



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 28
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. EFRÉN ARTURO MURILLO MORALES



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.




**"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B.C."**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
DE MEDICINA FAMILIAR**

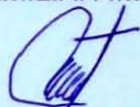
PRESENTA:

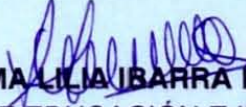
DR. EFRÉN ARTURO MURILLO MORALES

AUTORIZACIONES:


DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
IMSS. SEDE: UMF No 28 DEL IMSS, MEXICAL B.C.


DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR IMSS


DR. BOLADO LUGO MÁRCO ANTONIO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MÉDICO PSIQUIATRA. S.S.A


DRA. ALMA LILIA IBARRA ROMERO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 28 DEL IMSS, MEXICALI B.C.


**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS
ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
DEL IMSS EN MEXICALI B.C.**

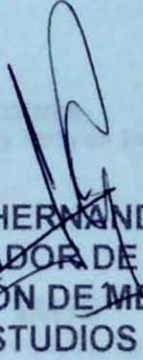
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. EFRÉN ARTURO MURILLO MORALES

AUTORIZACIONES


**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 201
H GRAL ZONA NUM 30, BAJA CALIFORNIA

FECHA 06/08/2013

DR. EFREN ARTURO MURILLO MORALES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2013-201-26



IMSS
Delegación Regional
Baja California
Mexicali
Educación e Investigación
Medica

ATENTAMENTE

DR.(A). MARTÍN ALEJANDRO DAUTT ESPINOZA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 201

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

COMITE DE INVESTIGACION
H. G. Z. II No. 30
MEXICALI, B. C.
REVISADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28, MEXICALI, B.C.

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

Efrén Arturo Murillo Morales¹, Rebeca Esther Martínez Fierro², Marco Antonio Bolado Lugo.³

¹AEMF UMF No 40, IMSS, Mexicali B.C. ²Médico Familiar UMF No 28. ³Médico Psiquiatra. S.S.A.

Introducción: El embarazo en adolescentes es un problema de salud en México. La sociedad, familia, el abandono escolar, falta de atención oportuna y depresión, son factores determinantes de este problema. Prevenir y orientar, es parte de la atención primaria oportuna a promover.

Objetivo: Conocer la frecuencia de depresión en embarazadas adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS en Mexicali Baja California.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Se aplicó el cuestionario de Beck a las pacientes adolescentes embarazadas, de la UMF 40 del IMSS, ambos turnos. Los resultados se vaciaron al programa estadístico SPSS para frecuencia.

Resultados: De un total de 216 pacientes estudiadas. El grupo uno con edades de 13 a 15 años, 46 pacientes (21.29%), presentaron una frecuencia de Depresión de 8.3%. El grupo dos con 43 pacientes (19.90%), presento una frecuencia de Depresión de 28.2%.

Conclusión: En base a nuestros resultados concluimos que la depresión en adolescentes embarazadas no es frecuente en esta unidad, siendo la depresión leve la que predomino. Sin embargo es necesario que el médico familiar continúe identificando a las pacientes embarazadas, con la finalidad de descartar depresión, para ofrecer un tratamiento oportuno y una mejor calidad de vida.

Palabra clave: Depresión, adolescente, embarazo.

ÍNDICE

ÍNDICE	6
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	22
OBJETIVOS.....	23
1.1 OBJETIVO GENERAL	23
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
2. TIPO DE ESTUDIO.....	24
2.1 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	24
2.2 ESTRATEGIAS DE TRABAJO.....	24
2.3 UNIVERSO.....	24
2.4 MARCO MUESTRAL.....	25
2.4.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	25
2.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
2.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	26
2.6 VARIABLES.....	28
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
<u>CAPÍTULO III</u>	31
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIÓN.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXO 2	45
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	45
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD.....	45
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.....	45
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	45
ANEXO 3	46

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.¹

La personalidad se manifiesta en esta etapa no solo de manera individual sino también de forma grupal y la aceptación social en cada grupo forma parte importante del desarrollo de la personalidad. El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante siendo emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil, pre-escolar y escolar así como las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

La inestabilidad emocional, el desconocimiento, la desinformación, el temor al cambio o a experimentar nuevas vivencias, así como la toma de decisiones adecuada y la baja autoestima, forman parte central de esta etapa, haciéndolos susceptibles a tomar una conducta inadecuada como son: malos hábitos alimenticios, alteraciones en la conducta, abuso de alcohol, tabaco o drogas, así como embarazos no deseados. Los estudios más recientes nos indican la necesidad de una educación sexual integral para promover la autonomía de los adolescentes. Esta situación nos lleva a la reflexión de que la labor de los padres inicia desde la misma planeación estructural de la familia, trabajando en fortalecer las funciones primarias: el afecto, cuidado, información, comunicación sexual y socialización. Aunado a la consejería confidencial por profesionales de salud, ofreciendo información y apoyo para toma de decisiones.²

El embarazo en adolescentes es un problema de salud en México y en todo el mundo, ya que hay varios procesos vinculados a consecuencia del mismo, los cuales determinan el

futuro de un país, sociedad y familia. El abandono escolar, la desintegración del núcleo familiar, la falta de atención oportuna para prevenir complicaciones, son algunas de las causas para atender este problema de fondo, prevenir e informar, así como determinar las causas que originan. El problema está presente en las zonas donde se movilizan los adolescentes, la familia, la escuela, los amigos y las redes sociales. El embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y la tercera causa de mortalidad después de las enfermedades coronarias y de los accidentes de tránsito y se estima que actualmente hay 340 millones de personas con depresión. Advierte que una de cada 5 personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés, siendo la prevalencia de 5.8% para hombres y 9.5% para mujeres, y aunque la prevalencia es alta, solo un pequeño porcentaje es diagnosticado ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. Estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años; en los jóvenes se asocia con alto grado de disfunción social, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, casos de intento de suicidio y suicidio consumado. Debido a que muchos casos no llegan a los profesionales de la salud mental el reconocimiento de los médicos de primer nivel, así como su intervención oportuna son muy esenciales; las unidades de primer nivel desempeñan la función de puerta de entrada del sistema de salud pública, encontrándose pues en un lugar privilegiado para intervenciones preventivas.⁴

Los adolescentes se encuentran en la etapa donde los cambios somáticos, fisiológicos, psicológicos y psicosociales, definen su identidad autonómica, valorando sus expectativas de éxito personal y social, como las posibilidades de superación profesional. Desde el punto de vista psicopatológico la depresión se considera uno de los trastornos del estado de ánimo que tiene la alteración del espíritu que alienta a una persona a enfrentar con entusiasmo y optimismo sus responsabilidades, para lograr un propósito una meta en la vida mediante su trabajo, en el estudio o en alguna actividad deportiva. Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración,

llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner, H.; Glaser, D.; Malmquist, CP.) Sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructibilidad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes. Existe un sub diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales.⁵ Según la Real Academia Española, Depresión es el síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de las funciones psíquicas, a veces acompañado de trastornos neurovegetativos.

Según la Guía Práctica Clínica del IMSS la depresión es un conjunto de síntomas caracterizados por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Se diferencia por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente, existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de estos síntomas, considerándose la enfermedad mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad.⁶

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.⁷

Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión. La depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen así como a su núcleo familiar, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad y una limitación para su tratamiento y control, causando que frecuentemente pase inadvertida.⁷

En 1994 el DSMIV⁸ da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, etc. Desde el episodio depresivo agudo hasta los trastornos

distímicos que tienen más que ver con trastornos de personalidad y clasificó a la depresión de acuerdo a su intensidad en:

- **Depresión leve:** es cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.
- **Depresión moderada:** es cuando las personas presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.
- **Depresión severa:** es cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

Según el DSMIV para cumplir los criterios de depresión mayor el paciente debe tener:

- A. Como mínimo, cinco de los siguientes síntomas durante un periodo igual o superior a dos semanas. Al menos uno de dichos síntomas debe consistir en estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. Lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
 - 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
 - 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito.
 - 4) Insomnio o hipersomnia.
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores.
 - 6) Fatiga o pérdida de energía.
 - 7) Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas.
 - 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
 - 9) Pensamientos recurrentes de 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 o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Sin embargo en los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste y suele haber cambios de apetito o variaciones en el peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de culpa con dificultad para tomar ciertas decisiones. En casos extremos puede haber sentimientos y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, que en los adolescentes, está en mayor riesgo de presentar este problema emocional. Hay cuatro problemas de salud típicos o asociados a esta etapa: 1. Abuso de sustancias; 2. Inicio de vida sexual y embarazo; 3. Abandono escolar o problemas escolares y 4. Delincuencia, además de otros eventos que en los adolescentes se presentan asociados con la violencia sexual, psicológica o física.^{9, 10}

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que las condiciones socioculturales han incrementado considerablemente su prevalencia, afectando con mayor frecuencia sectores socioeconómicos más bajos, sin embargo está presente en todos los estados económicos de nuestra sociedad.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente del 20 a 60% de los embarazos son no deseados y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el uso correcto de anticonceptivos. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos determinados por una menor educación o abandono de la misma, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de la pareja y finalmente mayor pobreza en la población.¹¹ En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y posgestacional. En un estudio en Chile, Vera G, Gallegos MS, Varela M. determinaron que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8% al término del embarazo.¹²

