



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SONORA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL COORDINACIÓN
AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 68 CON UMAA
HERMOSILLO, SONORA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9 DE PUERTO PEÑASCO,
SONORA”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ZORIBEL MARIA GONZÁLEZ GARCIA

**DIRECTOR DE TESIS
Dr. Hugo Velázquez Farías**

HERMOSILLO, SONORA 2021





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.

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Dra. Zoribel María González García

Matrícula: 98272423

Cargo: Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos
Generales del IMSS

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 9 Puerto Peñasco, Sonora

Dirección: Río Suchiate S/N entre Marcelo Pino y Oriente, colonia Brisas del golfo,
Puerto Peñasco, Sonora, México

Correo electrónico: zorima00@hotmail.com

Teléfono: (638) 1 05 89 41

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dr. Hugo Velázquez Farías

Matrícula: 99277353

Cargo: Médico especialista en Medicina Familiar

Adscripción: UMF No 68 con UMAA de Hermosillo, Sonora

Dirección: Boulevard Calesa No 16, esquina con Boulevard Musaro, Colonia
Renacimiento, Hermosillo, Sonora, México.

Correo electrónico: hugo.velazquezf@imss.gob.mx

Teléfono: (662) 1 24 02 13

Este proyecto se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 09 de Puerto
peñasco, Sonora, México.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobación

Comité Local de Investigación en Salud (CLIS)
U MED-FAMILIAR-MIM-31

Registro COPEPES 17 0118 204 802
Registro COPEA COTICA CONDUCTIVA 25 021023 201 6886

FECHA: Merida, 01 de octubre de 2018

Dr. JOSÉ EL MARÍA GONZÁLEZ GARCÍA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con tema: **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 DE PUERTO PEÑASCO, SONORA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y sus los asesores, cumple con la calidad metodológica y los requisitos de ética y de investigación, por lo que se le otorga el **A P R O B A D O**.

Número de Registro Internacional

R-0019-2064-203

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en primer lugar un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a ser ejecutado, posteriormente, una vez concluido el año, podrá solicitar en caso de ser necesario, renovar el ciclo de aprobación del Comité de Ética en Investigación, a fin de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Mtra. ANGÉLICA MABEL MARTÍNEZ LÓPEZ
Presidenta del Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) 2018

FELIZ

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9 DE PUERTO PEÑASCO,
SONORA"**

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

PRESENTA

DRA. ZORIBEL MARIA GONZALEZ GARCIA

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
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.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9 DE PUERTO PEÑASCO,
SONORA”**

PRESENTA:

DRA ZORIBEL MARIA GONZALEZ GARCIA

DRA. MARÍA LOURDES DÍAZ ESPINOSA
JEFA DE PRESTACIONES MÉDICAS OOAD
SONORA IMSS

DR. EUSEBIO ROSALES PARTIDA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN SONORA

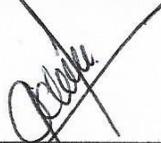
DR. JAIME GUADALUPE VALLE LEAL
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA

JORGE RAFAEL HERNÁNDEZ DONNADIEU
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN SONORA

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES
ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9 DE PUERTO PEÑASCO,
SONORA”**

PRESENTA:

DRA ZORIBEL MARIA GONZALEZ GARCIA



DRA. PAULINA GUADALUPE MENDOZA GONZÁLEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No 68 CON UMAA
HERMOSILLO, SONORA



DRA. EDITH IRAZEMA AMARO SOLORIO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UMF No 68 CON UMAA
HERMOSILLO, SONORA



DR. HUGO VELÁZQUEZ FARÍAS
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR DE TESIS
UMF No 68 CON UMAA
HERMOSILLO, SONORA

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo está dedicado con todo mi cariño para mi familia; de manera especial a mi esposo y a mi hija; quienes han puesto toda su confianza para lograr un objetivo más en mi vida.

No tengo palabras para expresar mi amor y mi gratitud hacia mis padres por su fe, su generosidad y su incansable ayuda en todo momento, gracias a ellos he llegado a culminar un peldaño más de mi vida.

Todos en conjunto me hicieron ver, que sin importar cuanto tiempo me tome, todo se puede si de verdad se quiere.

INDICE

I. RESUMEN

II. MARCO TEÓRICO

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV. JUSTIFICACIÓN

V. OBJETIVOS

VI. HIPÓTESIS

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

IX. ASPECTOS ÉTICOS

X. RESULTADOS

XI. DISCUSIÓN

XII. CONCLUSIONES

XIV. ANEXOS Y GRÁFICAS

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9 DE PUERTO PEÑASCO, SONORA”

González-García ZM¹, Velázquez-Farías H²

1. Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, 2. Médico especialista en Medicina Familiar

INTRODUCCIÓN: El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud por las diferentes complicaciones físicas y psicológicas que trae consigo, una de ellas es la depresión posparto, la cual en muchas ocasiones pasa desapercibida tanto para la paciente como para el personal sanitario; la red de apoyo más importante con que cuenta este grupo de edad es su familia por lo que la funcionalidad familiar juega un papel importante como factor protector o condicionante en el desarrollo de esta patología.

OBJETIVO: Determinar si existe asociación entre funcionalidad familiar y depresión posparto en adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 9 de Puerto Peñasco, Sonora.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio de tipo epidemiológico con diseño observacional, transversal y descriptivo que se llevó a cabo en 39 adolescentes de 10 a 19 años de edad, seleccionadas a través de muestreo no probabilístico por conveniencia, se evaluó la funcionalidad familiar utilizando el instrumento FFSIL y para identificar datos de depresión posparto el cuestionario de Edimburgo. Se usó de estadística descriptiva y Chi cuadrada para la asociación entre variables cualitativas con un IC del 95% y una significancia estadística ≤ 0.05 .

RESULTADOS: Con un total de 39 adolescente entrevistadas se encontró familia funcional en 38.1% (n=14) y disfuncional en 61.8% (n=22). Los resultado de la aplicación del cuestionario de Edimburgo de depresión fueron: con datos de depresión post parto 47.1% (n=17), sin datos de depresión post parto 52.8 % (n=19). Se encontró una Chi de 0.624 al asociar la funcionalidad familiar y la depresión postparto ($p=0.429$).

