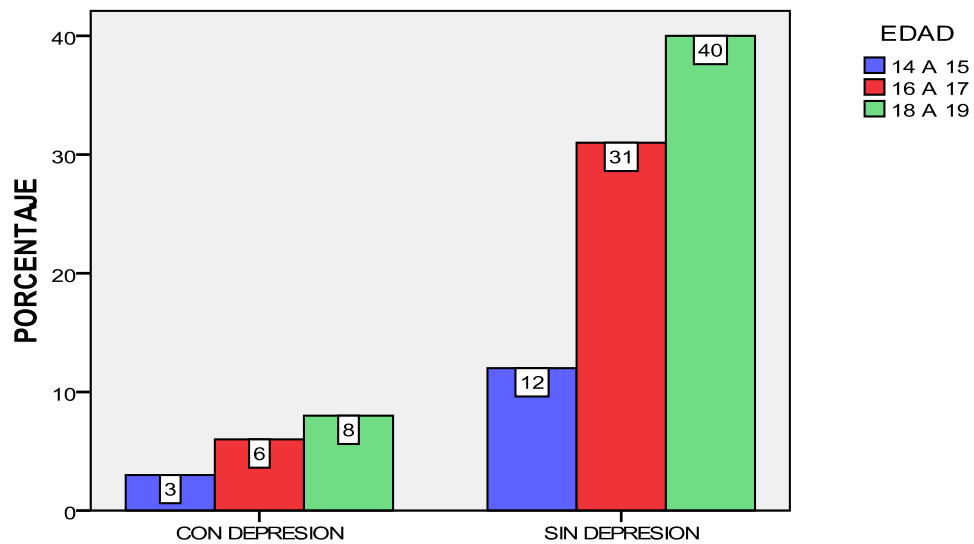


EDAD EN RANGOS Y DEPRESION

EDAD	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	TOTAL
------	---------------	---------------	-------

14 A 15 AÑOS FRECUENCIA PORCENTAJE	3 3%	12 12%	15 15%
16 A 17 AÑOS FRECUENCIA PORCENTAJE	6 6%	31 31%	37 37%
17 A 18 AÑOS FRECUENCIA PORCENTAJE	8 8%	40 40%	48 48%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	17 17%	83 83%	100 100%

EDAD EN RANGOS Y DEPRESION

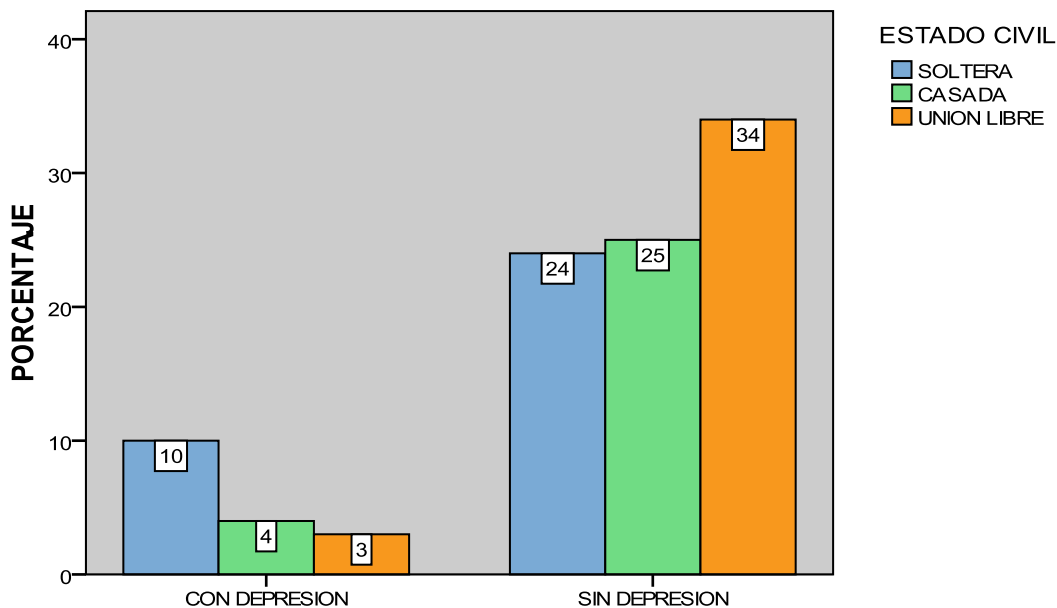


ESTADO CIVIL Y DEPRESION

ESTADO CIVIL	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	TOTAL
SOLTERA FRECUENCIA PORCENTAJE	10 10%	24 24%	34 34%