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos de América, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12.8% del total de embarazos.¹³ En Centroamérica, países como Chile, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15.2%. En el Salvador 25%. Llegando a cifras tan elevadas como el 45% del total de embarazos en países africanos.¹⁴ En un estudio en Chile, Vera G, Gallegos MS, Varela M. determinaron que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8% al término del embarazo.¹⁴ Con respecto a la edad, diversos estudios detallan elevación significativa en las pacientes menores de 16 años que en las adolescentes de 16 a 19 años. Stain y cols, demostraron que el riesgo en las pacientes de 16 a 19 años está asociado con los factores sociales, como pobreza más que con la edad misma.^{15, 16} En cambio en las pacientes menores de 16 años, solo por su edad materna, representan un factor de riesgo. El control prenatal adecuado no representa un mayor riesgo obstétrico que en mujeres adultas de mismo nivel socioeconómico.^{17, 18}

La familia es la unidad social primaria y universal, según la definición de la OMS, familia se es: los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción y matrimonio.¹⁹ Las funciones de la familia son primordiales en el ciclo vital, así como la capacidad que tenga dicha familia para enfrentar las crisis que atraviesa, así como la dinámica que permiten el desarrollo de la misma, la socialización, afecto, cuidado, satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos, es de suma importancia y se considera factor predisponente y de importancia para los adolescentes en formación, al igual que el matrimonio o estado civil, es importante debido al que determina las relaciones de familia ya sean provenientes del matrimonio o parentesco que establezcan, ciertos derechos y obligaciones que influyen en la determinación de la capacidad de aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos, aptitud para producir efectos jurídicos plenos con actos de propia voluntad e influye decisivamente en la atribución de derechos, poderes y deberes a las personas.²⁰

Los adolescentes en América Latina y México se enfrentan a difíciles decisiones cuando se presentan los embarazos, sobre todo cuando el aborto es una opción legal, tomando en cuenta la restricción cultural y legal, la escolaridad mínima en este grupo, no conocemos que

decisión se tomarían en estas regiones, donde el aborto es legal, en el DF se legalizó en el 2007, estudios no muestran preferencias con respecto a la resolución del embarazo, pero los deseos de los padres por lo general se inclinaron a apoyar a sus hijos adolescentes, esto indica promover una educación sexual integrada a la autonomía de los adolescentes, orientación legal a los jóvenes y fomentar la participación de los padres con la consejería médica integral por parte del médico de primer contacto.²¹

Se conoce la violencia intrafamiliar como factor predisponente de depresión, se observó una prevalencia de 17.8 % en estos casos y 11.75% en pacientes con depresión y nivel de escolaridad menor a 8 años de estudio.²² El nivel socioeconómico, la discriminación, el estrés acumulado y la marginación son factores predisponentes y significativos para presentar síntomas depresivos mostrando que la discriminación es el factor más predictivo y demás peso en los síntomas depresivos, mostrando la importancia de comprender el impacto de la discriminación en todo el ciclo de vida y los síntomas depresivos durante el embarazo.²³

La escolaridad del adolescente, sin duda la educación es uno de los pilares fundamentales en el desarrollo integral del individuo, de la familia y del mismo lugar donde este se desarrolle, en México los niveles de población alfabetizada es de 92.4% pero el promedio de escolaridad no supera la secundaria, esto según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su censo de 2011, donde menciona que por lo menos cada 5 jóvenes de 24 años y más cuenta con algún grado aprobado en estudios superiores y donde el promedio de escolaridad no logra superar el nivel secundaria obteniendo un índice de deserción del 13.8 % en bachillerato y 20.9% a nivel profesional técnico.

La población en edad escolar entre los 3 a 24 años era de 47 millones 276 mil 312 en todo el país, 1 millón 815 mil 988 más que el año 2000, de donde el 50.1% son hombres y 49.9% mujeres, disminuyendo estas últimas con respecto al año 2000, cuando representaban el 50.3%, en Baja California el promedio de escolaridad es de 9.2%.²⁴

El nivel socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de un individuo y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, ocupación, se toman en cuenta el ingreso combinado y los atributos personales de cada individuo o miembro de la familia.²⁵ Estas pueden deberse a las condiciones ambientales en el sitio de trabajo o en el

caso de enfermedades mentales, pueden ser debido al estatus social de la persona.²⁶ Se clasifica en tres categorías alto, medio y bajo, en los cuales la familia puede ubicarse, se usan tres variables ingreso, educación y ocupación. Se ha establecido que un nivel bajo de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física, que van desde dolencias respiratorias artritis, enfermedades coronarias y esquizofrenia.²⁷

Nuestra intención no es otra que poder detectar oportunamente la depresión en adolescentes y en consecuencia, brindar atención oportuna, observar que factores están presentes y de qué manera influyen en la paciente. Sabemos que la morbilidad asociada al embarazo en esta etapa, es elevada y se presenta complicaciones como son preclampsia, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial, prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de la placenta, anemia, sufrimiento fetal agudo. La mayoría de las investigaciones realizadas en relación a las emociones en la adolescencia concluyen que en este periodo hay un aumento de la emotividad, la que es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos.²⁸ En esta edad, existe más preocupación por la opinión de los iguales, o de la sociedad que por lo que opinan los padres. Así, el estado de ánimo depresivo comprende una visión devaluada de sí mismo que matiza las representaciones, las actividades y los estados afectivos del adolescente. Por lo general, lo anterior se acompaña de crisis de llanto, impresión de tristeza en general y sobre todo, cambios de humor.

El número de mujeres que sufren depresión grave y distimia es el doble que en los hombres. Esto no depende de factores raciales, culturales o económicos, cambios hormonales, tales como la secreción de estrógenos y progesterona, parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres.²⁸ Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa muy positiva, mientras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino-Lorente (1995), 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión. Especialmente entre la sexta y decimas semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebe. Se estima que la mitad de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo desarrollan

depresión posparto, pero este número se reduce al menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho periodo.²⁸

La encuesta de Beck su versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba auto administrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.”

El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito.²⁹

Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios.

También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. Morán y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento.

En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5º o 6º grado para entender apropiadamente las preguntas.

Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.²⁹

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 %corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.³⁰

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que hay en el mundo más de mil millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad; el embarazo en esta etapa representa poco más de 10 % de los nacimientos en el mundo. Para disminuir el número de embarazos durante la adolescencia, se debe proveer educación y acceso a los anticonceptivos, sin embargo, los adolescentes encuentran dificultades y barreras para acceder a los anticonceptivos y muestran desconfianza en cuanto a la confidencialidad.

Estudios de casos y controles realizados en países como Sudáfrica y Reino Unido asocian el embarazo durante la adolescencia con la baja prevalencia del uso de anticonceptivos.³¹ El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematuridad. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica. El 80% de adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental afectada por el desempleo. Las madres de 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. Aunque el embarazo en

las adolescentes tiende a disminuir con el tiempo, sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial. La reproducción del mismo esquema de una generación a otra plantea el problema de la prevención, muy lejos de ser perfecta. Se trata de un verdadero problema de salud pública que no será fácil de resolver. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretermino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido. Se ha reportado que más de 8.1% de las adolescentes de 12-15 años tuvieron dos o menos visitas a control prenatal, menos que el porcentaje de las embarazadas de 16-19 años y de las adultas. Además, en este grupo de adolescentes son más bajos el promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y el Apgar y mayor frecuencia de cesárea.³²

Un artículo de revisión en Chile de Enrique Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio, en el cual se comenta la importancia de no tratar la depresión materna durante la gestación, donde la depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado, mala adherencia a indicaciones médicas, abuso de tabaco, alcohol y drogas, lo cual afecta el término obstétrico.³³ La investigación original publicada en la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia en el año 2010, dieron a conocer la importancia de la prevalencia en 125 mujeres adolescentes embarazadas y 125 mujeres adolescentes no embarazadas, su perfil epidemiológico previo al embarazo, y determinaron una prevalencia de 32.8% en las adolescentes embarazadas y solo 16.8% en las adolescentes no embarazadas.³⁴ Desde la perspectiva médica el grupo de edad estudiado, es en el cual se han descrito mayor número de complicaciones fetales y maternas, abortos, infecciones urinarias, malnutrición materna, preclampsia-eclampsia, partos prematuros, ruptura prematura de membranas y un mayor número de cesáreas. Por otra parte en los embarazos en adolescentes menores de 16 años, existe un riesgo más elevado para el producto, que incluyen hospitalizaciones en los servicios subespecializados como UCIN y neonatología, aumentando los costos, y

presentando secuelas que determinan una calidad de vida deficiente, como defectos en el tubo neural, Parálisis cerebral y bajo peso y talla.³⁴

Por otro lado, se ha reportado que cuando hay intención de embarazarse por parte de las adolescentes, estas no utilizan métodos anticonceptivos. Se estima que en el año 2000 ocurrieron en el país 366 000 nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representó una tasa de fecundidad de 70 por mil mujeres en este grupo de edad. La fecundidad de la población adolescente es la más alta de todo el periodo reproductivo de la mujer. En México, hacia el año 2000, 30 % de las mujeres en edad fértil no usaba métodos anticonceptivos modernos. Entre las adolescentes mexicanas, 30 % no utilizó métodos anticonceptivos durante su primer contacto sexual, según datos de una muestra nacional realizada en el año 2006. Un estudio de una encuesta nacional previa había documentado que entre las adolescentes que informaron haberse embarazado, la iniciación de la vida sexual a temprana edad, la baja escolaridad y el estado civil de casadas incrementaron el riesgo.³⁵