CONCLUSIONES: Este trabajo demuestra que no existe asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad y la depresión postparto en las adolescentes adscritas en nuestra unidad.

PALABRAS CLAVE: Depresión posparto, embarazo en adolescentes, funcionalidad familiar.

**"FAMILY FUNCTIONALITY AND POSTPARTUM DEPRESSION IN ADOLESCENTS
ADSCRIBED TO THE FAMILY MEDICINE UNIT No. 9 OF PUERTO PEÑASCO,
SONORA"**

González García ZM, Velázquez-Farías H2

*1. Student of the Specialization Course in Family Medicine for General Practitioners of the IMSS, 2.
Specialist in Family Medicine*

INTRODUCTION: Pregnancy in adolescence is considered a health problem due to the different physical and psychological complications that it brings with it, one of them is postpartum depression, which on many occasions goes unnoticed by both the patient and the health personnel; the most important support network available to this age group is their family and it is thought that family functionality plays an important role as a protective or conditioning factor in the development of this pathology.

OBJECTIVE: To determine if there is an association between family functionality and postpartum depression in adolescents assigned to the Family Medicine Unit No. 9 of Puerto Peñasco, Sonora.

MATERIAL AND METHODS: An epidemiological study with an observational, cross-sectional and descriptive design that will be carried out in 39 adolescents between 10 and 19 years of age, selected through non-probabilistic sampling for convenience. The FFSIL instrument will be used to evaluate family functionality. and to identify data on postpartum depression the Edimburgh questionnaire. Descriptive statistics will be used as measures of central tendency and dispersion for numerical variables and use of Chi square for the association between qualitative variables with a 95% CI and a statistical significance ≤ 0.05 .

RESULTS: With a total of 39 adolescents interviewed, a functional family was found in 38.1% (n=14) and dysfunctional in 61.8% (n=22). The results of the application of the Edinburgh questionnaire on depression were: with data on postpartum depression 47.1% (n=17), without data on postpartum depression 52.8% (n=19). A Chi of 0.624 was found when associating family functionality and postpartum depression (p=0.429).

CONCLUSIONS: This work shows that there is no statistically significant association between functionality and postpartum depression in adolescents enrolled in our unit.

KEY WORDS: Postpartum depression, adolescent pregnancy, family functionality

I. INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud por las diferentes complicaciones físicas y psicológicas que trae consigo, una de ellas es la depresión posparto, la cual en muchas ocasiones pasa desapercibida tanto para la paciente como para el personal sanitario; la red de apoyo más importante con que cuenta este grupo de edad es su familia por lo que la funcionalidad familiar juega un papel importante como factor protector o condicionante en el desarrollo de esta patología.

Este proyecto estuvo orientado a definir de manera científica esta asociación, con la finalidad de demostrar la necesidad de reforzar las estrategias dirigidas a atender no sólo la salud sexual y reproductiva de las adolescentes sino también las que se dirigen a su entorno familiar.

II. ANTECEDENTES

El embarazo en la adolescencia es considerado un grave problema de salud por las diferentes complicaciones físicas, psicológicas y sociales que trae consigo, una de ellas es la depresión posparto, la cual en muchas ocasiones pasa desapercibida tanto para la paciente como para el personal sanitario. La red de apoyo más importante con que cuenta este grupo de edad es su familia y se piensa que la funcionalidad familiar juega un papel importante como factor protector o condicionante en el desarrollo de esta patología.

La adolescencia es el periodo que comprende entre los 10 y los 19 años de edad, se divide en adolescencia temprana de los 10 a 14 años y adolescencia tardía de los 15 a 19 años, durante esta etapa ocurren momentos de gran impacto para la subsistencia, entre ellos el crecimiento y desarrollo que inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios como: aparición de vello, cambio de voz, llegada de la menarca, crecimiento emocional, desarrollo intelectual lo que condiciona un cierto grado de independencia de los padres etc. ^{1,2}

El nivel bajo de conocimiento sobre salud sexual y métodos anticonceptivos deja vulnerable a este grupo etario ante situaciones de riesgo como el inicio temprano de actividad sexual, tener múltiples parejas, contraer enfermedades venéreas y embarazos no planeados que en este grupo son considerados de alto riesgo, eso sin mencionar el abandono escolar, fracaso en el ámbito profesional y pérdida de la identidad propia, para construir una familia estable e inmadurez para su adecuada crianza. ³⁻⁵

El inicio de la sexualidad es una etapa normal en el desarrollo de los adolescentes, el papel de los progenitores, el médico y las instituciones educativas consiste en influir de manera positiva al incluir temas de sexualidad en sus programas, que promuevan el uso adecuado de métodos anticonceptivos y prevención de ETS, para evitar situaciones de riesgo como la aparición de un embarazo no deseado, complicaciones

durante el desarrollo de este, recurriendo en muchas ocasiones a la interrupción voluntaria del embarazo.⁶⁻⁸

A nivel mundial países como España, según el reporte de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 refiere que el inicio de relaciones sexuales es a partir de los 15.8 años de edad en hombres y 16.3 años en mujeres. En nuestro continente países como Estados Unidos el 34% de los adolescentes son sexualmente activos, el 59.1% informó que ellos o su pareja usó un preservativo durante la última relación sexual, el uso de este método de barrera se ha ido extendiendo entre las personas jóvenes, pero no siempre se utiliza correctamente, esto conlleva a que el 75% de los embarazos en adolescentes no son planeados.^{9, 10}

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016 estima que el 23% de los adolescentes ha iniciado actividad sexual, siendo 16 años el promedio de edad del inicio de relaciones sexuales, con mayor precocidad en los hombres y siendo el condón masculino el más utilizado ya que además de evitar un embarazo protege contra enfermedades venéreas; en nuestro país también han ocurrido importantes cambios culturales referentes al uso de métodos anticonceptivos ya que pasó del 30.2% en 1976 a 70.8% en el 2000.¹¹

Si bien un embarazo es un proceso anhelado y deseado por la mayoría de las pacientes, para que este sea bienvenido en el núcleo de una familia debe de presentarse en condiciones socialmente aceptadas, como ser mayor de edad, contar con un sustento económico que permita al recién nacido integrarse a un grupo que le brindará los cuidados necesarios para un crecimiento y desarrollo óptimo, las cuáles en población adolescente no son fáciles de reunir.^{11, 12}

