



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA FAMILIAR

***DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR
DRA. SARA HERNÁNDEZ PALMA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA DE TESIS
DRA. MARÍA ELOISA DICKINSON BANNACK

2009



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.

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

DRA. SARA HERNÁNDEZ PALMA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARIA ELOISA DICKINSON BANNACK



Profesor Asociado CTC
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

**DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

DRA. SARA HERNÁNDEZ PALMA

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"
Secretaría de Salud del Distrito Federal

DR. IGNACIO ARTEAGA ROSAS



Director del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"
Secretaría de Salud del Distrito Federal

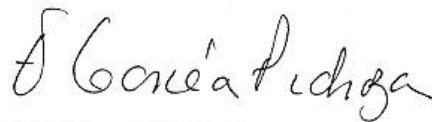
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

DRA. SARA HERNÁNDEZ PALMA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
Coordinador de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por el amor, tiempo y enseñanzas recibidas...

A Raúl por la ayuda recibida, el afecto y paciencia dados en este tiempo...

A mis compañeros de Medicina Familiar, que ha sido una experiencia inolvidable, el compartir con ellos, tiempo, enseñanza y amistad...

Y principalmente a Dios por haberme dado la oportunidad de estar aquí, obteniendo estos logros en mi vida...

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Consuelo González Salinas por la enseñanza y aprendizaje durante estos tres años de la especialidad en Medicina Familiar...

A la Dra. María Eloisa Dickinson Bannack por la asesoría, paciencia y tiempo para la realización de esta tesis...

A todos los profesores de los cuales recibí conocimientos en cada uno de los hospitales de rotación durante estos tres años...

Y a todos aquellos a quien tuve la oportunidad de conocer en este largo caminar y que fueron parte de este logro...

CONTENIDO ÍNDICE

	PÁGINA
1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Concepto de depresión y epidemiología.....	1
1.2 Factores de riesgo.....	1
1.3 Características fisiopatológicas de la depresión.....	2
1.4 Manifestaciones clínicas.....	3
1.5 Clasificación.....	4
1.6 Escalas de evaluación objetiva para la depresión.....	4
1.7 Adolescencia y su epidemiología en México.....	7
1.7.1 Etapas del desarrollo y crecimiento.....	8
1.7.2 Maduración sexual y crecimiento durante la pubertad.....	9
1.8 Embarazo.....	9
1.8.1 Embarazo en adolescentes.....	10
1.8.2 Depresión en adolescentes embarazadas.....	11
1.8.3 Tratamiento.....	13
1.9 Factores familiares y redes de apoyo.....	15
1.10 Planteamiento del problema.....	17
1.11 Justificación.....	19
1.12 Objetivos.....	21
1.12.1 Objetivo general.....	21
1.12.2 Objetivos específicos.....	21
1.13 Hipótesis.....	22
2. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1 Tipo de estudio.....	23
2.2 Diseño de investigación en estudio.....	23
2.3 Población, lugar y tiempo.....	24
2.4 Muestra.....	24
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	24
2.6 Variables tipo y escala de medición.....	25
2.6.1 Definición conceptual y operativa de variables.....	26
2.7 Instrumento de recolección de datos.....	27
2.8 Método de recolección de datos.....	27
2.9 Prueba piloto.....	28
2.10 Procesamiento estadístico.....	28
2.11 Diseño y construcción de base de datos.....	28
2.11.1 Análisis estadístico.....	28
2.12 Cronograma de actividades.....	29
2.13 Recursos humanos.....	29
2.13.1 Recursos materiales.....	29
2.13.2 Recursos físicos.....	29
2.13.3 Financiamiento del estudio.....	29
2.14 Consideraciones éticas.....	30
3. RESULTADOS.....	31
4. DISCUSIÓN.....	33
5. CONCLUSIONES.....	35
6. REFERENCIAS.....	37
7. ANEXOS.....	40
7.1 ANEXO A.....	40
7.2 ANEXO B.....	46

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

RESUMEN

Introducción: El término depresión se aplica a diversos trastornos del afecto que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos. Los pacientes con estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimiento de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y pensamiento de muerte o suicidio. La depresión en la adolescencia se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad, en el que se expresa tristeza, anhedonia y falta de capacidad de respuesta; destaca una conducta inadecuada e inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo. La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica", fija sus límites entre los 10 y 19 años.

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. En México el tema del embarazo en adolescentes se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población. La maternidad temprana de nuestro país responde a un contexto económico, social y cultural. Entre los factores de riesgo de depresión en el embarazo se encuentran historia previa de depresión, separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social y baja escolaridad.

Objetivos: Determinar la frecuencia de depresión en las adolescentes embarazadas y su asociación con algunos factores sociodemográficos.

Material y Métodos: El diseño del estudio realizado fue observacional, transversal, descriptivo. El tamaño de muestra fue de 82 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" obtenido en el período comprendido del 1° de julio del 2008 al 31 de enero del 2009. Se aplicó una entrevista estructurada para conocer algunos datos sociodemográficos, además de la escala de depresión perinatal de Edinburg para conocer la frecuencia de adolescentes embarazadas con depresión.

Resultados: Se recabaron 82 encuestas, de las cuales el promedio de edad fue de 17.45 años. La edad de inicio de vida sexual fue en promedio de 16.01. De acuerdo a la escala de depresión perinatal de Edinburg el 49% se encontró con depresión, de estas el 5% cursaba el 1er. trimestre de embarazo, 67.5% el 2° trimestre y 27.5% el 3er. trimestre. Se identificó que el 90% de las adolescentes deseaban el embarazo y el 70% no lo planeó. El nivel de escolaridad se encontró asociado a la depresión con un análisis $RM=5.16$ $IC=1.96-13.88$ y $p=0.0004$. Así como una asociación entre las adolescentes embarazadas con depresión y el rechazo una RM de 4.68, IC de 1.46-15.6 y $p= 0.006$, en las embarazadas que no tenían a quién recurrir con una RM de 11.9, IC de 1.40-2.64 con $p= 0.005$ y el vivir sin pareja durante el embarazo con depresión una $RM=6.33$, $IC 1.7-25$ y $p=0.003$.

Conclusiones: Existen un considerable número de embarazos en este grupo de edad, se aprecia que factores sociodemográficos y familiares intervienen en la presencia de la depresión, indudablemente desde el nivel educacional, el apoyo familiar, la integración de la familia, el apoyo de la pareja o esposo. Se observó que la escolaridad, estado civil, el sentir rechazo, y además el no tener a quien recurrir en el momento del embarazo se asociaba con la depresión. Es primordial conocer la existencia de la depresión en este grupo de edad, para lograr intervenir oportunamente, ya que factores como los antes mencionados pueden contribuir a la presencia de la depresión en este tipo de población.

Palabras clave: Embarazo, adolescentes, depresión, factores familiares, sociales, culturales.

**DEPRESSION IN PREGNANT ADOLESCENTS ATTENDING TO THE HEALTH CENTER
"DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"**

ABSTRACT

Introduction: The term depression covers various mood disorders as conditions that are unique or accompanying other disease states. Patients with depressed mood are loss of energy and interest, guilt, difficulty concentrating, loss of appetite and thoughts of death or suicide. Depression in adolescence is manifested as a generalized state of unhappiness, which expresses sadness, anhedonia, and lack of responsiveness; highlights inappropriate behavior and immaturity to overcome the grief at the loss of children by adopting a hostile towards their parents or to themselves. The World Health Organization defines adolescence as the period of life in which the individual acquires the ability to reproduce, passing the psychological patterns of childhood to adulthood and independence consolidates socio - economic and sets its limits between 10 and 19 years.

Objectives: To determine the frequency of depression in pregnant adolescents and their association with sociodemographic factors.

Material and Methods: The design of this study was observational, transversal, descriptive. The sample size was 82 pregnant adolescents who attended the Health Center Dr. Jose Castro Villagrana "obtained in the period from 1 July 2008 to January 31 2009. A structured interview was applied to find some socio-demographic data, plus the scale of Edinburgh for perinatal depression, the frequency of pregnant adolescents with depression.

Results: 82 surveys were collected, of which the average age was 17.45 years. The age of onset of sexual activity averaged 16.01. According to the scale of perinatal depression in Edinburgh was 49% with depression, 5% of those enrolled on the 1st. trimester, 67.5% in the 2nd quarter and 27.5% in the 3rd. quarter. We identified that 90% of teenagers wanted pregnancy and 70% did not planned it. The educational level was associated with a depression OR = 5.16, CI = 1.96-13.88 p = 0.0004. As an association between pregnant adolescents with depression and rejection OR 4.68, CI 1.46-15.6 p = 0.006, in pregnant women who had no where to turn with an OR 11.9, CI 1.40-2.64 p = 0.005 and living without a partner during pregnancy depression with an OR = 6.33, CI 1.7-25 p = 0.003.

Conclusions: There are a considerable number of pregnancies in this age group, shows that sociodemographic factors and family involved in the presence of depression, certainly since the educational level, family support, the integration of the family, the support of the partner or husband. It was noted that education, marital status, to feel rejection, and not having to turn to at the time of pregnancy was associated with depression. It is vital to know the existence of depression in this age group to ensure timely intervention, because the factors mentioned above can contribute to the presence of depression in this population.

Keywords: Pregnancy, adolescents, depression, family factors, social, cultural.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué características tiene la depresión en la población de adolescentes embarazadas que acudieron a demandar atención prenatal en el centro de salud en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”?

1. MARCO TEÓRICO

1.1 CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA

La importancia de la depresión en la patología humana no ha sido aún suficientemente reconocida, no obstante que es una de las condiciones que más frecuentemente se presentan en la clínica y posiblemente la fuente más importante del sufrimiento humano. El término depresión se aplica a diversos trastornos del afecto que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos.¹

La depresión se ha definido como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional, la afección ocurre entonces en la esfera psíquica, somática y conductual y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se puede presentar datos principalmente de abatimiento del humor, aflicción, pesimismo o desesperanza.^{2,3}

Los pacientes con estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimiento de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y pensamiento de muerte o suicidio. Otros signos de los trastornos del estado de ánimo consisten en cambios en el nivel de actividad, las funciones cognitivas, el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos). La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos del estado de ánimo oscila entre el 2 y el 25%.²

Estudios epidemiológicos en México han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población general. Existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor del 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%).³

1.2 FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTAR DEPRESIÓN

Los factores de riesgo para que se presente la depresión son referidos a la edad, sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, expectativas de vida, realización de metas a largo plazo, religión, ocupación, problemática familiar, violencia, maltrato o adicciones y en otros casos las causas de la depresión son explicadas con cambios orgánicos, hormonales (noradrenalina y serotonina, aunado a modificaciones como ocurre por ejemplo con los estrógenos y la hormona luteinizante), así como de tipo genético.^{1,3,5,6,7}

1.3 CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

En el área bioquímica se describe que está relacionada con la producción y utilización de aminas biogénicas que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central: Catecolamina (norepinefrina y dopamina) e indolamina (serotonina).¹

La depresión mayor a pesar de la variabilidad sintomática, presenta una causa subyacente común, en concordancia con estas hipótesis las deficiencias de serotonina, norepinefrina, dopamina, GABA y neurotransmisores peptídicos o factores tróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro, la somatostatina y las hormonas tiroideas se ha propuesto que contribuyen a la depresión, posteriormente una sobre actividad de otros sistemas de neurotransmisores que afectan la acetilcolina, el factor liberador de corticotropina y la sustancia P parecen estar implicadas en la depresión aunque no se han detectado anomalías genéticas en el control de los neurotransmisores o la síntesis hormonal. Tanto los desordenes depresivos y bipolares presentan patrones de herencia, lo que aún no es claro es como la predisposición genética, interactúa con los eventos adversos de la vida para alterar el desarrollo cerebral y conducir a una depresión mayor, existe una hipótesis de que los genes y el estrés alteran el tamaño neuronal y la extensión de los axones, la producción de nuevas neuronas y la reparación neural en la depresión mayor. La elevación de niveles de cortisol la cual caracteriza algunos estados de ánimo depresivos, moderados a severos parece estar asociado con una reducción en el volumen del hipocampo este proceso ha sido asociado a una pérdida de neuronas similar a la mediada por corticosteroides en modelos animales y se sugiere por imagen de resonancia magnética que se han reportado niveles bajos de N-acetil aspartato como un marcador neuronal.⁸

Actualmente existe un gran número de evidencias que sustentan la importancia de las monoaminas en el trastorno depresivo. Un incremento agudo en la cantidad de monoaminas en las sinapsis parece inducir la desensibilización de los autorreceptores y heteroreceptores localizados en ciertas regiones del cerebro, lo que puede deberse a la alta actividad monoaminérgica central que coincide con la aparición de la respuesta terapéutica en el paciente deprimido. Se ha encontrado que la densidad de los receptores 5-HT_{2A} aumentan en los pacientes deprimidos.⁹

La depresión mayor en respuesta a una situación estresante ha sido reportada entre pacientes que presentan una variante en la región proximal 5' del gen que codifica la proteína transportadora de serotonina y el cual es el objetivo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, esta variante modifica un promotor ligado a un gen y se asocia con una transcripción deficiente del mismo lo que conduce a menores copias del RNA mensajero que codifica la proteína transportadora de serotonina, esta baja expresión puede estar asociada con una hiperrespuesta de la amígdala en niños que enfrentan situaciones de temor por recuerdos dolorosos lo que conduce a una sensibilidad durante la edad adulta. Los estudios de imagen en el cerebro han identificado numerosas regiones alteradas

o actividad durante la depresión mayor lo que sugiere una alteración en el circuito neuronal y en estructuras como la corteza del cíngulo, la corteza prefrontal, dorso lateral, ventral y medial, la ínsula, el cuerpo estriado ventral, el hipocampo, el tálamo medial, la amígdala y el tallo cerebral, estas áreas regulan las emociones, las conductas que responden al estrés, el sueño, la capacidad cognitiva, los cuales se afectan en las alteraciones del estado de ánimo. Estudios con la tomografía de emisión de positrones indican un descenso en los transportadores de serotonina así como una fijación alterada post-sináptica en el receptor de serotonina en estas mismas regiones.⁸

1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca la esfera psíquica, somática y conductual. Se trata de un trastorno global.¹

El núcleo de la depresión lo constituye:^{1,2,3}

a) La esfera afectiva:

- El abatimiento del humor.
- La aflicción.
- El pesimismo.
- La desesperanza.
- La inhibición de las motivaciones.
- La pérdida del apetito e intereses.
- La angustia o la agitación.

b) En la esfera cognitiva:

- La fijación de la atención de la vivencia dolorosa.
- La transformación negativa de la imagen de uno mismo.
- La tendencia exagerada a la autocrítica.
- La auto devaluación.