En México, el porcentaje de nacimientos registrados de madres menores de 20 años en el año 2005 fue de 17.4. En el estado de Chihuahua, este porcentaje correspondió a 20.4 y para el año 2007 se incrementó a 21.8.9 Esto situó a Chihuahua como el estado con el porcentaje más alto de todo el país.³⁶

En el embarazo es frecuente hallar trastornos del sueño, ganancia de peso y fatiga y estas anomalías coinciden con los signos propios de la depresión, en esta última se encuentra además una tristeza inexplicable, pérdida de interés, sentimientos de culpa e irritabilidad, baja autoestima, falta de placer en actos que normalmente hacían feliz a la persona, sentimientos de desesperanza y abandono y hasta pensamientos de muerte.³⁷

La depresión en el embarazo es un factor de riesgo para la depresión recurrente en toda la vida de la mujer y es conocido que tanto la depresión prenatal como la postnatal afectan negativamente el desarrollo del niño. Así mismo, la presencia de estas patologías durante el embarazo se asocia a una mala atención prenatal, nutrición inadecuada, depresión post-parto, suicidio, mayor incidencia de partos prematuros y neonatos pequeños para la edad gestacional. A pesar de la importancia de las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación, uno de los problemas terapéuticos más observados en la literatura ha sido la

ausencia de tratamiento apropiado. Se han utilizado, entre otros, fármacos antidepresivos, aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto.³⁸

Entre otras cosas, si convertirse en madre es un acontecimiento significativo, el ser madre durante la adolescencia es una experiencia impactante: por el hecho de que adoptar el rol de madre sin tener todavía la madurez psicológica necesaria. Por otra parte, el significado de ser madre se instituye en la sociedad, convencionalmente; aunque, casi siempre ocurre como consenso grupal o social, ya que es un código de información que concierne a un objeto en particular, y ante el cual tiene como respuesta un comportamiento particular. El embarazo adolescente ha sido presentado como una pauta de socialización tradicional que privilegia la maternidad entre ciertos grupos, en especial en zonas rurales y poblaciones pobres, pero también como un problema biomédico que eleva la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, con aumento de las tasas de morbilidad materna, perinatal y neonatal y que además tiene repercusiones en la esfera social habiendo sido llamado el síndrome del fracaso o puerta de entrada a la pobreza, porque se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, por lo general mal remunerado. La censura social sobre la joven y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y de salud de los hijos. Se recomienda el aplazamiento del inicio de la maternidad hasta el fin del período de la adolescencia.³⁹

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

Otro aspecto a considerarse es los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas.⁴⁰

En la Universidad Veracruzana, de México, el departamento de Enseñanza e Investigación en Psicología, los psicólogos Martínez Lanz Patricia, publican un estudio para determinar los niveles de depresión en adolescentes embarazadas dependiendo de la edad de la gestación y del apoyo de familiares y pareja amigos, los resultados indican que las adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresión con síntomas graves, relacionándolo con agresión física y verbal, desempleo, falta de apoyo económico, las que tenían apoyo familiar, presentaron depresión leve.⁴⁰

En esta importante investigación se tomaron en cuenta las variables como estrato social, escolaridad, estado civil, ocupación, relación familiar y de pareja, consumo de alcohol y tabaco, conocimientos sobre planificación familiar, inicio de vida sexual edad, número de parejas sexuales y si han presentado alguna enfermedad de transmisión sexual.⁴¹ Determinar la frecuencia de depresión durante el embarazo, es tema de importancia y de estudios realizados en el primer nivel de atención, como el publicado en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en 2010, donde se trata de conocer la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas y las características epidemiológicas y factores asociados. Se determinó una frecuencia en adolescentes de 21.4% con una escolaridad máxima de secundaria con un nivel socioeconómico bajo, soltera y con antecedentes de depresión en la familia. Ahí la importancia de realizar la búsqueda intencionada, principalmente en mujeres que han cursado con algún evento depresivo previo, embarazadas adolescentes con antecedentes de hijos previos con bajo peso al nacer.⁴²

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema real en nuestra sociedad. Este problema es de interés a nivel mundial y debe de preocuparnos, ya que se pronostica que para el año 2020 ocupara los primeros lugares como causa de muerte, en población productiva, de acuerdo a estadísticas de centros de investigación del mundo, cerca del 20% de la población general presentara por lo menos un episodio de depresión mayor en su vida.^{6,11}

El factor psicológico tiene un gran peso en la evolución del embarazo, se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente para adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de estas. La mayoría de los autores concuerdan en que se debe mejorar el ambiente social educativo y familiar de los adolescentes, para prevenir no solo embarazos no deseado y de alto riesgo, si no toda la amplia gama de padecimientos crisis y desviaciones que se presentan en esta etapa.

Mexicali B.C. cuenta con la primera Unidad Especializada en Medicina Familiar, la cual es modelo de atención primaria. Actualmente el embarazo en las adolescentes trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Generando un alto costo en los sistemas de salud. Las adolescentes provienen de un hogar de recursos económicos bajos, su vida se complica cuando deben regresar a su familia de origen por falta de apoyo de la pareja, y a sus padres se le dificultan cubrir las necesidades de la joven y del recién nacido, alterando el ciclo vital familiar mientras trate de concluir el proceso de formación académica. Pocas logran culminar y obtener una carrera, pero muchas desertarán de los estudios por las implicaciones económicas y con ello, se truncarán sus proyectos de vida. Siendo necesario realizar estudios de investigación para valorar el impacto que ocasiona el embarazo en las adolescentes, es por eso que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en embarazadas adolescentes de la Unidad Medicina Familiar No. 40 del IMSS en Mexicali Baja California?

JUSTIFICACIÓN.

La depresión es un trastorno común en la población general y especialmente en pacientes adolescentes. Se considera el trastorno psicológico más frecuente en el mundo actual. El adolescente con bases firmes en la familia, valores bien implementados, y con una educación sociocultural puede prevenir y evitar los acontecimientos que por su propia etapa, están expuestos. El embarazo conlleva patologías biológicas y psicosociales tanto en la madre como en el producto, presentando complicaciones, por lo tanto, su atención es muy importante con la finalidad de facilitar al médico familiar la identificación de depresión, la aplicación de entrevistas estructuradas con apoyo, psicológico y multidisciplinario, para efectuar una evaluación integral del adolescente.

La medicina familiar es una especialidad que nos permite estar en contacto con el adolescente y su familia, donde el médico familiar puede orientar a los padres, contribuyendo mejorar la calidad de vida de la familia.

El médico únicamente reconoce un bajo porcentaje de casos, lo que lleva a posibles complicaciones, aumentando así el riesgo de una mala calidad de vida, tanto en el producto como en la adolescente, esto resulta complicado la baja sospecha del padecimiento, el poco tiempo de consulta y la labilidad de los mismo pacientes, el poco apoyo de la red familiar o de la pareja que tienen estas pacientes, la poca información el nivel sociocultural, educación y base familiar hacen difícil la atención primaria de las pacientes. Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación, la cual no pone en riesgo la integridad del paciente, y solo pretende convertirse en una fuente de información para el médico familiar de primer contacto ya que son los que dé inicio pueden identificar, tratar y derivar al paciente en caso necesario, con el fin de intervenir a tiempo y favorecer así la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de depresión en pacientes embarazadas adolescentes en la unidad medicina familiar No. 40. Del IMSS en Mexicali Baja California.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Observar a qué edad en la adolescente embarazada, existe mayor depresión.
- Determinar el número de pacientes con Depresión Leve
- Determinar el número de pacientes con Depresión Moderada.
- Determinar el número de pacientes con Depresión Severa.
- Conocer el grado de escolaridad de las pacientes.
- Determinar el nivel socioeconómico de las pacientes.
- Identificar el estado civil de las pacientes.

2. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo prospectivo, observacional, transversal y descriptivo. En la población de adolescentes embarazadas con edad de 13 a 19 años que acuden a la consulta externa para su control prenatal. Para detectar la frecuencia de Depresión derechohabiente en la UMF No. 40 de Mexicali, B.C. Se utilizó un cuestionario de Depresión.

2.1 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

La información se obtuvo de todas pacientes embarazadas con edad entre 13 a 19 años, adscritas a la consulta externa de medicina familiar en ambos turnos de la UMF No 40 del IMSS en Mexicali B.C. Ubicada en la siguiente dirección: Monarcas S/N, Villas del Rey, C.P. 21600 a las cuales se les aplico el cuestionario de Beck. Se realizo en la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS en Mexicali, Baja California, México. Se realizó durante los meses de Noviembre del 2013 a Agosto del 2014.

2.2 ESTRATEGIAS DE TRABAJO.

Previa aceptación del protocolo por el Comité Local de Investigación y autorización del Director de la unidad (anexo 1). Se realizó por el investigador un muestreo aleatorio simple en pacientes embarazadas de 13 a 19 años de edad, que acudieron a la consulta de medicina familiar de la clínica 40 del IMSS a control prenatal, en ambos turnos de los 12 consultorios a las cuales se les proporcionó una hoja de consentimiento informado (anexo 2), el cual firmaron con su puño y letra. Por el número de pacientes, se determinó el tamaño de la muestra no probabilístico por conveniencia del investigador.

2.3 UNIVERSO.

Constituido por la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS, en Mexicali B.C.

2.4 MARCO MUESTRAL.

2.4.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se realizó una selección de muestra no probabilística por conveniencia del investigador, incluyendo la totalidad de las pacientes embarazadas de 13-19 años de edad, derechohabientes de la UMF No. 40 Instituto Mexicano Del Seguro Social. Que aceptaron participar en el estudio y reunieron los criterios de inclusión. Dividiéndola en dos grupos, grupo uno de 13 a 15 años y el grupo dos de 16 a 19 años.