A nivel mundial se estima que 15 millones de mujeres con edad comprendida entre 15 y 19 años dan a luz; en México se registran cerca de 400,000 nacimientos anuales en madres de edad antes mencionada, durante el embarazo de las pacientes adolescentes se vigilan complicaciones como amenaza de aborto, infección de vías

urinarias, desarrollo de enfermedades hipertensivas del embarazo, diabetes gestacional por mencionar algunas, pero se queda en segundo término la esfera emocional donde va incluida la depresión posparto, alteración que se presenta justo después del nacimiento la cual es compleja de identificar, diagnosticar y tratar, esto hace que la familia juegue un papel importante en detectarla y solicitar atención médica. ^{12, 13}

El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan entre cada integrante de la conforma, el proceso para lograrlo es a través de diferentes dimensiones como coherencia, individualidad, mantenimiento y cambio del sistema familiar. Las familias con adolescentes se encuentran en una etapa del proceso vital de grandes cambios de tipo biopsicosocial, tanto para los adolescentes que buscan su independencia e identidad, como para los padres que deben asumir los cambios de sus hijos, incluyendo la gestación cuando ocurre en esta etapa de la vida, quienes deben explotar su capacidad de negociación y flexibilidad, sin perder el control y afectar la funcionalidad familiar. ^{14, 15}

Una familia funcional es aquella que afronta las crisis de forma congruente y busca la estabilidad, característica que no se da de manera aislada, sino que el ambiente y los sistemas de apoyo influyen en la respuesta adecuada ante las crisis, una familia es saludable y mantiene el bienestar de sus miembros en la medida en que como sistema logre la congruencia, estabilidad familiar y personal y responda a las demandas del entorno, por lo que un embarazo que ocurre en un integrante del núcleo familiar durante la adolescencia pondrá a prueba la funcionalidad del sistema más si al llegar al término de este se agrega depresión posparto. ¹⁶

La depresión posparto (DPP) es definida en el Manual de estadística y diagnóstico de desórdenes mentales (DSM-IV) como la presencia de cinco o más de los siguientes factores: ánimo deprimido, marcada disminución en el interés o placer en las actividades, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño (insomnio y sueño fragmentado), agitación física o retardo psicomotor, fatiga, disminución de la energía,

sentimientos de desesperanza o excesiva culpa, disminución de la concentración o habilidad para tomar decisión, ideación suicida que inicia dentro de las cuatro semanas después del parto. ¹⁷

A nivel mundial la aparición de síntomas depresivos ocurre en 25 a 47% de las embarazadas adolescentes, en América latina incluyendo a México muestran una cifra similar del 21 al 39% muestran síntomas y 12% tiene diagnóstico de depresión, hecho que se ha visto reflejado en el crecimiento y desarrollo de sus hijos, cualquier madre está propensa a desarrollar depresión posparto, pero se ha visto mayor incidencia en aquellas que presentan periodos de estrés, conflictos familiares y quienes se encuentran en estado de migración. ¹⁸

En México, en un estudio poblacional, la prevalencia de sintomatología depresiva grave en adolescentes se estimó de 10% a 15 % en la gestación y de 3.0% al 24.7% en el primer año posparto, el mayor riesgo se encontró en jóvenes que no estaban en la escuela siendo más frecuente en mujeres que en hombres, aumenta durante el periodo reproductivo, debido a que en esta etapa, la futura madre está sometida a situaciones de estrés; no hay suficientes estudios en los cuales nos brinden la necesaria información que estudie sobre la depresión posparto y los pocos que existen muestran una prevalencia que va de 6.6% a 24.6% en zonas urbanas y una prevalencia de 11% a 12.9% en zonas rurales. ^{18, 19}

Considerando el aumento progresivo de los trastornos depresivos, el hecho de que los pacientes oculten los síntomas, hace que sea difícil realizar el diagnóstico de la depresión posparto, por lo que es importante que los médicos de primer nivel de atención al brindar una atención integral durante la gestación vigilemos aquellas patologías que pueden complicar un embarazo y al llegar al término de este, buscar intencionadamente esta patología que requiere de los diferentes integrantes del equipo de salud para un abordaje adecuado.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una de las etapas de vida más difíciles por las que atraviesa el ser humano en su transición de la infancia a la vida adulta, los cambios físicos, mentales y sociales sumados a la madurez emocional condicionan ser una persona menos dependiente de sus padres, esto expone a los adolescentes a una serie de conductas de riesgo como el inicio temprano de actividad sexual, múltiples parejas, contraer enfermedades venéreas y embarazos no planeados.

A nivel mundial se estima que 15 millones de mujeres con edad comprendida entre 15 y 19 años dan a luz; México registra cerca de 400,000 nacimientos anuales en madres adolescentes. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016 estima que el 23% de los adolescentes ha iniciado actividad sexual, siendo 16 años el promedio de edad del inicio de relaciones sexuales con mayor precocidad en los hombres que en mujeres.

Un aspecto importante que debe ser valorado en las adolescentes que recientemente se acaban de convertir en madres es la esfera emocional, patologías como la depresión posparto pueden pasar desapercibidas tanto para la familia como para el equipo de salud; a nivel mundial la aparición de síntomas depresivos ocurre en 25 a 47% de las embarazadas adolescentes, en América latina incluyendo México la cifra es similar, 21 a 39% muestran síntomas y 12% tiene diagnóstico confirmado de depresión.

La red de apoyo más importante con que cuentan las adolescentes embarazadas es la familia y se cree que puede jugar un papel muy importante como protector para la aparición de depresión posparto, por lo que nuestro equipo de investigación se hace la siguiente pregunta:

“Existe asociación entre funcionalidad familiar y depresión posparto en adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 9 de Puerto Peñasco, Sonora”

IV. JUSTIFICACIÓN

Durante la adolescencia ocurren momentos de gran impacto para la subsistencia, entre ellos el crecimiento y desarrollo que inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios como: aparición de vello, cambio de voz, llegada de la menarca, crecimiento emocional, desarrollo intelectual lo que condiciona un cierto grado de independencia de los padres y donde además inicia del despertar sexual de este grupo de edad.