Es frecuente que el enfermo experimenta una agudización notoria del abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche.

c) En la esfera somática:

- La pérdida del apetito.
- Pérdida de peso.
- Perturbación del sueño; el enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas.

Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas contemplan el cuadro en la esfera somática, fobias, obsesiones, síntomas conversivos, astenia e hipocondriasis, son comunes y en las formas más severas, como son las psicosis

depresivas, hay alucinaciones o delirios, cuyo contenido pesimista esta siempre en relación con el humor. Como consecuencia de la percepción pesimista que tienen de sí mismo, del mundo y de sus intentos de superar la aflicción, la vida de las personas deprimidas se altera profundamente en la esfera familiar, ocupacional y social.¹

1.5 CLASIFICACIÓN

El DSMIV lo clasifica en trastornos del estado de ánimo, la describe en:

- 1.-Los episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco.
- 2.-Los trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I.
- 3.-Incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

El episodio depresivo mayor consiste en un periodo de al menos 2 semanas en las que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades.^{2,3,10}

1.6 ESCALAS DE EVALUACIÓN OBJETIVA PARA LA DEPRESIÓN

LA MEDICIÓN POR MEDIO DE ESCALAS

A veces la condición que se quiere medir no se puede delimitar de manera precisa, o no puede establecerse para ella una medida simple: este caso es frecuente cuando el fenómeno de interés es muy complejo y presenta características en diferentes niveles, tal y como ocurre usualmente en fenómenos psicológicos o sociales, donde muchos de los diagnósticos o definiciones que usualmente se manejan corresponden a categorías más bien inespecíficas. Un ejemplo que permite ilustrar esta situación es el síndrome depresivo: asumiendo que este realmente existe, debemos reconocer que no es posible desarrollar un instrumento que lo mida con precisión ya que el síndrome mismo está imprecisamente definido. Esto equivale a decir que no existe un verdadero patrón de oro para su determinación, y que más bien este podría ser construido en función de la elaboración conceptual que haga, para cada condición en particular, un grupo de expertos en un marco cultural específico.^{11,13}

Se sabe que no en todos los pacientes deprimidos hay tristeza pues en algunos hay anhedonia (incapacidad para experimentar placer), que algunos pacientes presentan anorexia mientras que otros tienen hiperfagia, que no todos los pacientes tienen ideas de culpa, o que algunos pacientes están motoramente inhibidos mientras que otros están agitados, por citar solo algunas características

del trastorno. Esto implica que la realidad que estamos tratando de evaluar no puede ser medida ni observada directamente. Para efectuar la medición en estos casos se recurre a una estrategia que es agrupar las características de la entidad en categorías un poco más gruesas, que siempre están presentes. En el ejemplo anterior podríamos clasificar el síndrome depresivo en las siguientes categorías:

- a. Alteraciones del estado de ánimo.
- b. Alteraciones de la conducta motora.
- c. Alteraciones de funciones autónomas.
- d. Alteraciones del pensamiento y de la función cognoscitiva.

De esta manera, así el paciente esté triste o anhedónico tendrá alteraciones del estado de ánimo; independientemente de si está hipoquinético o agitado, tendrá alteraciones en la conducta motora; lo mismo sucedería en las otras categorías en las cuales se ha descompuesto el síndrome. El anterior procedimiento es lo que se conoce como desarrollo de una estructura de dominios o factores.^{1,2,11}

Los síntomas depresivos medidos a través de diversas escalas (escala de depresión posnatal de Edimburgo, inventario de depresión de Beck, escala de tamizaje de depresión posparto y escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos) tienen una alta especificidad en cuanto al diagnóstico de depresión mayor en mujeres embarazadas, aunque tienden a sobrestimarlo, de igual manera que como se observa en la población de no embarazadas. No obstante la sintomatología depresiva que miden estas escalas tiene un significado clínico evidente cuando se considera el grado de peso de enfermedad que representa y los problemas de salud con los que se asocia, tanto en la población general, como en el sistema de salud.^{2,3,11,12}

Las escalas que evalúan de forma objetiva la depresión pueden ser muy útiles en la práctica clínica para determinar el grado de depresión del paciente.^{2,3}

Escala de Zung

La escala de Zung se sigue utilizando como un instrumento de tamizaje o diagnóstico en diferentes poblaciones con relativa validez y confiabilidad.^{3,13}

La escala para la depresión de Zung contiene 20 apartados. La puntuación normal es de 34 puntos o menos. Se considera que la puntuación de un paciente deprimido es de 50 o más. La escala proporciona un índice global de la intensidad de los síntomas del paciente, e incluye la expresión afectiva de la depresión.²

Los criterios para episodio depresivo mayor (EDM) han cambiado desde la introducción de la escala de Zung para depresión (EZ-D); sin embargo, su uso continúa como instrumento de tamizaje.^{2,13}

Se encontró que 10 de las 20 preguntas de la versión original de EZ-D tamizaban con igual certidumbre a los pacientes que la versión completa. Para la versión original, el alfa de Cronbach fue 0.875, la sensibilidad 0.96, la especificidad 0.71, la kappa 0.441 y el área bajo de la curva ROC 0.86 para un punto de corte de 53. Dos factores principales explicaban cerca de 38% de la varianza. Para la versión abreviada de la escala de Zung, el alfa de Cronbach fue 0.845, la sensibilidad 0.92, la especificidad 0.71, la kappa 0.383 y el área bajo de la curva ROC 0.84 para el punto de corte de 22. Un factor principal que daba cuenta de aproximadamente 40% de la varianza. La EZ-D de 20 preguntas es un instrumento válido en la identificación de EDM lo mismo que la versión abreviada de 10 preguntas.¹³

Escala de Raskin

La escala para la depresión de Raskin es una escala puntuable por el clínico que mide la gravedad de la depresión del paciente por medio de sus respuestas y las observaciones del entrevistador, que se valoran en una escala de 5 puntos en 3 dimensiones: información verbal, conducta mostrada y síntomas secundarios. La escala con una puntuación de 7 o más es la de un paciente con depresión.²

Escala de Hamilton

La escala de Hamilton para depresión (HAM-D), se utiliza ampliamente en el contexto clínico. Contiene 24 apartados, cada uno de los cuales puntúa de 0-4 o de 0-2 con una puntuación total que va de 0-76. El clínico evalúa las respuestas del paciente a preguntas sobre sentimientos de culpa, suicidio, alteraciones del sueño, y otros síntomas de depresión y las puntuaciones se derivan de la entrevista clínica.^{2,3}

Escala de Edimburgo

Varias escalas se usan para identificar trastornos depresivos durante la gestación. Sin embargo, la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D, por sus siglas en inglés) y la escala de Edimburgo para depresión posparto (EPDS, por sus siglas en inglés) son las más conocidas y usadas con este propósito. Es importante tener presente que la escala de Edimburgo para depresión posparto se diseñó para cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente en el posparto. Se excluyeron sistemáticamente algunos síntomas físicos relacionados con un episodio depresivo que pueden estar presentes durante el embarazo y considerarse como propios de la gestación. No obstante, se utiliza igualmente en la detección de estos síntomas durante la gestación.¹⁴

Existen diferentes instrumentos para la pesquisa de depresión, la escala de depresión posnatal o prenatal de Edimburgo (EPDS), es un instrumento de autorreporte de 10 puntos, con cuatro opciones de respuesta cada uno que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba el puntaje varía de 0 a 30 puntos, ha sido validada en múltiples países, y posee una sensibilidad cercana al 100 % y una especificidad de 82 %.¹⁵

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.^{15,16} Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Tienen una sensibilidad de 0.74 y especificidad de 0.83 para un puntaje mayor o igual a 14. Confiabilidad mediante alfa de Cronbach 0.8454.¹⁶

1.7 ADOLESCENCIA Y SU EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.^{4,6,17} Los jóvenes comprenden las edades de 10 a 24 años. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo. El término adolescente en el contexto social es interpretado de forma diferente por las diversas sociedades.¹⁷

De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescentes.¹⁶ En cuanto a la proporción de adolescentes de la población hay poca variación de 1950 a la fecha; para este año los adolescentes representaban 22.23% de la población total; en 1980 fue de 25%, y para el año 2000, 21.26%. Sin embargo, el incremento en números absolutos ha sido de casi 250%.¹⁸ La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años.¹⁷

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, la edad promedio de inicio de vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8 y para el área urbana 16.7. Existe una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. Como resultado de estas prácticas, ocurren más de 25 000 embarazos anuales en madres menores de 19 años de edad, que terminan en aborto y constituyen cerca de 10% del total de los embarazos.¹⁸

Los jóvenes residen principalmente en hogares familiares (98.9%), principalmente de tipo nuclear (61.4%) o extenso (35.3%).¹⁹

Las características de las etapas por las que cursa un adolescente son las siguientes:

1.7.1 ETAPAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO²⁰

ETAPA	INDEPENDENCIA	IDENTIDAD	IMAGEN
ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-13 AÑOS)	Menor interés en los padres. Intensa amistad con adolescentes del mismo sexo, ponen a prueba la autoridad. Necesidad de privacidad.	Aumentan actividades cognoscitivas y el mundo de fantasías. Estado de Turbulencia. Falta de control de los impulsos, metas vocacionales irreales.	Preocupación por los cambios puberales e incertidumbre acerca de su apariencia
ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 AÑOS)	Período de máxima interrelación con los pares y el conflicto con los padres, aumento de la experimentación sexual.	Conformidad con los valores de los pares, sentimiento de vulnerabilidad, conductas omnipotentes generadoras de riesgos.	Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda.
ADOLESCENCIA TARDIA (17-19 AÑOS)	Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores, las relaciones íntimas son prioritarias, el grupo de pares se torna menos importante.	Desarrollo de un sistema de valores. Metas vocacionales reales. Identidad personal y social con capacidad de intimar	Aceptación de la imagen corporal

Tomado de el "Manual de Medicina de la adolescencia".²⁰

1.7.2 MADURACIÓN SEXUAL Y CRECIMIENTO DURANTE LA PUBERTAD

La pubertad se relaciona con múltiples cambios fisiológicos, entre ellos el desarrollo de las características sexuales secundarias, como las mamas, vello púbico, vello axilar, la aceleración del crecimiento lineal, crecimiento óseo, y los cambios en la composición del cuerpo. En mujeres adolescentes normales, las manifestaciones externas de la pubertad se observan regularmente entre los 8.5 y 13 años de edad con una edad promedio de 11 años y una desviación estándar de aproximadamente un año para la edad en la cual alcanza por lo general la edad puberal. La fisiología de la reproducción depende de la interacción del complejo sistema hipotálamo-hipófisis-ovario. El proceso de la oogenesis, puesto en marcha por la secreción de la gonadotropinas hipofisarias FSH y LH, depende de la liberación pulsátil de hormona liberadora de gonadotropinas (Gn-RH) en el hipotálamo. La pubertad, período del desarrollo durante la cual la persona alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse, se encuentra bajo estricto control neuroendocrino y de manera específica se basa en el hipotálamo para incrementar la secreción pulsátil de Gn-RH. La pubertad se reconoce con cambios neuroendocrinos profundos, entre ellos, incremento en los pulsos de secreción de Gn-RH y gonadotropina, cambios en la producción de esteroide ovárico y suprarrenal, maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y los cambios subsecuentes, como el desarrollo de las características sexuales secundarias.²¹

1.8 EMBARAZO

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación, termina con el parto y el nacimiento del producto a término.²²

El embarazo se divide en trimestres ya que en cada uno de estos períodos se agrupan determinados problemas obstétricos importantes.²³