2.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes embarazadas entre 13 a 19 años de edad derechohabientes de la UMF No. 40 del Instituto Mexicano Del Seguro Social.
- Que hayan aceptado participar en el estudio.

2.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con antecedentes psiquiátricos antes de ingresar al estudio.
- Pacientes en tratamiento médico con antidepresivos al momento del estudio.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Cuestionarios incompletos o con doble respuesta.

2.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Inventario de Depresión de Beck: Es un instrumento de evaluación psicológica conformado por 21 reactivos que miden diferentes síntomas cognitivos, afectivos, somáticos e interpersonales de depresión.¹⁹ El paciente tiene que seleccionar para cada ítem la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación actual y de la última semana. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad-severidad son los siguientes: 0.-No Depresión de 0-9 puntos, 1.- depresión leve 10-18 puntos, 2.- depresión moderada 19-29 puntos, 3.- depresión grave mayor de 30 puntos.

La Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI) es un organismo encargado de mantener la transparencia y calidad en la investigación de mercados en México, estableciendo estándares de calidad y de niveles socioeconómicos.²⁶ Fundada a inicios de los años noventa, la AMAI es una organización independiente de empresas mexicanas que realizan investigación de mercados, opinión y comunicación; cuya finalidad es el establecimiento de normas de calidad y estándares comunes en métodos, técnicas, terminología y criterios de análisis, que estén relaciones con la investigación en México.²⁷

Es considerada una entidad profesional que genera alrededor de las tres cuartas partes del mercado mexicano. Desde su inicio se caracterizó por su código de ética y sus criterios para estandarizar niveles socioeconómicos en México.

El primer índice de NSE se da el año 1994, convirtiéndose en el criterio estándar de clasificación más usado en el país. El índice actual se le conoce como regla "8x7". Los niveles socioeconómicos (NSE) son la clasificación más usada para discriminar los comportamientos sociales, políticos y de consumo de productos y medios, definidos como el nivel de bienestar del hogar. Existen 4 conceptos inertes en el NSE, la clase social, el estilo de vida, el ingreso y el bienestar. El ingreso es uno de los componentes, no es único para clasificar y describir el NSE.²⁷

Los ocho indicadores y siete niveles a los que hace referencia la nueva regla son:

INDICADORES	NIVELES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de cuartos o habitaciones. 2. Número de baños. 3. Regadera. 4. Número de focos. 5. Piso diferente de tierra o cemento. 6. Número de autos 7. Estufa. 8. Educación del principal proveedor del hogar. 	<p style="text-align: center;"> A/B C+ C C- D+ D- E </p>

TABLA DE PUNTOS POR NIVEL		
Nivel Puntos		
AB	193+	Planeación y futuro
C+	155 a 192	Entretenimiento y comunicación
C	128 a 154	Vida práctica
C-	105 a 127	Mínimo de practicidad
D+	80 a 104	Condiciones básicas sanitarias
D-	33 a 79	Paredes y algunos servicios
E	0 a 32	Escasez en todos los sentidos

2.6 VARIABLES.

2.6.1 Definición conceptual de las variables:

Variable Dependiente

Frecuencia de depresión en pacientes embarazadas adolescentes.

Variable Independiente

Edad.

Variable intercurrente

Escolaridad.

Nivel socioeconómico.

Estado civil.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OBJETIVO	CONCEPTO	VARIABLE	DIMENSIÓN	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	PLAN DE ANÁLISIS
Conocer la frecuencia de depresión en pacientes embarazadas adolescentes en la Unidad Médica Familiar No. 40 del IMSS en Mexicali B.C.	Depresión: Trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un determinado periodo de tiempo.	Dependiente	Puntaje obtenido en el Inventario de Beck en escala de 0-63 puntos.	0.-No depresión: 0-9 1.-Depresión leve: 10-18 2.-Depresión moderada: 19-29 3.-Depresión grave: > 30	Medidas de tendencia central.
Conocer en qué rango de edad existe mayor frecuencia de depresión en pacientes embarazadas adolescentes.	Edad: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Independiente		1.-13-15 años. 2.-16-19 años.	Unidad de medida en años.
Conocer el grado máximo de estudios al momento del estudio	Es el tiempo en el que se asiste a escuela o cualquier centro de enseñanza	Intercurrente		1.- básica. 2.- media superior 3.-bachillerato/técnica 4.- no escolaridad (analfabeta)	Medidas de tendencia central.
Identificar el nivel socioeconómico de la familia.	Es una medida total económica y sociológica combinada de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas.	Intercurrente	Por medio de regla AMAI Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Publica	1.- AB= ALTO 2.- C+= MEDIA ALTA 3.- C = MEDIA 4.- C - = MEDIA BAJO 5.- D+ = MEDIA BAJO 6.- D = BAJO 7.- E = MARGINADA	Medidas de tendencia central.
Establecer el estado civil que guarda la paciente al momento del estudio.	Situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio con derechos y deberes	Intercurrente		1.- soltera 2.- casada. 3.- unión libre.	Medidas de tendencia central.

5.8 LOGÍSTICA.

5.8.1. RECURSOS HUMANOS.

- El investigador principal

5.8.2. RECURSOS MATERIALES.

- Material bibliohemerográfico compilado.
- Hoja de recolección de datos.
- Cuestionarios previamente diseñados.
- Hoja de papel blanco.
- Bolígrafos.
- Lápices.
- Equipo de cómputo.
- Impresora.
- Encuadernado.

5.8.3. RECURSOS FINANCIEROS.

- Los propios del investigador.

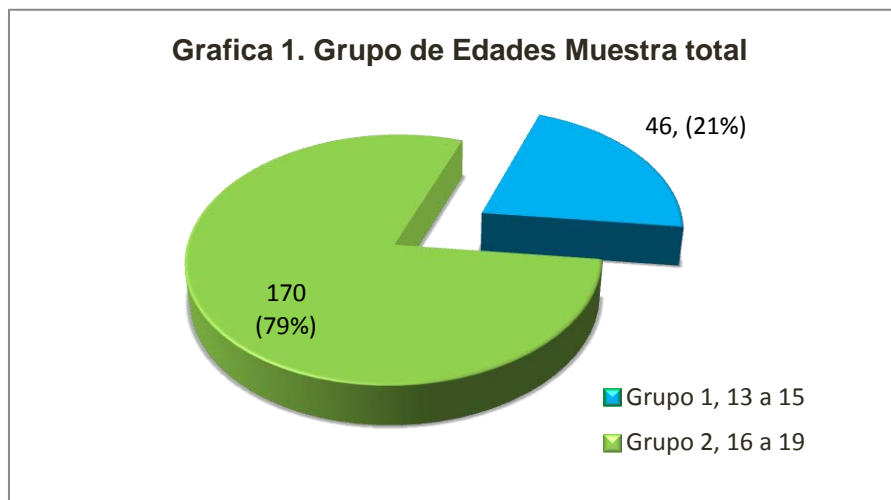
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas que se encuentran aceptadas en la norma establecida en la declaración de Helsinki de 1964, revisada en la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (MMA) llevada a cabo en Fortaleza, Brasil en octubre del 2013. Así mismo se encuentra sujeta a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en lo referente a los Art. 13, 14, 15 y 17 y publicada en el Diario Oficial de la Federación con Fecha del 2 de Abril del 2014.