El nivel bajo de conocimiento sobre salud sexual y métodos anticonceptivos deja vulnerable a este grupo etario ante situaciones de riesgo como el inicio temprano de actividad sexual, tener múltiples parejas, contraer enfermedades venéreas y embarazos no planeados que en este grupo son considerados de alto riesgo, eso sin mencionar el abandono escolar, fracaso en el ámbito profesional y pérdida de la identidad propia, para construir una familia estable e inmadurez para su adecuada crianza.

A nivel mundial la aparición de síntomas depresivos ocurre en 25 a 47% de las embarazadas adolescentes, en América latina incluyendo a México muestran una cifra similar del 21 al 39% muestran síntomas y 12% tiene diagnóstico de depresión, hecho que se ha visto reflejado en el crecimiento y desarrollo de sus hijos, cualquier madre está propensa a desarrollar depresión posparto, pero se ha visto mayor incidencia en aquellas que presentan periodos de estrés, conflictos familiares y quienes se encuentran en estado de migración.

Para primer nivel de atención es importante brindar una atención integral y completa a las adolescentes embarazadas desde el comienzo de su embarazo hasta el nacimiento de su bebé detectar y poder detectar oportunamente a aquellas que presenten datos de depresión posparto para poder brindarle la ayuda que requiera entre todos los integrantes del equipo multidisciplinario.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar si existe asociación entre funcionalidad familiar y depresión posparto en adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 9 de Puerto Peñasco, Sonora

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el grado de funcionalidad familiar de las participantes del estudio.
- Identificar aquellas pacientes que presenten datos de depresión posparto.
- Mostrar las variables sociodemográficas de la población de estudio.

VI. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO (H1)

- Existe asociación entre funcionalidad familiar y depresión posparto en adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 9 de Puerto Peñasco, Sonora.

HIPÓTESIS NULA (H0)

- No existe asociación entre funcionalidad familiar y depresión posparto en adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 9 de Puerto Peñasco, Sonora.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puerto Peñasco, Sonora. La cual es una unidad de primer nivel de atención médica, tiene cinco consultorios de Medicina familiar que brindan atención a los derechohabientes en el turno matutino y vespertino, área de atención medica continua, con servicio de 7:30 am a 8:00 pm de lunes a viernes, se encuentra localizada en la Calle Río Suchiate entre Marcelo Pino y Oriente, Colonia Oriente, Puerto Peñasco, Sonora. Por sus características demográficas se trata de una población urbana, que cuenta con todos los servicios públicos a ella, se puede llegar por vía terrestre, carros particulares, urbanos, a pie y en bicicleta.

2. Diseño y tipo de estudio

Estudio de tipo epidemiológico con un diseño observacional, transversal y descriptivo que se llevó a cabo en mujeres adolescentes entre 10 y 19 años de edad, quienes fueron seleccionadas a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. Para identificar el grado de funcionalidad familiar se utilizará el cuestionario FF-SIL y para identificar datos de depresión en las pacientes se empleó el test de Edimburgo, ambos instrumentos validados en población adolescente mexicana. El análisis estadístico de la información se hizo con medidas de tendencia central (media, frecuencias y porcentajes) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango, mínimos y máximos) para las variables cuantitativas en que sea factible aplicarla, y uso de estadística inferencial Chi cuadrada de Pearson para la asociación de variables cualitativas, con IC 95% y una significancia estadística \leq a 0.05.

VARIABLES

- **Variable independiente:** Funcionalidad Familiar en las participantes del estudio.
- **Variable dependiente:** Depresión posparto en adolescentes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 9 de Puerto Peñasco, Sonora.

CONCEPTO Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Clasificación causa-efecto
Edad	Es el intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la fecha actual.	Años cumplidos al momento de recolección de datos de expediente clínico.	Cuantitativa discreta	Años cumplidos al momento de la entrevista	Independiente
Género	Condición biológica determinada por el fenotipo que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Sexo indicado en expediente clínico, cartilla o identificación oficial	Cualitativa nominal	1) Femenino 2) Masculino	Independiente
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Situación actual ante la ley vigente de este país, referente a las leyes de convivencia	Cualitativa nominal	1) soltera 2) unión libre 3) casada 4) divorciada 5) viuda	Independiente
Grado escolar	Periodo de tiempo que una persona acude a la escuela para poder estudiar y aprender	Grado escolar que cursa el participante al momento de la entrevista o último grado escolar cursado	Cualitativa ordinal	1) primaria 2) secundaria 3) preparatoria 4) universidad	Independiente
Funcionalidad Familiar	el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia	Es el grado de percepción que tiene el individuo de la funcionalidad familiar del núcleo al que pertenece.	Cualitativa nominal	1) Funcional y M. funcional (43 a 75 puntos) 2) Disfuncional y S. disfuncional (14 a 42 puntos)	independiente

Depresión posparto	La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz.	sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del Cuidado de sí mismas y de otras personas.	Cualitativa nominal	1) sin datos que sugieran depresión (<10 puntos) 2) probable depresión ≥ 10 puntos)	dependiente
---------------------------	---	--	---------------------	--	-------------

UNIVERSO O POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adolescentes del sexo femenino derechohabientes de la UMF No 9 de Puerto Peñasco, Sonora, entre 10 y 19 años de edad, que aceptaron participar en el estudio y que contestaron los cuestionarios dentro de los primeros dos meses posteriores al parto y que cumplan con los criterios de selección.

MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

n es el tamaño de la muestra

N es el total de la población (41 adolescentes entre 10 y 19 años se registraron en ARIMAC durante todo el 2018)

$Z^2 \alpha$ es 1.96² si la seguridad deseada es del 95%

p es la proporción esperada (en este caso 5% o de 0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0,05=0,95)

d es la precisión (en este caso se desea un 3%)

n= 36 participantes será el número mínimo de la muestra

CRITERIOS DE SELECCIÓN

● CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes del género femenino de 10 a 19 años de edad que hayan dado a luz en un lapso no mayor a 8 semanas y deseen participar en el estudio.
- Las adolescentes menores de 18 años de edad deben de contar con la firma de consentimiento de su padre, madre o tutor.
- Derechohabientes de la UMF No 9 de Puerto Peñasco, Sonora.
- Las participantes de este estudio de investigación deben saber leer y escribir.

● CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que presenten alguna discapacidad intelectual que impida comprender y responder los cuestionarios o que no sepan leer o escribir.
- Personas que aunque reunieron los criterios de inclusión no estén interesadas en participar en el proyecto.
- Participantes menores de 18 años de edad, que desearon participar en el estudio pero que no cuenten con la autorización del padre, madre o tutor.

● CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos
- Personas que decidan abandonar el estudio.

VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Con previa autorización por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Salud, así como de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 9, se realizó un estudio de tipo epidemiológico, con diseño observacional, transversal y descriptivo en adolescentes del género femenino entre 10 y 19 años de edad, dentro de las primeras ocho semanas posteriores al parto para la aplicación de los cuestionarios FF-SIL que evalúa la percepción del grado de funcionalidad familiar y del cuestionario de Edimburgo que evalúa la probable presencia de depresión posparto.

A la llegada de la adolescente a la Unidad de Medicina Familiar, se abordó junto con su padre, madre, tutor o pareja explicándoles de manera clara y detallada en que consiste este proyecto de investigación, asegurándoles que la información que se obtuvo será totalmente confidencial, además de informar sobre los beneficios que aportaron en la realización de este estudio en la población.

Una vez que se aceptó participar se hizo entrega de la carta de consentimiento informado (anexo 1) la cual fue leída y se aclararon dudas al respecto, ya firmada tanto por la participante como por su responsable legal en los casos en que sea menor de edad, se procedió a la recolección de datos, la cual se realizó en dos etapas realizadas en la misma sesión, en la primera etapa se obtuvo los datos que componen las variables universales, entre ellas el grado de percepción de funcionalidad familiar con el cuestionario FF-SIL (anexo 2) y la segunda etapa se dirigió específicamente para evaluar la posible presencia de depresión posparto con el test de Edimburgo (anexo 3).

La información que se obtuvo se concentró en la hoja de recolección de datos (anexo 4) el cual para posteriormente se realizó la interpretación y el análisis estadístico.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Para valorar la funcionalidad familiar se utilizó el cuestionario FF-SIL, el cual es una herramienta auto-aplicable, con 14 reactivos con respuesta tipo Likert elaborado por Ortega y colaboradores en el año de 1999; evalúa siete categorías: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, roles y adaptabilidad.

Este instrumento presenta 14 situaciones que pueden ocurrir a una determinada familia, de las siete esferas que mide le corresponden dos situaciones, para cada situación existe una escala con 5 opciones de respuesta, éstas a su vez tienen una escala de puntos que son: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos).

Cada situación es respondida por el paciente mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar, al final se realizó la sumatoria de todos los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: 0 a 57 puntos se consideran familias funcionales, 43 a 56 puntos familias moderadamente funcionales, 28 a 42 puntos familias disfuncionales, 14 a 27 puntos se considera familias severamente disfuncionales.

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto. Se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones, la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen

resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad, tiene un alfa de Cronbach de 0.78; no obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. La paciente no tiene datos de depresión si obtiene <10 puntos y si obtiene un puntaje ≥ 10 existe la posibilidad de que la paciente curse con depresión posparto.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó inicialmente estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central (media, frecuencias y porcentajes) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango, mínimos y máximos) en aquellas variables numéricas en que sea factible.

Para la asociación entre variables, se infirió en resultados por medio de la Chi cuadrada de Pearson, con una significancia estadística esperada ≤ 0.05 y con un IC de 95%.

Posteriormente se hizo análisis bivariado para determinar las variables que mayormente tienen probabilidad de ocurrencia.

Para la realización de los cálculos estadísticos se tuvo apoyo del paquete estadístico SPSS V.22

IX. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación no represento riesgo para los participantes, ya que no se realizó ninguna intervención médica, que represente riesgo o modifique funciones fisiológicas, solo se realizó una entrevista, en la cual se aplicó dos instrumentos, el primero de ellos, para conocer la percepción de funcionalidad familiar y el segundo para determinar si es probable que la paciente curse con depresión posparto.

Se solicitó previamente la autorización del padre, madre o tutor, en aquellos casos en que la participante sea menor de edad. Esto con apego al Título segundo de la Ley General de Salud en materia de Investigación, que habla sobre “Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capitulo 1, donde el artículo 13 al 23 coincide para dicho estudio.

Se llevó a cabo el estudio preservando los derechos y protección para seres humanos de acuerdo a la 64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, de la Declaración de Helsinki, octubre 2013 y las disposiciones de la Ley General en materia de investigación para la Salud vigente, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF 16-01-2012).

Durante la investigación se protegió la privacidad y dignidad del sujeto de investigación, respetando los principios bioéticos que son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

X. RESULTADOS

Se entrevistó un total de 36 pacientes, las cuales se encontraban entre los 13 y 19 años, promedio de edad fue de 16.76. (Gráfico 1). La proporción de pacientes adscritas a la UMF No 9 de Puerto peñasco según su estado civil fue el siguiente: Unión libre 35.3% (n=12) soltera 47.1% (12) casadas 17.6% (n=6). (Gráfico 2)

El grado académico de las mujeres de este estudio se distribuyó como se describe a continuación: primaria 23.5% (8) secundaria 58.8% (n=21), bachillerato 17.6% (n=7) (Gráfico 3). La variable que evaluó la funcionalidad familiar de las participantes quedó distribuida de la siguiente manera: Funcional 38.1 % (n=14) Disfuncional 61.8 (n=22) (Gráfico 4)

De acuerdo al resultado por medio de la escala de Edimburgo de depresión se obtuvieron los siguientes resultados: con datos de depresión post parto 47.1% (n=17), Sin datos de depresión post parto 52.8 % (n=19). (Grafico 5)

Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrada de Pearson no se encontró asociación entre estas variables funcionalidad familiar y depresión postparto (0.624, p=0.429). IC 95% y sin significancia estadística ≤ 0.05 .