ESTADO CIVIL Y DEPRESION



CASADA FRECUENCIA PORCENTAJE	4 4%	25 25%	29 29%
UNION LIBRE FRECUENCIA PORCENTAJE	3 3%	34 34%	37 37%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	17 17%	83 83%	100 100%

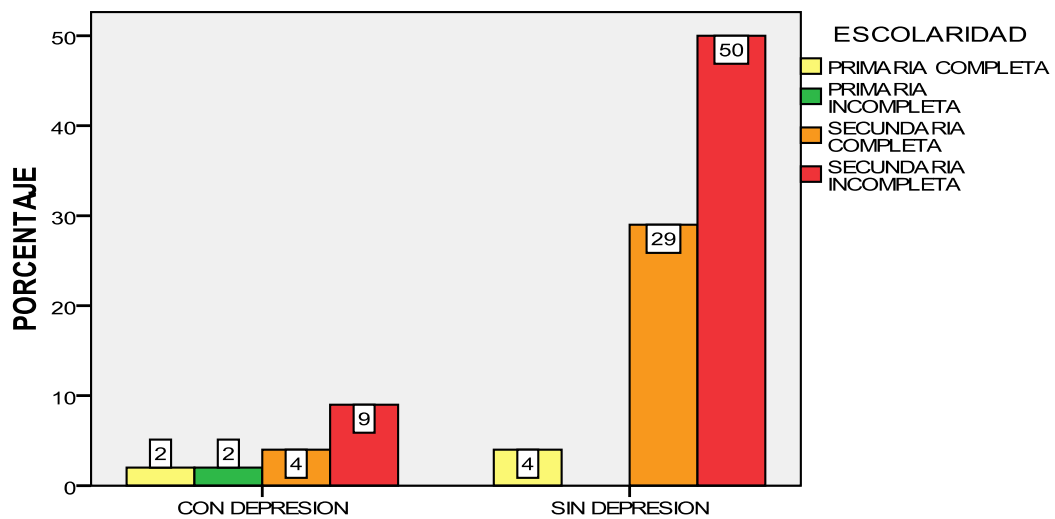
ESCOLARIDAD Y DEPRESION

ESCOLARIDAD	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	TOTAL
PRIMARIA COMPLETA FRECUENCIA PORCENTAJE	2 2%	4 4%	6 6%
PRIMARIA INCOMPLETA FRECUENCIA PORCENTAJE	2 2%	0 0%	2 2%
SECUNDARIA COMPLETA FRECUENCIA PORCENTAJE	4 4%	29 29%	33 33%



SECUNDARIA INCOMPLETA FRECUENCIA PORCENTAJE	9 9%	50 50%	59 59%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	17 17%	83 83%	100 100%