Los cambios biológicos durante el embarazo pueden presentar un efecto directo sobre los estados de ánimo, las concentraciones específicas de esteroides sexuales femeninos que se elevan durante la gestación modifican partes del cerebro que se involucran en la regulación del estado de ánimo, también hay aumentos graduales dentro del sistema del cortisol y el eje hipotálamo, hipófisis y suprarrenales, cuya sobre actividad se ha encontrado en personas con depresión.²⁴

1.8.1 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en adolescentes constituye un problema desde el punto de vista médico y social. Los factores contribuyentes son múltiples y las soluciones a los mismos no parecen ser fáciles de resolver a corto plazo. Por lo anterior, el seguimiento de la gestación debe contemplar no sólo la asistencia obstétrica como tal, sino adoptar un enfoque integral que atienda además, las necesidades psicosociales de la embarazada y su familia. Se han mencionado ciertas condiciones riesgosas que pueden considerarse contribuyentes al embarazo en adolescentes como son en nuestra época, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, la poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna, el abandono de la escuela, la menarquia precoz, baja autoestima, con la consiguiente carencia de proyectos de vida, el poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos, familias disfuncionales, madre o hermana embarazadas en la adolescencia, padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral, amigas que han iniciado vida sexual.²⁵

En México el tema del embarazo en adolescentes se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población. La maternidad temprana de nuestro país responde a un contexto económico, social y cultural. El 14% del total de nacimientos corresponde a las mujeres de 15 a 19 años (INEGI 1997), existe evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, así como una mayor mortalidad materno-infantil.²⁶

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad.¹⁷

El embarazo en las adolescentes es aún preocupante, no sólo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y de su descendencia, sino también porque las pautas de procreación en la adolescente pueden limitar las oportunidades de su desarrollo personal.¹⁸

Se hace referencia a que el embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia. Las consecuencias del embarazo en adolescentes abarcan aspectos físicos, maternos y psicosociales que interfieren con la madurez, aceptación social y familiar de la madre y su hijo. Según cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, el embarazo en la adolescencia representa poco más de 10 % de todos los nacimientos en el mundo.²⁷

En un estudio se encontró que el embarazo con período intergenésico corto es muy común en las madres adolescentes, en un estudio de metaanálisis reciente se reportó que el 19% de estas pacientes presentaron un embarazo

subsecuente dentro de un periodo de 12 meses y un 38 % dentro de 24 meses, las tasas más elevadas se encuentran en las adolescentes afroamericanas jóvenes y de nivel socioeconómico bajo. La depresión con un nuevo embarazo subsecuente tiene consecuencias negativas para las madres adolescentes, porque la depresión se asocia con conflictos interpersonales, riesgo de abuso infantil, descuido, efectos adversos del desarrollo intelectual y del funcionamiento psicosocial. En el anterior estudio provee la evidencia que la depresión puede ser un factor de riesgo independiente e importante para un embarazo subsecuente, en las madres adolescentes de raza negra. El riesgo de presentar un embarazo nuevamente es de 40% más en aquellas adolescentes con síntomas depresivos. La depresión se asocia con una falta de apego terapéutico para padecimientos crónicos y los niveles altos de síntomas depresivos, predicen un reducido uso de preservativos o de control prenatal, en este estudio los síntomas depresivos se asociaron con un menor uso del preservativo y con un aumento de los embarazos subsecuentes, la investigación sugiere que los factores que se reconocen como comunes en la depresión adolescente tales como un concepto negativo de sí mismo, pérdida del interés, alteraciones cognitivas y pérdida del control contribuye a un empeoramiento en la toma de decisiones en cuanto a salud reproductiva, además la relación de las madres adolescentes y el padre de los niños es notablemente frágil.²⁸

La exposición a la violencia domestica aumenta el riesgo de depresión prenatal, pero efectos similares se han observado en mujeres que viven en la pobreza en Europa y América. Mujeres con escasas redes de apoyo, con embarazos no planeados, madres solteras o adolescentes son más vulnerables a presentar depresión durante el embarazo.²⁴

En un estudio de 1734 pacientes embarazadas en el norte de Suecia se encontró una prevalencia de alteraciones psiquiátricas en un 14.1% la depresión mayor tenía una prevalencia de un 3.3% y la depresión menor en un 6.9%. En este país las mujeres tienen un acceso gratuito al control prenatal y el 100% de ellas acude a sus consultas para la identificación de riesgo y detección de enfermedades somáticas, sin embargo se da menor atención a las alteraciones mentales.²⁹

1.8.2 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La depresión en la adolescencia se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad, en el que se expresa tristeza, anhedonia y falta de capacidad de respuesta; destaca una conducta inadecuada e inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo.⁴

La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas, y en ocasiones aún más que en el posparto. Estudios sobre prevalencia por medio de entrevistas

estructuradas muestran tasas de 2 a 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre 8 y 31%. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de autorreporte. Entre los factores de riesgo de depresión en el embarazo se encuentran historia previa de depresión, separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social y baja escolaridad.¹²

Llama la atención la escasa literatura en torno al segmento etéreo correspondiente a los menores de 15 años, ya que en términos generales, la adolescencia es una etapa compleja de desarrollo, donde se consolidan gran parte de características personales, y además, donde existe una cierta vulnerabilidad para la aparición de trastornos psicológicos y problemas psicosociales (Vives y col 1992).⁶

Los niños y adolescentes, entre otros, constituyen un grupo que vive en condiciones o circunstancias difíciles que los ponen en riesgo de ser afectados por algún trastorno mental. Se reporta que la depresión, los intentos suicidas y la ansiedad, se encuentran entre los trastornos más frecuentes.¹⁸

La depresión como factor asociado al embarazo en adolescentes no está claro si debe ubicarse como factor predisponente, ya que existen investigaciones que así lo señalan (Horwitz et al. 1999 en Barnet, Joffe 1996), o como consecuencia de este. No obstante, en relación a este aspecto se ha encontrado la siguiente información. Se ha observado mayores niveles de depresión en las adolescentes embarazadas. En Estado Unidos en un estudio que consideraba madres adolescentes, se encontraron niveles superiores al promedio para depresión en el 53% de las menores (Brage, Elek, Campbell-Grossman, 2000). Así como en Chile con embarazadas de diversas edades, quienes presentaron mayor sintomatología depresiva eran las adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Barnet encontró que los niveles de depresión disminuyeron en el período postparto entre las jóvenes que estaban deprimidas previamente, y entre las que no lo estaban se encontró un aumento de estos niveles. En las adolescentes que cursaban el tercer trimestre del embarazo se observó que en la medida en que el embarazo avanzaba, los síntomas depresivos disminuían.⁶

Los predictores significativos sugieren que las adolescentes más deprimidas pudieran ser aquellas que se sienten culpables de la problemática a nivel familiar; perciben menos conformidad en sus familiares, con quienes conviven más aglomeradamente, además de percibir un auto imagen desfavorable. Las adolescentes más deprimidas son también aquellas que no saben defender sus intereses y derechos (baja asertividad) pero se involucran en algunas conductas antisociales antes de embarazarse.⁷

Dos factores de importancia que pueden contribuir a la depresión en el embarazo, es el antecedente de maltrato infantil y los problemas de salud mental. Las madres maltratadas tienen una prevalencia significativamente más alta de problemas de ansiedad, alteraciones en el estado de ánimo, abuso de sustancias,

intentos de suicidio, conductas de violencia, comparadas con otras madres no maltratadas. Más recientemente el Dr. Dixon y col. encontraron en un estudio la asociación entre maltrato infantil y alteraciones psiquiátricas en adolescentes embarazadas de alto riesgo. Hay hallazgos importantes entre el maltrato y la depresión; aunque la depresión se encontró solo con una asociación significativa con el abuso sexual. Entre las adolescentes embarazadas deprimidas el riesgo de presentar desordenes de conducta es 4 veces mayor en comparación con las no deprimidas. Los Drs. Fergusson y Reineck han notado una elevada concurrencia de depresión mayor y de desordenes de conducta en correlación con factores sociales y ambientales tales como historia familiar de alteraciones familiares, conflictivas o padres maltratadores.⁵

Las tasas de depresión durante el embarazo varían del 15 al 17 % en los países desarrollados y del 19 al 25 % en los países del tercer mundo, las tasas de embarazos recurrentes en mujeres con antecedentes de alteraciones del estado de ánimo son alrededor del 50%, la pobreza, la carencia de educación y la inequidad sexual predisponen a las mujeres a una depresión durante el embarazo, esto se ve reflejado en países de bajos ingresos como en Pakistán, India y Brasil. Algunos hallazgos sugieren que las embarazadas deprimidas presentan un riesgo elevado de partos complicados o abortos y esto último se ha asociado con la utilización de antidepresivos durante el embarazo. Se ha reportado una asociación entre el estrés prenatal, el parto pretérmino y el bajo peso al nacimiento.²⁴

Existe evidencia de que la depresión en el período prenatal puede tener una influencia específicamente dañina en el sistema nervioso, un estudio en Dinamarca reportó un caso de malformaciones de las crestas neurales craneales, esto sugiere un efecto específico del estrés materno en el desarrollo del cerebro por el hallazgo de niveles elevados de alteraciones en la conducta en niños nacidos de mujeres con altos niveles de ansiedad durante el embarazo. El aumento de la actividad del sistema del cortisol dado por el estrés psicosocial, el hambre y procesos infecciosos, genera un aumento de la secreción placentaria y hormona liberadora de corticotropina y se ha asociado a partos prematuros. Las mujeres con antecedentes de depresión recurrente o desordenes bipolares deben ser referidas a servicios psiquiátricos perinatales.²⁴

1.8.3 TRATAMIENTO

Los fármacos antidepresivos con los que se cuentan en la actualidad son muy eficaces para tratar la depresión con éxito, y por ende mejorar las relaciones familiares, sociales, laborales del paciente, reduciendo por tanto el riesgo de suicidio. La acción antidepresiva de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) fue descrita también en la década de los 40, y se caracterizaron como los primeros grupos de fármacos desarrollados y estudiados con un verdadero potencial antidepresivo. Más tarde Crane y Klein informaron en forma independiente que los IMAO eran eficaces en pacientes deprimidos. En 1985, Kuhn observó por primera vez los efectos antidepresivos de un compuesto tricíclico no

IMAO: la imipramina. Con base a los métodos de clasificación, los antidepresivos se pueden agrupar en 5 o 6 categorías diferentes, estas clases incluyen los tricíclicos, tetracíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) y diversos grupos de compuestos. De acuerdo con su mecanismo de acción pueden clasificarse también en tres grupos: 1) fármacos que inhiben la recaptación de monoaminas biógenas en el espacio sináptico, 2) inhibidores de la monoaminoxidasa, 3) antidepresivos que bloquean receptores de monoaminas.³⁰

Todos los medicamentos atraviesan la barrera placentaria y pueden afectar al feto. A su vez una depresión que no se atiende pone en riesgo a la madre y al producto. Parece ser que algunos antidepresivos son seguros, como la sertralina y la paroxetina, sin embargo se requiere realizar estudios de sus efectos a largo plazo. En los primeros tres meses del embarazo, es el momento de más alto riesgo ya que pueden producirse malformaciones en el feto. Es mejor suspender los medicamentos en cuanto se tenga certidumbre de estar embarazada en el caso de estar tomando medicamentos para la depresión, previo a la concepción. En cuanto la mujer cumpla 12 semanas de embarazo los riesgos disminuyen enormemente, la preocupación es entonces que no vayan a provocar un parto prematuro o trastornos en el desarrollo del niño. Se espera que el bebe de una mujer que no toma medicamentos presente defectos congénitos en un porcentaje de 2 al 3%. No existe evidencia que los ISRSs causen defecto en el recién nacido en mayor proporción (> 3%) Los medicamentos que más se han investigado son fluoxetina, sertralina, paroxetina y no se ha demostrado que produzcan daño.³¹

La fluoxetina es el único antidepresivo que ha demostrado eficacia en el tratamiento en la niñez y adolescencia y es el único aprobado para uso pediátrico en Estados Unidos. El tratamiento farmacológico antidepresivo debe ser considerado en las mujeres embarazadas en quienes un evento depresivo mayor se desarrolla espontáneamente así como en aquellas que presentan un alto riesgo de recurrencia si abandonan el tratamiento farmacológico. Los riesgos y beneficios varían grandemente entre estas pacientes y se debe poner atención en los antidepresivos que se eliminan por lactancia materna.⁸

1.9 FACTORES FAMILIARES Y REDES DE APOYO

Gottlieb (citado por Barrón, Lozano y Chacón, 1988) concibe el apoyo social como: información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.^{12,32}

En este ámbito se considera de relevancia analizar las conductas de las adolescentes que se asocian al embarazo, como las características de sus familias, el apoyo social percibido, el nivel intelectual de estas jóvenes, su autoestima y la presencia o ausencia de sintomatología depresiva. Dentro de los factores familiares, se ha mostrado que el involucramiento paterno actúa disminuyendo en sus hijos conductas de riesgo. Se observó que las adolescentes embarazadas reportaban menor calidad en la comunicación familiar, que en sus pares no embarazadas. En el ámbito de la transmisión transgeneracional, se ha observado que tanto, en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyas progenitoras también lo habían sido. Además se han planteado otras características que se pueden asociar a algún grado de disfunción familiar como son relaciones intrafamiliares complicadas y/o con violencia, y ausencia de uno de los dos padres en el hogar. También el aumento en las discusiones entre los padres o problemas con los hermanos fue observado como factores predisponentes al embarazo precoz. El embarazo puede llegar a ser visto como una salida de relaciones familiares conflictivas.⁶