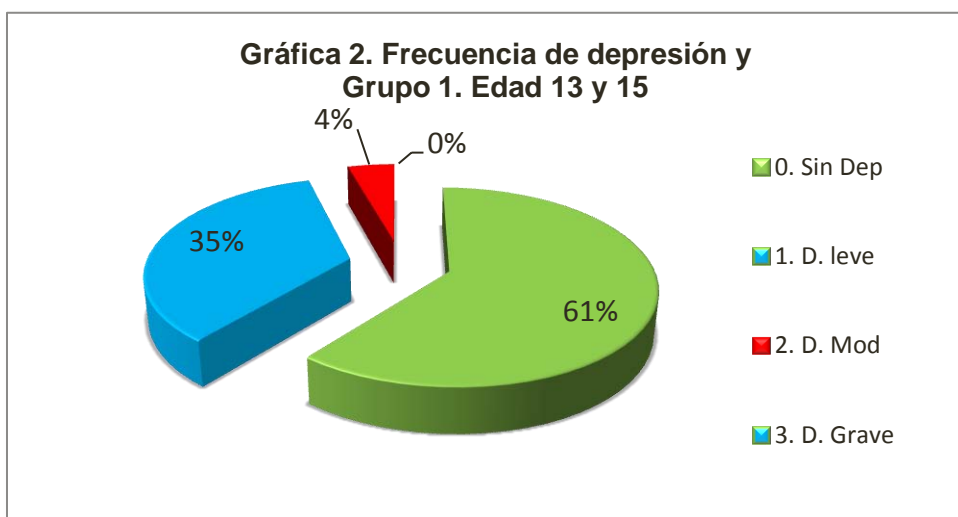
CAPÍTULO III

RESULTADOS

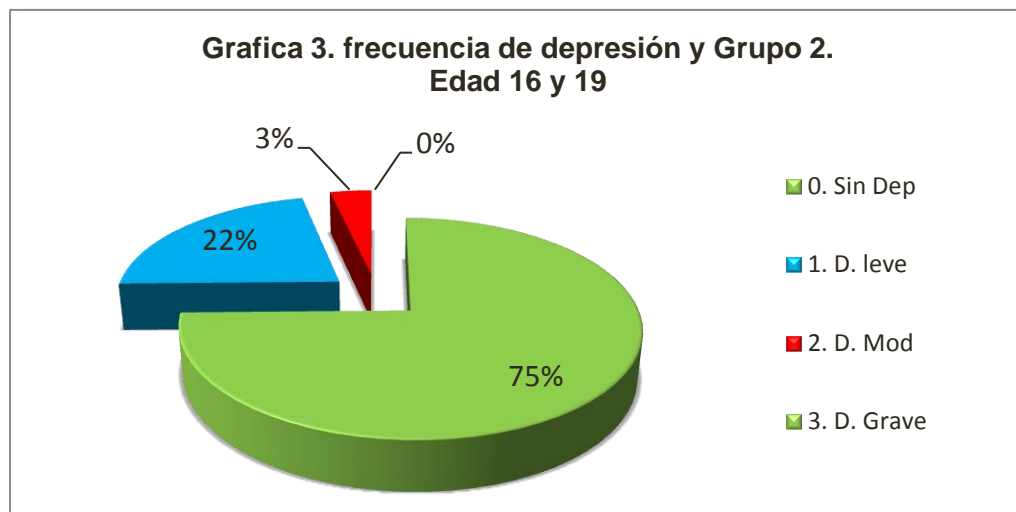
En nuestro estudio, sobre frecuencia de depresión en pacientes embarazadas adolescentes de la unidad de Medicina Familiar No. 40. del IMSS en Mexicali Baja California obtuvimos los siguientes resultados: 216 pacientes embarazadas entre 13 y 19 años de edad, a quienes se les aplico el inventario de Beck y cuestionario AMAI NSE 8x7, divididos en dos grupos; 13 a 15 años de edad 46 pacientes (21%) y de 16 a 19 años 170 pacientes(79%), ver gráfica 1.



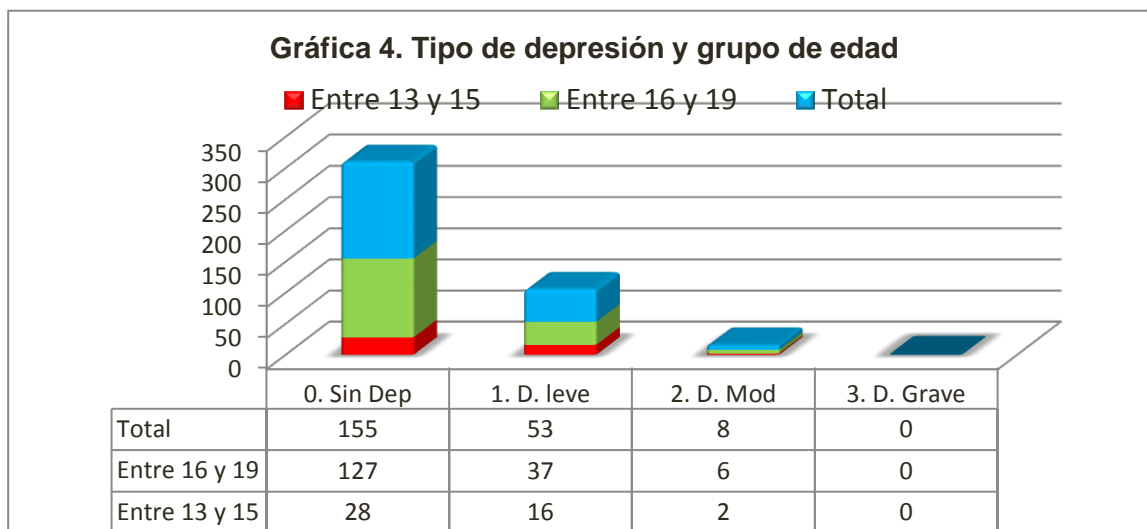
En cuanto al grupo uno; de 13 a 15 años de edad, encontramos que 28 pacientes están sin depresión (61%), 16 pacientes presentan depresión leve (35%), 2 pacientes con depresión moderada (4%), y ningún caso de depresión grave, ver gráfica 2.



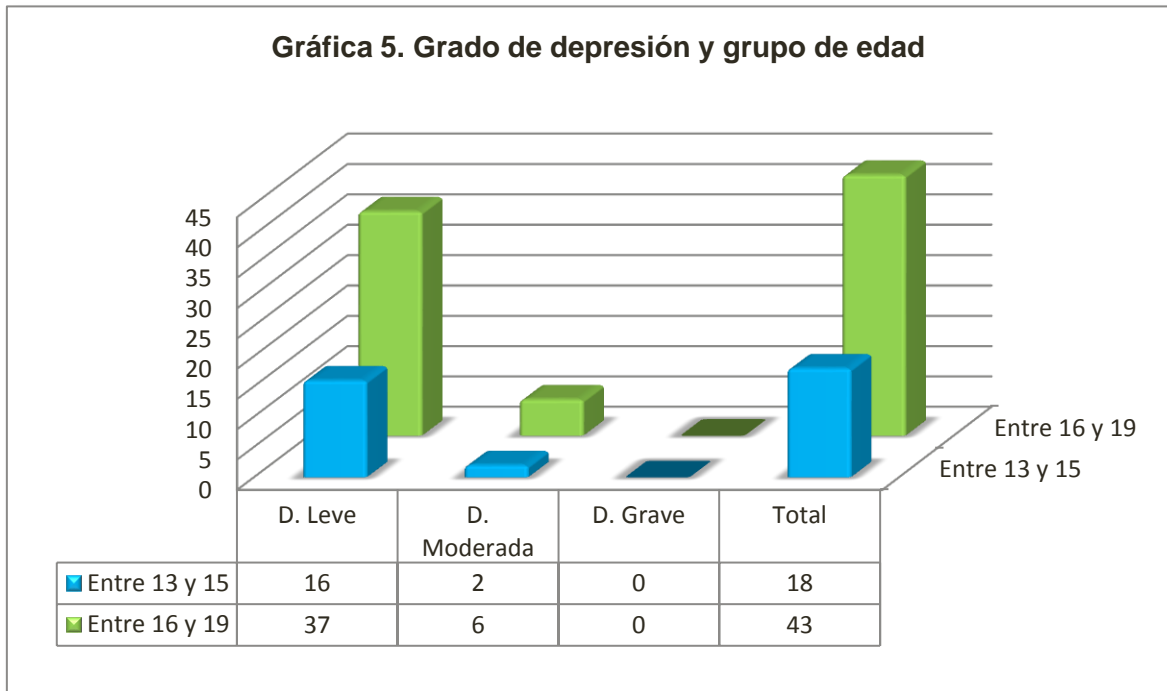
El grupo 2 de 16 a 19 años de edad, formado por 170 pacientes, de las cuales 127 pacientes (75%) no presentaron depresión y solo 43 tuvieron un grado de depresión, representado de la siguiente manera 37 (22%) depresión leve, 6 pacientes (3%) con depresión moderada y ningún caso de depresión grave. Ver gráfica 3.



El comportamiento de población estudiada, según la edad de la adolescente embarazada y su relación con el grado de depresión. Observamos que el grupo de edad entre 16 a 19 años presento una depresión leve en 37 pacientes y depresión moderada solo 6 pacientes. Como observamos en la gráfica 4.

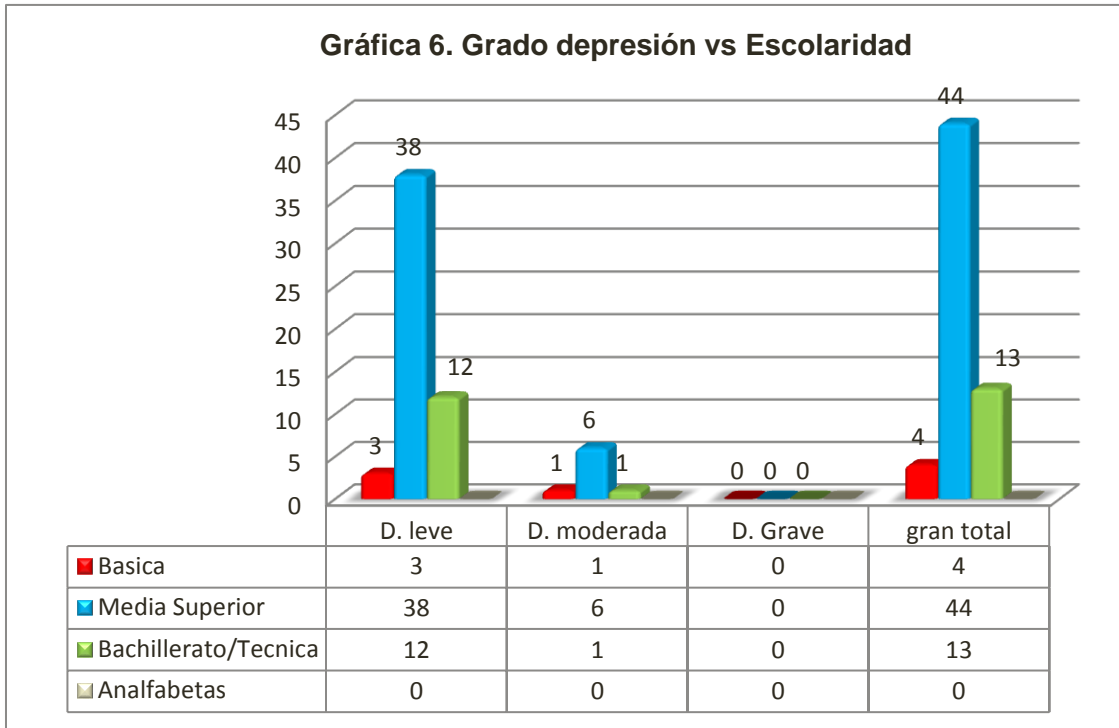


Al referirnos a los grados de depresión encontramos que de las 216 pacientes estudiadas, 155 pacientes fueron sin depresión (127 del grupo uno y 28 del grupo dos), siendo entonces 16 pacientes con depresión leve y 2 con depresión moderada, pertenecientes al grupo 2, y en el grupo uno, 37 presentaron depresión leve y 6 presentaron depresión moderada. No reportándose ningún caso de depresión grave. Ver gráfica 5.