ESCOLARIDAD Y DEPRESION



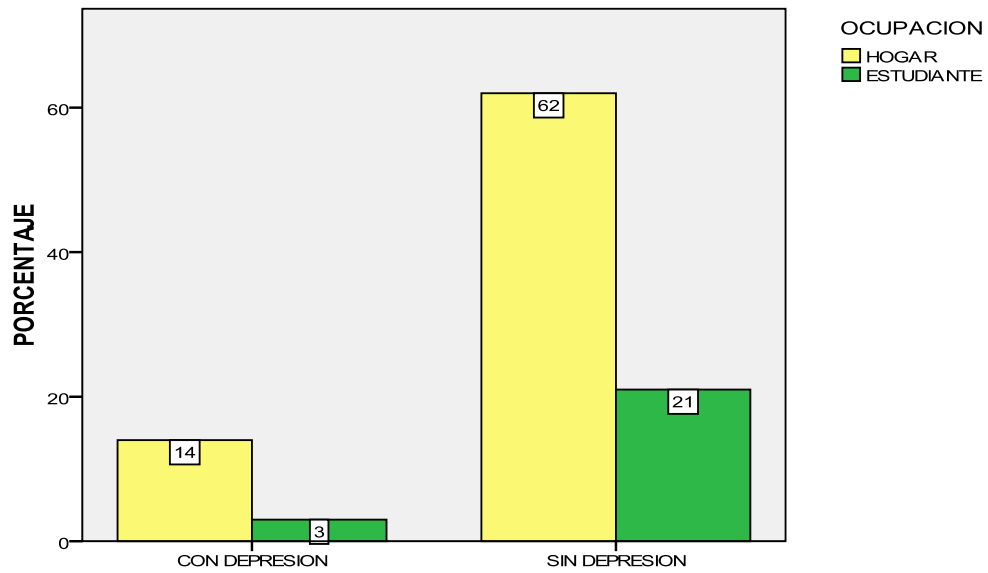
OCUPACION Y DEPRESION

OCUPACION	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	TOTAL
HOGAR FRECUENCIA PORCENTAJE	14 14%	62 62%	76 76%
ESTUDIANTE FRECUENCIA PORCENTAJE	3 3%	21 21%	24 24%



TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	17 17%	83 83%	100 100%
-----------------------------------	-----------	-----------	-------------

OCUPACION Y DEPRESION



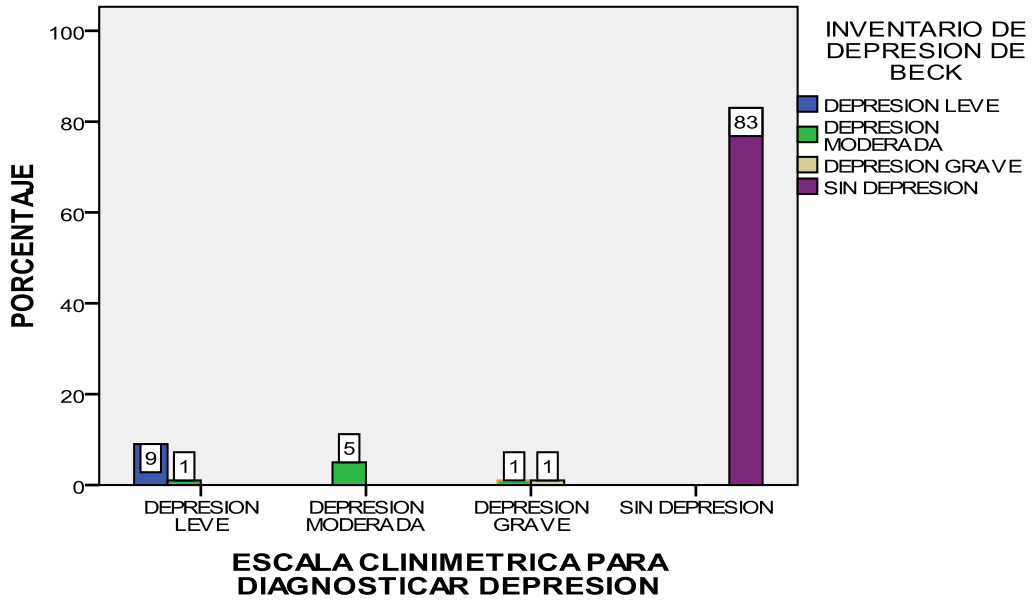
ESCALA CLINIMETRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION E INVENTARIO DE BECK

BDI ECDD	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION GRAVE	SIN DEPRESION
DEPRESION LEVE FRECUENCIA PORCENTAJE	9 9%	1 1%	0 0%	0 0%
DEPRESION MODERADA FRECUENCIA PORCENTAJE	0 0%	5 5%	0 0%	0 0%
DEPRESION GRAVE FRECUENCIA PORCENTAJE	0 0%	1 1%	1 1%	0 0%