Estudios de hogares realizados en población urbana del país han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales; 54% a familiares y amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y solo secundariamente acuden a los servicios especializados.³³

Las adolescentes embarazadas perciben menor apoyo social, destacándose sentimientos de aislamiento y falta de interés en las relaciones grupales. A un mayor apoyo social menor probabilidad de embarazo en la adolescencia. Los adolescentes perciben menos apoyo de su pareja que de su familia de origen, así la falta de apoyo social incrementa las probabilidades de que se presenten síntomas depresivos.⁶

Según el nivel de referencia en que se puede abordar el apoyo social, encontramos tres niveles de análisis:

a) Nivel Comunitario o macro: entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.

b) Nivel medio que comprende el apoyo social percibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes

sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación.

c) Nivel micro o de relaciones íntimas; provenientes de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.), y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.³²

1.10 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el último tiempo se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individuales y grupales.³⁴

Uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, hijos y pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados.¹⁷

La adolescente embarazada se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación, entre los factores relacionados se encuentran el desarrollo propio de la adolescencia, un período lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos que modifican substancialmente la calidad y las expectativas de vida. En el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse como una etapa de crisis que a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida, si aunado a estos factores, se agrega el hecho de haberse embarazado siendo soltera, la embarazada pudiera estar sujeta al rechazo de la sociedad así como de las personas más cercanas. La incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, la cual se asocia con sentimientos de depresión especialmente notable en la adolescente.⁷

El embarazo no protege de la depresión a la mujer totalmente, una de cada 10 puede tener síntomas severos, y una de cada 5, depresión leve. Si existen antecedentes de depresión, el riesgo de padecerla durante el embarazo se incrementa. Si la mujer está deprimida o si se ha recuperado recientemente de una depresión y está bajo tratamiento farmacológico, abandonarlo aumenta las posibilidades de recaída. El deseo de tener un hijo es muy fuerte y en aquellos casos en los que se decida suspender la medicación, esta puede ser suplida por una psicoterapia que solucione los síntomas menos severos.³¹

Es importante conocer la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas para intervenir oportunamente tanto en su detección como en su manejo médico integral, así como conocer algunas redes de apoyo con las que cuenta para sobrellevar su condición. Es un problema de salud, en el cual en la mayoría de las ocasiones únicamente se trata con base en la esfera médica, y no se le da importancia a la esfera psicoemocional o familiar, las cuales pueden repercutir indudablemente en la calidad de vida de la embarazada, así como en un adecuado control del embarazo.

1.11 JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja, los hijos presentes y futuros. Los jóvenes que han logrado un embarazo representan aproximadamente el 35% de la población, y para más de la mitad de ellos, el primer evento ocurrió entre los 15 y 19 años de edad. De acuerdo a las características económicas y sociales de ese grupo de edad, el arribo del primer descendiente no sucede en las mejores condiciones de desarrollo.¹⁷

Estudios epidemiológicos en México han establecido que la frecuencia de depresión oscila entre el 6 y 15% para la población en general.³ Dentro de los trastornos afectivos se encuentra una tasa de 2.5 mujeres por cada varón, en episodios de depresión mayor.³³ Se encontró en un estudio que la frecuencia de depresión en adolescentes es de 29.8% que están dentro de rangos reportados en otras investigaciones donde también se emplean encuestas de auto aplicación.^{12,35}

La tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 19 años se considera de 79 por cada 1000 mujeres.³⁶

La depresión se asocia con conflictos interpersonales, riesgo de abuso infantil, y efectos adversos del desarrollo intelectual y del funcionamiento psicosocial, la depresión en el adolescente contribuye a un empeoramiento en la toma de decisiones en cuanto a salud reproductiva.²⁸

El proceso gestacional se puede considerar como una etapa de crisis del desarrollo dentro del ciclo vital femenino. Los cuadros depresivos dentro de este proceso pueden pasar desapercibidos o manifestarse de forma aguda o reactiva, por lo que el diagnóstico debe de ser claro y el tratamiento adecuado a las especificaciones diagnósticas de cada caso.¹⁶

Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública. Estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina. Además, la frecuencia de estos trastornos parece ser sustancialmente importante durante el embarazo y el puerperio, especialmente en embarazadas de bajos ingresos económicos. La presencia de trastorno depresivo mayor, con frecuencia abreviado o llamado simplemente como depresión, durante el embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad del binomio, es decir, se asocia a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o al uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales). De la misma forma, el trastorno depresivo mayor en gestantes es un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados. Así mismo, la presencia de este trastorno en el embarazo aumenta el riesgo de presentar preeclampsia, partos prematuros y

productos de bajo peso al nacer. Además, representa para la gestante un riesgo elevado de cursar con un episodio depresivo durante el posparto.^{12,14}

La presencia de depresión en adolescentes embarazadas es una patología frecuente que puede ser multicausal, que no siempre se detecta oportunamente y esta puede ser desapercibida por el médico, debido a la poca asistencia a los servicios de salud; así como por las características del comportamiento propias de este período transicional, y por ende no se le puede brindar un tratamiento médico oportuno.⁴

También se ha comprobado que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión, especialmente durante el embarazo y el comienzo de la adaptación como madre.⁷ A mayor disfunción familiar, mayor frecuencia de depresión en los adolescentes.⁴ Por lo que es importante identificar las redes de apoyo en la adolescente embarazada.

Se considera que un tratamiento efectivo en salud mental en este grupo debe provenir del primer nivel de atención, el cual debe incorporar conceptos al modelo médico familiar, una implementación de nuevas estrategias de cuidado efectivo, con la colaboración de equipos multidisciplinarios, así como una coordinación entre médicos, educadoras de salud y trabajadoras sociales, debido a que la depresión es tratable, ya que es imperativo realzar la capacidad del primer nivel al estudiar métodos efectivos en su tratamiento en madres adolescentes y en grupos vulnerables.²⁸

La falta de existencia de grupos de ayuda en madres adolescentes deprimidas debe ser tomada en cuenta, ya que en estos grupos se podría detectar la depresión e incidir en este grupo poblacional y lograr en lo mejor posible un término del embarazo en las mejores condiciones, en cuanto a salud mental se refiere. Además conociendo que se cuenta con equipo médico para su abordaje y se dispone de los recursos para la identificación y el manejo oportuno de la depresión.

1.12 OBJETIVOS

1.12.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia de depresión en las adolescentes embarazadas y su asociación con algunos factores sociodemográficos.

1.12.2 Objetivos Específicos

- 1.-Identificar la frecuencia de depresión en la adolescente embarazadas.
- 2.-Conocer la edad, escolaridad, estado civil, antecedentes ginecoobstétricos, tipología familiar y apoyo social en adolescentes embarazadas.
- 3.-Analizar la escolaridad, estado civil, antecedentes ginecoobstétricos, y el apoyo social con la asociación de la depresión en la adolescente embarazada.

1.5 HIPÓTESIS

No aplica por ser un estudio descriptivo.

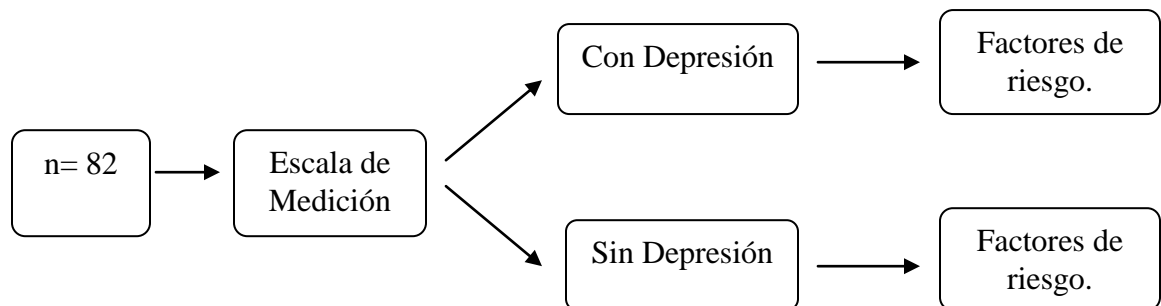
2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, transversal y descriptivo.

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN EN ESTUDIO

Estudio observacional, transversal y descriptivo con una muestra de 82 adolescentes embarazadas, que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, por cualquier motivo de atención, a las cuales se les aplicó una cédula de identificación, entrevista estructurada para identificar redes de apoyo y la escala de depresión perinatal de Edimburgo para detectar la frecuencia de depresión en adolescentes embarazadas, e identificar factores de riesgo en este grupo poblacional.



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad que acudieron por cualquier motivo a la unidad del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, en el período del primero de julio del 2008 al 31 de enero del 2009.

2.4 MUESTRA

Muestra no probabilística. Por conveniencia constituida de un total de 82 adolescentes embarazadas.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

Criterios Inclusión.

Embarazadas adolescentes que se encuentren entre los 10 a 19 años de edad, que acudieron por cualquier motivo de atención, que aceptaron participar en el estudio, firmando carta de consentimiento informado y que no presentaban otro tipo de enfermedades psiquiátricas.

Criterios de Exclusión.

Mujeres adolescentes no embarazadas.

Embarazadas no adolescentes.

Adolescentes embarazadas que no aceptaban participar en el estudio.

Adolescentes embarazadas que cursen con otro tipo de enfermedades psiquiátricas.

Eliminación.

Cuestionarios incompletos.

2.6 VARIABLES, TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE (forma genérica)	ANÁLISIS/ CONTROL
Depresión	VD	Cualitativa nominal	>14 puntos =depresión <14 puntos =sin depresión	Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo.	Porcentaje/ frecuencia.
Edad	VI	Cuantitativa continua	Edad de 10 a 19 años	Cuestionario de entrevista estructurada.	Medidas de tendencia Central y dispersión
Escolaridad	VI	Cualitativa ordinal	1.-Sin estudios 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Preparatoria 5.-Profesional	Cuestionario de entrevista estructurada.	Porcentaje
Estado civil	VI	Cualitativa nominal	1-Casada 2-Unión libre 3.-Divorciada 4.-Soltera	Cuestionario de entrevista estructurada.	Porcentaje
Inicio de vida sexual activa	VI	Cuantitativa continua	Años cumplidos	Cuestionario de entrevista estructurada.	Promedio Desviación estándar
Número de embarazos	VI	Cuantitativa discontinua	Número de embarazos	Cuestionario de entrevista estructurada.	Promedio
Semanas de embarazo actual	VI	Cuantitativa continua	Semanas de embarazo cumplidas.	Cuestionario de entrevista estructurada.	Porcentaje de trimestre
Apoyo social	VI	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario de entrevista estructurada.	Porcentaje

2.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES

Depresión: La depresión se ubica como una alteración del estado de ánimo o un trastorno afectivo. Período al menos de 2 semanas, en las que existe un estado de ánimo deprimido, una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades, el sujeto experimenta además síntomas como cambios en el apetito, o peso corporal, alteraciones en el sueño, y la actividades psicomotoras, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. Se utilizó la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo conformada por 10 preguntas que miden: Item 1: capacidad para disfrutar de las cosas, Item 2: optimismo respecto al futuro, Item 3: sentimientos de culpa, Item 4 : nerviosismo o preocupación, Item 5: ataque de pánico, Item 6: capacidad para afrontar los problemas, Item 7: insomnio, Item 8 : tristeza, Item 9 : llanto, Item 10: tendencias de auto agresión.

Edad: Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. La edad que se consideró fue de 10 a 19 años.

Escolaridad: Nivel educacional con el que cuenta actualmente la adolescente embarazada. Se tabuló en Excel como: 1a.-Sin estudios 2a.-Primaria 3a.-Secundaria 4a.-Preparatoria 5a.-Profesional.

Estado civil: El estado civil es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos deberes y derechos. La enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente: Soltero(a), Casado(a), Divorciado(a) Viudo(a). Se capturó en Excel de la siguiente manera; 1-Casada 2-Unión libre 3.-Divorciada 4.-Soltera.

Inicio de Vida sexual activa: Edad de inicio de las relaciones sexuales. Se consideró los años cumplidos al momento de inicio de vida sexual activa.

Número de Embarazos: Numero de embarazos que ha cursado contando el actual, en donde se incluye, abortos, partos y cesáreas.

Semanas de embarazo actual: Semanas de gestación que cursa en el momento de la entrevista. 1.-1er trimestre, 2.-2º trimestre, y 3.-3er trimestre.

Apoyo social: Es un proceso interactivo, merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra inmerso. Además consiste en todos aquellos elementos funcionales o estructurales, reales o percibidos, que el individuo recibe de su comunidad, red social, familiares o amigos. Esto se consideró de la pregunta 10 a la 17 de la entrevista estructurada.