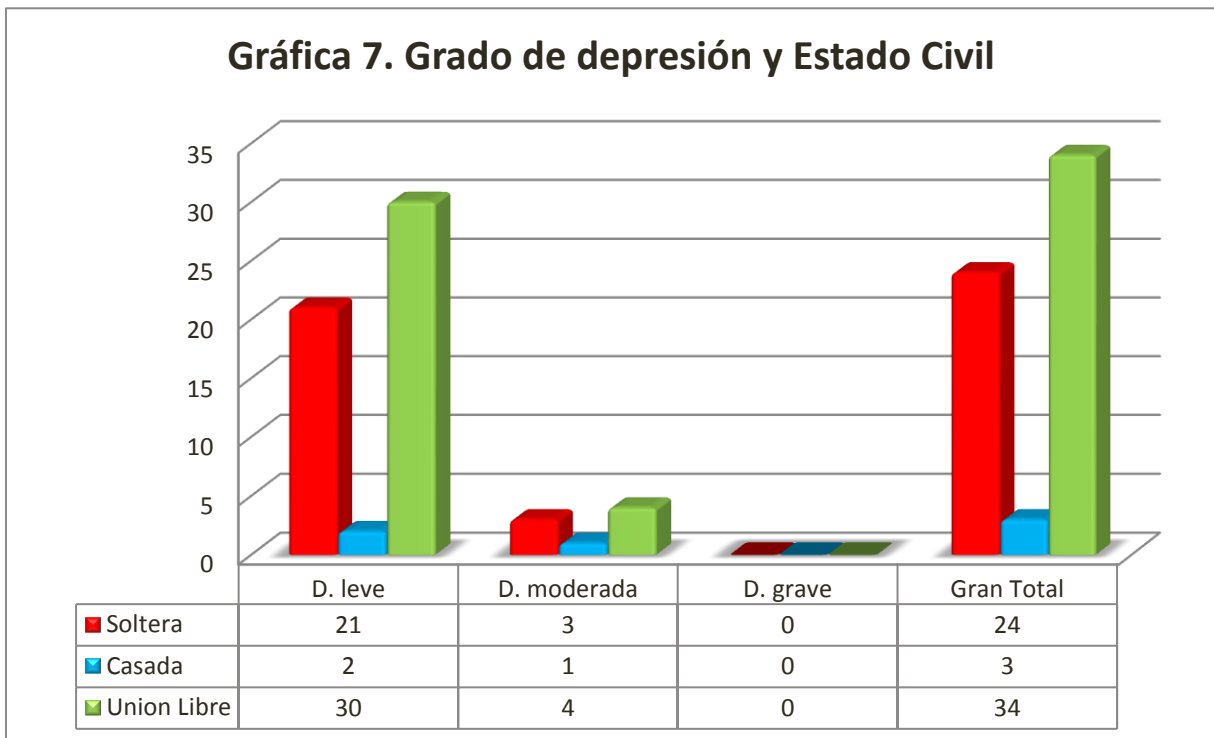


Cuando estudiamos el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico y el estado civil de las pacientes, los cuales conforman los objetivos específicos del estudio, así como determinar el si existe o no influencia en el grado de depresión y estas variantes.

En la gráfica 6, podemos observar el grado de escolaridad y el tipo de depresión que se presentaron observando que 44 pacientes que cursaron con un grado de depresión, su escolaridad es secundaria o media superior, 13 pacientes el bachillerato o carrera técnica y solo 4 pacientes la escolaridad básica.

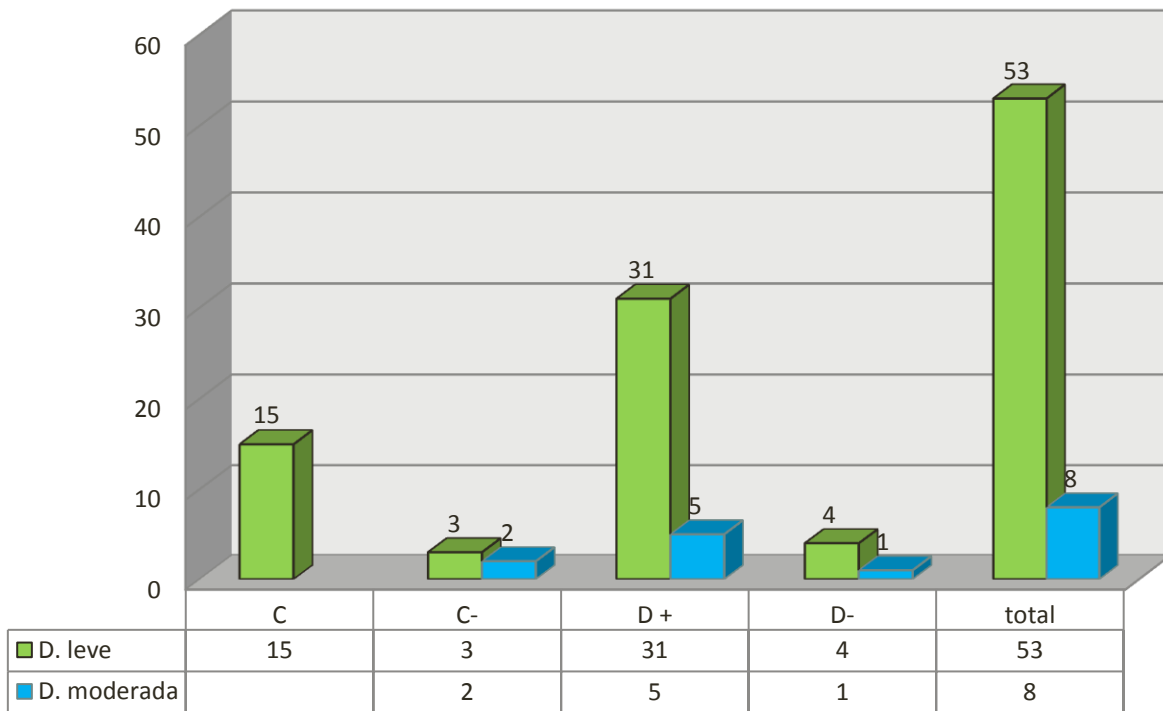


Al identificar el estado civil de las pacientes obtuvimos 24 pacientes con depresión: 21 solteras con depresión leve, casadas 3 con depresión moderada, al referirnos a unión libre fueron 34 pacientes de las cuales 30 presentaron depresión leve y 4 depresión moderada. Como podemos ver en la gráfica 7.



En el gráfico 8, determinamos el nivel socioeconómico y el grado de depresión que se presentó, estableciendo que los niveles socioeconómicos detectados en las pacientes fueron según la regla del AMAI en los niveles C, C-, D+ y D- no encontrando niveles A/B, C+ y E. donde determinamos que estos niveles tienen como principal característica A/B planeación y futuro, C+ entretenimiento y comunicación, C vida práctica, C- mínimo de practicidad, D+ condiciones básicas sanitarias, D- paredes y algunos servicios y E, escasez en todos los aspectos. Por lo que 53 pacientes con depresión leve.

Gráfico 8. Grado de depresión y NSE



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro estudio con un total de 216 pacientes estudiados el 78.70% (170) correspondieron al grupo dos de edades de los 16 a 19 años. El grupo uno de edades de los 13 a 15 años el 21.29%. (46). Encontrando Depresión en el grupo uno en 8.3%. Depresión en grupo dos en 19.90%. Con una frecuencia de 28.2% de pacientes con Depresión.

El grupo más afectado fueron los que se encontraban en el grupo dos con edades de 16 a 19 años con 170 pacientes con porcentaje de 25.29% en comparación con el grupo uno de 13 a 15 años, de 46 pacientes presentaron depresión 18, dando un porcentaje de 39.13% de pacientes.

A nivel Nacional, la prevalencia de Depresión es de 27.4%, el grupo más afectado es el de 17 a 19 años. En nuestro estudio aparte de la frecuencia obtuvimos una prevalencia similar de 28.24%.

Diversos estudios han demostrado que las tasas de prevalencia de depresión en pacientes adolescentes puede variar entre un 20 a 28 %, por ejemplo, el realizado por Ceballos-Martínez, Depresión y embarazo, donde se estimó la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, y las características epidemiológicas con factores asociados, donde una muestra de 220 embarazadas presentó depresión en un 6.4% con de edad media de 26 años y el 21.4% fueron adolescentes menores de 18 años, teniendo una escolaridad máxima de secundaria en el 50% y un 71,4% con nivel socioeconómico bajo, solteras en el 35,7%.

En otro estudio realizado en Colombia donde el objetivo era conocer la prevalencia de depresión en dos grupos de pacientes adolescentes embarazadas y no embarazadas, 125 pacientes formaron el grupo de adolescentes embarazadas, participando en una encuesta de Zung, para el diagnóstico de depresión con una prevalencia de 32,8%. Se determinaron las condiciones como: escolaridad secundaria, unión libre, ama de casa y un nivel socioeconómico bajo.