SIN DEPRESION FRECUENCIA PORCENTAJE	0 0%	0 0%	0 0%	83 83%
TOTAL FRECUENCIA PORCENTAJE	9 9%	7 7%	1 1%	100 100%

ESCALA CLINIMETRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION E INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK



CONCLUSIONES

En nuestro estudio observamos que la frecuencia de depresión en el HRO No. 87 se encuentra dentro de la reportada en la literatura mundial pues fue del 17 (17%). La frecuencia de presentación de depresión por edad se encontró en un 8 (8%) en adolescentes con edad de 18 y 19 años, y de manera consecutiva un 6 (6%) correspondió al grupo de edad entre los 16 y 17 años. En cuanto a la relación de depresión y estado civil las solteras fueron las que más presentaron frecuencia de depresión en un 10 (10%), seguida de las casadas 4 (4%) y las que viven en unión libre 3 (3%). Y de éstas su ocupación preponderadamente se ejercía en el hogar 14 (14%), y el 3 (3%) eran estudiantes. La frecuencia de presentación de depresión por escolaridad fue más alta en aquellas que tenían secundaria incompleta 9 (9%), esto concuerda con la literatura encontrada, en donde el bajo nivel educativo es un factor de riesgo importante para presentar depresión. En cuanto a los resultados de depresión por medio de la Escala Clinimétrica para Diagnosticar depresión (ECDD) se encontró un 83 (83%) sin depresión, con depresión leve un 10 (10%), depresión moderada 5 (5%) y depresión grave 2 (2%), sin embargo para el Inventario de Depresión de Beck (BDI), de las pacientes que resultaron con depresión, se encontraron con depresión leve 9 (9%), con depresión moderada el 7 (7%) y con depresión grave solo el 1 (1%), esto demuestra que hay una elevada confiabilidad y especificidad de ambas escalas para la medición de depresión.

DISCUSION

La depresión en adolescentes embarazadas es una enfermedad poco estudiada, sin embargo presenta una frecuencia importante, las adolescentes embarazadas son un grupo muy vulnerable debido a las condiciones mismas del embarazo, a las características propias de la adolescencia, y si además incluimos todos los factores de riesgo, como los encontrados en nuestro estudio, como el del ser una madre adolescente, ser madre soltera, contar con un nivel educativo bajo, hace que se encuentre mayor asociación con enfermedades psiquiátricas. La depresión es un cuadro claramente identificable, no se considera una reacción aguda, sino crónica y persistente. Las nuevas madres suelen presentar datos clínicos de ansiedad, ánimo bajo, llanto fácil, alteraciones en el ciclo del sueño, y algunos otros más, que son síntomas que pueden simular cuadros depresivos, sin embargo remiten en periodos cortos de tiempo, y por si mismos, estos datos clínicos parecen estar más asociados al curso y solución de la gestación que a un evento depresivo crónico, es por ello la importancia de utilizar instrumentos con alta especificidad y sensibilidad que nos permitan identificar signos y síntomas de una patología de origen depresivo, de aquellos que son secundarios al evento reproductivo. Es por ello que sería de gran utilidad realizar estudios que permitan identificar de manera oportuna este padecimiento, implementando métodos como la Escala Clinimétrica para Diagnosticar Depresión, ó el Inventario de depresión de Beck, en la consulta externa de los Hospitales del sector público y privado, para que sea un procedimiento diagnóstico adicional al control prenatal, recordando que estos instrumentos sólo nos orientan a una probabilidad diagnóstica y es por eso que las pacientes diagnosticadas deben enviarse temprana y oportunamente a Psiquiatría, para la evaluación clínica y complementación diagnóstica de las mismas, de ser así, recibir el tratamiento específico, y nosotros continuar con el seguimiento de las pacientes a través de la consulta externa. Se deberían implementar talleres específicos para embarazadas para la detección temprana de