2.7 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

- El instrumento que se aplicó contenía una cédula de identificación, una entrevista estructurada para identificar redes de apoyo y además el cuestionario de depresión perinatal de Edimburgo, este último cuenta con 10 Items: Item 1: capacidad para disfrutar de las cosas, Item 2: optimismo respecto al futuro, Item 3: sentimientos de culpa, Item 4 :nerviosismo o preocupación, Item 5: ataque de pánico, Item 6: capacidad para afrontar los problemas, Item 7: insomnio, Item 8: tristeza, Item 9: llanto, Item 10: tendencias de auto agresión. Tiene una confiabilidad obtenida a través del coeficiente del alfa de Cronbach de 0.8454, sensibilidad de 0.74 y una especificidad de 0.83 para un puntaje igual o mayor a 14 .¹⁶ (Ver anexo B)

2.8 MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Identificar a los pacientes con criterios de inclusión, que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.
- Se captaron a las embarazadas en el consultorio de residentes, además se les solicitó a médicos de base de la unidad médica, el apoyo para identificar a las embarazadas y se les pedía se enviaran para la aplicación de la encuesta, además se captaron en sala de espera y en los grupos de embarazadas que recibían pláticas del embarazo en el Centro de Salud los días martes de cada semana.
- Se realizó la entrevista con privacidad en el aula de enseñanza del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.
- El cuestionario se aplicó por el investigador, con previa lectura de consentimiento informado, y se le explicó tanto a la paciente como al familiar el motivo de la investigación.
- Se aplicó la entrevista estructurada, para obtener datos sociodemográficos e identificar características del apoyo social de la adolescente embarazada.
- Posteriormente se aplicó el cuestionario de depresión perinatal de Edimburgo, el cual consta de 10 reactivos, cada reactivo con una calificación de 0 a 3, al obtener una calificación mayor a 14 se considera riesgo para depresión.(Anexo B)
- Todos los cuestionarios fueron aplicados por el investigador principal.
- En las adolescentes embarazadas con calificación positiva de cuestionario de depresión perinatal de Edimburgo, se realizó una intervención breve

sobre su estado de ánimo en su problemática en cada paciente y se les daba contención emocional. Además de enviarlas al área de salud mental.

2.9 PRUEBA PILOTO

- La entrevista estructurada se realizó con información obtenida de la literatura, la que nos sirvió para recolectar datos sociodemográficos así como información acerca del apoyo social percibido por las adolescentes embarazadas. Las encuestas se aplicaron con la finalidad de verificar la comprensión de las preguntas, quedando con una encuesta de un total de 17 reactivos y el cuestionario de depresión perinatal de Edimburgo. (Anexo B)

2.10 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

- Una vez recolectados los datos se procedió a realizar la captura de datos y el análisis se realizó en EXCEL 2003 de Microsoft Office. Para realizar el análisis se utilizó estadística descriptiva y medidas de asociación.

2.11 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

- Previa recopilación de la información de los cuestionarios, se elaboró una base de datos en sistema computarizado EXCEL.

2.11.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

- Para el análisis de datos sociodemográficos se utilizaron medidas de resumen; frecuencia, porcentaje, y de tendencia central.
- Se utilizó medidas de asociación con Razón de momios al analizar la depresión con la escolaridad, estado civil, embarazo planeado o deseado, el recibir apoyo de los integrantes de la familia, el rechazo, y el no tener a quien recurrir en este embarazo.

2.12 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Actividad	2007		2008			2009	
	Marzo-septiembre	Octubre-Febrero	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Diciembre	Enero	Febrero
a. Elección del tema	X	X					
b. Recopilación bibliográfica		X	x				
c. Elaboración de protocolo			x				
d. Prueba piloto				X			
e. Aplicación de encuesta					X	X	
f. Análisis de resultados							x
g. Elaboración informe final							x
h. Ajustes Finales							x
i. Entrega de tesis							x

2.13 RECURSOS HUMANOS

Los cuestionarios fueron aplicados por el investigador principal.

2.13.1 RECURSOS MATERIALES

Cuestionarios, hoja de consentimiento informado, lápiz, goma.

2.13.2 RECURSOS FÍSICOS

Se utilizó el aula del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

2.13.3 FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

2.14 CONSIDERACIONES ÉTICAS

1.-La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

2.-En la investigación médica, es deber del médico es proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Lo anterior se encuentra estipulado en la declaración de principios éticos de investigación médica (**declaración de Helsinki**, adoptada por la 18ª. Asamblea medica Mundial Helsinki, una propuesta de principios éticos.)³⁷

3.-De acuerdo a lo establecido en la **“Ley General de Salud”, en el título 5º, capítulo único**, con respecto a la investigación para la salud en el **Artículo 100**: menciona que la investigación en seres humanos; I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo. III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación. IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Se considera las siguientes categorías:

- Investigación sin riesgo: La posibilidad de causar alteración física o psicológica en el sujeto es muy remota: investigación documental; de tipo descriptivo, observacional y sin manipulación.
- Investigación de riesgo mínimo: Estudios donde se emplean procedimientos comunes; exámenes físicos, psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios.
- Investigación con riesgo mayor al mínimo: Investigaciones en las que la probabilidad de afectar al sujeto es significativa.

Por lo anterior mencionado este estudio se considera sin riesgo.³⁸

4.- Tanto a las adolescentes embarazadas y al familiar acompañante se les informó del objetivo de la investigación, así como se le solicitó su aprobación para la aplicación de la encuesta, se les entregó la carta de consentimiento informado, y una vez firmada esta última se iniciaba la encuesta.

3. RESULTADOS

Se estudiaron 82 adolescentes embarazadas, de las cuales el promedio de edad fue de 17.45 años, con una moda de 19 años y una mediana de 18 años, el valor máximo fue de 19 años y el mínimo fue de 13 años de edad. Con una desviación estándar de 1.66. (figura 1)

La edad de inicio de vida sexual fue en promedio de 16.01, una moda y mediana de 16, así como una desviación estándar de 1.38. (figura1)

De acuerdo a la escala de depresión de Edimburgo, la frecuencia de depresión encontrada es el 49% de las adolescentes estudiadas. (figura 2)

Del total de pacientes adolescentes embarazadas con depresión el 10% se encontró sin estudios, el 32.5% cuenta con nivel primaria, el 37.5% con nivel secundaria, el 17.5% se ubicó en nivel medio superior y el 2.5% en licenciatura. (figura 3).

Con respecto al estado civil se observó que el 22% eran casadas, el 54% se encontraban en unión libre, el 2% eran divorciadas, y el 22% solteras. Del total de las pacientes con depresión se encontraban casadas en un 10%, en unión libre 50%, divorciadas 5% y el 35% eran solteras. (figura 4)

En cuanto al número de embarazos se observó que de 82 pacientes, 56 de ellas cursan con su primer embarazo y 26 adolescentes se encontraban cursando un segundo embarazo.

De las pacientes encuestadas 6% del total de la muestra se encontraba en el 1er. trimestre del embarazo, 55% del total de la muestra se encontraba en el 2º. trimestre del embarazo, y 39% del total se encontraba en el 3er. trimestre del embarazo.

Del total de pacientes con depresión se encontró que el 5% cursaba el 1er. trimestre, 67.5% de ellas el 2º. trimestre y 27.5% en el 3er. trimestre. (figura 5).

En las adolescentes embarazadas se observó que el 90% deseaban el embarazo y el 10% restante no lo deseaban (figura 6), de igual manera el 70% no había planeado el embarazo y el 30% declaró si haberlo planeado. (figura 7)

De las adolescentes embarazadas que se encontraban cursando su segundo embarazo el 50% se encontró con depresión. (figura 8) Y de estas el 69% había cursado con estado de ánimo deprimido.

En relación al tipo de familia en el total de las adolescentes embarazadas se encontró que el 44% tenía una familia nuclear, el 39% una familia extensa, y el 17% una familia extensa compuesta. De las pacientes con depresión el 55% se

encontraba en una familia nuclear, en 25% en una familia extensa, y el 20% en una familia extensa compuesta. (figura 9)

El 89% recibía apoyo de los integrantes de la familia y el 11% no lo recibía.

De las personas que proporcionaron apoyo a la embarazada se encontró en primer término a la pareja con un 44%, la madre el 32%, padre el 15%, hermanos 6%, amigos 2%, otros 1%.(figura 10). Este apoyo lo percibían como bueno el 77% de las adolescentes, el 21% como regular y el 2% lo considero malo.

El 62.5% de las adolescentes embarazadas con depresión se sentían solas, aunque solamente 22.5% consideró que no tenían a quien recurrir.

El 70% se sentía rechazada y de esta el 39% el rechazo era de los padres, el 35% del esposo, el 10% de los hermanos, y el 16% por otros.

El 50% de las encuestadas declararon que les gustaría recibir apoyo del esposo o pareja y el 35% de la familia, solamente el 11% por instituciones y el 4% por amigos.

Del análisis de factores de riesgos se encontró asociación con: la escolaridad, el estado civil, el no tener a quien recurrir en el momento del embarazo y la percepción de rechazo.(Tabla 1)

El nivel de escolaridad se encontró asociado a la depresión con una $RM=5.16$ $IC=1.96-13.8$ y $p=0.0004$.

El estado civil también se encuentra asociado a la depresión ya que el tener pareja se identificó como un factor de protección con una $RM = 0.16$, IC 95% $0.04-0.5$, $p=0.003$, y el vivir sin pareja es un factor de riesgo con $RM = 6.33$, IC 95% $1.7-25$, $p=0.003$.

4. DISCUSIÓN

La frecuencia de adolescentes embarazadas con depresión fue de 49%, mayor a la reportada en otras investigaciones, que van del 2 al 31%.^{12,35} Esto probablemente se deba a las condiciones económicas y culturales de la población estudiada, además depende de la aceptación social y familiar.

Se observó en el nivel educacional que el mayor porcentaje de embarazadas con depresión, tenían una escolaridad básica de secundaria (37.5%) y primaria (32.5%). Se encontró una población analfabeta en porcentaje no esperado en este grupo de población a pesar de que nos encontramos en una zona urbana, aunque no se pudo realizar el análisis estadístico por el pequeño número de pacientes analfabetas. En este estudio se identificó al nivel educacional como un factor de riesgo para depresión, además de que ya en la literatura se ha demostrado su asociación con la edad temprana del embarazo.^{12,24} Se encontró que conforme aumenta el nivel escolar disminuye el riesgo para presentar depresión en las adolescentes embarazadas.

La edad de inicio de vida sexual activa encontrado en este estudio coincide con lo reportado en la literatura que es alrededor de los 16 años de edad.^{17,18,26,27}

Se encontró que el vivir en pareja (casados o unión libre) es un factor de protección para la depresión probablemente esto se deba a que al momento de casarse se extienden las redes de apoyo para la adolescente embarazada, además de que puede existir mayor percepción de apoyo por el solo hecho de contar con su pareja.

En este estudio, el ser divorciada o estar soltera es un factor de riesgo para presentar depresión, lo que concuerda con otros estudios que al no tener pareja aumenta este riesgo.¹²

La mayor frecuencia de depresión se encontró durante el curso del segundo trimestre de gestación probablemente debido a que es durante este momento cuando son más visibles los cambios físicos propios del embarazo e inmadurez biológica y también porque es en la mayoría de las ocasiones cuando se confirma el embarazo. Sería importante profundizar en cuanto a las razones que pueden influir en el incremento de depresión durante este segundo trimestre.

En los resultados obtenidos se encontró que el 70% de los embarazos no fue planeado, lo cual concuerda con la literatura.^{12,17,24} Debido probablemente a la falta de utilización o de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

De las adolescentes embarazadas con depresión que se encontraban en su segundo embarazo, ya habían cursado con estado de ánimo deprimido en el embarazo anterior (69%), la cual probablemente no fue detectada en su momento, y que se debe de considerar como un factor de riesgo para volver a presentar un nuevo evento, esto puede orientar a la búsqueda intencionada de depresión hasta

tener elementos que complementen un diagnóstico de depresión, ya que en este estudio no se encontró una asociación significativa.

Se encontró que las embarazadas con depresión se ubicaban en mayor porcentaje en las familias de tipo nuclear.

En este estudio coincide con otros autores que la pareja fue la que proporcionaba mayor apoyo según la percepción de las pacientes encuestadas^{6,27}, seguida de ello recibían apoyo de la madre. Y que a pesar de contar con alguno de estos apoyos, un porcentaje considerable de las adolescentes embarazadas se sentían solas y no contaban en el momento del embarazo con alguien a quien recurrir.

En esta etapa el embarazo para los padres es inesperado y se percibe menos conformidad de los familiares.¹² Las adolescentes encuestadas percibieron ser rechazada en primer lugar por los padres y en segundo lugar por el esposo. Esta percepción de rechazo incrementa el riesgo de presentar depresión.

De las personas que les gustaría recibir apoyo en este período fue en primer lugar de la pareja (50%) y posteriormente de la familia, lo que se reporta en la literatura es que la persona a la cual piden ayuda de primer instante es a la familia.^{27,33} Esto se debe a que son las personas de primer contacto con las adolescentes.