Otro estudio realizado por Trejo-Lucero en México, donde se dio a conocer la frecuencia de depresión durante el embarazo y posibles factores asociados, aplicando el cuestionario de Zung, en 337 pacientes, en donde 98.2% de las adolescentes encontraron datos de algún grado de depresión y 4.7% contaban con un aborto previo, la depresión leve fue en 64% y el 18% mencionaron violencia por parte de su pareja. La depresión fue más frecuente en grupo de edad de 17 años y en familiar numerosas con más de 6 integrantes.

Por último otro estudio interesante menciona la depresión en adolescentes y el funcionamiento familiar realizado por Leyva-Jiménez, en donde el objetivo es determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes, observando una frecuencia de 29.8% (sexo masculino 18.7% y en mujeres 42.4%) observando que las familias rígidas dispersas fue la más frecuentemente observada determinada por el instrumento FASES III.

Como se observa en la literatura Nacional y Latinoamericana, demuestran que la prevalencia de depresión en adolescentes embarazadas es de 20 a 30%, que el grupo de edad más afectado está entre los 17 años, que el tipo de depresión es leve, que existen factores asociados que determinan el grado de depresión, como son: el tipo de familia, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad, el estado civil y antecedente de violencia por parte de la pareja, sin embargo un gran número de pacientes adolescentes cursan con embarazos no deseados, no planeados y sin cursar con algún tipo de depresión.

Si sumamos los siguientes factores que condicionan a un embarazo de alto riesgo como son; falta de apoyo familiar, nivel socioeconómico, grado de escolaridad, falta de apoyo de la pareja y el poco grado de conciencia o madurez para afrontar un embarazo en edades tempranas, considerado de alto riesgo por el simple hecho de ser un adolescente.

CONCLUSIÓN

El presente estudio se basó en conocer la frecuencia de depresión en pacientes embarazadas adolescentes, así como observar en qué edad de la paciente adolescente embarazada existe más depresión y determinar el tipo más frecuente de depresión en base a su clasificación leve, moderada y grave. Interesante es conocer el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico y el estado civil de las pacientes, para determinar si son factores asociados a la depresión.

La frecuencia es una unidad de medida estadística, definida por la cantidad de veces que se repite determinado valor de variable. Suele representarse con histogramas y diagramas de Pareto. Se pueden distinguir hasta 4 tipos de frecuencia: absoluta, relativa, absoluta acumulada y relativa acumulada. La Prevalencia se define como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. Existen dos tipos la puntual y la de periodo, en este caso la prevalencia puntual es la frecuencia de una enfermedad o condición en un punto del tiempo. Es una proporción que expresa la probabilidad de que una persona sea un caso en un momento o edad determinados y se estima con la siguiente fórmula: $Prevalencia\ puntual = \frac{Ct}{Nt}$. Donde Ct= número de casos existentes en un momento o edad determinados, y Nt= al número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados, una vez aclarado este punto determinamos que nuestro estudio encontramos un número de 61 pacientes de un total de 216 pacientes encuestadas, para una prevalencia de 28.24%. El tipo de depresión más frecuente fue la depresión leve, y el grupo con número de casos mayor fue de las edades de 16 a 19 años. Sin embargo el porcentaje de depresión fue mayor en el grupo de edad de 13 a 15 años de edad, debido a que de 46 pacientes se presentó depresión en 18 pacientes con un porcentaje de 39.1%.

El elevado número de adolescentes embarazadas que coinciden con los diferentes estudios realizados, donde son determinantes los factores asociados como la escolaridad, la mayoría estudiantes de secundaria o como última escolaridad, en unión libre o soltera, con un nivel socioeconómico bajo. Estas condiciones sociales coinciden con las particularidades de la dinámica familiar que influyen en nuestros tiempos, donde influyen la educación sexual, el inicio de relaciones sexuales a edad temprana sin los

conocimientos de métodos anticonceptivos, los programas orientados a la promoción de la educación sexual y reproductiva están llegando a destiempo en el tiempo de edad, considerando que esta orientación e información debe comenzar en la familia a edades más tempranas, reforzándose en la educación primaria, tener el acceso a los servicios de salud al alcance de los adolescentes no es la única misión a pulir, la prevención y orientación debe ser conjunta en esta nueva sociedad, donde participan sectores como educativo, salud y social comenzando con la familia como principal núcleo donde debe desarrollarse la confianza y comunicación que todo adolescente requiere para enfrentarse a la sociedad de nuestros tiempos. Sin embargo podemos determinar que tienen una baja prevalencia, por lo tanto, sabemos que se puede presentar, y podemos incidir en dicho caso que se presente, tomando las medidas necesarias para evitar depresión postparto por ejemplo.

El hacer de estas acciones seguramente influiría positivamente en el número de embarazos no deseados en adolescentes, si no por ende en los casos de depresión.

Sin dejar de mencionar que dicho estudio se llevó a cabo en una Unidad de Medicina Familiar Modelo (Medicina de Familia, la primera en el Municipio de Mexicali) y que consiste en conocer el número de casos de depresión en embarazadas adolescentes, los hallazgos en este estudio permiten afirmar que la depresión en las adolescentes embarazadas es baja, o no muy frecuente, pero que en los casos necesarios hay que identificar las causas en su trastorno emocional y tratarlas a tiempo con el apoyo médico profesional, psicológico y en conjunto con la familia, haciendo evidente que el apoyo familiar y de la sociedad es indispensable para el manejo exitoso de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. - Subdirección corporativa de Administración Subdirección de Servicios de Salud. [Serie en internet] [Revisado 22 de junio del 2013] disponible en <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf>
2. - Tatum C, Rueda M, Bain J, J Clyde, Carino G. Toma de decisiones en relación con el embarazo no deseado en adolescentes de la Ciudad de México: un estudio cualitativo. Stud Fam Plann. 2012; 43 (1):43-56.
3. - Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. [Serie en internet] [Revisado 22 de junio del 2013] disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
4. - Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. [Serie en internet] [Revisado 22 de junio del 2013] disponible en http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado01/introduccion.html
5. - Parés A, Brindis D. Angeles, L. Factores Psicosociales de Riesgo de Depresión Mayor en la Adolescencia. México Quarterly Review, Universidad de las Américas, A.C. UDLA
6. - Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México. Secretaria de Salud: 2008
<http://www.cenetec.salud.gob.mx>.
7. - Definición y diagnóstico de la depresión mayor Guía De Práctica Clínica Sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. [Serie en internet] [Revisado 22 de junio del 2013] disponible en http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/documentos/apartado02/definicion_y_diagnostico.pdf.
8. - Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM).
9. - Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgos asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Revista colombiana de psiquiatría 1997; 26 (1): 23-25.
10. - Blum R. Un modelo conceptual de salud del adolescente. México: McGraw-Hill, 2000.
11. - Padilla de Gil. Aspectos, médicos y sociales de la maternidad. Rev. Sogía 2000; 7(1):16-25.
12. - Vera G, Gallegos MS, Varela M. Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rev. Med Chile 1999; 127: 37-43.
13. - Sulak PJ, Haney A. Embarazos no deseados: comprender el uso y los beneficios de anticonceptivos en mujeres adolescentes y mayores Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 2042-2048.

14. - Molina R: Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Pérez-Sánchez: Obstetricia. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas Mediterráneo Ltda, 1992; 179-84.
15. - Satín A, L Sherman, Reedy N, Lowe T, McIntire D: la juventud materna y los resultados del embarazo: La escuela media en comparación con los grupos de edad de la escuela secundaria en comparación con las mujeres más allá de los años de la adolescencia. Am J Obstet Gynecol 1994; 171 (1): 184-187.
16. - Villanueva LA, Pérez MM, Martínez H, García E: Características obstétricas de la embarazada adolescente. Ginecol Obstet Mex 1999; 67: 356-60.
17. - Bukulmez O, Deren O: resultados perinatales en los embarazos de adolescentes: un estudio de casos y controles en un hospital universitario de Turquía. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000; 88 (2): 207-212.
18. - Martínez E et al: Experiencia de una unidad de gestantes precoces. Rev. Chile Obstet Ginecol 1985; 50(2): 127-139.
19. - Loayssa Lara. Dinámica Familiar. Una familia en formación con muchas dificultades. Medfe. 2001; 11(7): 399-404.
20. - Fernández Rojero C. Ciclo Vital y Sistema Familiar
21. - Tatum C, Rueda M, Bain J, J Clyde, Carino G. Toma de decisiones en relación con el embarazo no deseado en adolescentes de la Ciudad de México: un estudio cualitativo.
22. - Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo Lde Á, Souza LD, Castelli RD, de Matos MB, Pinheiro KA El trastorno depresivo mayor durante el embarazo adolescente: sociodemográficos, obstétricos y correlatos psicosociales. Rev Bras Psiquiatr. 2013; 35 (1):51-56.
23. - Walker JL, Ruiz RJ, Chinn JJ, Martí N, Ricks TN. La discriminación, aculturación y otros predictores de depresión entre las mujeres hispanas embarazadas. Ethn Dis. Otoño 2012; 22 (4): 497-503
24. - Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Serie en internet] [Revisado 22 de junio del 2013] disponible en <http://www.inegi.org.mx/>
25. - Características socioculturales y biológicas de los pueblos a nivel mundial, nacional, regional y local. Rasgos filogenéticos. [Serie en internet] [Revisado 22 de junio del 2013] disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Caracter%C3%ADsticasSocioculturales-y-Biol%C3%B3gicas/6154420.html>.
26. - SEGOB "Criterios Metodológicos para la Evaluación de campañas de Comunicación emitidos por la Dirección General de Normatividad de Comunicación de la Secretaría de Gobernación" Dic. 30 2004, último acceso Marzo 01, 2010
27. - AMAI "Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI)" último acceso enero de 2010.