los síntomas depresivos, en conjunto con el Módulo de Psicología de cada unidad médica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S, La Paz-Bolivia. Rev. Pacea Med. Fam. 2007; 4(5): 15-19.
- 2.- Adolescencia y Depresión. Revista Colombiana de Psicología, 2004, No.13, 13-28.
- 3.- PAC Psiquiatría 4. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. 2002-2003.
- 4.- Comparación de Factores de Riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1997, XVI, No. 3.
- 5.- Depresión en el Embarazo y el Postparto. Síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. OFFARM, Vol. 26, No. 1, Enero 2007.
- 6.- Depresión y Embarazo. Revista de Posgrado de la VIa. Cátedra de Medicina, No. 145, Mayo 2005.
- 7.- Depresión. Guías Clínicas 2006; 6 (11).
- 8.- Embarazo en la Adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2002; 28 (2):84-88.
- 9.- Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXIII/No. 3/ 2004.
- 10.- Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. Perinatol. Reprod. Hum. 2007; 21: 100-110.
- 11.- La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública de México/ Vol. 46/ No. 5.
- 12.- Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental Vol. 26 No. 4 Agosto 2003.
- 13.- Estudio Clínico Epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental, Vol. 22, No. 2, Abril 1999.

- 14.- Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas.
Perinatol. Reprod. Hum. 2006; 20: 80-90.
- 15.- La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México.
Salud Mental, Vol. 19, No. 3, Septiembre 1996.
- 16.- El tratamiento de la Depresión en mujeres embarazadas. Año 4, No. 19. Mayo-Junio 2008.
- 17.- Tratamiento farmacológico de la Depresión Mayor en Atención Primaria. Monografías, Año 1999, No. 16.
18. - Effects of timing and duration of gestational exposure to serotonin reuptake inhibitor antidepressants: population-based study. The British Journal of Psychiatry (2008), 192, 338-343.
19. - ¿Are antidepressants safe during pregnancy? The British Journal of Psychiatry (2008), 193, 507-517.
20. - Depression during pregnancy. BMJ 2007; 334: 1003-1005.
21. - Risk Associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. Obstetrics and Gynecology, Vol. 106, No. 6, December 2005.
- 22.- Síntomas depresivos en gestantes adolescentes residenciadas en Caracas y el Estado Miranda. Rev. Soc. Med. Quir. Hosp. Emerg. Perez de León 2009; 40 (1): 17-24.
- 23.- Trastorno Depresivo Mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. Salud Mental, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 2007.
- 24.- Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Mental, Vol. 32, No. 2, marzo-abril 2009.
- 25.- Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. Perinatol. Reprod. Hum. Vol. 18 No. 3; pag. 179-186. Julio- Septiembre 2004.
- 26.- Características de la Maternidad adolescente de madres a hijas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2007; 72(6): 376-385.

- 27.- Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2007; 72(2): 76-81.
- 28.- Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXV No.2, 2006.
- 29.- Depresión mayor en embarazadas atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev. Panam. Salud Pública/ Pan Am J Public Health 26(4), 2009.
- 30.- Depresión durante el embarazo en adolescentes. Perinatol. Reprod. Hum. 1997. Vol.11:184-189.
- 31.- Prevalencia y Diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. Vol. 47, suplemento 1 del 2005.
- 32.- Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública/ Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005.
- 33.- Trastornos Mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental, Vol. 30, No.2, Marzo-abril 2007.
- 34.- Prevalencia de depresión a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Perinatol. Reprod. Hum. 2001; 15: 11-20.
- 35.- Cuestionario Breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. Salud Mental, Vol. 30, No.1. Enero-Febrero 2007.
- 36.- Validación de una Escala Clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en unidades de atención primaria. Revista de Investigación Clínica, Vol. 58, No. 5, Septiembre-Octubre 2006, pp. 432-440.
37. - Miller L. Postpartum Depression. JAMA 2002; 287: 762-65.

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:
 DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
 DEL H.R.O. No. 87, CHIAUTLA DE TAPIA, PUEBLA.

FECHA	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS		X										
DISEÑO METODOLOGICO		X										
ANALISIS ESTADISTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ETICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFIA			X	X	X							
ASPECTOS GENERALES				X	X							
ACEPTACION					X							

FECHA	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2009	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO					X	X						
RECOLECCION DE DATOS							X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X	X			
ANALISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X



ANEXO 2

HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
"GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACION CLINICA**

México D.F a _____ de _____ del 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de Investigación titulado:

"Depresión en adolescentes embarazadas que asisten a la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.R.O No. 87 Chiautla de Tapia, Puebla".