Se encontró que el rechazo hacia las adolescentes embarazadas y el no tener a quien recurrir puede influir en el riesgo de depresión, ya que pueden presentar mayor sintomatología aquellas quienes no cuentan con apoyo emocional, como lo refieren algunos autores.¹²

Todas las adolescentes embarazadas que se detectaron con la encuesta de tamizaje de depresión fueron enviadas al servicio de Psicología de esta unidad para continuar una atención integral en salud mental, con previo consentimiento de la paciente.

5. CONCLUSIONES

Indudablemente la edad de inicio de vida sexual en la población adolescente presenta un riesgo para el embarazo temprano, que puede afectarse por el entorno social y familiar por las condiciones que se presenta.

La frecuencia de depresión es alta en este grupo de población y debería ser reconocida o explorada en toda adolescente embarazada, y formar parte de una atención de control prenatal.

Se identificó que a mayor escolaridad menor riesgo de presentar depresión, y vivir en pareja forma parte de un factor de protección.

Se encontró en este estudio que los factores educacionales, el apoyo familiar, el rechazo, y el no contar con otras personas a quien recurrir como la familia o la pareja son parte importante para estar en riesgo de depresión.

Los factores familiares son parte fundamental para que la adolescente cuente con opciones en el embarazo y tenga una mejor calidad de vida. La percepción de aceptación o rechazo entre sus relaciones familiares se asocia a la presencia de depresión que puede presentar la adolescente embarazada.

Se encontró en las encuestas de las adolescentes embarazadas una asociación entre el rechazo y el no tener a quien recurrir con el riesgo de depresión. Esto las hace sentirse solas, es importante considerarlo ya que por la misma adolescencia puedan percibir pocas expectativas de vida.

Además se observó que la presencia de un embarazo previo con estado de ánimo deprimido en este estudio, no se asocia con un nuevo evento en el siguiente embarazo. Considero que debe estudiarse más a este grupo de población ya que se identificó un alto porcentaje de depresión que en un momento dado dependiendo de las circunstancias familiares o sociales puedan volver a recaer en un cuadro similar, se debe tener presente la existencia de este padecimiento en esta población vulnerable para poder detectarlo oportunamente y dar una atención integral a la adolescente.

El embarazo generalmente no es planificado, por lo que puede tener diferentes actitudes que dependerán de la historia personal, del contexto familiar y social en el que vive cada adolescente embarazada.

Debido a que la depresión es comúnmente asociada con eventos adversos de la vida y que no se reconoce frecuentemente en el embarazo es importante saber identificarla para ofrecer alternativas en el tratamiento y disminuir así los riesgos que puedan afectar la salud del binomio, teniendo en cuenta además que el apoyo social percibido por las adolescentes es un factor de riesgo.

La función básica de las redes de apoyo está constituida por miembros de la familia, amigos y personas cercanas que puedan proporcionar ayuda, esto es fundamental para superar un cuadro de depresión. Son importantes para ayudar a la adolescente a reconocer los factores de riesgo para la depresión durante el embarazo.

Las escasas redes de apoyo social durante el embarazo pueden condicionar patologías como la depresión, que puede alterar el estado de salud tanto para la embarazada como para el producto. Considero que se debe insistir aún más en una educación sexual temprana, fomentar mayores grupos de ayuda a embarazadas, insistir en un adecuado apego al control prenatal, hacerla consciente de la situación en la cual se encuentra y orientarla en buscar ayuda en aquellas personas cercanas, como la familia, para afrontar la problemática inesperada por la cual cursa. En la familia y la pareja una acertada comunicación, una buena relación y un acercamiento emocional condicionarán una adecuada toma de decisiones en la embarazada, en su estado emocional y de salud.

A pesar de la información que se proporciona actualmente en esta sociedad acerca de la sexualidad, aún contamos con una deficiente educación o percepción de este tema en los adolescentes, ya que se sigue presentando un alto porcentaje de embarazo en este grupo de edad, otro factor a tomar en cuenta es que la adolescencia es un período de exploración descubierta por el adolescente, por lo que es común que exista un conflicto en el entendimiento de la responsabilidad en el adolescente, por ello es importante que los adolescentes estén más informados para evitar embarazos no planeados.

Como médicos familiares, se tiene la oportunidad de un primer contacto con este tipo de pacientes y es importante reconocer a una adolescente con depresión, el personal de salud formamos parte de una atención complementaria la cual podemos realizar desde la primera entrevista con la adolescente embarazada, por ello es muy importante considerar este padecimiento en el diario actuar médico.

Es importante la participación interdisciplinaria entre médico familiares, médicos residentes, y los familiares de la adolescente, para otorgar una mejor calidad de atención médica así como un seguimiento a la familia y a la embarazada, él trabajar en conjunto con personal de la institución abre nuevos caminos para un acercamiento en la relación médico-paciente y poder detectar oportunamente este tipo de problemática. La depresión puede responder adecuadamente con una intervención y tratamiento oportuno para evitar nuevos eventos posteriores. El médico debe establecer con ellos una relación de apoyo que le permita proporcionar información ayudándole a comprender la naturaleza del padecimiento, fomentando la comunicación y abrir nuevos espacios de atención a este grupo de riesgo.

6. REFERENCIAS

- 1.-Ramón de la fuente. **Psicología medica**. 2ª. edición. México D. F. Fondo de cultura económica. 1992. pág. 426-449
- 2.-Harold I. Kaplan. Benjamín J. Sadock. **Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica**. 8va. Edición. Editorial panamericana. 2001.
- 3.-Dr. Roberto Rodríguez G., Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán. **Epidemiología de la depresión en México**. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiología. Vol. 18, Número 39, Semana 39, Sep. 2001. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/epide>
- 4.-Javier N. Zapata Gallardo, Marisol Figueroa Gutiérrez, Neidy Méndez Delgado, et al.. **Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia**. Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 64, septiembre-octubre 2007.
- 5.-Elisa Romano, PH. D., Marck Zoccolillo, M.D., and Daniel Paquette, **Histories of Child Maltreatment and Psychiatric Disorder in Pregnant Adolescents**. J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry, 45:3, March 2006.
- 6.-Maruzella Valdivia. **Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años**. Revista psicológica de la Universidad de Chile. Vol. XII No. 2 pag. 85 -109. 2003.
- 7.-Evangelina Aldana, Lucille C. Atkin. **Depresión durante el embarazo en adolescentes**. Perinatol Reprod Hum 1977; 11:184-189
- 8.-J. John Mann, M.D. **The Medical Management of Depression**. N Engl J Med 2005;353: 1819-34.
- 9.-Julia Moreno. María G. Campos, Carmen Lara. **El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido**. Salud Mental, Vol. 29 No. 1 , enero-febrero 2006.
- 10.-Pichot Pierre. **DSMIV. Breviario, criterios diagnósticos**. Masson. S. A. 2001.
- 11.-Ricardo Sánchez, Jairo Echeverría. **Validación de Escalas de Medición en Salud**. Rev. Salud pública. 6 (3): 302-318, 2004.
- 12.-Ma. Asunción Lara, Claudia Navarro, Laura Navarrete. **Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud en la ciudad de México** Salud Mental, Vol. 29, No. 4, Julio-agosto 2006.
- 13.-Luís Alfonso Díaz, M.D., M.Sc., Adalberto Campo, M.D., Germán Eduardo Rueda, M.D., et al. **Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión** Colomb Med 2005; 36: 168-172.

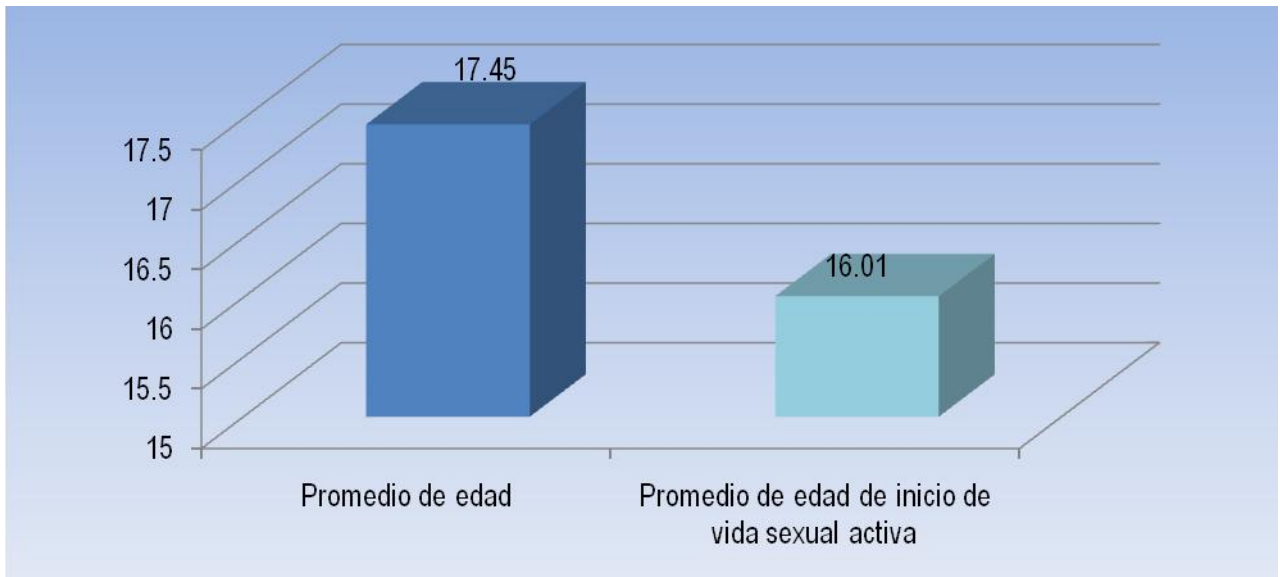
- 14.-Adalberto Campo Arias, M.D., Cristian Ayola Castillo, Henry Miguel Peinado Valencia, **Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia.** Rev Colomb Obstet Ginecol Vol.58 No.4. 2007.
- 15.-Dra. Ruth Pérez Villegas, Katia Sáez Carrillo, Lorena Alarcón Barra. **Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo.** Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-191
- 16.-José Gabriel Espíndola, Francisco Morales. **Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes Obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología.** Perinatol Reprod Hum 2004; 18: 179-186.
- 17.-Vicente Díaz Sánchez. **El embarazo de las adolescentes en México.** Gac Méd Méx Vol.139, Suplemento No. 1, 2003.
- 18.-José Ignacio Santos Preciado, Juan Pablo Villa-Barragán, MC, MSP, Martha Angélica García Avilés, MC, MSP. **La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México.** Salud pública de México. Vol.45, suplemento 1 de 2003.
- 19.-**Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico Sociodemográficos.** Disponible en <http://www.conapo.gob.mx>.
- 20.-Dr. Tomas J. Sillber, Dra. Mabel M. Munist, Dra. Matilde Maddaleno. **Manual de Medicina de la adolescencia.** Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 20. Edit. Panamericana de la salud. Washington DC. 1992.
- 21.-Scott J. **Danforth Tratado de obstetricia y Ginecología.** 8ª edición. México D.F. edit. Mc Graw Hill Interamericana.1999 S.A. de C.V. pág. 49-67
- 22.-**Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993,** Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 23.-Cunningham, Mac Donald, Gant, Leveno. **Obstetricia de Williams.** 20a ed. México, Editorial médica Panamericana; Buenos Aires, Argentina 2001.
- 24.-Veronica O'Keane, Michael S Marsh. **Depression during pregnancy.** BMJ | 12 MAY 2007, Volume 334.
- 25.-José Luís Rangel, L. Valerio, J. Patiño, M. García. **Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada.** Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004.
- 26.-Leticia Suárez, Catherine Menkes. **Sexualidad y embarazo adolescente en México.** Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Salud Pública, papeles de población, No. 35, enero-marzo 2003.