- 28.** - AT Beck, Brown G, N Epstein y Steer RA. Un inventario para medir la ansiedad clínica: Propiedades psicométricas. *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*. 1988; 56:893-897.
- 29.** - Humberto TL, Torres PJ, Temahuaya FI. Embarazo en las adolescentes y concepto semántico de amor, sexo y embarazo. *Rev Mex de Pediat* 2012; 79: 119-123.
- 30.** - Huanco AD, Ticona RM, Ticona VM, Huenco AF. Frecuencia y repercusión maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital Ministerio de Salud de Perú 2008. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(2):122-128.
- 31.** - Panduro BJ, Jiménez CM, Pérez MJ, Panduro ME, Peraza MD. Embarazo adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(11) 694-704.
- 32.** - Jadresic M. E Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (4): 269-278.
- 33.** - Bonilla–Sepúlveda O. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín Colombia 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010: 61 (3): 207-213.
- 34.** - Acosta VM, Cadenas AV. El embarazo en adolescentes factores socioculturales. *Rev Med Inst Mex Seguro Social* 2012; 50(4) 371-374.
- 35.** - Veytia LM, González AN, Andrade PP. Depresión en adolescentes el papel los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental* 2012; 35. 35:37-43.
- 36.** - Villas FR, De la Peña OF, Nogales I. tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental* 2011:34:403-407.
- 37.** - Cova SF, Rincón GP, Valdipia PM, Melipillon AP .prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes del sexo femenino. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(6): 607-613.
- 38.** - MH Campbell MH, Maynard D, Roberti JW, Emmanuel JH. A Comparison of the Psychometric Strengths of the Public-domain Zung Self-rating Depression Scale with the Proprietary Beck Depression Inventory-II in Barbados. *West Indian Med J* 2012; 61 (5): 483.
- 39.** - Zavala GM, Bautista TJ. Depresión en Mujeres en Perimenopausia de una comunidad Rural de Huimantla. *Arc. de Med*. 2009; 5(4)23-37.
- 40.** - Martínez Lanz, Patricia Waysel, K Romano. Depresión es Adolescentes Embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2009; 14(2): 261-274.
- 41.** Ceballos Martínez I et Al. Depresión y embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (1):71-74

42. Corina Benjet, Guilherme Borges, Ma Elena Medina-Mora, Clara Fleiz-Bautista, Joaquín Zambrano-Ruiz. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004; vol. 46(5): 417-424.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Dr. Filemón Espinoza Solís.
Director de la UMF No. 40 IMSS.
Mexicali Baja California.

Por este medio me permito informar a usted que se realizará un estudio de investigación en el cual se recabará información importante que será de utilidad a Médicos Familiares de la UMF No. 40 el cual consistirá en identificar a pacientes que cursen actualmente con un embarazo en edad adolescentes y estado de Depresión, con el fin de poder brindarles un tratamiento integral y mejorar la percepción de su padecimiento así como la identificación de posibles complicaciones. El nombre del estudio es:

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UMF No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

Mismo que se llevara a cabo en las fechas de Noviembre 2013 a Agosto del año 2014 en la ciudad de Mexicali B.C, con el sencillo procedimiento del llenado de 2 test de fácil comprensión por el derechohabiente. Dichos datos serán manejados de manera confidencial. El derechohabiente no se encuentra obligado a realizar dicho test, por lo tanto se explicará su libre participación.

Agradeciendo su atención y su autorización para la elaboración de este estudio me permito ponerme a sus órdenes para cualquier duda o pregunta que tenga al respecto.

Investigador responsable
Dr. Efrén Arturo Murillo Morales.
Alumno de la Especialidad de Medicina Familiar

Firma de consentimiento

Testigo

Testigo



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

Nombre del estudio: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UMF No. 40 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No. 40 del IMSS en Mexicali B.C. de Nov. 2013 a Sept. 2016.

Número de registro: R-2013-201-26.

Justificación y objetivo del estudio: la depresión es una patología que afecta directamente al paciente, a su entorno familiar, social y laboral, constituyendo un elevado costo a la institución y un problema de salud pública. Conocer la frecuencia de Depresión en Adolescentes, nos permitirá tener un mejor pronóstico, previniendo la problemática familiar y brindar un tratamiento integral.

Procedimientos: aplicación de cuestionario de Beck.

Posibles riesgos y molestias: No presenta ningún riesgo, ni atenta contra la integridad del paciente.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: prevención y tratamiento integral.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: serán enviadas a su médico familiar para brindar una mejor atención enfocada en su problemática personal y familiar, valorar posibles redes de apoyo.

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad: toda información recabada será estrictamente confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dr. Efrén A. Murillo. Adscripción: UMF No. 40. Teléfono: 686-559-29-38, Correo electrónico: dr_arturomurillo@hotmail.com Rebeca Esther Martínez Fierro, Adscripción: UMF No. 28. Teléfono: 686- 157-39-82. Correo electrónico: esther_1996_9@hotmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética e investigación de la CNIC del IMSS: av. Cuauhtémoc 330 4to piso bloque "B" de la unidad de congresos, Colonia Doctores México, D.F. CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del paciente
Testigo

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Inventario de Depresión de Beck

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. A un lado de cada frase marque con una cruz el que mejor refleje su situación actual.

1) Estado de Ánimo

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) Sentimiento de Fracaso

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4) Insatisfacción

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5) Sentimientos de Culpa

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6) Sentimientos de Castigo

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) Odio así mismo

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mí mismo.
- Me odio a mí mismo.

8) Autoacusación

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9) Impulsos suicidios

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10) Periodos de Llantos

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11) Irritabilidad

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12) Aislamiento Social

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13) Indecisión

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14) Imagen Corporal

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15) Capacidad Laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16) Trastornos del Sueño

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17) Cansancio

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18) Pérdida de Apetito

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19) Pérdida de Peso

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20) Hipocondría

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21) Libido

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

CUESTIONARIO REGLA AMAI NSE 8X7

- 1 ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

(Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa)

RESPUESTA PUNTOS

1-----	0
2-----	0
3-----	0
4-----	0
5-----	8
6-----	8
7 o más -----	14

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA PUNTOS

0-----	0
1-----	16
2-----	36
3-----	36
4 o más -----	52

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?

RESPUESTA PUNTOS

No tiene -----	0
Si tiene -----	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA PUNTOS

0-5-----	0
6-10-----	15
11-15-----	27
16-20-----	32
21 o más -----	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA PUNTOS

Tierra o cemento (firme de) ----- 0
 Otro tipo de material o acabo ----- 11

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA PUNTOS

0 ----- 0
 1 ----- 32
 2 ----- 41
 3 o más ----- 58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA PUNTOS

No tiene ----- 0
 Si tiene ----- 20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

RESPUESTA PUNTOS

No estudio ----- 0
 Primaria incompleta ----- 0
 Primaria completa ----- 22
 Secundaria incompleta ----- 22
 Secundaria completa ----- 22
 Carrera comercial ----- 38
 Carrera técnica ----- 38
 Preparatoria incompleta ----- 38
 Preparatoria completa ----- 38
 Licenciatura incompleta ----- 52
 Licenciatura completa ----- 52
 Diplomado o Maestría ----- 72
 Doctorado ----- 72
No Sabe /no contesto

TABLA DE PUNTOS POR NIVEL		
Nivel	Puntos	
AB	193+	Planeación y futuro
C+	155 a 192	Entretenimiento y comunicación
C	128 a 154	Vida práctica
C-	105 a 127	Mínimo de practicidad
D+	80 a 104	Condiciones básicas sanitarias
D-	33 a 79	Paredes y algunos servicios
E	0 a 32	Escasez en todos los sentidos



**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.
FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES**

**EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 40
DEL IMSS EN MEXICALI B.C.**

No. Paciente	Edad		Estado civil			Escolaridad	Grado de		Depresión
	1.-13-15 2.-16-19	Soltera 1	Casada 2	Unión libre 3	Leve 1		Moderada 2	Severa 3	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									



CRONOGRAMA

AÑO	2 0 1 3					2 0 1 4					2 0 1 5			2 0 1 6	
	MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	OCT NOV	DIC ENE-	FEB ABR	MAY JUL	AGO OCT	NOV DIC	ENE MAR	ABR JUN	JUL SEP	OCT DIC	ENE FEB	MAR
Elección del tema y del título															
Marco teórico y antecedentes															
Planteamiento del problema															
Justificación															
F. de objetivos															
Hipótesis y diseño															
Material y métodos															
Operabilidad de variables y Análisis estadístico															
Bibliografía y anexos															
Registro del protocolo En SIRELSIS y envió al CLIS															
Realización de modificaciones y re-envío al Clis															
Protocolo autorizado															
Recopilación de datos															
Elaboración de base de datos															
Análisis estadístico Interpretación de resultado y conclusiones															
Redacción de tesis															
Envío tesis a IMSS															
Modificaciones por IMSS															
Reenvío al IMSS															
Envío tesis UNAM															
Envío de tesis modificada a UNAM															
Aceptación de tesis por UNAM															
Publicación															