XI. DISCUSIÓN

Uno de los riesgos frente a los que las madres adolescentes están particularmente vulnerables es a la depresión posparto. Existen extensas investigaciones sobre la depresión posparto, pero los estudios en madres adolescentes son limitados y suelen realizarse en países desarrollados.

La importancia de este tema recae en que la depresión postparto puede comenzar en cualquier momento dentro del primer año después del parto, que aún se desconoce la causa, pero se atribuye que juegan un papel importante los cambios hormonales, físicos y el estrés de cuidar a un bebé.

Se debe considerar que las madres que acaban de tener un parto pueden sentirse avergonzadas o culpables por estar con los síntomas que caracterizan esta patología cuando se espera que se encuentren felices. También es posible que les preocupe ser vistas como malas madres. Cualquier mujer puede deprimirse durante el embarazo o después de tener a su bebé.

En México; la tasa de embarazos en adolescentes es muy alta y a pesar de ello no hay suficientes estudios que nos brinden la información adecuada sobre la depresión posparto sobre todo en este grupo de edad y los pocos que existen muestran una prevalencia que va de 6.6% a 24.6% en zonas urbanas y una prevalencia de 11% a 12.9% en zonas rurales, lo que contrasta con este trabajo, pues se encontró que un 47 % de las adolescentes entrevistadas presentaban depresión post parto.

No existe estudios que demuestren la etapa de la adolescencia con mayor riesgo, en nuestro estudio la mayor proporción de pacientes positivas al tamizaje se encontraban entre los 14 años respecto a las de 16 ó 17.

Se debe considerar que el estudio presente fue muy limitado y la muestra de pacientes fue pequeña, por lo cual sugerimos estudios futuros que se apliquen en una población con mayor número de participantes. Hay que tomar en cuenta además que las mujeres en las que se demostró depresión postparto, presentan un riesgo mayor de recaída por lo que es un factor muy importante a considerar en estudios próximos.

Entre otro factor que sería necesario agregar en un próximo estudio sería agregar si el embarazo que tuvo fue deseado, no deseado y si además hubo algún intento de terminar el embarazo, hubo abortos previos, si el bebe nació sano o si presenta alguna anomalía o malformación, además de si durante el embarazo hubo complicaciones o de riesgo alto.

Considerando el aumento progresivo de los trastornos depresivos, el hecho de que las pacientes oculten los síntomas, hace que sea difícil realizar el diagnóstico de la depresión posparto, por lo que es importante que los médicos de primer nivel de atención al brindar una atención integral durante la gestación vigilemos aquellas patologías.

Por lo tanto hay buscar intencionadamente esta patología que requiere del equipo multidisciplinario para un abordaje adecuado y pero sobre todo preventivo para evitar complicaciones. Es importante incorporar a la rutina de trabajo, la búsqueda activa de síntomas depresivos y de factores de riesgo para depresión pos parto, idealmente desde el periodo prenatal.

Cabe mencionar que sería necesario profundizar con estudios como el abuso sexual en la infancia y adolescencia, la violencia de pareja, el género y el apego materno para también agregar dentro de los factores de riesgo de probable depresión pos parto

XII. CONCLUSIONES

Existe escasa información respecto a los factores específicos que inciden en el diagnóstico y tratamiento de la depresión pos parto en adolescentes, por lo mismo, las investigaciones debieran orientarse en esa línea y realizar más estudios al respecto.

Un aspecto importante que debe ser valorado en las adolescentes que recientemente se acaban de convertir en madres es la esfera emocional, patologías como la depresión posparto pueden pasar desapercibidas tanto para la familia como para el equipo de salud.

Por tal motivo concluimos que a pesar que no se encontró una asociación significancia estadística significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión postparto en adolescente, se debería considerar realizar un estudio a una población mayor para así poder ayudar a nuestras pacientes en este hermoso ciclo de vida que van iniciando.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) De Castro F, Rojas-Martínez R, Villalobos-Hernández A, Allen-Leigh B, Breverman-Bronstein A, Uribe-Zúñiga P. Sexual and reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. Plos One [serial on the Internet]. (2018, Mar 19), [cited June 19, 2018]; 13(3): e0193780. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29554152>
- 2) Alicia Genolet. (2004). La experiencia del embarazo en el tránsito de la adolescencia. 2018, de Ciencia, Docencia y Tecnología. Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14502803&iCveNum=1335>
- 3) María C, Sánchez-Meneses. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. 2018, de ClinicalKey Sitio web: <http://www.sciencedirect.com.conricyt.remotexs.co/science/article/pii/S140588711630044X>
- 4) Claudia Elizabeth Orozco Galindo. Cultura de la Sexualidad en Sociedad Mexiquense (Tesis en línea). México. Instituto Superior de Estudios para la Familia. 16 de diciembre del 2009, (Consultado en: Junio 2018). Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/30732860/Cultura-de-La-Sexualidad-en-La-Sociedad-Mexiquense>.

- 5) Darío Moreno Carmona N. Familias Cambiantes, Paternidad en Crisis. Psicología desde el Caribe [Internet]. 2013 Jan [cited 2019 Feb 12];30(1):177–209. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=91508298&lang=es&site=ehost-live>
- 6) 8. Panduro Barón JG, Jiménez Castellanos PM, Pérez Molina JJ, Panduro Moore EG, Peraza Martínez D, Quezada Figueroa NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2012 Nov [cited 2019 Feb 19];80(11):694–704. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=85165967&lang=es&site=ehost-live>
- 7) 9. Teresa Orcasita L, Mosquera Gil JA, Carrillo González T. Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Informes Psicológicos [Internet]. 2018 Jul [cited 2019 Feb 19];18(2):141–68. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=132438654&lang=es&site=ehost-live>
- 8) 10. Villalobos A, Castro F de, Rojas R, Allen B. [Contraception in Mexican adolescents in upper secondary schools: use and unmet needs]. Salud Publica De Mexico [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Feb 19];59(5):566–76. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29267654&lang=es&site=ehost-live>
- 9) Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. [Effectiveness of educational interventions for the prevention of pregnancy in adolescents]. Atencion Primaria [Internet]. 2018 Jun 11 [cited 2019 Feb 19]; Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29903543&lang=es&site=ehost-live>

10) Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínosa F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe; desafíos para la próxima década. Salud Pública de México [Internet]. 2003 Jan 2 [cited 2019 Feb 19];45:S132. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=9067381&lang=es&site=ehost-live>

11) Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, Capitulo 5, Pagina 66-68. Disponible: <http://www.insp.mx/avisos/4576-resultados-ensanut-mc-2016.html>

12) Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS

13)13) Ana María Mora-Cancino. (2016). Embarazo en la adolescencia. 2018, de Medigraphic Sitio web:

14) <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>

15) García-Rueda A, Martínez-Acosta CH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Avances en Enfermería [Internet]. 2011 Jan [cited 2019 Jul 16];29(1):75–86. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=65572653&lang=es&site=ehost-live>

16) Arias-Trujillo CM, Carmona-Serna IC, Castaño-Castrillón JJ, Castro-Torres AF, Ferreira-González AN, González-Aristizábal AL. Funcionalidad Familiar Y

Embarazo, en Adolescentes Que Asisten a Controles Prenatales en Centros De Asbsasalud Ese, Manizales (Colombia), 2012. Archivos de Medicina (1657-320X) [Internet]. 2013 Jul [cited 2019 Jul 16];13(2):142–59. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=94638005&lang=es&site=ehost-live>

17) Perdomo Romero AY, Ramírez Perdomo CA, Galán González EF. Asociación de la funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes en Neiva. Avances en Enfermería [Internet]. 2015 Jan [cited 2019 Jul 16];33(1):94–103. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=111323386&lang=es&site=ehost-live>

18) Cogollo Milanés Z, Romero Brieva Y, Morales García M, Vanegas Nuñez J, López Escobar V, Guazo Meza D. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2015 May [cited 2019 Jul 16]; 31(2):234–44. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=110800086&lang=es&site=ehost-live>

19) Vega-Dienstmaier JM. Depresión postparto en el Perú. Revista Médica Herediana [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Jul 16]; 29(4):207–10. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=134047034&lang=es&site=ehost-live>

20) Asunción Lara M, Berenzon S, Juárez García F, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Ameth Villatoro Velázquez J, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2012 Feb [cited 2019 Jul 16];

31(2):102–8.

Available

from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=85379578&lang=es&site=ehost-live>

XIV. ANEXOS Y GRÁFICAS

1. Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación
2. Cuestionario FF-sil
3. Cuestionario Edimburgo
4. Hoja de recolección de datos
5. Hoja para el concentrado de datos
6. Tablas y gráficos

ANEXO 1. CARTA DE NO INCONVENIENTE DE LA UNIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 Seguridad y Solidaridad Social
 Delegación Estatal Sonora
 Unidad de Medicina Familiar No 9 Puerto Peñasco, Sonora
 Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud



Puerto Peñasco, Sonora 2019

Dra. Teresita de Jesus Delgado Arellano
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No 9
Puerto Peñasco, Sonora

P R E S E N T E

La que suscribe Dra. Zoribel María González García, con Matrícula 98272423 categoría Médico General adscrito a esta unidad, solicito su autorización de **NO INCONVENIENTE** para realizar el trabajo de investigación **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 9 DE PUERTO PEÑASCO, SONORA"** mediante la aplicación del Cuestionario FF-SIL para medir la percepción de funcionalidad familiar y el test de Edimburgo que ayuda a diagnosticar depresión posparto, ambos instrumentos validados para población adolescente y que se aplicará a mujeres entre 10 y 19 años que recientemente dieron a luz y que estén adscritas a esta unidad que se encuentra a su digno cargo, Acción En caso de ser autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS).

Sin más por el momento, agradezco la atención que brinde a esta solicitud.

Atentamente


 Dra. Zoribel María González García
 Matrícula 98272423

Autoriza


 Dra. Teresita de Jesus Delgado Arellano
 Directora de la Unidad

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>	
---	---	--

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION (NIÑOS, ADOLESCENTES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)	
Nombre del estudio:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 9 DE PUERTO PEÑASCO, SONORA
Patrocinador externo (si aplica)*:	
Lugar y fecha:	Puerto Peñasco Sonora, México 2019
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio tiene como objetivo asociar el nivel de funcionalidad familiar con la aparición de depresión en las adolescentes que recientemente tuvieron un bebe.
Procedimientos:	Aplicación de dos cuestionarios, el primero de ellos para conocer el grado de funcionalidad familiar y el segundo para detectar si la participante puede cursar con depresión posparto.
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo ya que solo es una breve entrevista y la aplicación de dos cuestionarios
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la atención que se le brinda a la población adolescente sobre todo si acaban de dar a luz
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado que los resultados serán difundidos de manera confidencial para programar estrategias de mejora en la atención al adolescente.
Participación o retiro:	En este proyecto se respeta el principio de autonomía, por lo que en caso de que alguna participante desee abandonar el proyecto, lo podrá hacer sin ningún problema.
Privacidad y confidencialidad:	Será un estudio totalmente confidencial
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros,
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Zoribel María González García Teléfono (638) 105 8941
Colaboradores:	Dr. Hugo Velázquez Farías Teléfono (662) 124 0213
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° 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: comité.eticainv@imss.gob.mx</p> <p>Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx</p>	
<hr/> Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal	<hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2. CUESTIONARIO FF-SIL