- 27.-Victoria Cueva Arana, Jesús Fernando Olvera Guerra, Rosa María Chumacera López. **Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo.** Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 267-271
- 28.-Beth Barnet, MD; Jiexin Liu, PhD, MBA, MS; Margo De Voe, MS. **Double Jeopardy. Depressive Symptoms and Rapid Subsequent Pregnancy in Adolescent.** Mothers Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(3):246-252
- 29.-Liselott Andersson, MD,a,b Inger Sundström-Poromaa, MD, PhD,a Marie Bixo, et al. **Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study** Am J Obstet Gynecol .Vol 189, Number 1, 2003.
- 30.-José Alfonso Ontiveros Sánchez. **Actualización sobre antidepresivos.** Artículo de Revisión. Medicina Universitaria 2000;2 (7): 141-7
- 31.-Fidel De la Garza G. **Depresión, angustia y bipolaridad.** Edit. Trillas. México. Pág. 107-119.Febrero, 2006.
- 32.-Héctor Carmelo Rodríguez Espínola. **Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido.** Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones>.
- 33.-Ma. Elena Medina Mora, Guilherme Borges, Carmen Lara Muñoz. **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México** .Salud Mental, Vol. 26, número 4. México, agosto 2003. pág. 1-16.
- 34.-Rubén Alvarado, Marcela Rojas, Jorge Monardes. **Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal.** Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2000; 38(2): 84-93
- 35.-Rafael Leyva Jiménez, Ana María Hernández Juárez. **Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(3): 225-232
- 36.-María Isidra Hernández, Aremis Villalobos, Juan Rauda. **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.** Instituto Nacional de Salud Pública. 2ª. edición. México, octubre 2006. pág. 70.
- 37.-**Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.** Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>
- 38.-**Ley General de Salud.** Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>

7. ANEXOS

7.1 ANEXO A

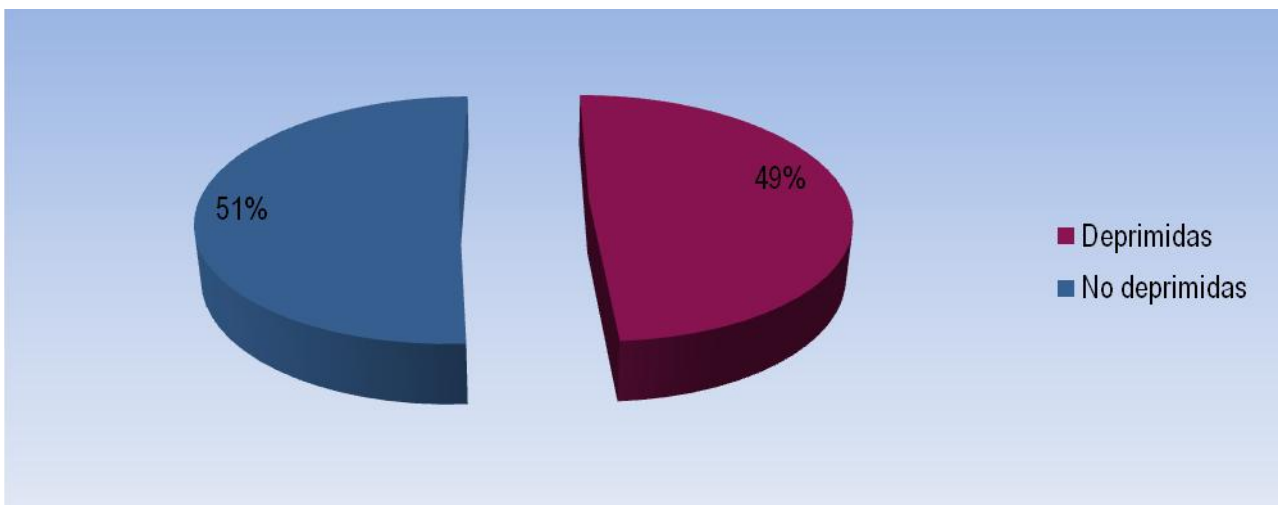
PROMEDIO DE EDAD E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"



Fuente: Entrevista estructurada. 2008

Figura 1

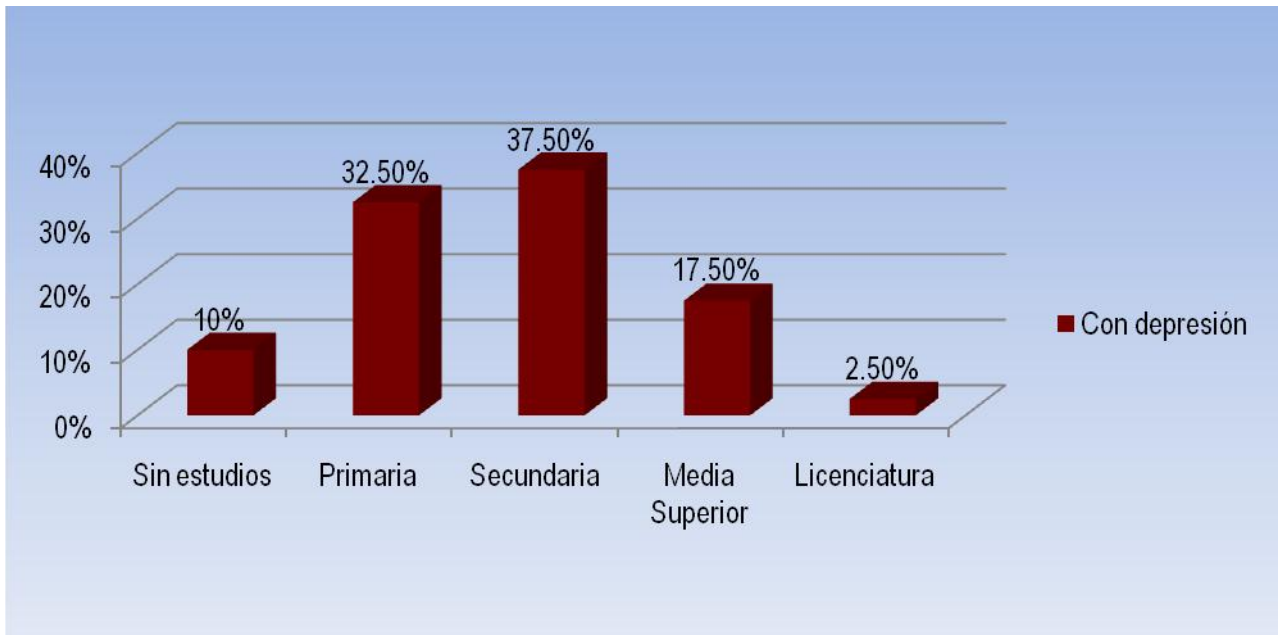
PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON DEPRESION DETECTADAS EN EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"



Fuente: Escala perinatal de Edimburgo.2008

Figura 2

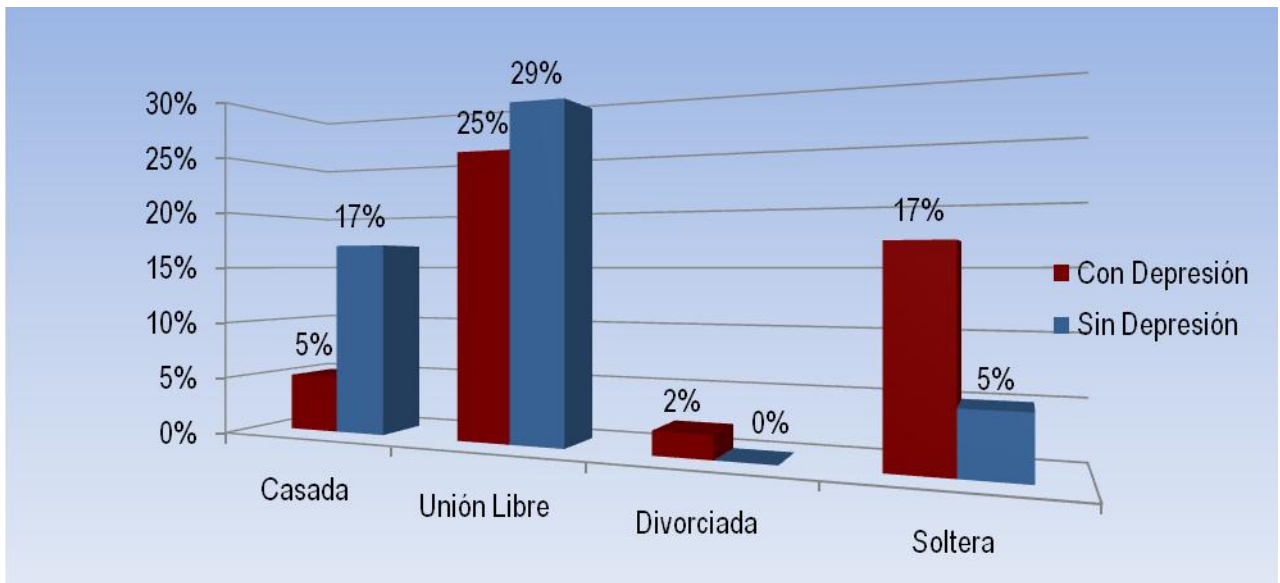
**ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON DEPRESION,
DETECTADAS EN EL CENTRO DE SALUD
"DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**



Fuente: Entrevista estructurada.2008

Figura 3

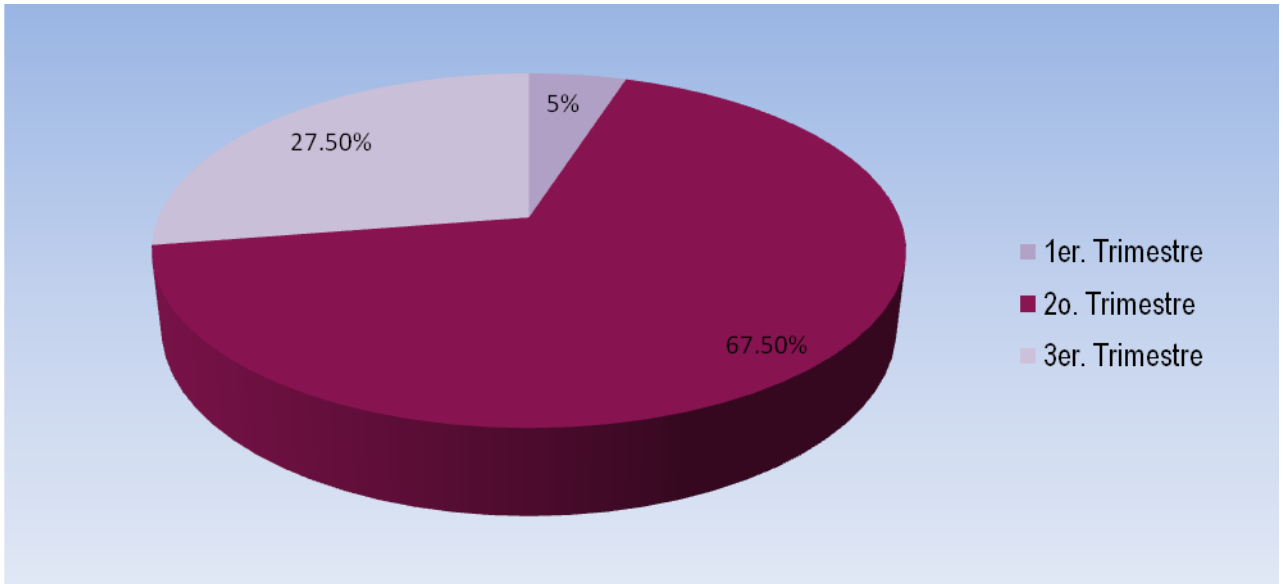
**DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE ACUERDO A SU
ESTADO CIVIL, DETECTADAS EN EL CENTRO DE SALUD
"DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**



Fuente: Entrevista estructurada. 2008

Figura 4

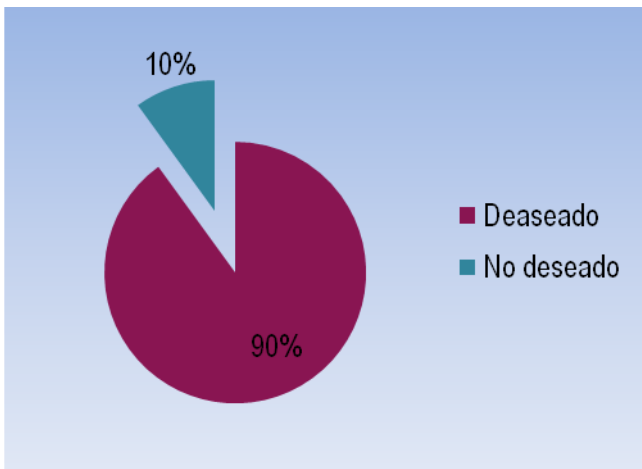
PORCENTAJE DE DEPRESIÓN POR TRIMESTRE DE GESTACIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA".