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar las preguntas formuladas mediante un Test.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias, y beneficios derivados de mi participación en este estudio.

Tiempo para contestar el Test (aproximadamente 10 a 30 minutos máximo)

El Investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo del Instituto. El Investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Dra. Alejandra Goches Andrade
Médico Residente de Medicina Familiar

Dr. Roberto de la Fuente Rodríguez
Investigador Responsable

Testigo

Testigo

Número telefónico al cuál puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:
044 55 23 13 93 56

ANEXO 3

ESCALA CLINIMETRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION (ECDD)

SINTOMAS PARA SOSPECHAR DEPRESION

SECCION A: Preguntas 1 a la 3

ENUNCIADO GENERAL QUE DEBE REALIZARSE PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES TRES PREGUNTAS EN ESTE ULTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MAS, CASI TODOS LOS DIAS?

SI NO

1. Se ha sentido triste, desanimado o deprimido?
() ()
2. Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como el trabajo o sus pasatiempos?
() ()
3. Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo?
() ()

Si dos de las tres preguntas anteriores son positivas, pase a las preguntas 4 a la 13ª para confirmar depresión
Si en las tres preguntas anteriores solamente hay una respuesta positiva o ninguna, no continuar con la entrevista

SINTOMAS PARA CONFIRMAR DEPRESION

SECCION B: Preguntas 4 a la 13ª

ENUNCIADO GENERAL PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN ESTE ULTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MAS, CASI TODOS LOS DIAS?

- 4.-Ha tenido menos ganas de comer o más ganas de comer que lo habitual?
() ()
5. Ha perdido peso, por lo menos un kilo por semana o mas sin utilizar dieta alguna o ha aumentado más de un kilo por semana?() ()
6. Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse?
() ()
- 6a. Ha presentado dificultad para poder permanecer dormido?
() ()
- 6b. Se ha despertado más temprano de lo habitual?
() ()
7. Ha perdido la confianza en usted mismo, a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada ?
() ()
8. Se ha sentido inferior a otras personas ?
() ()
9. Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o por todo lo que pasa a su alrededor?
() ()
10. Ha presentado dificultad para concentrarse en cosas como leer o ver la televisión?
() ()
11. Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones sobre las cosas que antes no le costaban trabajo?
() ()
12. Ha pensado usted en quererse matar?
() ()
- 13.-Ha notado que se encuentre intranquilo(a) o inquieto (a)?
() ()
- 13a. Ha notado usted que habla o se mueve más lento?
() ()

Al finalizar la entrevista, por favor clasifique el nivel de depresión que presente el paciente de acuerdo con los siguientes criterios y coloque una X en el paréntesis en el diagnostico que corresponde en el cuadro final de esta sección.

DEPRESION LEVE: Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas de la Sección A (preguntas 1 a la 3), mas la presencia de al menos cuatro respuestas positivas de la Sección B (preguntas 4 a la 13a) considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a, 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESION MODERADA: Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas de la Sección A (preguntas 1 a la 3), mas la presencia de al menos seis respuestas positivas de la Sección B (preguntas 4 a la 13a) considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a, 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESION GRAVE: Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas de la Sección A (preguntas 1 a la 3), mas la presencia de al menos ocho respuestas positivas de la Sección B (preguntas 4 a la 13a) considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a, 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

AUSENCIA DE DEPRESION: No reúne ninguno de los criterios anteriores.