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

ANEXO 3. CUESTIONARIO EDIMBURGO

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

S	<
i	
n	1
	0
d	
a	p

t	u
o	n
s	t
d	s
e	
D	
P	
P	
P	≥
r	1
o	0
b	
a	p
b	u
l	n
e	t
D	o
P	s
P	

ANEXO 4. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO: _____

NOMBRE: _____

NSS: _____

TELÉFONO: _____

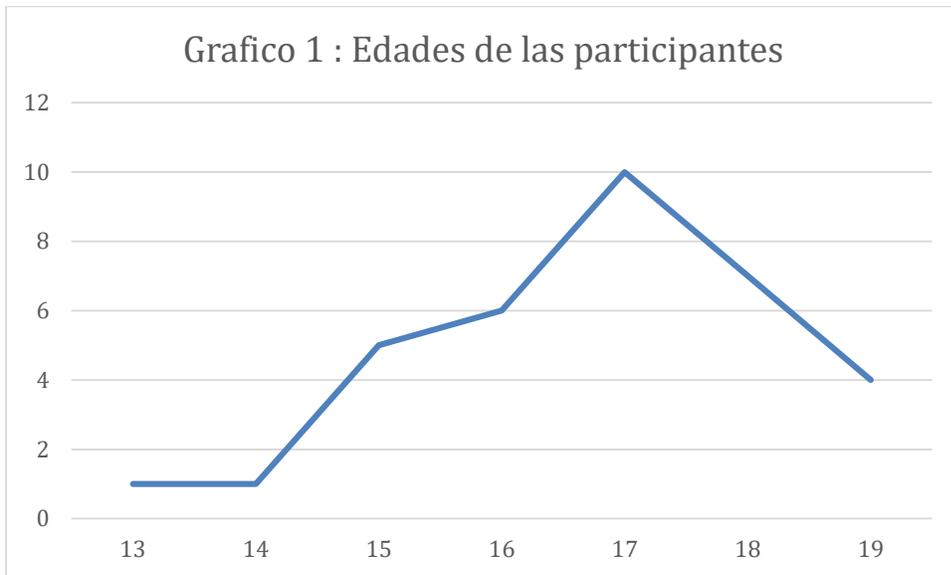
PREGUNTA	RESPUESTA	OPCIONES
----------	-----------	----------

Edad		
Estado civil	Opción ()	1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Divorciada 5. viuda
Grado escolar	Opción ()	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad
Grado de Funcionalidad Familiar	Opción ()	1. Funcional y M. funcional 2. Disfuncional y S. disfuncional
Datos de depresión posparto	Opción ()	1. Sin datos que sugieran DPP 2. Con datos que sugieren DPP

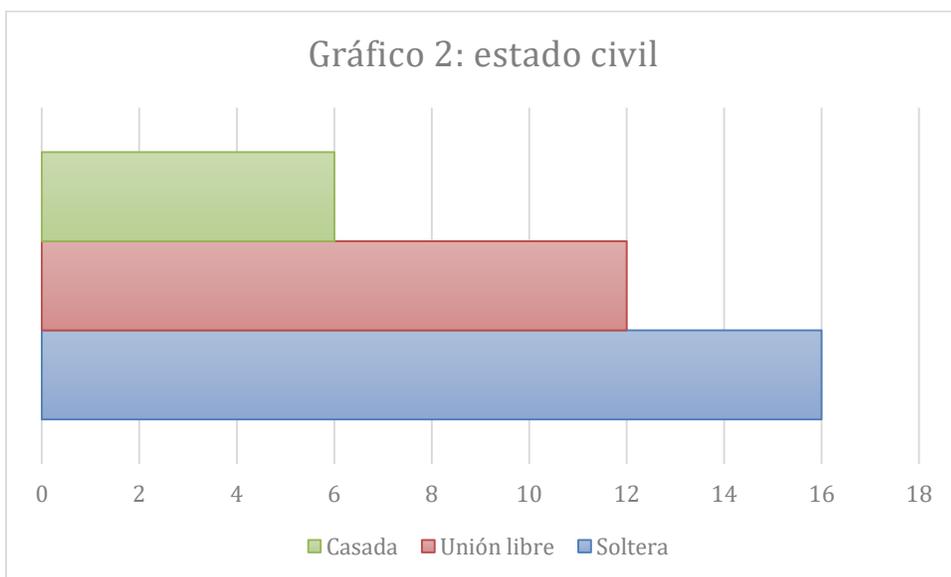
ANEXO 5. HOJA PARA EL CONCENTRADO DE DATOS

Edad	Estado civil	Grado escolar	Grado de funcionalidad familiar	Datos de depresión posparto

6. Tablas y gráficos



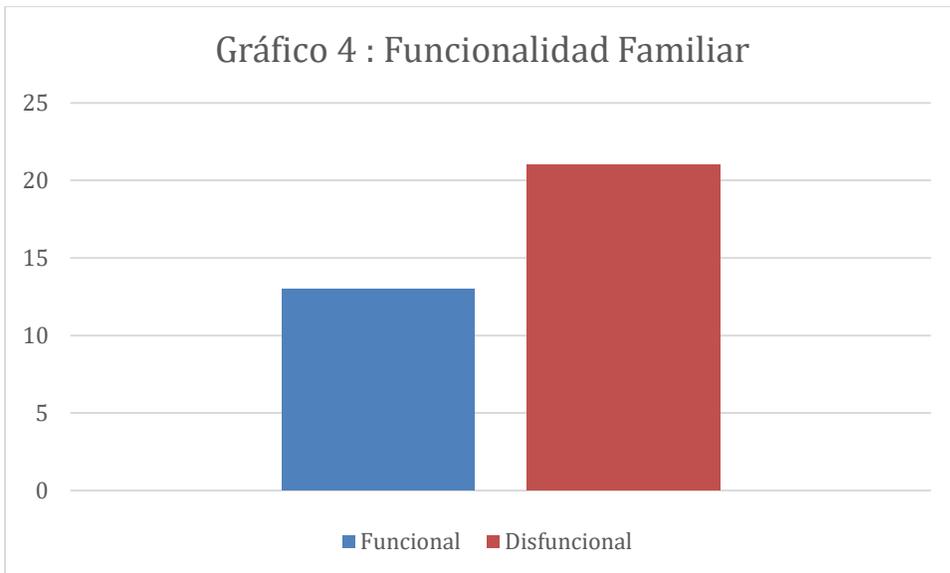
Fuente: Base de datos 2021



Fuente: Base de datos 2021

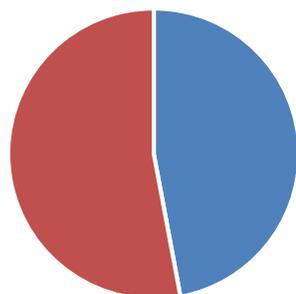


Fuente: Base de datos 2021



Fuente: Base de datos 2021

Grafico 5: Depresion post parto



■ Con datos DPP ■ Sin datos DPP

Fuente: Base de datos 2021