Fuente: Entrevista estructurada. 2008

Figura 5

EMBARAZOS DESEADOS Y PLANEADOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DETECTADAS EN EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"



Fuente: Entrevista estructurada.2008

Figura 6

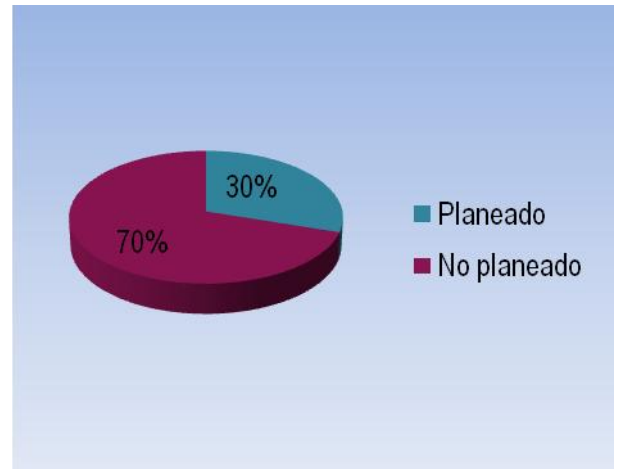
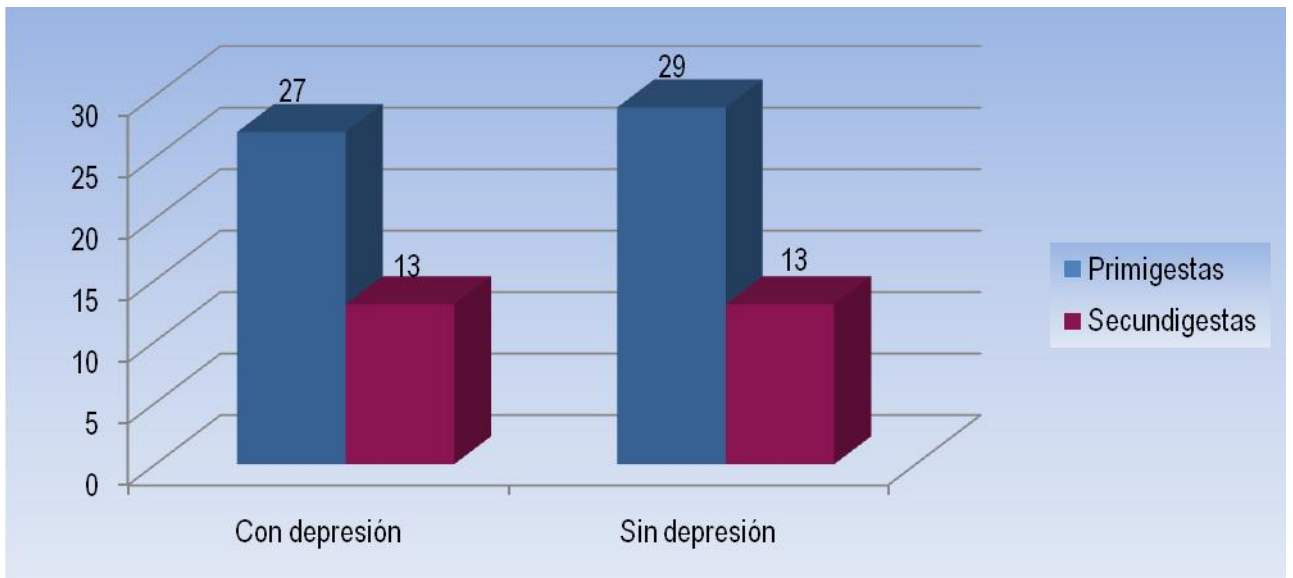


Figura 7

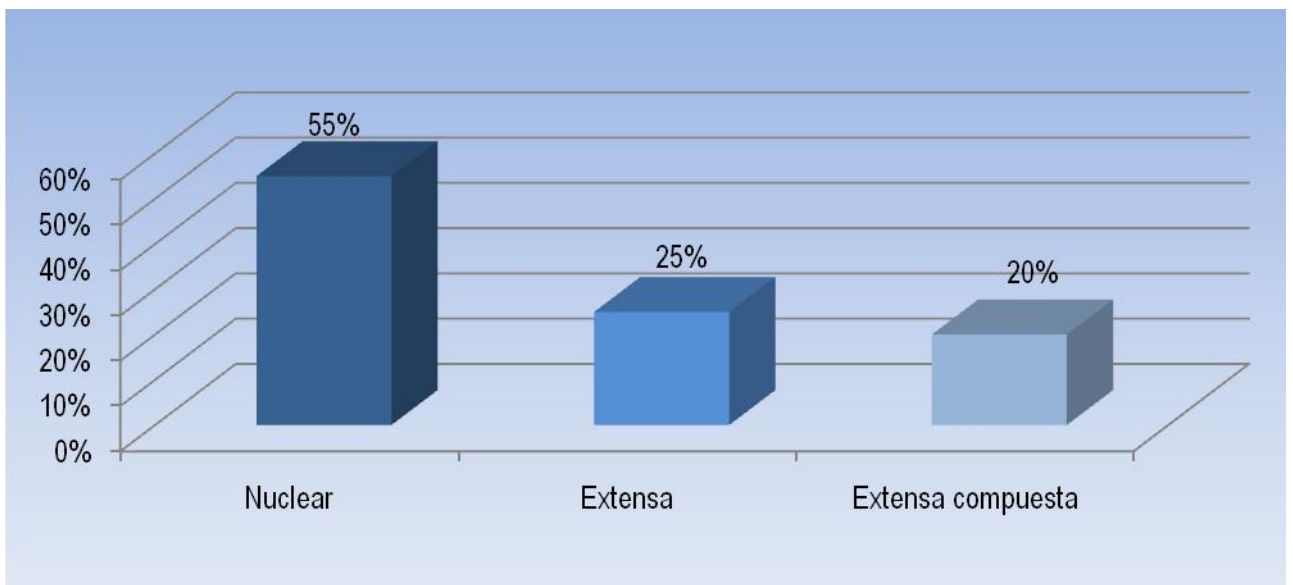
**ADOLESCENTES EMBARAZADAS SECUNDIGESTAS CON DEPRESION
DETECTADAS EN EL CENTRO DE SALUD
"DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**



Fuente: Entrevista estructurada.2008

Figura 8

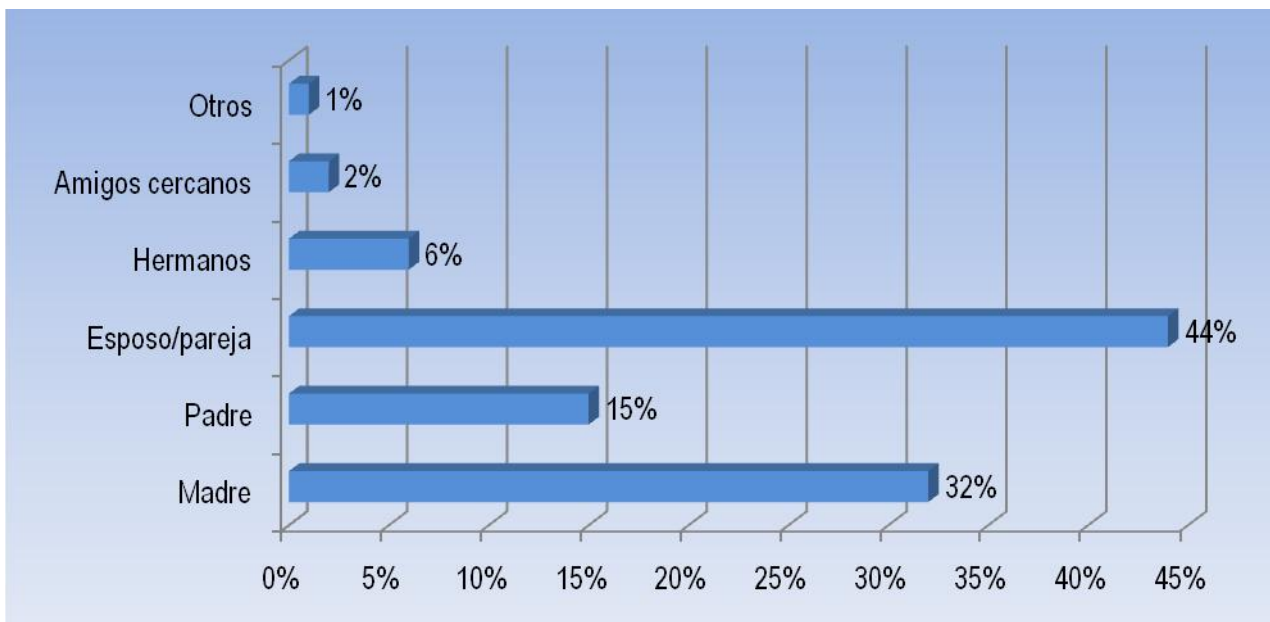
**TIPOLOGÍA DE FAMILIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON
DEPRESION EN EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA."**



Fuente: Entrevista estructurada.2008

Figura 9

**APOYO PERCIBIDO POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DETECTADAS EN EL CENTRO DE SALUD
"DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**



Fuente: Entrevista estructurada.2008

Figura 10

TABLA DE ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CON DEPRESIÓN

FACTOR SOCIODEMOGRAFICO	RM	IC 95%	p=
Escolaridad Primaria	6.18	1.39-29	0.01
Escolaridad Secundaria	4.4	1.17-17	0.02
Escolaridad	5.16	1.96-13.88	0.0004
Vivir con pareja	0.16	0.04-0.5	0.003
Vivir sin pareja	6.33	1.7-25	0.003
El no tener a quien recurrir	11.9	1.40-2.64	0.005
Percepción de rechazo	4.68	1.46-15.6	0.006

Fuente: Entrevista estructurada.2008

TABLA 1

7.2 ANEXO B

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

México D.F. a _____ del 2008.

Se me ha explicado que la aplicación de este cuestionario, está dirigido a investigar la depresión en adolescentes embarazadas, que se aplicara en la unidad del Centro de Salud "Dr. José castro Villagrana", donde toda la información que se proporcione será estrictamente confidencial.

Que puedo decidir terminar la aplicación de este cuestionario en el momento que lo desee, y que no repercutirá en la atención medica que recibo en esta unidad clínica.

También se me explicó, que la aplicación de este cuestionario no tiene riesgos ni daños que atenten hacia mi salud, y que el único objetivo de esta investigación es lograr obtener mayor información acerca de la depresión en adolescentes embarazadas, conocer la existencia de la misma para que se valore la atención de este padecimiento.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Lo anterior se encuentra estipulado en la declaración de principios éticos de investigación médica (declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª. Asamblea medica Mundial Helsinki, una propuesta de principios éticos.)

Por lo que acepto participar en el estudio:

NOMBRE

FIRMA

TESTIGO 1
NOMBRE

FIRMA

TESTIGO 2
NOMBRE

FIRMA

CUESTIONARIO PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
C.S. "Dr. José Castro Villagrana".

- 1.-Edad_____ años
- 2.-Escolaridad_1.-Sin estudios 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.- Media superior 5.- Licenciatura
- 3.-Estado civil: ___ 1.- Casada 2.- Unión Libre 3.- Divorciada 4.- Soltera
- 4.-Edad de inicio de vida sexual activa_____ Número de Embarazos _____ Abortos___ Partos___ Cesáreas___
- 5.-¿Semanas del embarazo actual? _____
- 6.-¿Este embarazo es deseado?:() Si () No 7.-¿Tu embarazo actual fue planeado?:() Si () No
- 8.-¿Si es el caso, en el embarazo anterior, tuviste un estado de ánimo triste o deprimida?() Si () No
- 9.-¿Por quienes está integrada tu familia?
() Padres () Hermanos () Esposo () Hijos () Otros
- 10.-¿Recibes apoyo de los integrantes de tu familia? () Si () No
- 11.-¿De qué personas recibes más apoyo emocional en este embarazo?
() Madre () Padre () Esposo () Hermanos () Amigos cercanos () Otros
- 12.-¿Ese apoyo que recibes como lo calificas? () Bueno () Regular () Malo
- 13.-¿Te sientes sola?: Si _____ No _____
- 14.-¿Consideras que no tienes a nadie a quien recurrir? Si _____ No_____
- 15.-¿Te has sentido rechazada por alguna persona en este embarazo? Si _____ No _____
- 16.-¿Por quienes?
() Padres () Esposo /pareja () Hermanos () Otros
- 17.-¿De quién te gustaría recibir apoyo emocional?
() Familia () Esposo / pareja () Amigos () Instituciones de salud (Medico, salud mental)

Cuestionario Sobre Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS)

Queremos saber cómo se siente si está embarazada. 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 podido reír y ver el lado bueno de las cosas: | 6.-Las cosas me oprimen o agobian: |
| -Tanto como siempre he podido hacerlo ___0 | -Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas. ___3 |
| -No tanto ahora ___1 | -Sí, a veces no he podido sobrellevarlas. ___2 |
| -Sin duda mucho menos ahora ___2 | -No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien. ___1 |
| -No, en absoluto ___3 | -No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre. ___0 |
|
 | |
| 2.- He mirado al futuro con placer para hacer las cosas: | 7.-Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir: |
| -Tanto como siempre ___0 | -Sí, casi siempre ___3 |
| -Algo menos de lo que solía hacerlo ___1 | -Sí, a veces ___2 |
| -Definitivamente menos de lo que solía hacerlo ___2 | -No, muy a menudo ___1 |
| -Prácticamente nunca ___3 | -No, en absoluto ___0 |
|
 | |
| 3.-Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal: | 8.-Me he sentido triste y desgraciada: |
| -Sí, casi siempre ___3 | -Sí, casi siempre ___3 |
| -Sí, algunas veces ___2 | -Sí, bastante a menudo ___2 |
| -No muy a menudo ___1 | -No muy a menudo ___1 |
| -No, nunca ___0 | -No, en absoluto ___0 |
|
 | |
| 4.-He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno: | 9.-Me he sentido tan infeliz que he estado llorando: |
| -No, en absoluto ___0 | -Sí, casi siempre ___3 |
| -Casi nada ___1 | -Sí, bastante a menudo ___2 |
| -Sí, a veces ___2 | -Ocasionalmente ___1 |
| -Sí, muy a menudo ___3 | -No, nunca ___0 |
|
 | |
| 5.-He sentido miedo o pánico sin motivo alguno: | 10.-He pensado en hacerme daño: |
| -Sí, bastante ___3 | -Sí, bastante a menudo ___3 |
| -Sí, a veces ___2 | -A veces ___2 |
| -No, no mucho ___1 | -Casi nunca ___1 |
| -No, en absoluto ___0 | -No, nunca ___0 |

Taken from the British Journal of Psychiatry. June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.