1. DEPRESION LEVE () ()
2. DEPRESION MODERADA () ()
3. DEPRESION GRAVE () ()
4. AUSENCIA DE DEPRESION () ()

ANEXO 4

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

1	a) No me siento triste	0
	b) Me siento triste o demasiado triste	1
	c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	2
	d) Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportar	3
2	a) No me siento pesimista o desanimado con respecto al futuro	0
	b) Me siento desanimado por el futuro	1
	c) Siento que no tengo nada que esperar	2
	d) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar	3
3	a) No creo que sea un fracaso	0
	b) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal	1
	c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos	2
	d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona	3
4	a) No me siento en realidad insatisfecha	0
	b) Ya no disfruto de las cosas como antes	1
	c) Ya no tengo verdadera satisfacción de nada de lo que hago	2
	d) Siento que soy mala y no tengo ningún valor	3
5	a) No me siento culpable	0
	b) Me siento mal y devaluada la mayor parte del tiempo	1
	c) Actualmente me siento mala y devaluada todo el tiempo	2
	d) Siento que soy mala y no tengo mucho valor	3
6	a) No creo que este siendo castigada	0
	b) Tengo el presentimiento de que algo malo me puede pasar	1
	c) Siento que estoy siendo castigada o que seré castigada	2
	d) Siento que merezco ser castigada	3
7	a) No me siento defraudada de mi misma	0
	b) Me siento defraudada conmigo misma	1
	c) Estoy disgustada conmigo misma	2
	d) Me odio a mi misma	3
8	a) No creo ser peor que los demás	0
	b) Me critico por mis debilidades o errores	1
	c) Me culpo siempre por mis errores	2
	d) Me culpo de todo lo malo que sucede	3

9	a) Nunca he pensado en lastimarme a mí misma	0
	b) Me llegan pensamientos de hacerme daño a mí misma, pero no lo haría	1
	c) Siento que estaría mejor muerta	2
	d) Si pudiera me mataría	3
10	a) No lloro más de lo de costumbre	0
	b) Lloro más de lo que acostumbraba	1
	c) Ahora lloro todo el tiempo	2
	d) Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera	3
11	a) Actualmente no soy más irritable de lo que siempre he sido	0
	b) Últimamente me siento agobiada o irritada más que de costumbre	1
	c) Me siento irritada todo el tiempo	2
	d) No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban	3
12	a) No he perdido el interés en otras personas	0
	b) Estoy menos interesado en otras personas que antes	1
	c) He perdido casi todo el interés en otras personas y no siento nada hacia ellos	2
	d) He perdido todo el interés en los demás y no me importa lo que les pase	3
13	a) Tomo decisiones tan bien como antes	0
	b) Trato de posponer el tomar decisiones	1
	c) Se me dificulta mucho el tomar decisiones	2
	d) Ya no me es posible tomar ninguna decisión	3
14	a) No siento que mi apariencia este peor que antes	0
	b) Estoy preocupada por verme vieja o atractiva	1
	c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y parezco poco atractiva	2
	d) Me siento fea	3
15	a) Puedo trabajar tan bien como antes	0
	b) Me cuesta trabajo empezar a hacer algo	1
	c) Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	2
	d) Me siento incapaz de hacer cualquier cosa	3
16	a) Puedo dormir tan bien como siempre	0
	b) En las mañanas me despierto más cansado que de costumbre	1
	c) Despierto dos o tres horas antes de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	2
	d) Me despierto temprano todos los días y no puedo dormir más de cinco horas	3

17	a) No me canso más de lo normal	0
	b) Me canso más de lo acostumbrado	1
	c) Me canso por cualquier cosa	2
	d) Me siento demasiado cansado para realizar cualquier actividad	3
18	a) Mi apetito esta igual que siempre	0
	b) Mi apetito no esta tan bien como antes	1
	c) Mi apetito está mucho peor ahora	2
	d) No tengo apetito	3
19	a) No he perdido peso últimamente	0
	b) He perdido más de 3 Kg.	1
	c) He perdido más de 5 Kg.	2
	d) He perdido más de 8 Kg.	3
20	a) No me preocupo por mi salud más de lo que de costumbre	0
	b) Estoy preocupado por dolores, malestares estomacales o estreñimiento	1
	c) Estoy demasiado preocupado de cómo me siento y de lo que siento	2
	d) Estoy completamente concentrado en lo que siento	3
21	a) No he notado recientemente cambios en mi interés por el sexo	0
	b) Estoy menos interesado en el sexo que antes	1
	c) Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes	2
	d) He perdido totalmente el interés por el sexo	3
	RESULTADO:	